

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

113



DSM-5: LUCES Y SOMBRAS

*Goldchluk / Heerlein / Jufe / Levy Yeyati / Márquez
Martino / Rebok / Strejilevich / Toro Martínez / Wahlberg*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXV – Nº 113 Enero – Febrero 2014 - ISSN 0327-6139

Director:
Juan Carlos Stagnaro
 Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert
 Secretario:
Martín Nemirovsky

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Juan Costa, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusевич, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Hugo Pisa, Fabián Triskier, Daniel Vigo, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXV Nro. 113 ENERO - FEBRERO 2014

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Informes y correspondencia:
 VERTEX, Moreno 1785, piso 5
 (1093), Buenos Aires, Argentina
 Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
 E-mail: editorial@polemos.com.ar
 www.editorialpolemos.com.ar

Corrección técnica de textos:
 Laura Carosella

Diseño
 Marisa G. Henry
 marisaghenry@gmail.com
 Impreso en:
 Sol Print SRL,
 Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
*"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud" (LILACS) y
MEDLINE.*

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com.ar

Ilustración de tapa

Título: "Portugal"

Técnica: acrílico sobre tela

*50 x 75 cm
Año 2011*

*Silvia Elena Müller
silmmuller@hotmail.com*

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Aun lo social: crisis en la práctica clínica**
Fernando J. Marzano pág. 5

DOSSIER

- **DSM-5: LUCES Y SOMBRAS** pág. 10

- **Aproximándose al DSM-5:
¿un avance en psiquiatría?**
Andrés Heerlein pág. 18

- **Research Domain Criteria (RDoC).
Marco político y contenido**
Elena Levy Yeyati, Aníbal Goldchluk pág. 27

- **Discapacidad intelectual. ¿Es la nueva
denominación un cambio de perspectiva?**
Ernesto Wahlberg pág. 33

- **La esquizofrenia según el DSM-5**
Gabriela S. Jufe pág. 36

- **Evolución histórica y conceptual de los trastornos
psicóticos no esquizofrénicos en los DSM**
Federico Rebok pág. 43

- **Trastorno bipolar y DSM-5:
aún lejos de la enfermedad**
Diego J. Martino, Sergio A. Strejilevich pág. 51

- **Trastornos de ansiedad en el DSM-5**
Miguel Márquez pág. 58

- **Trastorno obsesivo compulsivo
y trastornos relacionados:
un nuevo capítulo en el DSM-5**
Esteban Toro Martínez pág. 63

- **Trastorno por estrés postraumático:
cambios significativos en el DSM-5**
Elena Levy Yeyati pág. 68

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Las clasificaciones en Psiquiatría:
de Praxeos Medical al DSM I**
Norberto Aldo Conti pág. 73

- **Prólogo** pág. 74

- **Sección V. Clasificación estadística
de trastornos mentales** pág. 77

LECTURAS Y SEÑALES

- **Alucinaciones**
Daniel Matusevich pág. 79



EDITORIAL



a gran cantidad de materiales difundidos en los distintos medios de comunicación sobre temas vinculados a la salud, demuestra que ésta constituye un área de especialización periodística en constante desarrollo. El acontecer médico-sanitario requiere y merece una cobertura informativa que lo vuelva accesible para el conjunto de la ciudadanía, y el periodismo representa el puente que comunica una orilla de saber especializado con otra de escaso conocimiento, a través de una técnica adecuada de divulgación. Pero, además, el tópico forma parte de la disputa por los escuchas y lectores, y se sabe que a favor de ciertas características de la cultura contemporánea el poder de convocatoria de la información sanitaria es enorme. Esto es así por la sencilla razón de que la salud, como objeto de la sociedad de consumo, ocupa una porción interesante del mercado. La proliferación de secciones especiales sobre el tema en la prensa escrita y en programas de televisión por cable también muestra la necesidad de posicionarse en un mercado de medios de comunicación cada vez más competitivo.

*El periodismo responsable debe cumplir con, al menos, tres requisitos básicos en el tema salud: 1) informar (dar a conocer los hechos con la mayor objetividad), 2) interpretar y explicar (dotar de sentido a los nuevos descubrimientos ateniéndose estrictamente a los datos científicos que los avalen, mencionando las fuentes y procurando que sean diversas) y 3) controlar la difusión de informaciones infundadas o sin base científica seria (ejercer cierta supervisión puesto que la población no está, y no tiene porqué estarlo, al tanto de los estándares exigidos por la investigación científica, y mucho menos saber interpretar sus resultados). Como se puede apreciar fácilmente, cumplir con estas exigencias no es tarea sencilla y requiere una gran preparación así como una posición ética particular. Sin embargo, no todos los medios cuentan en sus plantillas (o parecen contar, a estar de lo que leemos y escuchamos) con la figura del periodista especializado en el área sanitaria. Más allá de la prensa amarilla con su característico sensacionalismo condenable de por sí, que es la forma más grosera y cruel de atraer público desprevenido pulsando las cuerdas inconscientes, o no tanto, de nuestra condición humana, hay una importante franja de la información que se brinda en el tema de la salud que sirve a la mercantilización de la información por medio de la promoción de productos, conceptos, técnicas terapéuticas, patologías (el fenómeno de las *diseases mongering*), y hasta figuras profesionales: se puede usar el sensacionalismo para vender diarios y también vender a través de las técnicas sensacionalistas de los diarios. La promoción encubierta se paga, de diversas maneras, pero se paga. El resultado de estas maniobras genera daños: abrir falsas esperanzas, asustar para generar consumo de sustancias farmacológicas, fomentar consultas y estudios dispendiosos para quien no los necesita, inducir la confusión entre la pena de vivir propia del ciclo vital normal y la enfermedad, promover prestigio de métodos, personas o instituciones presentándolos como sacerdotes y templos de panaceas universales y otros subterfugios al tono, son maneras de alimentar una cultura aprovechando los fantasmas de la existente con fines inconfesables. También hay ciertos colegas que, ya sea por la vanidad de estar en los medios o por la importancia que le dan a sus descubrimientos, sin necesariamente hacerlo con fines espurios, ensalzan sus descubrimientos, perdiendo la perspectiva y magnitud clínica de sus hallazgos y desconociendo el efecto negativo que esta manera de referirse a ellos puede tener en una gran masa poblacional. Afortunadamente, también hay asociaciones profesionales de la interfase salud/periodismo que intentan reglamentar y dar reglas técnicas para evitar estos excesos e informar correctamente. Los trastornos psiquiátricos, con su carga de estigma, incertidumbre evolutiva y valoración subjetiva son blanco fácil de informaciones distorsionadas o erróneas. Sería necesario diseñar códigos de ética adecuados y mecanismos de control para su cumplimiento. La información periodística puede ser un poderoso método de prevención, pero también puede ser potencialmente patógena ■*

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2014

***Vertex 113 / Enero - Febrero
DM5-5: LUCES Y SOMBRAS***



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Aun lo social: crisis en la práctica clínica¹

Fernando J. Marzano

Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano, Salud mental, Área de interconsulta.
E-mail: Lic_Fernando_Marzano@yahoo.com.ar

Resumen

Las consultas en nuestro centro de atención hospitalaria son problemáticas, entre otras cosas, por el lugar que ocupan en el conurbano bonaerense. Pacientes cuya situación de hábitat, medio ambiente, condiciones económicas o políticas, que es decir lo mismo, demarcan la emergencia de “lo social” como contexto y como incidencia en las diversas manifestaciones psicopatológicas que presentan. Condiciones que hay que revisar también desde nuestras valoraciones teóricas como, final y fundamentalmente en el dominio clínico que nuestra práctica asistencial examina. Y desde una clínica de la percepción, observamos que “La autopercepción está lejos de cualquier ideal. Mientras que la percepción de su entorno tiene la carga amenazante y sin destino”. Continuamente advertimos la pérdida de valor de la palabra que surge en los relatos de nuestros pacientes que han hecho del aparato del lenguaje solo una condición de goce abyecto, como en la palabra del adicto por ejemplo. Su problemática también exige una reflexión teórica para el ejercicio clínico y revela que nuestra práctica transita en un contexto de fracaso y aun así, no hay que retroceder en la dirección de un “tratamiento posible” tal como lo formula Lacan en la ética frente a las psicosis.

Palabras clave: Mundo lumpen - Mundo proletario – Marginación – Exclusión - Percepción - No pensamiento - Goce abyecto.

STILL THE SOCIAL FACTOR: CRISIS IN THE CLINICAL PRACTICE

Abstract

Consultations in our hospital center are problematic, mainly due to the poor living situation with patients come from (the suburbs of Buenos Aires). The housing situation, the environment and the economic or political conditions of these patients frame “the social” emergency that sets the context and the impact in the different psychopathological symptoms that they present. These conditions should also be reviewed from our theoretical assessment together with the clinical approach that our assistance practice studies. From a perception viewpoint we observe that “self-perception is far from any ideals. The perception of their environment is threatening and has no future”.

We constantly note the loss of the value of words and speech, when we hear our patients, we have turned language into just an abject joy, as in the word of the addict. These issues must be studied from a theoretical point of view to be applied clinically. Such analysis reveals that our practice takes place in a context of failure. However, we cannot move backwards in “potential treatment” as Lacan states in the ethics as regards psychosis.

Key words: Lumpen world – Proletarian world – Marginalization – Exclusion – Perception – No thoughts – Abject joy.

¹ Trabajo presentado en el XXVII Congreso Argentino de Psiquiatría. Incumbencias profesionales ante el sufrimiento social y la enfermedad mental.

Las consultas en nuestro centro de atención hospitalaria son problemáticas, entre otras cosas por el lugar que ocupan en una zona en el conurbano bonaerense. Viviendas agrupadas al margen del desarrollo urbano lindantes con la Capital Federal. Pacientes cuya situación de hábitat, medio ambiente, condiciones económicas o políticas, que es decir lo mismo, *demarcan la emergencia de "lo social" como contexto y como incidencia en las diversas manifestaciones psicopatológicas que presentan*. Las condiciones de subsistencia y la autoconservación se reúnen en la experiencia singular de la vida de aquellos seres que, ubicados en asentamientos precarios -como los que rodean al hospital-, viven marginados de cualquier integración igualitaria y solidaria en el conjunto social. Allí, en esos asentamientos, conviven un *mundo Lumpen*, que en el empleo de Marx, significa "ser rumboso, andrajoso, desclasado", y un *mundo proletario*, del latín *proletarius*, que define a "la clase más baja de personas pertenecientes a", que "tienen como única propiedad a sus descendientes", y que define también a trabajadores asalariados explotados.

Estos definidos "mundos", de efectos superestructurales por la acción del capitalismo, viven en *conglomerados de marginación y de exclusión*. Allí, el contexto situacional y las condiciones de existencia interrogan nuestra práctica clínica desde el comienzo por el estrecho margen de ideales que restan en esa arqueología anacrónica de sujetos ganados, generalmente, por lazos disolutos en la integración familiar o social, por efectos en adicciones diversas, conducta agresiva, acciones delictivas frecuentes y claras patologías reactivas. Es claro que por nuestra experiencia sabemos que no se puede generalizar y, ciertamente, podemos dar testimonio del sufrimiento real de esos pacientes.

En la observación clínica es manifiesta que la percepción autorreferencial de estos pacientes no tiene un recorte nítido en relación a la percepción del entorno en el cual viven. Las condiciones de intersubjetividad que eso despliega, la subjetivación que eso promueve y el campo tan pleno y fundamental para nuestra praxis que es el campo de los ideales en el sentido de "¿qué quiere?", "¿qué espera tal sujeto?" se distingue, decíamos, desde el comienzo en nuestra tarea. Como aquel potencial lazo disoluto en que viven, hay que entenderlo en la relación padre-hijo, madre-hija, padres hijos, parejas de padres en relación a la crianza, a los esquemas de clase, los ideológicos más los mitos y fantasmáticas a consecuencia del carácter situacional que padecen. "Horror mundi", como decía Merleau-Ponty, horror económico al fin, cuya consecuencia en el excluido alcanza la acción de la violencia entre semejantes de su entorno con la ruptura de vínculos solidarios, como así también la emergencia, en el interior mismo de esa comunidad, del engaño y la explotación que padecen en su mismo hábitat.

Freud escribió en *El porvenir de una ilusión*: "(...) es de suponer que las clases postergadas envidiarán a las favorecidas sus privilegios (...) cuando una cultura no ha logrado evitar que la satisfacción de un cierto número de sus partícipes tenga como premisa la opresión de otros, de la mayoría quizás, es comprensible que los oprimidos

desarrollen una intensa hostilidad (...) no puede esperarse por parte de los oprimidos una interiorización de las prohibiciones culturales, lo cual significa que el poder político entraría en una crisis de hegemonía". (1)

Por ello las lecturas sociológicas, es decir, las interpretaciones sociológicas, no deben dejar de lado la interpretación política. Un ejemplo de lo que acontece en ese orden es que, habitacionalmente, en esos lugares hay la presencia de verdaderas mafias organizadas con algún compromiso con los llamados "punteros políticos" que, instalando el concepto de "propiedad" dentro de la misma villa, ofertan los espacios de terrenos cual si fueran "titulares" de esa "parcela", que es vendida como perímetro de vivienda. Mientras que las lecturas sociales *acercan el bosque a nuestra experiencia, pueden no dejarnos ver el árbol* -al revés del aforismo- porque ese bosque no nos deja ver el sujeto singular: sus condiciones, sus estados, su mundo que puede ser el de las ilusiones de cualquier persona que desde el rango de clase, en tanto condición marginal, da por seguro una suerte de estatuto muy próximo al colapso moral. En algunas pocas circunstancias, el término llave de *resiliencia* puede mostrarnos a sujetos con recursos y solvencias en sus estrategias yoi-cas que lo distinguirán del contexto ambiental donde se desarrollan y viven. Del mismo modo, el trabajo en esos asentamientos, en algunos pocos programas de campo, suelen encontrar también alguna mínima organización, fundamentalmente de contención social en algunos habitantes en aquellas llamadas villas. Hay experiencias conocidas tales como la de transmitir desde una FM, desde periódicos, alguna revista, y la aparición notable de alguno que otro potencial artista.

Por ello no hay que concluir con que los habitantes de una villa son, en su conjunto, delincuentes, chorros, sucios y malos. Una población que con solo buscar empleo ya no tienen posibilidades por la referencia de donde viven o por la imagen que tienen en su apariencia, rasgos sociales, rasgos culturales, o la simple procedencia.

Es que la condición de excluido no es una elección de ningún ser arrinconado a su desgracia, es la condición ya revelada hace tiempo de la relación directa que hay entre la acumulación del capital y el número de excluidos.

Condiciones que hay que revisar también desde nuestras valoraciones teóricas como final y fundamentalmente en el dominio clínico que nuestra práctica asistencial examina. Allí vemos estructuras sociopáticas, en una cultura ganada por normas propias, de características tribales, sobre todo en los jóvenes, tal vez como última defensa de su condición social en el área del asentamiento como en su tránsito por los extramuros. Lo que hace que la autopercepción de estos sujetos tenga con los de afuera una extrema enemistad, como enemistad tienen los que viven en los alrededores de esas villas y que aparentan una posición más desahogada como "las casitas obreras del otro lado" en la lucha contra "los villeros de enfrente". Son estas expresiones un clásico coloquial en la zona aledaña al hospital, donde las formas de la llamada convivencia están en acecho: *chapas de un lado*

y verjas del otro mas las estrategias nocturnas y todo el concierto argumentativo de lo que significa la corruptela policíaca, como de la política y la de algún advenedizo e incierto amo, como “líderes mafiosos” que circundan por ahí, con la hegemonía y el dominio armado que hay en relación a las bandas que suelen a veces mezclarse con el conjunto de esas poblaciones cuyo destino y miseria están estructurados desde hace tiempo.

Observamos la miseria en la ampliación y crecimiento de las villas en una suerte de desarrollo interior magramente organizado. Toman, en lo que pueden, el modelo urbanístico para hacer calles, patios, plazas, canchitas de fútbol, perímetros de distanciamiento en “propiedad”, estableciendo ese rango formal de lo que es la existencia humana generando condiciones territoriales de un elemental dominio en el “esto es mío, esto es tuyo, no avances hasta aquí”, y que de pronto aparecen figuras de la vigilancia social, el control social ejercidos por liderazgos internos que nacen en esta verdadera condición de supervivencia en relación al contexto condicionado para el hacinamiento, la enfermedad, la humillación, la promiscuidad, las discapacidades intelectuales, las discapacidades operativas y diversas condiciones de anomia.

¿Cuál es nuestra clínica ahí? ¿Es aquel bosque que no nos deja ver el árbol, finalmente, como imposibilidad real?

Lo que está en crisis es la clínica misma, porque de alguna manera el *impasse* que surge en las prácticas de asistencia, a poco de andar, surge claramente del desvalor de la palabra. Hay una dolorosa sangría en los discursos que han hecho del aparato del lenguaje solo una condición de goce abyecto como un *verdadero sectarismo del lenguaje en la palabra del adicto*, por ejemplo. Sea por las características de los idiolectos que los grupos sociales incorporan como cultura adictiva y por lo cual los intercambios están limitados a imposiciones fundamentalmente de valor autoritario. Allí, el secreto de su hábito -aunque imposible de ocultar- esa “omertá” de grupo, vale decir, las lealtades en la consumición, provisión y condiciones de acceso a la droga en su asentamiento están presentes.

La humillación al padre y el escarnio de la madre es el alcance del poder de la condición mafiosa del expendio de la droga. Es el vaciamiento de los ideales parentales más un verdadero poder político en el interior de esos conglomerados sociales que quizás al sujeto singular lo gane un “sálvese quien pueda” cual magra defensa narcisística, desde que en la experiencia del contexto social el semejante es por definición un potencial hostil.

A esos conglomerados les llega la palabra engañosa del discurso político en “promesas de campaña”, por ejemplo, ocasión que demuestra la esencial felonía con que el artificio político teje su urdimbre cual método de dominación y sujeción cuya consecuencia no es en menor medida la devaluación de la palabra, precisamente.

De allí, entonces, que valga interrogarse acerca de *cuál es la palabra del habitante de esos asentamientos en el momento de la consulta en el hospital.*

La palabra del adicto, la palabra del alcohólico, la palabra del desocupado, en fin, la palabra del *lumpen* o del proletario en las circunstancias de una consulta. (2)

En ese plano, en relación a nuestras prácticas, que son prácticas cuya función en grado sumo es la palabra, ¿cuál es la palabra que hay que restituir, y más, que hay que interpretar?

La sorpresa, que no es ya tal para nosotros, es que se busca “la pastilla”, el psicofármaco y todas las prácticas que se reduzcan a un asistencialismo masivo sin ningún programa de acción general estatal, se está reduciendo a la provisión medicamentosa, aún por clínicos generales.

El uso psicofarmacológico forma parte de ese intercambio conversacional con esos pacientes y, de alguna manera, ese modelo hace que las industrias farmacológicas instruyan con sagacidad al clínico general para que él mismo medicalice con psicofármacos. Es un hecho que el porcentaje del uso de psicofármacos en la práctica de la clínica médica aumentó considerablemente.

La intervención psicoterapéutica encuentra su límite en el obstáculo a la palabra, en cierto déficit ideacional para manifestar la conflictividad ligada a impulsos asociales, las condiciones depresivas o el resentimiento agresivo en relación con la realidad social en que viven, como lo muestra el robo de psicofármacos para consumo adictivo y su manejo como moneda de favores, hecho que en el espacio carcelario, por ejemplo, se muestra en su máxima crueldad, como denunciara hace poco Horacio Verbitsky en un artículo en el periódico Página/12. (3)

Necesitamos una arquitectura teórica fortalecida porque el *impasse* y la crisis no es solo clínica, es teórica también. Es desde allí que hablar de un tratamiento posible en la acción psicoterapéutica, como refería Lacan para las psicosis, hay que extenderlo a los seres en condiciones marginales. Un tratamiento posible a esos seres caídos de la historia laboral, social, cultural, como también a los seres caídos de comportamientos de conciliación social, ganados por la violencia. Su problemática también exige una reflexión teórica para el ejercicio clínico. En nuestra práctica es un no-pensamiento lo que está en juego, es un puro acto cuya determinación tiene la cualidad fantasmal ganada por la pasión del odio, muchas veces, o el gesto de desconocimiento del semejante en relación a su desprecio absoluto. (4) Ni siquiera como odio, simplemente como acción de acceder al cuerpo del otro. Eso supone un no-pensamiento, esta idea de no-pensamiento se puede homologar a esa referencia que Marc Augé (5) definió como no-lugares, es decir, lugares que son de tránsito sin referencia, aún menos que un paisaje, esos *no-lugares* donde el sujeto no se halla, y está en una suerte de provisoriedad como sujeto, una especie de construcción de sujeto provisorio, ni siquiera suspendido, ausente por definición, que se determina en esos no-lugares. Estamos frente a un sujeto de un no-pensamiento, sujeto del resentimiento, como señalaría Nietzsche. Allí el enemigo es cualquiera que no sea como yo, el enemigo es cualquiera que tiene más que yo, el enemigo es cualquiera que ocupa un lugar que se me antoja, o

que posee un objeto que decido que debe ser de mi pertenencia. Pero el sujeto de la huída está también habitado por un no-pensamiento y el vandalismo en toda su extrema condición. Las tribus urbanas que se constituyen confluyen más en un resentimiento básico que en cualquier ideal de unión. ¿Qué son sino las barras bravas de las cuales muchos de sus miembros son habitantes de esos asentamientos? El deseo de la muerte del Otro como pasión destructiva en lo otro del semejante.

La realidad para esos jóvenes no es sino un insistente pasaje al acto social.

Por lo tanto, tampoco no hay que desconocer la captura en estos seres de un goce abyecto. Posición de goce cuyo carácter abyecto es, sobre todo, por las condiciones de esas poblaciones que adoptan formas de una cultura tribal, la de los jóvenes principalmente. Observable real, social y, eventualmente, clínico, por las consecuencias que trae, pero que exige también salir de las estigmatizaciones que estos comportamientos tienen para la llamada "opinión pública", generalizada por los medios.

Medios que en verdad construyen "los escudos de indiferencia frente a la aflicción y la pobreza", como señalara Terry Eagleton. (6)

Pero, ¿cómo hacemos hoy, al fin de cuentas, con nuestro solo voluntarismo en situaciones donde hay una estigmatización que se muestra como asumida también, como cuando en una suerte de presentación de sí mimos dicen: "soy un negro villero" y cuyo *argot* de cultura suburbana los aleja del plano comunicacional? Una verdadera supresión del principio dialógico, aquel que Martín Buber señalara como la condición necesaria de un Yo y un Tu fundante de la palabra en la dignidad social. (7) Esa otredad subjetivante, en fin, del ser en su identidad misma. El choque con un *argot* urbano, los idiolectos diversos con que se nutre la lengua de una cultura de los márgenes cuyo significante "código", por ejemplo, ha trascendido al lenguaje coloquial de cualquier ciudadano. Justamente, esos seres que pueblan esos asentamientos "tienen códigos", términos que expresan con suma frecuencia en sus magros relatos. Vale decir, que hay

aquello que no es para extraños a su territorio. Figura encriptada para estos pacientes pues tales "códigos" no son sino fórmulas de lo que no habrán de decir, habrán de callar, serán reacios a cualquier semiología clínica psicológica que los ubique como "buchones", cuando de adictos se trate, o de violencia padecida. Este verdadero sometimiento de estos esclavos dobles, ser víctimas y servir al amo ocultándolo con sus felonías.

Hay un contexto con el cual hay que operar con fundamentos teóricos psicosociales, y lingüísticos también, que se muestran insuficientes en nuestra práctica.

Nuestras ponencias, nuestros relatos hablan de lo más sustancial de nuestra práctica, de la más exigente ética que nos mueve, a un auditorio, no a un público, a un auditorio para que cada cual pueda tomar lo mejor, incorporándolo al conjunto de sus posibles tramas de relatante, de sujeto activo en la política de salud que necesitamos imperiosamente.

Se habla tanto de la caída del relato en tanto que se hace de la palabra del relato el pastiche inquietante del absurdo por la saturación de palabras vacías del facilismo que son las de la inacción. Se pretende desacreditar a un semantema como relato cuyas características son estrictas y definitivas. No todo lo que se habla es relato, no todo lo que se dice es relato. El relato es subyacente a lo que se dice, el relato es una construcción, y su máximo no es sino una promoción de un curso de acción.

Es una lástima que se manoseen las palabras solo para la diatriba. Qué lástima que se manoseen tanto las palabras. Rescatemos para nosotros ese término.

Es por eso que cualquier programa con la clínica que padecemos va al fracaso. Cualquier tarea clínica que pretenda un trabajo donde no hay un estudio de campo previo más una acción estatal, va al fracaso. Cualquier idea singular del caso individual va al fracaso porque sale, se lo atiende, se lo mejora, pero vuelve al mismo lugar de donde procedía. Digámoslo sin vueltas: es una función ineludible del Estado nacional, provincial y aún municipal. Sino, no hay salida ■

Referencias bibliográficas

1. Freud S. El porvenir de una ilusión. En: Obras Completas. Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.
2. Marx K. El 18 Brumario de Luis Bonaparte. Buenos Aires, Prometeo libros, 2003.
3. Verbitsky H. Artículo publicado en Página/12, el 26/5/1993.
4. Benassi A. Encuentro de Estudios Analíticos.
5. Augé M. Los no lugares. Barcelona, Editorial Gedisa, 1992.
6. Eagleton T. Los extranjeros. Por una ética de la solidaridad. Madrid, Ediciones Paidós Ibérica, 2010.
7. Buber M. Yo y tú. Buenos Aires, Ed. Nueva visión, 1977.

Bibliografía sugerida

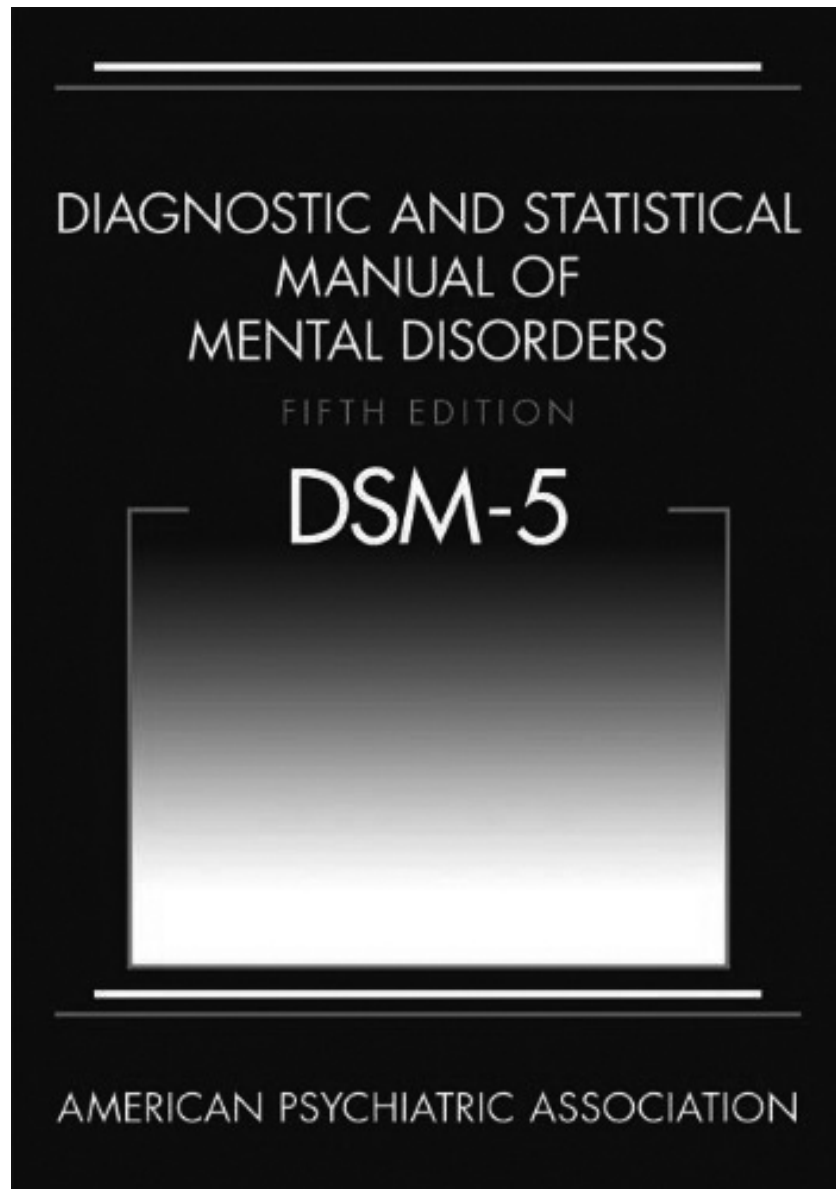
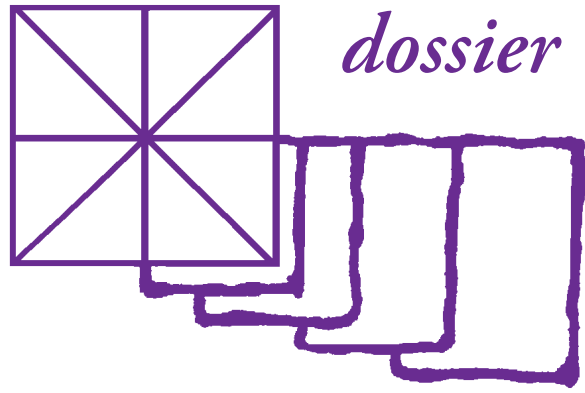
- Jameson F, Zizek S. Estudios Culturales. Editorial Paidós, 1993.
- Rosanvallon P. La nueva cuestión social. Editorial manantial, 1995.
- Svampa M. La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo. Buenos Aires, Taurus, 2005.
- Viola WB. Psiquiatría social. Centro Editor de América Latina, 1967.



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar



DSM-5: LUCES Y SOMBRAS

Coordinación

Gabriela Jufe
Alexis Mussa
Esteban Toro Martínez
Federico Rebok

Luego de años de postergaciones, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association, el DSM-5, apareció oficialmente impreso en Mayo del 2013 durante el desarrollo del congreso anual de esa institución en San Francisco (1). A lo largo de los 60 años pasados, el DSM ha ido evolucionando desde los esfuerzos iniciales para recolectar información estadística a un compendio moderno de trastornos mentales que pueden ser diagnosticados confiablemente, si bien en algunos casos no han sido validados. Desde el DSM-III se han logrado algunos avances en la práctica psiquiátrica, incluyendo la consistencia en el diagnóstico, la uniformidad en los esquemas terapéuticos y la confiabilidad de la investigación clínica basada en los criterios de inclusión y exclusión que el DSM les brinda a los investigadores. A lo largo de esta historia, los hacedores del DSM han batallado con la aparentemente fundamental, pero complejísima pregunta acerca de cómo definir un trastorno mental. Las propuestas actuales que incluyen modelos de espectros y dimensiones en enfermedad mental, renuevan la preocupación y el debate acerca de la patologización de la existencia normal. Aunque la visión en espectro de la enfermedad mental pueda reflejar mejor la realidad biológica y, de esta manera, permitir acercarse a modelos validados de trastornos psiquiátricos, la expansión diagnóstica consiguiente tendría implicancias prácticas importantes en el trabajo clínico cotidiano, al mismo tiempo que en un nivel social.

El proceso de desarrollo del DSM-5 comenzó con un intento de proporcionar un cambio paradigmático en el diagnóstico psiquiátrico, basado inicialmente en la identificación de marcadores biológicos. El objetivo estaba claro: promover la investigación que pudiera reemplazar nuestro método descriptivo de diagnóstico,

reemplazándolo por uno basado en una comprensión etiológica. Esto ha resultado previsiblemente inalcanzable, con la desalentadora conclusión de que a pesar de todo el esfuerzo invertido, no se halló la suficiente evidencia para poder incluir marcadores biológicos en el nuevo manual (2, 3). Los notorios avances ocurridos en las últimas décadas en genética, biología molecular y neurociencia nos han brindado grandes descubrimientos acerca del funcionamiento del cerebro normal. La mala noticia es que el entendimiento de la psicopatología es todavía básico y, probablemente, permanezca así por algún tiempo (4). Pareciera ser que los cerebros normales tienden a serlo en más o menos la misma forma, mientras que las causas de la psicopatología tenderían a ser complejamente heterogéneas. Con esta dificultad desde su inicio, se han perseguido otros cambios significativos, incluyendo el desarrollo de evaluaciones dimensionales y el diagnóstico formal de trastornos prodrómicos y subsindrómicos. Con respecto a estos últimos, la loable meta de identificar condiciones que promuevan hallazgos precoces e instauren tratamientos con el objetivo de reducir la carga que genera la enfermedad, se choca con la imposibilidad (dado el conocimiento actual) de crear criterios lo suficientemente específicos que además permitan evitar el diagnóstico de muchos casos falsos positivos (5). Dicho de otra forma, el problema es que cada aumento de la sensibilidad (la identificación correcta de un trastorno particular) en el diagnóstico psiquiátrico es acompañado por una caída concomitante en la especificidad (evitar diagnosticar a aquellos que no poseen el trastorno). Los falsos negativos sólo pueden ser reducidos con el costo de producir muchos más falsos positivos. Debido a que los cambios sugeridos, en muchos casos de manera ferviente por los especialistas de cada área,

se sitúan en los límites entre un trastorno mental y la normalidad, pueden crear un gran número de nuevos “pacientes” mal diagnosticados (6, 7). Por otra parte, es poco realista esperar que la calidad del diagnóstico psiquiátrico pueda ser mucho mayor que la resultante en otras áreas de la medicina, donde los diagnósticos son fundamentalmente realizados en base a evidencia que puede ser observada directamente (8). El diagnóstico psiquiátrico continúa basado en inferencias derivadas de lo que los pacientes y sus familiares nos dicen, y/o de observaciones de su conducta.

Empleando instrumentos hasta ahora no utilizados, se realizaron los primeros Ensayos de Campo del DSM-5, publicados recientemente (9, 10, 11). Al igual que en las ediciones previas del DSM, los métodos empleados para medir la confiabilidad reflejan los estándares actuales de la investigación psiquiátrica. Los resultados obtenidos son mixtos, con algunos hallazgos positivos y otros decepcionantes.

Dado que los hallazgos producto de un examen psiquiátrico no resultan tan evidentes ni tan sencillos de entender como, por ejemplo, una fractura de tibia, los profesionales relacionados con la salud mental necesitan un lenguaje común -como el DSM-5- que describa estos hallazgos. Cuando se escucha a una persona y se identifica la naturaleza de su sufrimiento, se puede proveer alivio, que surge de darle un nombre, una explicación y un contexto a los temores y fantasmas más oscuros. Por lo tanto, es necesario nombrar a ese sufrimiento de la manera más precisa posible, y el DSM-5 es un intento de poder mejorar ese criterio clínico al caracterizar el malestar mental a través del diagnóstico de trastornos mentales. Richard Shweder, antropólogo cultural, observó que cualquier cosa es incompleta observada desde un único punto de vista, incoherente cuando se la observa desde todos los puntos de vista, y vacía si no se la observa desde ningún punto de vista (12). Es necesario tomar un punto de vista particular, pero con el conocimiento de que, a pesar de ser necesario, la perspectiva tomada es necesariamente incompleta. Es bastante más sencillo criticar las definiciones de un trastorno mental que construir una definición útil, precisa y certera. Nuestros sistemas conceptuales nos permiten describir los diferentes factores causales y sus distintas maneras de afectar la vida mental, enfatizando tanto cómo entendemos la clínica desde un punto de vista causal, como la posibilidad de engeguernos frente a contribuciones de otros. Aunque la definición de causa como “algo que haga una diferencia” pueda servir, las causas de los trastornos psiquiátricos derivan de cuatro familias interrelacionadas pero separables: las enfermedades cerebrales, las dimensiones de personalidad, las conductas motivadas y los encuentros vitales. Aunque para la mayoría de las personas una causa de estas familias es la más prominente, las

influencias causales de otras a menudo contribuyen al cuadro clínico de un paciente dado (13).

Por otra parte, identificar un trastorno por sus síntomas no significa que se lo está entendiendo. Los que trabajamos con pacientes necesitamos algún concepto heurístico de su naturaleza, tomado en términos de causa o mecanismo, para traducir lo inentendible y para poder justificar nuestras acciones en la práctica y la investigación. En esta dirección, los cambios observados en el DSM-5 no parecen demasiado relevantes, permaneciendo sin respuesta la pregunta acerca de qué son estos trastornos. A pesar de proveernos de nuevas categorías de trastornos, alterar algunos criterios diagnósticos y enfatizar aspectos relacionados con la severidad, la nueva edición del manual no logró dividir a los trastornos psiquiátricos en grupos causalmente comprensibles.

Dentro de los problemas básicos de nomenclatura se encuentra la irresoluta discusión acerca de cómo definir un trastorno mental. Uno de los aspectos más polémicos es si los conceptos de enfermedad o trastorno son términos científicos biomédicos o términos sociopolíticos que necesariamente involucran un juicio de valor (14). Además de un conjunto de signos y síntomas, trastorno puede ser definido como una alteración en el funcionamiento físico y psicológico. El término se emplea en medicina para describir, por ejemplo, trastornos genéticos y trastornos metabólicos. Sin embargo, la mayoría de los diagnósticos en medicina son denominados enfermedades en lugar de trastornos; con lo cual la denominación de los diferentes diagnósticos psiquiátricos como trastornos refuerza la distinción entre los problemas mentales, trastornos, y los problemas físicos, enfermedades. En esa dirección, al DSM como a la futura ICD-11, les toca “bailar con la más fea”. No se puede esperar de ellos que resuelvan dificultades epistemológicas inherentes a la psiquiatría que no han sido resueltas en más de un siglo. Citando al Profesor Juan Carlos Stagnaro: “Las investigaciones contemporáneas siguen sin proporcionar una estructura global clara de fundamento validado o una serie coherente de principios organizativos para un sistema diagnóstico normalizado ni han permitido la validación científica de criterios específicos y entidades diagnósticas individuales. Cualquier clasificación de los fenómenos clínicos complejos es inherentemente arbitraria. Las categorías diagnósticas son sólo constructos o modelos” (15).

Los diagnósticos generados por el DSM-5 son llamados trastornos (disorders) en lugar de enfermedades (diseases o illnesses). Los dos términos describen deterioros importantes en el funcionamiento normal, pero el sistema DSM usa trastornos para dar cuenta del complejo interjuego entre los factores biológicos, genéticos, ambientales, sociales, culturales y psicológicos involucrados en el sufrimiento mental y en los distin-

tos diagnósticos psiquiátricos (16, 17). Sin entrar en lo que podría resultar una pretérita discusión, en la cual el concepto de “trastorno mental” profundiza la errónea dicotomía cuerpo-mente, la definición de este concepto debe darse en diferentes niveles de abstracción sociopolítica y biomédica.

Persiste en el nuevo manual una de las críticas más tajantes que se le han formulado al DSM, y es la relativa a la imposibilidad epistemológica de su pretensión de “a-teoricismo”. Conminados a fijar criterios clasificatorios, los miembros de los diferentes grupos de trabajo debieron recurrir inevitablemente a conceptos teóricos provenientes de diversas corrientes de la psicopatología. Por ello, antes que “a-teórico”, el DSM-5 continúa siendo multi o politeórico (15).

El diagnóstico debe ser clínicamente útil. Si la definición de trastorno no informa el diagnóstico, tratamiento o pronóstico, entonces es inapropiado. Este requerimiento de utilidad clínica nos muestra la naturaleza pragmática del DSM-5 (18), el cual es un sistema diagnóstico diseñado para mejorar la comunicación confiable y precisa de los hallazgos psiquiátricos, más que para diagnosticar trastornos simplemente por el gusto de hacerlo. Sin representar una división marcada con respecto a la versión anterior ni tampoco una separación radical de las metas de RDoC, el DSM-5 permanece principalmente como una herramienta para clínicos.

Los críticos del DSM-5 están preocupados por el hecho de que sea empleado más como una lista de síntomas a chequear que como un medio de examinación concienzuda (13). Una meta importante es usar el DSM-5 no como una simple lista de síntomas, sino como parte de una entrevista diagnóstica exhaustiva que incluya una investigación cuidadosa de los antecedentes personales, un examen meticuloso del estado mental y, en determinadas situaciones, la corroboración con terceros informantes. Las personas no recurren a los profesionales para que los ayuden a determinar si sus sufrimientos mentales cumplen con criterios diagnósticos. No olvidemos que toda entrevista psicológica o psiquiátrica debe brindar alivio y esperanza a una persona que sufre.

Es la intención de este dossier facilitar una lectura introductoria a la nueva intención del DSM, haciendo foco en los cambios principales de los diferentes trastornos. En esa línea, la primera modificación relevante es la eliminación del familiar sistema diagnóstico multiaxial. Previamente a esta edición, la evaluación psiquiátrica recaía en los ejes I y II, quedando el eje III para las enfermedades médicas. Con la nueva versión, se implementa un registro no axial de diagnóstico, combinando los anteriores ejes I, II y III, y permitiendo documentar separadamente los factores psicosociales (antes eje IV) y la evaluación global de del funciona-

miento (antes eje V).

Con las dificultades mencionadas para incluir hallazgos biológicos, en el DSM-5 comienza a introducirse el concepto de “dimensiones”, con el objetivo de mejorar el tradicional diagnóstico psiquiátrico de modelos categóricos con mediciones dimensionales. Estas dimensiones miden los síntomas de tres formas: primero, proporcionan una manera de detectar síntomas psiquiátricos que nos son parte de criterios diagnósticos de un trastorno mental primario; segundo, las dimensiones permiten a los clínicos medir la magnitud de un síntoma; y tercero, las dimensiones proporcionan la posibilidad de detectar trastornos mentales en la población general. Se intenta así subsanar, aunque sea parcialmente, algunas de las principales dificultades del sistema DSM: no siempre se puede distinguir la normalidad de la patología y un trastorno mental de otro (19). Una herramienta innovadora en esta dirección es la Escala de Nivel de Funcionamiento de Personalidad, la que fue parte de una re-conceptualización propuesta de los trastornos de personalidad. Por otra parte, el nuevo manual también ofrece una medida dimensional que nada tiene que ver con los diagnósticos, saltando dentro de la evaluación clínica y yendo más allá del mandato del manual, proponiendo una escala para predecir el suicidio. Las imposibilidades para predecir el suicidio de manera certera son conocidas por cualquier profesional, y el DSM-5 responde a esta necesidad clínica, pero con una base científica débil. Aunque esta escala evalúa algunos factores de riesgo clásicos, tiene escasa validez; mostrando lo que los psiquiatras han estado pensando acerca de la valoración del riesgo suicida, pero no brindando justificación científica para la predicción clínica.

El comienzo de la aplicación de dimensiones complementa, pero no reemplaza, las categorías establecidas en las versiones previas del DSM. Evidentemente, los médicos no saben todavía cómo utilizar estas dimensiones y es necesario tener más experiencia con ellas antes que se coloquen en el texto principal, quedándose hasta el momento en los borradores previos. No hubiese sido aceptable el reemplazo de los diagnósticos orientados según los criterios; los psiquiatras estamos demasiado acostumbrados a ellos, y los investigadores no hubieran podido renunciar a la utilidad de los criterios diagnósticos de inclusión y exclusión al definir una condición o un grupo a ser estudiado. Además, no existe un sistema testeado y aceptado ampliamente sobre un diagnóstico dimensional (20). De esta manera, de haberse incluido categorías dimensionales, éstas hubiesen sido creadas de una forma *ad hoc* sin inspirar confianza suficiente (21).

Como mencionamos, este suplemento intenta revisar las principales modificaciones que presenta el DSM-5.

Para ello, destacados especialistas han trabajado en los distintos trastornos. Por obvias razones de espacio, hemos seleccionado sólo algunas de las entidades incluidas en el manual. En el primer artículo el Dr. Andrés Heerlein realiza una reseña para situarnos en el contexto histórico-social que cobijó la publicación de las diferentes ediciones. Asimismo, menciona el conflicto existente con el National Institute of Mental Health (NIMH), con el objetivo de éste último de lograr diagnósticos basados en la genética y las neurociencias. De todos modos, es la intención de los hacedores del DSM-5 revisar y actualizar sección por sección, según vayan conociéndose los avances científicos. Es por ello que se habla de un "documento vivo". Se enumeran en este trabajo las principales innovaciones, las diferencias entre categorías y dimensiones, la detección precoz y prevención, y los aspectos culturales. Finalmente, es este trabajo se hipotetiza acerca de las causas que llevaron al fracaso de cambiar el tipo de clasificación predominante en psiquiatría.

Desde ahora, los diferentes trastornos depresivos no se encuentran en el mismo capítulo que el trastorno bipolar y trastornos relacionados. Cada entidad posee ahora su propia sección. Los criterios diagnósticos principales para el trastorno depresivo mayor no han sido modificados sustancialmente en esta edición, definiéndose un episodio con los mismos síntomas y durante el mismo tiempo. Dentro de las modificaciones, quizás una de las más controvertidas es la eliminación de la exclusión por duelo menor a 2 meses, presente en el DSM-IV. Los críticos señalan que va a aumentar el uso de antidepresivos y otros psicofármacos al patologizar una respuesta en muchos casos "normal", determinada en otros factores por aspectos culturales (22). Mientras que los defensores argumentan que muchas de las personas con duelo por pérdida reciente se pueden beneficiar de un tratamiento específico y que una proporción significativa de ellos va a evolucionar a un cuadro de depresión mayor sin la terapia adecuada (23).

Por otra parte, los especificadores para un episodio de depresión son diferentes: puede ahora presentar características psicóticas pero no ser severo, mientras que en el DSM-IV la presencia de síntomas psicóticos necesariamente significaba que el episodio era severo. En el nuevo manual se proponen diferentes criterios diagnósticos para la depresión con características mixtas, no siendo necesaria la coexistencia simultánea con el cuadro completo de manía, siendo la presencia de tres síntomas maníacos/hipomaniacos suficientes para el diagnóstico. Uno de los cuestionamientos que persiste es el mantenimiento del síntoma de agitación psicomotora como un subcriterio inespecífico más de depresión y no como un componente de mixtura, al igual que la exclusión de irritabilidad en la depresión con características mixtas (24).

Además se incluyeron criterios específicos para 3 nuevas entidades:

1) El trastorno disruptivo de disregulación del humor, de diagnóstico entre los 6 y los 18 años, que incluye niños agresivos con arranques de ira verbales y/o conductuales desproporcionados. Mediante este trastorno se intenta no sobrediagnosticar bipolaridad en niños. No obstante, la nueva entidad acarrea la consecuencia negativa potencial de agregar una nueva categoría diagnóstica en niños (y el incremento del uso de fármacos) y, por otra parte, se ha señalado la falta de bases empíricas para la definición (25).

2) El trastorno depresivo persistente, que consolida a la distimia y al trastorno depresivo mayor crónico del DSM-IV, dos entidades que no han podido ser clínica o etiológicamente diferenciadas de manera satisfactoria. En comparación con la depresión aguda, los subtipos de depresión crónica presentan diferentes cursos de la enfermedad, menores respuestas a tratamientos, mayores incidencias de antecedentes familiares y más comorbilidades psiquiátricas (26).

3) El trastorno disfórico premenstrual, para el cual existían fármacos aprobados para su tratamiento, sin haber estado codificado en ediciones anteriores.

Lamentablemente, continúa la dificultad de la heterogeneidad cuando hablamos de depresión. Un problema que permanece a lo largo del manual, es la dificultad en la separación de entidades que son similares en apariencia. Claramente no es lo mismo una profunda depresión melancólica que aquella que ocurre en respuesta a sucesos vitales desafortunados. Tal vez por esta razón, los resultados de los primeros ensayos de campo del DSM-5 mostraron que la confiabilidad entre los evaluadores para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor fue por lo menos cuestionable ($\kappa = 0.28$) (27).

El criterio esencial para la esquizofrenia y su curso temporal permanecen inalterados en el nuevo DSM. De manera cuestionada, se han anulado los diferentes subtipos diagnósticos. De acuerdo con los investigadores, la esquizofrenia continúa como un trastorno heterogéneo, pero sin la división en subtipos sobre la base de síntomas, que han demostrado una estabilidad diagnóstica limitada, pobre validez y escasa confiabilidad. En el trabajo del presente dossier, la Dra. Gabriela Jufe desarrolla este aspecto, además de referirse con detalle a las modificaciones introducidas: la desenfaticación de los síntomas schneiderianos de primer orden y las alucinaciones extrañas, la reubicación de la catatonía como especificador, y que se requiera por lo menos de un síntoma psicótico para cumplir con el Criterio A para el diagnóstico.

De manera complementaria, el Dr. Federico Rebok realiza un recorrido histórico y conceptual de los trastornos psicóticos no esquizofrénicos que acompañan a la esquizofrenia en el capítulo "Espectro esquizofré-

nico y otros trastornos psicóticos” del DSM-5. Nos muestra como el trastorno psicótico breve de alguna manera se acerca a las psicosis cicloides de Wernicke-Kleist-Leonhard, el agregado a este trastorno de dos especificadores como la gravedad actual y la catatonía (en el contexto de otro trastorno mental), y el cambio crítico que amplía los márgenes del trastorno delirante: la posibilidad de ser consignadas ideas delirantes inverosímiles.

Resulta evidente que los avances realizados en el conocimiento de la etiología fisiopatológica de los trastornos relacionados con la psicosis han sido insuficientes. Deberemos seguir aguardando de nuevas investigaciones y estudios para redefinir las clasificaciones basadas en la neurobiología, los biomarcadores o la fenomenología distintiva (28).

Con respecto al trastorno bipolar, además de la mencionada separación de los trastornos depresivos, se enfatizan para los criterios de manía e hipomanía cambios en la actividad y la energía, al mismo tiempo que en el ánimo. Un nuevo especificador “con características mixtas”, se aplica a los episodios de manía/hipomanía cuando se presentan con síntomas depresivos, y al trastorno depresivo mayor con presencia de síntomas de manía/hipomanía. De esta manera, se eliminó el diagnóstico de trastorno bipolar I con episodio mixto, que requería -en el DSM-IV- que el cuadro clínico del paciente cumpliera simultáneamente con los criterios de manía y episodio depresivo mayor. Uno de los aspectos todavía por esclarecer es la recomendación psicofarmacológica para estos episodios con características mixtas, especialmente si es una depresión (24). Además, la nueva versión del manual anula el criterio de exclusión del viraje inducido por antidepresivos, se agrega una nueva categoría de “otros trastornos bipolares especificados” donde se incluyen, entre otros, personas con síntomas subumbrales de hipomanía (menos de 4 días o menos de 4 síntomas), y agrega el especificador con “distrés ansioso”, lo que quizás lleve a que más pacientes sean medicados con fármacos ansiolíticos. Estas y otras modificaciones son descritas por los Dres. Diego Martino y Sergio Strejilevich en un capítulo específico del tema.

En su trabajo, el Dr. Miguel Márquez nos muestra como los cambios en el capítulo de los trastornos de ansiedad fueron significativos. El trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático fueron excluidos del capítulo y se agregaron los trastornos de ansiedad de separación y el mutismo selectivo, mientras que la agorafobia en el DSM-5 se diagnostica sin tener en cuenta el trastorno o ataque de pánico. Los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada han sido expandidos, lo cual probablemente lleve a un diagnóstico más frecuente de esta entidad. Los cambios en los criterios de fobia específica y trastorno

por ansiedad social (fobia social) incluyen la eliminación del requerimiento que los individuos mayores a 18 años deben reconocer su ansiedad como excesiva o irrazonable. En cambio, la ansiedad debe ser desproporcionada al peligro o amenaza que implica la situación, luego que los factores contextuales y culturales sean tenidos en cuenta.

Los cambios producidos en las definiciones del trastorno por estrés postraumático (TEPT) son revisadas por la Dra. Elena Levy Yeyati. Como fue mencionado, se escinde del capítulo de los trastornos de ansiedad. En la nueva edición los eventos traumáticos se delimitan de forma más objetiva y dramática, siendo la exposición a un acontecimiento traumático y la respuesta con temor, desesperanza u horror los dos elementos constitutivos que definen al trauma. A pesar de ello, continúa presente su dudosa especificidad y su problemática universalidad. Otros cambios que se describen son la especificación del TEPT con síntomas llamados disociativos y la inclusión de poblaciones infantiles menores de 6 años a las que se aplicaría el diagnóstico. Con estos cambios, este constructo puede permitir una mayor incidencia en el diagnóstico.

El Dr. Esteban Toro Martínez realiza una completa reseña histórica y una minuciosa y abarcativa descripción del nuevo capítulo correspondiente al trastorno obsesivo compulsivo y las patologías relacionadas con el espectro del TOC. El nuevo DSM se aparta de la visión más clásica e incluye pacientes más diversos bajo este diagnóstico. Asimismo, introdujo modificaciones en los criterios operacionalizados con el objetivo de simplificar el lenguaje y su aplicación en la clínica. Con la integración de los avances obtenidos en los últimos veinte años en este área. Se mencionan como trastornos diagnósticos relacionados, pero de manera individualizada, el trastorno por acumulación, el trastorno por excoriación, la tricotilomanía, el trastorno por dismorfia corporal y los trastornos relacionados con sustancias o causados por otra condición médica. En el proceso de confección del presente manual, y como extensión de las discusiones en el área de neurociencias, el NIMH lanzó en 2008 el proyecto Research Domain Criteria (RDoC), con el propósito de reclasificar los trastornos mentales a los efectos de la investigación, basado en un marco neurocientífico que pueda contribuir a una nosología en la cual los trastornos sean agrupados por cualidades psicopatológicas subyacentes similares, más que por observaciones fenomenológicas. En un mundo ideal, a pesar de las tensiones políticas y económicas surgidas que seguramente continuarán, las conclusiones provenientes del proyecto RDoC serán muy útiles para las versiones subsiguientes: DSM-5.1, DSM-5.2 y demás. Los Dres. Elena Levy Yeyati y Anibal Goldchluk reconstruyen la historia de este proyecto y la amenaza que representa al enfoque

nosográfico dominante en psiquiatría desde 1980. Muchos de los cambios propuestos por el DSM-5 representan una oportunidad de mejoría desde una perspectiva clínica y de la salud pública. En esa dirección, la categoría de “trastorno del espectro autista”, que incluye los diagnósticos del DSM-IV de trastorno autista, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado, surgen de datos que sugieren que estos trastornos comparten un sustrato fisiopatológico. Los cambios en los nombres de los criterios, sin embargo, ayudan a clarificar las manifestaciones sintomáticas y brindar a los clínicos un ejemplo más preciso de cómo estos niños aparecen actualmente en la clínica. Otro cambio significativo en el capítulo de trastornos del neurodesarrollo, es el cambio de nombre de “retraso mental” a “discapacidad intelectual”. El Dr. Ernesto Wahlberg describe como la presente modificación modifica los criterios diagnósticos de la entidad, al tiempo que intenta superar la estigmatización procedente del término “retraso”. A diferencia del cociente intelectual y los niveles de severidad, actualmente son considerados relevantes para definir la discapacidad intelectual evaluaciones neuropsicológicas y criterios clínicos más abarcativos, al tiempo que adquiere fundamental importancia la capacidad de desenvolvimiento de la persona en su vida diaria. Teóricamente, en el DSM-5 los trastornos de personalidad pueden ser diagnosticados mediante uno o dos sistemas. El primer sistema es el familiar sistema categorial del DSM-IV. Este sistema se encuentra en el cuerpo principal del DSM-5 para el uso clínico regular. Se mantienen los mismos 10 trastornos específicos de la personalidad y las mismas manifestaciones sintomáticas de cada trastorno. El segundo sistema es dimensional, un modelo alternativo para los trastornos de personalidad, dentro de la sección denominada “Modelos y Medidas Emergentes”, destinado al uso en investigación. Habiendo sido dejado de lado en el último minuto, el modelo dimensional no se encuentra lis-

to para el uso clínico cotidiano del DSM-5, pero quizás lo esté para el DSM-5.1. En él se reducirá la atención a la conducta de las categorías diagnósticas de los trastornos de personalidad para dar lugar a la valoración del deterioro funcional y los rasgos patológicos. Posiblemente, se aliente a diagnosticar un trastorno de la personalidad solamente cuando una persona presente un deterioro en la capacidad de establecer una identidad coherente, de desarrollar empatía por los otros y de generar relaciones recíprocas. Continúa entonces la necesidad de un sistema dimensional simple, que pueda ser fácilmente entendido y empleado por el psiquiatra promedio (29).

Otras modificaciones de la nueva edición del manual son: los trastornos por uso de sustancias ahora describen los casos empleando el término “adicción”, no distinguiendo más entre dependencia y abuso; las demencias se clasifican como “trastornos neurocognitivos”, discriminadas por severidad; en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad los síntomas deben estar presentes antes de los 12 años (7 años en el DSM-IV) y se especifica que los mayores de 17 años requieren tener 5 síntomas para el diagnóstico (6 síntomas en la versión anterior); y los “trastornos por síntomas somáticos” reemplazan a los trastornos somatomorfo y se clasifican de manera diferente.

Los debates acerca de qué debería ser considerado una enfermedad mental en el DSM-5 o en cualquier otro sistema diagnóstico clasificatorio van a permanecer sin resolverse. Los diagnósticos y umbrales de la patología últimamente son basados en su utilidad, por lo que un análisis cuidadoso y quizás aun definiciones diferentes de los trastornos pueden requerirse para guiar las decisiones en la práctica clínica, la investigación y las políticas de salud pública. Posiblemente, un cambio real de paradigma en psiquiatría puede provenir solamente si conseguimos lograr un entendimiento gradual de al menos algunas formas de psicopatología de una manera etiopatogénica ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5TM). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Adam K. On the spectrum. *Nature* 2013; 496: 416-8.
3. Kupfer DJ, Regier DA. Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 672-4.
4. Braff DL, Freeman R. Clinically responsible genetic testing in neuropsychiatric patients: a bridge too far and too soon. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 952-5.
5. Corcoran C, Malaspina D, Hercher L. Prodromal interventions for schizophrenia vulnerability: the risks of being "at risk". *Schizophr Res* 2005; 73: 173-84.
6. Frances A. Opening Pandora's box: the 19 worst suggestions for DSM5. *Psychiatric Times* [Journal on-line] February 11, 2010. Available from: <http://www.psychiatrictimes.com>.
7. Frances A. The first draft of DSM-V. *BMJ* 2010; 340: 1168.
8. Chmura Kraemer H, Kupfer DJ, Clarke DE, Narrow WE, Regier DA. DSM-5: how reliable is reliable enough? *Am J Psychiatry* 2012; 169 (1): 13-5.
9. Clark DE, Narrow WE, Regier DA, Kuramoto SJ, Kupfer DJ, Kuhl EA, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part I: study design, sampling strategy, implementation and analytic approaches. *Am J Psychiatry* 2013; 170 (1): 43-58.
10. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, Kuramoto SJ, Kuhl EA, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry* 2013; 170 (1): 59-70.
11. Narrow WE, Clarke DE, Kuramoto SJ, Kraemer HC, Kupfer DJ, Greiner L, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *Am J Psychiatry* 2013; 170 (1): 71-80.
12. Shweder RA. Why do men barbecue? Recipes for cultural psychology. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2003.
13. McHugh P, Slaveny PR. Mental illness-comprehensive evaluation or checklist? *N Engl J Med* 2012; 366: 1853-1855.
14. Aragona M. The concept of mental disorder and the DSM-5. *Dialogues in Philosophy Mental Neuro Sciences* 2009; 2: 1-14.
15. Stagnaro JC. Nosografías psiquiátricas contemporáneas: descripción y perspectivas críticas. En: Vaschetto E, Capozzo M. Epistemología y Psiquiatría. Relaciones peligrosas. Buenos Aires: Polemos; 2012. p. 203-238.
16. Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 529-39.
17. Kendler KS. The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic-functional / hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Mol Psychiatry* 2012; 17: 377-88.
18. Stein DJ, Lund C, Nesse RM. Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 493-7.
19. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 4-12.
20. Jablensky A. Towards ICD-11 and DSM-V: issues beyond 'harmonization'. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 379-81.
21. Frances A. Whither DSM-V? *Br J Psychiatry* 2009; 195: 391-2.
22. Bryant RA. Is pathological grief lasting more than 12 months grief or depression? *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 41-6.
23. Friedman RA. Grief, depression, and the DSM-5. *N Engl J Med* 2012; 366 (20): 1855-7.
24. Koukopoulos A, Sani G, Ghaemi SN. Mixed features of depression: why DSM-5 is wrong (and so was DSM-IV). *Br J Psychiatry* 2013; 203: 3-5.
25. Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 173-9.
26. Murphy JA, Byrne GJ. Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of chronic depressive disorder. *J Affective Dis* 2012; 139: 172-80.
27. Freedman R, Lewis DA, Michels R, Pine DS, Schultz SK, Tamminga CA, et al. The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 1-5.
28. Carpenter WT Jr. The psychoses in DSM-5 and in the near future. *Am J Psychiatry* 2013; 170 (9): 961-2.
29. Frances AJ, Nardo JM. ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. *Br J Psychiatry* 2013; 203:1-2.

Aproximándose al DSM-5: ¿un avance en psiquiatría?

Andrés L. Heerlein

Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile
E-mail: aheerlein@entelchile.net

Resumen

Uno de los principales problemas de la psiquiatría actual es que los sistemas de clasificación diagnóstica no son suficientemente precisos y confiables, no permiten identificar con certeza un tipo de trastorno determinado y frecuentemente superponen dos o más diagnósticos en un mismo caso. En el mes de mayo del 2013 la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) lanzó la quinta edición de su manual diagnóstico, el DSM-5, que proporciona los criterios diagnósticos que miles de psiquiatras, psicólogos, investigadores, etc., utilizarán en los próximos años en el ejercicio de su profesión. El DSM-5 vuelve a ordenar los trastornos en categorías discretas, tal como lo hicieron sus dos antecesores. El problema es que los científicos no han podido encontrar aún la evidencia genética o neurobiológica que valide estas antiguas categorías. Varios autores han propuesto que los futuros sistemas diagnósticos se dirijan hacia un modelo "dimensional", donde se puedan medir los trastornos y no haya tanta superposición de diagnósticos. La evidencia empírica más reciente apoya esta nueva estrategia, señalando que en el futuro será necesario pensar más bien en términos de "espectros dimensionales", entendiendo a estos trastornos como disfunciones de procesos normales. En ciertos pasajes el DSM-5 introduce cambios dirigidos a lograr una mayor objetividad. Se abre además la puerta para la introducción de nuevos cambios parciales, que favorezcan un desarrollo basado en la evidencia. El DSM-5 pretende ser un "documento vivo" que pueda ser re-actualizado fácilmente. Las conclusiones indican que las futuras investigaciones sobre los sistemas diagnósticos psiquiátricos requieren de mayor evidencia genético-molecular y neurofisiológica, mayor investigación objetiva y más estudios de campo multinacionales que permitan confirmar la existencia de los nuevos diagnósticos, dimensiones y espectros. Sólo de esta forma se podrá contar con información más confiable acerca de la etiopatogenia, la psicopatología, la clínica y la terapéutica en psiquiatría.

Palabras clave: DSM-5 - Evaluación - Diagnóstico - Categorías - Dimensional - Psiquiatría.

AN APPROACH TO DSM-5: A BREAKTHROUGH IN PSYCHIATRY?

Abstract

One of the main problems of current psychiatry is that its diagnostic classification systems are not precise and reliable, they do not help to identify with certainty a specific type of mental disorder and they frequently overlap two or more diagnoses. This may conduce to over diagnosis and overtreatment, which is the main criticism of the DSM system. The American Psychiatric Association (APA) launched recently the DSM-5, the fifth edition of its diagnostic manual, which provides diagnostic criteria for thousands of psychiatrist, psychologist and researchers and who will be using it in the next coming years. DSM-5, like the preceding editions, placed disorders in discrete categories such as bipolar disorder or schizophrenia. The problem is that scientists have been unable to find yet a genetic or neurobiological evidence to support the theory of mental disorders as separate categories. Several authors wanted the latest DSM to move away from the category model towards a new "dimensional approach", where disorders can be measured and mental illnesses overlapping can be reduced. Recent findings supports this new dimensional strategy, suggesting that the disorders are a product of shared risk factors that lead to abnormalities in specific drives, which can be measured and used to place persons on one of several spectra. In some parts the DSM-5 entered changes aiming to achieve a greater objectivity. The door for new changes in each category, dimension or criteria has been opened, favoring an evidence-based development of the future versions. DSM-5 is presented as a "living document" that can be updated easily. However, the category model still remains for many disorders. The future research in psychiatric diagnostic systems requires more genetic-molecular and neurophysiological evidence and more objective multinational field trials, in order to confirm the existence of the new diagnostic entities, spectrums or dimensions. This approach may provide us reliable information about the pathogenesis, psychopathology, adequate taxonomy and treatment of mental disorders.

Key words: DSM-5 - Assessment - Diagnostic - Categories - Dimensional - Psychiatry.

Introducción

En la breve historia de la psiquiatría moderna han existido numerosos intentos de construir sistemas de clasificación diagnóstica precisos y confiables, que permitan distinguir con mayor nitidez el tipo de enfermedad que podría tener un paciente, un acusado que se presente ante la justicia o una persona sufriende de algún tipo de trastorno de salud mental. La importancia de los sistemas de clasificación diagnóstica es innegable, ya que no sólo se ocupan de la realidad clínica y forense sino que definen gran parte de los fundamentos básicos de la psiquiatría y la psicología clínica, en todas sus complejidades y derivaciones. Es más, estos sistemas definen indirectamente los criterios de “normalidad” y de “anormalidad” del hombre contemporáneo y los fundamentos básicos de lo que podría llamarse una “conducta socialmente adaptada”.

Hoy en día la psiquiatría mundial se apoya principalmente en dos grandes sistemas de clasificación, a saber, la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Cabe destacar que actualmente la mayoría de los psiquiatras del mundo (70%) utiliza la clasificación internacional de enfermedades de la OMS, mientras que sólo un 23% utiliza el DSM (1). Sin embargo, el DSM es el principal sistema utilizado en América Latina. Además, la influencia que ha ejercido el DSM-IV sobre la CIE-10 es innegable.

Antecedentes históricos

En los Estados Unidos la primera y segunda edición del DSM fueron publicadas en 1952 y 1968 y reflejaban la idea de Sigmund Freud de fundar una psiquiatría psicodinámica, es decir, aquella en que la enfermedad mental es el resultado de un conflicto intrapsíquico. Este mismo concepto daba fundamento teórico a la sección de trastornos mentales de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8 y CIE-9) editada por la OMS. En estas primeras ediciones, los cambios de la conducta, los signos y los síntomas eran poco relevantes para el diagnóstico, favoreciendo la nomenclatura y el enfoque psicodinámico.

El hallazgo en la década de los setenta, de Kendler que los pacientes con síntomas casi idénticos recibían en América y en Europa diferentes diagnósticos y tratamientos motivó a un influyente grupo de psiquiatras de Estados Unidos a excluir completamente la teoría psicoanalítica del DSM, adoptando en su reemplazo el modelo categorial del psiquiatra alemán Emil Kraepelin (2). Apoyado en el descubrimiento de la parálisis general, Kraepelin pensaba que las condiciones ahora conocidas como esquizofrenia y trastorno bipolar eran síndromes diferentes, cada uno con un conjunto de síntomas y causas particulares. En aquel período, Robert Spitzer dio inicio en los EE.UU. a una nueva era, donde las clasificaciones se orientaron más hacia la sintomatología descriptiva, gracias a la aparición en los Criterios Diagnósticos para Investigación (RDC), primero, y culminando en 1980 en la publicación del DSM-III (3).

El RDC y luego el DSM-III convirtieron ese pensamiento en lo que ahora se denomina el enfoque categorial, que supone la existencia de sólidas divisiones entre los diferentes trastornos. En 1994, cuando se publicó la cuarta versión del DSM, simplemente se añadieron y restaron algunos trastornos, manteniendo el enfoque original de Kraepelin y de Spitzer (2, 3). Desde entonces, más de una generación de psiquiatras se acostumbró a utilizar el modelo diagnóstico propuesto por el DSM-III y IV, aprobado y apoyado por gran parte de la comunidad médica, por las compañías de seguros y por la industria farmacéutica. Hay autores que sostienen que esta última incluso favoreció la creación de algunas categorías diagnósticas artificiosas, con el objeto de incentivar la comercialización de algunos fármacos (4). En este mismo sentido, llama la atención que entre el DSM-II y el DSM-IV, el número total de patologías psiquiátricas definidas por la APA haya aumentado exactamente al doble, aumentando también el número de indicaciones farmacológicas (4). La psiquiatría parece ser la única especialidad de la medicina donde se ha incrementado tan significativamente el número de diagnósticos posibles.

Desde tiempos inmemoriales la medicina sabe que la incertidumbre diagnóstica produce angustia. Por ello, es un hecho innegable que la aparición del DSM-III, y luego del DSM-IV, logró tranquilizar al mundo de la psiquiatría, otorgando durante casi tres décadas la comfortable sensación de estar diagnosticando y clasificando las enfermedades con el método correcto. La angustia generada por la incertidumbre diagnóstica estaba “controlada”. La CIE-10 de la OMS, publicada en el 2000, validó en cierta forma las categorías diagnósticas del DSM-IV, que aparecieron con leves modificaciones en las páginas del capítulo V de la CIE-10, dedicadas íntegramente a los trastornos mentales.

El Psiquiatra-Jefe de la Universidad de Pittsburgh, David Kupfer, recibió en el 2007 la responsabilidad de editar este nuevo manual diagnóstico para la APA (5, 6). El trabajo de Kupfer y sus colaboradores llegó a un final en el mes de mayo del 2013 cuando la APA lanzó la quinta edición del libro, proporcionando los criterios diagnósticos que miles de psiquiatras alrededor del mundo vamos a utilizar para diagnosticar a nuestros pacientes. El DSM es tan influyente que casi la única sugerencia de Kupfer que no levantó gritos de protesta durante el proceso de revisión fue la de cambiar su nombre de DSM-V a DSM-5. Y la razón para este cambio fue solamente práctica: el número 5 arábigo permite continuar rápidamente con las versiones 5.1, 5.2, etc. Aunque el título y el texto del manual ya se están utilizando, no ha cesado aún el debate que eclipsó su lanzamiento. La cruda realidad es que no existe aún consenso entre los expertos sobre cuál será la mejor manera de definir y diagnosticar las enfermedades mentales.

En el año 2012 se desató una de las mayores polémicas en torno al nuevo manual: la renuncia de dos connotados investigadores de la APA, participantes en la construcción de la sección de trastornos de personalidad del DSM-5. En abril del 2012, John Livesley y Roel Verheul, ex-director del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de British Columbia y profesor de la Universidad de Ámsterdam, respectivamente, publicaron una declaración electrónica

en la que criticaron fuertemente *“un instrumento que será ignorado por los especialistas y hará un grave daño a la investigación”* (7), y agregaban: *“Este es el triste resultado de un pequeño grupo de expertos que porfiadamente ha ignorado la aguda crítica de su propio grupo y el casi universal rechazo a sus propuestas”* (7). Pero ellos no fueron los únicos en criticar esta sección del DSM-5. *“Como están las cosas ahora”*, decía en ese entonces Allan Frances, quien fuera el Presidente del DSM-IV, *“la sección sobre trastornos de personalidad del DSM-5 no es legible ni mucho menos utilizable. Será ignorada por los clínicos y provocará graves daños a la investigación”* (7). *“Es el momento más triste en mi carrera de 45 años estudiando, practicando y enseñando psiquiatría”*, finalizaba el doctor Frances en forma lacónica, profesor emérito de la Universidad de Duke. Finalmente las modificaciones al DSM-IV no se realizaron, sino provisoriamente (7).

¿Por qué fue necesaria la edición del DSM-5?

Las razones de la publicación del DSM-5 son múltiples y variadas. En primer lugar se debe considerar que había transcurrido demasiado tiempo desde la publicación del DSM-IV. Los criterios del DSM-IV reflejaban el estado del conocimiento psiquiátrico de 1993, lo que implica un abismo de 20 años. Además, en las últimas décadas se ha observado una urgente necesidad de coordinar más estrechamente los criterios del DSM con los de la CIE-11 (a publicarse en el 2015), de manera que los estudios clínicos y epidemiológicos sean más compatibles.

Otra razón para esta nueva publicación fue la eventual mayor capacidad que el DSM-5 tendría de corregir errores y actualizar definiciones que reflejen correctamente los hallazgos científicos de hoy. La evidencia científica y estadística recogida en los últimos 15 años no ha logrado confirmar empíricamente la validez de los criterios y las categorías diagnósticas del DSM-III y del DSM-IV. Por el contrario, en los últimos lustros, mientras algunos autores insistían en reafirmar la veracidad de las divisiones categoriales entre los trastornos postulados en el DSM-IV, la realidad de la práctica clínica y la evidencia científica más reciente los estaba derribando. Basados en la evidencia, muchos investigadores, un gran número de psiquiatras forenses y los psiquiatras clínicos coincidían en que una parte importante de los pacientes psiquiátricos no presentaban sólo un diagnóstico aislado, sino que tendían a presentar una mezcla pleomórfica de síntomas, exhibiendo frecuentemente un conjunto de dos o más diagnósticos simultáneos, con varios trastornos superpuestos o “comorbilidades yuxtapuestas”. La evidencia señalaba que aproximadamente una quinta parte de las personas que reunía los criterios para un trastorno DSM-IV cumplía con los criterios para por lo menos dos trastornos más (8). Además, a medida que los síntomas iban progresando o disminuyendo en el tiempo, los pacientes iban recibiendo diferentes diagnósticos, lo que generaba confusión y daba falsas esperanzas a los mismos pacientes.

¿Ha logrado el DSM-5 solucionar estos problemas?

La gran mayoría de los investigadores y académicos reconoce hoy en día que la investigación básica de los tras-

tornos mentales continúa siendo un terreno muy confuso, y que tanto el DSM-III como el DSM-IV no habían brindado la ayuda necesaria para alcanzar la claridad. De acuerdo con Steve Hyman, ex Director del Instituto Nacional para Salud Mental de los EE.UU., *“el problema fue que el DSM-IV se puso en marcha con escasa evidencia empírica y sobre terrenos poco conocidos, y luego ha sido aceptado en forma universal e incondicional”* (8). A pesar de las casi dos décadas de intensa investigación, las causas genéticas, metabólicas y celulares de casi todos los síndromes mentales siguen siendo, en gran medida, desconocidas. De acuerdo con un editorial de la revista Nature publicado recientemente, el estudio de la validez de las categorías del DSM-IV estaría siendo debilitado deliberadamente por la investigación clínica apoyada por la industria, la que en lugar de ayudar a renovar y perfeccionar estos criterios diagnósticos los tiende a anquilosar. Esto se produciría, en parte, porque los organismos que otorgan el financiamiento para este tipo de investigación prefieren mantener los estudios clínicos que utilizan las clasificaciones diagnósticas estándar (8). Así, por ejemplo, hasta hace pocos años en los EE.UU. o en Europa no era posible obtener financiamiento de la industria para investigar la *“psicosis”* como fenómeno aislado, sostiene Craddock (9). Efectivamente, durante años los investigadores estudiaron tanto el trastorno bipolar como la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo en forma separada. En esa época era impensable estudiarlos juntos. Hoy en día numerosos estudios básicos y clínicos han sugerido que sería recomendable estudiar las *“psicosis endógenas”* como un espectro continuo, regresando al concepto de *“psicosis única”* (9).

En los últimos años, algunos investigadores han asumido el desafío -y los hallazgos de la genética y los estudios de imágenes cerebrales así lo indican-, de que en el DSM-IV generalmente se superponen varios trastornos. Por ejemplo, algunos estudios con resonancia magnética funcional han revelado que los pacientes con trastornos de ansiedad y los que presentan trastornos del ánimo comparten una respuesta hiperactiva en la región de la amígdala cerebral frente a la emoción negativa y a la estimulación aversiva (8). Del mismo modo, algunos pacientes con esquizofrenia y algunos con trastorno de estrés postraumático, cuando se les solicita realizar tareas que requieren atención sostenida, comparten una idéntica actividad inusual en la corteza prefrontal (10).

En otro estudio para tratar de identificar las raíces genéticas de los trastornos mentales, un grupo de investigadores dirigidos por Jordan Smoller del Hospital General de Massachusetts, proyectó la información del genoma de más de 33000 personas con 5 síndromes mentales principales, buscando secuencias genéticas asociadas con dichos trastornos (11). A finales de febrero del 2013, Smoller informó que algunos factores de riesgo genéticos -específicamente, 4 sitios cromosómicos específicos- están asociados con 5 trastornos básicos: autismo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno bipolar, depresión y esquizofrenia (11). *“Lo que vemos en la genética refleja lo que vemos en la clínica”*, dice Hyman, ex-director del NIMH (8). La evidencia científica sugiere cada vez más fuertemente que la psiquiatría va a

tener que ofrecer un replanteamiento de sus diagnósticos.

David Kupfer y sus colaboradores querían que el DSM-5 cambie el enfoque desde lo categorial hacia un enfoque más “dimensional”, ya que diversas investigaciones más actuales sugerirían que las enfermedades mentales se encontrarían a lo largo de un espectro dimensional. Kupfer y su grupo organizaron una serie de conferencias para discutir cómo se podría introducir el nuevo enfoque. Una propuesta radical, y particularmente controversial, fue la de reducir a la mitad los diez trastornos de personalidad existentes en el DSM-IV, introduciendo una serie de dimensiones transversales para medir a los pacientes en forma dimensional, como lo es, por ejemplo, el grado de compulsión. El DSM-5 define estos trastornos como *“un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable durante el tiempo e implica malestar o perjuicios para el sujeto”* (5, 6).

Apoyados en el enfoque dimensional y en información preliminar, el grupo de trabajo encargado de los trastornos de personalidad del DSM-5 propuso inicialmente reducir los trastornos de personalidad a los siguientes 6 subgrupos: antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico (6). Los criterios del DSM-5 consideran que un trastorno de personalidad es un conjunto de patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, basados en metaanálisis y datos empíricos del estudio de rasgos y diagnóstico de trastorno de personalidad del DSM IV. Además, el nuevo modelo dice reconocer los dominios y las facetas de rasgos de la personalidad. Los 5 dominios y los 25 rasgos deben ser pesquisados mediante un cuestionario específico de la personalidad, denominado Inventario de la Personalidad del DSM-5 (PID 5). El PID 5 tiene 2 formas, una de autoevaluación y otra de evaluación externa. Esta nueva manera de pesquisar los trastornos de personalidad tendría la capacidad de predecir el grado de incapacidad (*disability*), el tipo e intensidad de tratamiento requerido y el pronóstico (6).

Como señaláramos antes, desde un comienzo estas propuestas se enfrentaron con una serie de críticas. Las escalas propuestas no se basaban en evidencias sólidas, dijeron algunos críticos, mientras que otros pensaban que los psiquiatras no tenían conocimiento ni experiencia de cómo usar la escala PID 5 para diagnosticar a los pacientes. Es más, entre los años 2010 y 2012 en los ensayos de campo específicamente dirigidos a evaluar los criterios del DSM-5, las 6 dimensiones de los trastornos de personalidad propuestas inicialmente fracasaron cuando fueron confrontadas con la realidad. Muchos psiquiatras llegaron a conclusiones muy diferentes. *“Introducir prematuramente un sistema fallido dimensional en el DSM-5 podría tener un efecto muy negativo para su futura aceptación por los médicos”*, escribió Allen Frances, en un artículo publicado en el *British Journal of Psychiatry* (7). Frances había servido como jefe del grupo de trabajo del DSM-IV y fue uno de los más fuertes críticos a las propuestas para introducir la dimensionalidad en el DSM-5. Finalmente todo el traba-

jo de renovación de los trastornos de personalidad quedó relegado a una tercera sección del libro, preliminar, donde se proponen estos criterios para futuros trabajos de investigación. La lista oficial de trastornos de la personalidad sigue siendo idéntica a del DSM-IV, con divisiones categoriales.

La propuesta también fue impopular en los grupos de pacientes y organizaciones de beneficencia de los EE.UU., muchos de los cuales han luchado muy duro para obtener el reconocimiento y apoyo en el combate de diversos trastornos mentales. Estas organizaciones no querían tener que ver a la esquizofrenia o al trastorno bipolar etiquetados como algo diferente. Algunos psiquiatras y psicólogos también sospechan de la influencia de las grandes compañías farmacéuticas sobre el mantenimiento de algunos diagnósticos y de la -a veces- compleja relación de la industria con ciertos psiquiatras. Ambos parecen beneficiarse de la mantención del enfoque y las categorías existentes del DSM-IV, porque pagan tratamientos basados en los esquemas de seguro de salud en los EE.UU. Tienen pocos incentivos para modificar estrategias y renovar o disolver las categorías tradicionales. Por ello existía gran expectación en el ambiente psiquiátrico acerca del enfoque y los cambios que iba a proponer este año la APA al publicar el DSM-5, cuyos contenidos fueron oficialmente dados a conocer en la reunión anual de la APA en San Francisco, California, el 18 de mayo del 2013.

Finalmente, el nuevo DSM-5, como las dos ediciones anteriores, divide a los trastornos psiquiátricos en categorías discretas, como trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia y/o trastorno obsesivo-compulsivo, etc. (6). Estas categorías, que han guiado a la psiquiatría desde principios de los ochenta, se basan en gran medida en la estrategia del listado sumatorio de síntomas subjetivos. El problema es que los biólogos no han podido demostrar hasta ahora ninguna evidencia genética o neurofisiológica que apoye la división de los trastornos mentales en categorías separadas. Muchos psiquiatras, entretanto, han comenzado a pensar en cuadros ubicados fuera de estas categorías, porque ven a demasiados pacientes cuyos síntomas no encajan adecuadamente en ellas.

¿Cuáles son las principales innovaciones del DSM-5?

Cabe volver a señalar que hay un sólo punto en el nuevo DSM-5 donde hubo acuerdo casi unánime: la modificación desde la enumeración en números romanos a números arábigos. La razón principal de este cambio tiene relación con la posibilidad de ir agregando fácilmente las nuevas versiones a la versión 5.0 actual del DSM-5 en la forma conocida de 5.1, 5.2, etc. Esto no era posible con los números romanos (6).

Una segunda innovación es la abolición del sistema de diagnóstico multiaxial que existía desde el DSM-III. El eje I (trastornos), el eje II (trastornos de personalidad y retraso mental) y el eje III (enfermedades médicas) del DSM-IV están ahora en un mismo eje. El eje IV (estresores psicosociales y ambientales) se puede codificar después del trastorno principal, mientras que el eje V (GAF)

se elimina completamente. En el DSM-5 se introduce la escala WHO-DAS, pero ésta sólo indica “discapacidad”, y no equivale al antiguo eje V del DSM-IV.

El DSM-5 intenta reagrupar los trastornos de acuerdo a la evidencia científica de los últimos 20 años, acerca de la manera cómo funciona el cerebro y cómo funcionan las interacciones entre los genes y el ambiente. Estos nuevos grupos se basan en factores comunes subyacentes (p. ej., internalizados vs. externalizados) o vulnerabilidades comunes. El ordenamiento secuencial entre los grupos diagnósticos también refleja la relación entre los diagnósticos (p. ej., esquizofrenia después de los trastornos del neurodesarrollo). De acuerdo con Michael B. First (consultor editorial del DSM-5) es posible concebir este texto como si estuviera dividido en 7 diferentes “metaestructuras” (12).

- La metaestructura I abarca a todos los trastornos del desarrollo neurológico, lo que incluye las discapacidades intelectuales, los trastornos del espectro del autismo, el trastorno específico del aprendizaje, los trastornos de la comunicación, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos motores (entre otros: tics, trastorno de movimientos estereotipados, trastorno del desarrollo de la coordinación). Además se incluyen aquí los trastornos del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno de personalidad esquizoide). También se incluye la catatonía asociada a otro trastorno mental.

- La metaestructura II abarca a todos los trastornos del ánimo incluyendo al trastorno bipolar y los trastornos depresivos.

- La metaestructura III incluye todos los trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, etc. Además incluye al trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastornos relacionados (trastorno dismórfico corporal, trastorno de acumulación, tricotilomanía, trastorno de excoiación, etc.). Finalmente, esta metaestructura considera los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, e incluye el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de estrés agudo, el trastorno de relación social desinhibida o el clásico trastorno de adaptación.

- La metaestructura IV considera los trastornos disociativos reuniendo, entre otros, a la amnesia disociativa y al trastorno de despersonalización/desrealización. Aquí también se ordenan los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la pica, etc. En esta misma metaestructura se agregan también a los trastornos de la excreción, como la enuresis, la encopresis, etc.

- La metaestructura V incluye todos los trastornos del sueño/vigilia tradicionales, a los que se agregan varios nuevos trastornos definidos por la Comisión Internacional de Trastornos del Sueño o CITS, como por ejemplo el síndrome de las piernas inquietas. También se encuentran ubicadas las disfunciones sexuales, en las que se incluye el trastorno eréctil, la eyaculación prematura, el trastorno orgásmico femenino, etc. Finalmente encontramos también en esta metaestructura la disforia de género.

- La metaestructura VI contiene los trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta,

incluidas la piromanía, la cleptomanía y el trastorno de la personalidad antisocial. Esta metaestructura comprende a su vez a todo el espectro de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, incluidos, entre otros, el trastorno por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por de sustancias. Aquí se incluye, además, el juego patológico.

- La metaestructura VII es la última e incluye a los trastornos neurocognitivos tal como el síndrome confusional, el trastorno neurocognitivo mayor y el trastorno neurocognitivo leve, etc. Van incluidos los trastornos de la personalidad en su espectro clásico del DSM-IV y los trastornos parafilicos.

Esta es la estructura organizacional del DSM-5 y permite un mejor ordenamiento secuencial y evolutivo (12).

Categorías versus dimensiones

En lo que a la discusión entre las estrategias categoriales o dimensionales se refiere, podemos afirmar que, muy lentamente, el DSM-5 se acerca a una aproximación más dimensional que sus versiones anteriores. Esto se logra combinando categorías con diferente severidad, en una sola categoría con indicadores dimensionales de severidad. A modo de ejemplo, el trastorno por autismo (más severo) y el trastorno de Asperger (menos severo) se ordenan dentro del espectro de los trastornos autistas (6).

El DSM-5 tiene varias secciones separadas, y considera la inclusión en la sección III de las evaluaciones dimensionales. Entre ellas se encuentran la Medición del nivel 1 de corte transversal, que consiste en 23 preguntas que evalúan 13 dominios psiquiátricos (incluyendo depresión, ira, manía, ansiedad, síntomas somáticos, ideación suicida, psicosis, problemas de sueño, memoria, pensamientos y comportamientos repetitivos, disociación, personalidad y abuso de sustancias); la “Medición de severidad para los síntomas psicóticos”; la escala WHODAS 2.0 de la OMS; y un “Modelo alternativo para Trastornos de la personalidad”, que propone una reducción y un cambio diagnóstico en estos trastornos.

Detección precoz y prevención

El DSM-5 está orientado hacia la detección precoz y la prevención de los trastornos psiquiátricos. Se pretende poder aplicar el modelo médico de la detección temprana y la intervención de los factores de riesgo para prevenir futuras enfermedades. Por ejemplo, se señala la detección precoz y tratamiento adecuado de la hipertensión para tratar las enfermedades del corazón. Esto incluye la propuestas del DSM-5 del “síndrome psicótico atenuado” (síndrome de riesgo psicótico anterior) para prevenir la esquizofrenia, del trastorno cognitivo leve para prevenir la demencia, etc.

Sin embargo, esta aproximación presenta algunos problemas metodológicos, a saber: a) la mayoría de las personas con “factor de riesgo” finalmente no desarrollan la enfermedad temida; b) la mayoría de las personas con “factor de riesgo” son indistinguibles de los “normales”; c) actualmente no hay intervenciones eficaces para evitar un inevitable estigma de rotulación en psiquiatría.

Se concluye entonces que falta más investigación y mejores evidencias para poder considerar seriamente la detección precoz y la prevención.

Aspectos culturales

Emil Kraepelin funda la psiquiatría transcultural en 1903 (13). Desde la década de los sesenta numerosos estudios han demostrado la existencia de una estrecha relación entre la cultura y los trastornos psiquiátricos. Los trabajos precursores de Pfeiffer y Sartorius han sido confirmados por hallazgos más recientes de Rubino, que demuestran un efecto significativo de las diferencias culturales sobre la salud mental de las personas (14, 15, 16). En el Reino Unido se ha podido registrar una mayor prevalencia de tendencia a la depresión y suicidalidad en la población inmigrante, mientras que la esquizofrenia es seis veces más prevalente entre los inmigrantes afrocaribeños que entre los locales (17). Es particularmente interesante observar que el riesgo de esquizofrenia entre los inmigrantes es mayor mientras más pequeño sea el grupo de inmigración. Pero no es sólo la esquizofrenia la enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en la población de inmigrantes. Los estudios de Escobar y otros revelan una mayor prevalencia de trastornos depresivos en la población inmigrante hispana en los EE.UU. (18).

Cabe entonces preguntarse si las enfermedades mentales son estables a través de las diferentes culturas, o se van modificando de acuerdo a los cambios de contexto y/o de identidad cultural. ¿Qué ocurrirá con las poblaciones migrantes, tan frecuentes en este mundo globalizado, que deben cambiar radicalmente el contexto cultural en que se desenvuelven? Algunos autores sostienen que todas las culturas presentan cuadros psiquiátricos similares, diferenciándose sólo por el grado de severidad o de complejidad del cuadro clínico. Las diferencias culturales no jugarían ningún rol, de acuerdo a estos autores, de manera que los sistemas de clasificación diagnóstica internacional tendrían aplicación en todas las culturas. Otros autores sostienen que la cultura tiene una influencia significativa sobre la forma clínica y la evolución de los trastornos mentales, de modo que existirían síndromes ligados a determinadas culturas (*culture bound syndromes*).

Es muy posible que ambos grupos de investigadores estén en lo cierto. Hoy en día sabemos -gracias a la información genética, epidemiológica y clínica- que en la psiquiatría hay ciertos cuadros clínicos que son más "independientes" de la cultura, mientras que existen otros que son claramente dependientes de factores étnicos y culturales. En consecuencia las confusiones diagnósticas abundan y la comprensión cabal del enfermo mental no es posible. Por ejemplo, la forma como la depresión es entendida, interpretada, expresada, evaluada y tratada varía considerablemente de una cultura a la otra. Por lo tanto, la "experiencia depresiva" por una parte es universal, pero por otra es particular en la medida que es determinada por los factores sociales y culturales subyacentes.

El DSM-5 ha abordado el problema cultural en psiquiatría evitando el concepto de *culture bound syndromes*.

En su reemplazo se prefiere hablar de tres conceptos que ofrecen mayor utilidad clínica:

1. Los "*síndromes culturales*", que corresponden a un grupo de síntomas que se presentan en forma más o menos continua y persistente en un grupo cultural, comunidad o contexto determinado, como por ejemplo el "*ataque de nervios*". Estos síndromes pueden o no ser reconocidos como un trastorno dentro de la cultura donde emergen, pero sí pueden ser reconocidos como un patrón de distrés o patología por un observador externo.

2. El "*idioma cultural de distrés*" es una formulación lingüística habitual, una frase o una expresión común que caracteriza a un grupo cultural y que puede referirse a una patología determinada, como por ejemplo el *Kufungisia*.

3. La "*explicación cultural para una causa percibida*" es un rótulo, una atribución o una característica de un modelo que intenta, dentro de un mismo contexto cultural, explicar la etiología de un conjunto de síntomas, un trastorno o una disfunción, como por ejemplo el concepto de *maladi moun*.

Estos tres conceptos se analizan en profundidad en la sección III del DSM-5 y en su apéndice, sugiriendo vías culturales para comprender y describir de mejor forma enfermedades, trastornos o experiencias clínicas que pueden producirse en el encuentro clínico entre el médico y su paciente. Ellos influyen significativamente en la sintomatología, el diagnóstico, la presentación clínica, las expectativas terapéuticas, la adherencia y la respuesta terapéutica de muchos pacientes (6).

Como bien señala Kirmayer, el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos como la depresión o los trastornos de ansiedad no sólo son función de categorías consensuadas de criterios clínicos descriptivos que se utilizan por un tiempo limitado, sino también del contexto sociocultural y de los sistemas de salud que funcionan en coordinación con las familias, los medios y las administraciones locales (19). Hasta ahora, una de las áreas más frágiles de los manuales de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales publicados se encontraba en la no consideración de los aspectos transculturales que subyacen a las manifestaciones psicopatológicas. El DSM-5 intenta corregir esta omisión, pero lo logra solo parcialmente.

El DSM-5 y los proveedores

La pregunta básica que tenemos que hacer hoy es por qué fracasó el proyecto de cambiar el tipo de clasificación predominante en psiquiatría. ¿Qué intereses y problemas se encuentran detrás de las polémicas actuales sobre el DSM? Existen diversas razones que pueden explicar este fracaso. Como los mismos miembros de la *task force* del DSM-5 indican, resultó muy difícil cambiar de un momento a otro la evaluación clínica desde el chequeo de listados de síntomas concretos, a la evaluación graduada de factores de riesgo de tipo dimensional.

Es posible que los argumentos esgrimidos por los autores no sean equivocados. Sin embargo, entendemos que no se trata solo de un problema estrictamente "científico". Por el contrario, esto nos hace dirigir la atención hacia los intereses involucrados en la investigación basa-

da en categorías, la cual ha sido desarrollada a pesar de fracasar una y otra vez en sus intentos por demostrar la validez de sus clasificaciones.

Aproximadamente desde su tercera versión, la industria farmacológica ha estado estrechamente vinculada al financiamiento de la investigación en salud mental. Existen evidencias bien documentadas de este problema: un 56% de los autores del DSM-IV tenía vínculos económicos con las farmacéuticas, y en el caso de enfermedades asociadas al uso masivo de medicamentos, como el de las enfermedades del ánimo (depresión, bipolaridad) o la esquizofrenia, el 100% de dichos comités estaba integrado por médicos con lazos financieros declarados con la industria farmacéutica. Desconocemos qué porcentaje de médicos e investigadores que participaron ahora en la *task force* del DSM-5 declararon sus eventuales conflictos de intereses. Es posible que este factor también haya influido en este desarrollo conservador, pero es poco probable que esto haya ocurrido en forma directa. Hoy en día la mayoría de los investigadores y médicos de los EE.UU. declara sus eventuales conflictos de interés con máxima seriedad y responsabilidad. De haber surgido alguna influencia secundaria en las decisiones tomadas por cada grupo de trabajo del DSM-5, ésta probablemente fue indirecta e involuntaria. De cualquier forma, se trata de un sesgo que siempre se debe intentar evitar. Entendemos que las autoridades que están conduciendo los grupos de trabajo de la CIE-11 son muy rigurosas en este problema.

Algunos autores han criticado en el DSM-5 un aumento de diagnósticos menos definidos y que podrían favorecer la adopción de medidas terapéuticas en situaciones que antes se consideraban normales. Se han postulado conflictos de intereses en la aparición de nuevas categorías diagnósticas, como así también en la tendencia a mantener inalteradas a las antiguas categorías del DSM-IV. Por ejemplo, en el DSM-5 una persona que siga sintiendo un dolor profundo después de dos meses de haber perdido a un amigo muy cercano debe rotularse como alguien que está "deprimido" y al que se le debe necesariamente indicar un antidepresivo; muchos autores sostienen que esto no es razonable. En otro capítulo del DSM-5 se sostiene que si una persona ha comido en exceso más de 12 veces en los últimos tres meses debería recibir el diagnóstico de "trastorno por atracones" y su médico debería recetarle ansiolíticos. Otro ejemplo similar se refiere a la psiquiatría infantil: de acuerdo al nuevo manual cuando algún niño ha hecho pataletas tres o más veces a la semana por un año el médico debe preocuparse, porque no sería una simple pataleta lo que tiene, sino un "trastorno de desregulación del ánimo disruptivo", es decir, el niño no sabe controlarse y es recomendable que su médico le indique medicamentos antipsicóticos. Estos ejemplos corresponden tan solo a algunas de las nuevas patologías contempladas en el DSM-5 y que sugieren indirectamente sesgos vinculados con intereses secundarios.

Por otra parte, no habría que descartar el papel que pueden haber jugado las instituciones aseguradoras médicas. Frente a un escenario mundial en el que los servicios de salud se han privatizado progresivamente, resulta muy riesgosa para las inversiones de las grandes compañías de

seguros la transformación de todo el lenguaje y la lógica con la que se decide si una persona está enferma y qué tipo de enfermedad la aqueja. Dicho de otro modo, en el contexto del sistema de salud norteamericano, uno de los sistemas más privatizados del mundo y orientado principalmente hacia la optimización de costos y ganancias en el juego del mercado, al parecer el DSM ha sido blindado por el respaldo político y económico provisto por la industria farmacéutica y los seguros de salud.

El NIMH y el futuro del DSM-5

A comienzos del 2013 el *National Institute of Mental Health* (NIMH) de los Estados Unidos, quien fuera parte integrante de la *task force* liderada por Kupfer para dar origen al DSM-5, decidió desligarse de dicho proyecto iniciando un camino propio. La razón principal de este brusco cambio se debió a la decisión de los autores del DSM-5 de mantener el modelo categorial y a la renuncia de incorporar el nuevo modelo dimensional propuesto por el NIMH. A través de su nuevo proyecto "*Research Domain Criteria*", el NIMH intentará transformar el diagnóstico clínico en un nuevo sistema de clasificación, específico para la investigación. El énfasis de este proyecto está puesto en el postulado de que los trastornos mentales son trastornos biológicos dimensionales que involucran circuitos cerebrales y combinaciones genéticas específicas. De acuerdo a este enfoque, la enfermedad mental es el resultado de una desregulación de procesos normales.

El proyecto alternativo que está diseñando el NIMH se apoyará en los resultados del proyecto GENOMA Humano y todos sus derivados, que han arrojado nuevos e interesantes resultados en el ámbito de la genética psiquiátrica. Así mismo, se están desarrollando tres nuevos proyectos de investigación destinados a dilucidar el mapa anatómico-fisiológico del sistema nervioso central. Se trata del *Human Connectome Project* (HCP) o Proyecto Conectoma Humano, del proyecto *Brain Activity Map* (BAM), ambos realizados en los EE.UU. y del *Human Brain Project*, europeo. Se espera que en una década la humanidad ya disponga de un mapa completo de todas las conexiones neuronales del cerebro humano, lo que permitirá entender mejor el funcionamiento normal y anormal del mismo. Para ello sería conveniente contar con diagnósticos psiquiátricos más cercanos a la realidad neurofisiológica. Este nuevo sistema clasificatorio del NIMH pretende entonces lograr la construcción de una nueva taxonomía basada no sólo en síntomas, sino en "biomarcadores" como, por ejemplo, un circuito de actividad neuronal específico en una determinada zona cerebral, niveles plasmáticos característicos de ciertas moléculas o sustancias en la sangre, o una secuencia genética determinada que dé cuenta de "endofenotipos" particulares. Se pretende fundar una psiquiatría basada en la genética y en las neurociencias, siguiendo el exitoso modelo que ha demostrado tener la investigación oncológica.

¿Qué transformaciones supone esta nueva perspectiva? Hasta el día de hoy los trastornos psiquiátricos se diagnostican en función de la identificación y descripción de signos, síntomas y cursos de una enfermedad a partir

de observaciones clínico-descriptivas, es decir, en función de un criterio subjetivo (malestar) y/o comportamental (disfunción) determinado clínicamente. Precisamente, lo que se le critica al DSM es ser ante todo un manual basado en consensos de expertos y en criterios estadísticos en torno a grupos de síntomas clínicos, y no en la “verdadera” investigación de laboratorio. Hoy en día los análisis genéticos y las neuroimágenes prometen revolucionar las bases del diagnóstico y tratamiento médico, ofreciendo descripciones cerebrales, genéticas o patofisiológicas de los trastornos mentales. El supuesto es que algunos factores de riesgo genéticos (determinados por biomarcadores) se encuentran asociados a los trastornos mentales. En otras palabras, la clínica no sería otra cosa que un espejo que refleja lo que ocurre a nivel genético. Sin embargo, esta afirmación es aun pura especulación, y está muy lejos de ser útil para aplicaciones clínicas.

Finalmente cabe señalar que el DSM-5, en lugar de actualizar y renovar todo el texto cada 5 o 10 años, será revisado y actualizado sección por sección según se vayan conociendo los avances científicos. Es por ello que se habla de un “*documento vivo*”, que va regenerándose en la forma de DSM-5x. Por ejemplo, si en los siguientes años se encuentran marcadores biológicos para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, entonces esa sección podrá ser modificada o renovada en forma separada.

Pero más allá de estas discusiones, la pregunta básica que tenemos que hacernos hoy es por qué fracasó el proyecto de cambiar el tipo de clasificación predominante en psiquiatría. Existen diversas razones que pueden explicar este fracaso. Como los mismos miembros de la APA indican, resultó muy difícil cambiar de un momento a otro la evaluación clínica categorial con el chequeo de listados de síntomas concretos a la nueva evaluación graduada de factores de riesgo de tipo dimensional. Las razones son variadas. Por un lado, se argumentó que la investigación psiquiátrica no ha demostrado aún un desarrollo lo suficiente poderoso en términos dimensionales, lo que impediría construir indicadores consistentes; por otro lado, se sostuvo que actualmente sería prematuro introducir un criterio dimensional, porque afectaría demasiado el trabajo cotidiano de los clínicos.

Discusión

No cabe duda que la reciente publicación del DSM-5 constituye un interesante aporte a la cultura psiquiátrica. Varios autores han propuesto que los futuros sistemas diagnósticos se deberían orientar hacia un modelo dimensional, donde se puedan medir los trastornos y donde no exista tanta superposición de diagnósticos. La evidencia empírica más reciente apoya esta nueva estrategia, señalando que en el futuro será necesario pensar más bien en términos de “espectros dimensionales”, entendiendo a éstos trastornos como disfunciones de procesos normales.

En ciertos pasajes el DSM-5 introduce cambios dirigidos a lograr una mayor objetividad. La nueva edición se abre además a la posibilidad dinámica de introducir cambios parciales, sin necesidad de reeditar todo el texto y que favorezcan un desarrollo basado en la evidencia. El

DSM-5 pretende ser un “*documento vivo*” que pueda ser re-actualizado fácilmente.

Es evidente que las futuras investigaciones sobre los sistemas diagnósticos psiquiátricos requieren de mayor evidencia genético-molecular y neurofisiológica, mayor investigación objetiva y más estudios de campo multiculturales, que permitan confirmar la existencia de nuevas categorías diagnósticas, dimensiones y espectros. Sólo de esta forma se podrá contar con información más confiable acerca de la etiopatogenia, la psicopatología, la clínica y la terapéutica en psiquiatría.

Por otro lado, existen algunos problemas generales referentes a la metodología de las últimas versiones de este manual que no podemos eludir en esta discusión. El DSM es resultado de un conjunto de problemas que no se restringen sólo al campo de la psicopatología. En primer lugar, en el plano de la práctica clínica, el uso mecánico y completamente hegemónico que caracteriza al DSM permite encubrir el desconocimiento de fundamentos empíricos y conceptuales de muchos psiquiatras y psicólogos. En la premura cotidiana de atender más pacientes en menos tiempo, los psiquiatras terminan asumiendo con carácter de “verdadero” este ordenamiento práctico, que en realidad no es más que un intento de contar con un lenguaje común en salud mental. Es por ello que Nancy Andreasen hablaba del DSM-III y IV como el inicio del fin de la fenomenología (20).

En segundo lugar, en el plano de la salud pública, los actuales sistemas de clasificación tienen un enfoque de corte transversal que dificulta el desarrollo desde una perspectiva más longitudinal, basada en un enfoque de “ciclo vital y trayectoria de vida” en el estudio de la salud y la enfermedad. En este sentido, la estructura de los sistemas de clasificación actuales resulta insuficiente para proporcionar un apoyo sustentable al desarrollo de enfoques preventivos, los cuales son precisamente hoy en día una prioridad en salud pública. En tercer lugar, en el plano ético y social, es imprescindible considerar que el uso de cualquier sistema de clasificación en psiquiatría puede producir efectos de etiquetamiento excesivo o perjudicial: todas las clasificaciones, desde el momento en que son conocidas por las personas y aquellos que los rodean, influyen o transforman los comportamientos y las maneras en las cuales los individuos se experimentan a sí mismos, pudiendo llegar a producir un proceso de estigmatización excesivo o perjudicial. Esto podría llegar a ser aún más problemático a partir del uso de nuevos biomarcadores, los cuales podrían ser usados no sólo para predecir un “perfil de riesgo” a futuro, o el desarrollo potencial de ciertos trastornos psiquiátricos, sino para predecir y rotular ciertos comportamientos novedosos, algunos rasgos de personalidad específicos o ciertas capacidades cognitivas o emocionales de interés. Esto cobra particular relevancia en la psiquiatría infanto-juvenil. Aquí, por ejemplo, a partir de un perfil genético determinado, se podría saber anticipadamente si un niño tiene un riesgo a futuro de desarrollar conductas antisociales o si puede llegar a ser un potencial psicópata. Dicho de otro modo, con el fin de desarrollar estrategias preventivas o intervenciones tempranas, mediante el uso de

estos biomarcadores será posible predecir la presencia de un trastorno que aún no es clínicamente evidente, pero se correrá el grave riesgo de afectar sensiblemente el desarrollo de la identidad personal, la personalidad y la trayectoria de vida de los propios niños, la relación con sus padres y las actitudes frente a los otros. En síntesis, estamos aproximándonos a uno de los mayores dilemas en la comprensión esencial de uno de los principales problemas en salud mental: la creencia de que finalmente todo se debe a disfunciones o trastornos cerebrales. Porque hasta el momento nadie sabe a ciencia cierta cuál es la relación existente entre lo mental y lo cerebral. O dicho de otro modo: ¿Qué es lo mental?

Junto con T. Fuchs y muchos otros psiquiatras sostenemos que los trastornos mentales son multifactoriales en su etiología y heterogéneos en sus manifestaciones (21). Un trastorno mental no es solo el resultado de un fenómeno biológico aislado, sino también un hecho social, es decir, un hecho de relación (21). En otras palabras, una enfermedad mental no es solo un "conjunto de síntomas" sino un "todo", y el cerebro humano es, en esencia, un órgano relacional. En consecuencia, no es conveniente ni recomendable aproximarse al estudio de los trastornos psiquiátricos y mentales sólo desde la perspectiva del cerebro humano.

Al poseer una aproximación monista, en términos de unidades discretas, el DSM (en todas sus versiones) responde a una lógica de subconjuntos, donde los elementos se pueden definir independientemente del conjunto al cual pertenecen. Pero si pensamos que una enfermedad mental no es un conjunto sino un todo que se confunde con la subjetividad misma de las personas, entonces sus elementos no pueden ser definidos fuera de ese todo del cual ellos son parte. Este es un problema básico en fenomenología, que ya ha sido reconocido por diversos autores de la propia literatura especializada. La inclusión de la psicopatología, de la fenomenología y de la psiquiatría antropológica en el proceso diagnóstico y taxonómico podría ser de gran beneficio. Esperamos que las siguientes investigaciones sobre los futuros sistemas diagnósticos consideren también estos aspectos, con el fin de lograr algún día una aproximación real y confiable a los verdaderos y escurridizos trastornos de la psiquiatría.

Declaración de conflictos de interés

El autor no declara conflictos de interés ■

Referencias bibliográficas

1. Reed GM, Mendonca Correia J, Esparza P, Saxena S, Maj M. WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists. *World Psychiatry* 2011; 10 (2): 118-131.
2. Kraepelin E. Manic-depressive insanity and paranoia. Edinburgh: E&S Livingstone; 1921.
3. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria. Deutsche Übersetzung. Germany: Beltz Verlag-Weinheim und Basel; 1982.
4. Fava GA. A different medicine is possible. *Psychother Psychosom* 2006; 75 (1): 1-3.
5. Kupfer DJ, Regier DA. Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2011; 168 (7): 672-674.
6. American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5TM). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
7. Frances A. Whiter DSM-V? *Br J Psychiatry* 2009; 195 (5): 391-392.
8. Adam D. Mental health: On the spectrum. *Nature* 2013; 496 (7446): 416-418.
9. Craddock N, Owen MJ. The Kraepelinian dichotomy - going, going...but still not gone. *Br J Psychiatry* 2010; 196 (2): 92-95.
10. Dichter GS, Damiano CA, Allen JA. Reward circuitry dysfunction in psychiatry and neurodevelopmental disorders and genetic syndromes: animal models and clinical findings. *J Neurodev Disord* 2012; 4 (1): 19.
11. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *The Lancet* 2013; 381 (9875): 1371-1379.
12. First B. Michael. Personal communication; 2013.
13. Kraepelin E. Vergleichende Psychiatrie. *Zentralb Nervenheilk Psychiatr* 1904; 27: 433-437.
14. Pfeiffer WM. Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1971.
15. Sartorius N. Cross cultural research on depression. *Psychopathology* 1986; 19 (Suppl 2): 6-11.
16. Rubino IA, Zanasi M, Robone C, Siracusano A. Personality differences between depressed melancholic and non-melancholic inpatients. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43 (2): 145-148.
17. Bhugra D. Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 407: 68-73.
18. Escobar JI, Gomez J, Tuason VB. Depressive phenomenology in North and Southamerican Patients. *Am J Psychiatry* 1983; 140 (1): 147-151.
19. Kirmayer LJ. Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology* 2005; 38 (4): 192-196.
20. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007; 33(1): 108-112.
21. Fuchs TH. Das Gehirn - ein Beziehungsorgan. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart; 2008.

Research Domain Criteria (RDoC). Marco político y contenido

Elena Levy Yeyati

*Médica Psiquiatra; Psicoanalista
Miembro del Centro Descartes
Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis
E-mail: elyeyati@intramed.net*

Aníbal Goldchluk

*Médico Psiquiatra
Jefe de Servicio de Consultorios Externos del Hospital Borda
Presidente Honorario del Capítulo de Psicofarmacología de APSA*

Primera parte: marco político del proyecto RDoC

Las neurociencias como factor político

El 29 de abril de 2013 Thomas Insel (1), director del National Institute of Mental Health (NIMH), posteó un texto donde sostenía que el NIMH abandonaba la investigación a partir de las categorías del DSM, que los pacientes se merecían algo mejor. Faltaban 20 días para que la American Psychiatric Association (APA) publicara el DSM-5, y para quienes no estaban al corriente del proyecto Research Domain Criteria (RDoC) ni de la iniciativa Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies (BRAIN), el anuncio resultaba incomprensible. Lo que sigue es

una breve reconstrucción de la historia de un gran proyecto americano que amenaza con desplazar el enfoque nosográfico dominante en psiquiatría desde 1980.

La iniciativa BRAIN

El 12 de febrero de 2013, en su disertación sobre el Estado de la Unión, el presidente Barack Obama anunció un ambicioso proyecto llamado Brain Activity Map (BAM)¹. El discurso presidencial fue manifiestamente económico

Resumen

El *Research Domain Criteria* (RDoC) es una iniciativa del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, el cual consiste en una nueva forma de clasificar los trastornos mentales con fines de investigación. Su razón de ser está basada en la conclusión de que el avance del conocimiento en neurociencias parece no confirmar la validez de los diagnósticos psiquiátricos convencionales. Más aun, investigar a partir de ellos debilitaría el progreso de la Psiquiatría. Pero, además de estas razones científicas, el proyecto RDoC nace en un marco político y genera tensiones económicas. El objetivo del artículo es desarrollar lo primero sin eludir lo segundo.

Palabras clave: *Research Domain Criteria* - Clasificación psiquiátrica - Psiquiatría y política - Constructos para investigación.

RESEARCH DOMAIN CRITERIA (RDoC). POLITICAL FRAMEWORK AND CONTENT

Abstract

The Research Domain Criteria (RDoC) is an initiative of the National Institute of Mental Health of the United States of America, which based on research purposes consists of a new way of classifying mental disorders. His *raison d'être* is based on the conclusion that the knowledge progress of neurosciences does not seem to confirm the validity of the conventional psychiatric diagnoses. Furthermore, researching based on such diagnoses would weaken the progress in Psychiatry. Besides these scientific reasons, the Research Domain Criteria project is born within a political framework, giving raise to economic tensions. The objective of this paper is to discuss the first issue without avoiding the second one.

Key words: Research Domain Criteria - Psychiatric classification - Psychiatry and politics - Research constructs.

¹ Unos meses atrás la Comisión Europea había anunciado un similar y polémico esfuerzo de varios millones de euros -el *Human Brain Project*-, al que hizo referencia Obama. Su objetivo, reunir todo el conocimiento sobre el cerebro para reconstruirlo en modelos y simulaciones basados en la supercomputación, puede leerse en <https://www.humanbrainproject.eu/>

y político: “Cada dólar que invertimos en cartografiar el genoma humano representó un ingreso de 140 dólares en nuestra economía [...] En la actualidad nuestros científicos están cartografiando el cerebro humano para encontrar las respuestas al Alzheimer [...] Ahora es el momento de apoyar estas inversiones creadoras de puestos de trabajo en ciencia e innovación”, dijo. *Nature* (2, 3) informó que el anuncio era el resultado de la gestión que la administración Obama había realizado con un pequeño grupo de científicos dedicados a nano y neurociencias. En un principio, los científicos tenían planes modestos (como por ejemplo, forjar métodos para estudiar organismos simples para luego de 10 años poder mapear la corteza cerebral de un ratón). Pero los funcionarios querían extender el proyecto al cerebro humano y a posibles intervenciones en afecciones cerebrales: se trataba de pensar políticamente, a lo grande. Así, dos meses después de diligenciamientos, BAM se transformó en la Iniciativa BRAIN, anunciada por Obama el 2 de abril de 2013. En el sitio oficial (4) se postuló: “Hoy la Casa Blanca ha lanzado un nuevo y audaz esfuerzo de investigación que va a revolucionar nuestra comprensión de la mente humana y descubrir nuevos modos de tratar, prevenir, y curar enfermedades cerebrales como la de Alzheimer, la esquizofrenia, el autismo, la epilepsia, y las lesiones traumáticas cerebrales.”²

La Casa Blanca (4) estableció que los fondos para BRAIN en 2014 provendrán del *National Institute of Health* (NIH) que aportará USD 40 millones, de la *National Science Foundation* que destinará unos USD 20 millones, y del *Department of Defense*³ que aportará USD 50 millones. Además, cuatro instituciones privadas cooperarán con USD 122 millones.

Por su parte, Francis Collins, director en su día del Proyecto Genoma Humano y actual director del NIH, convocó a un grupo de consejeros externos para delinear prioridades, metas y objetivos de BRAIN. El grupo, liderado por Cornelia Bargmann y William Newsome, actualmente discute (6) cómo convendría enfocar este nuevo esfuerzo. Se plantea, por ejemplo, si continuar mapeando la actividad de las 302 neuronas del *Caenorhabditis elegans*, o bien, ampliar la comprensión de la actividad asociada con el comportamiento humano, desarrollando técnicas no invasivas para escanear el cerebro viviente. Otros asuntos que tendrán prioridad incluyen el mejoramiento de instrumentos actuales y nuevos desarrollos tecnológicos; el establecimiento de principios que regulen el equilibrio entre aportes de grupos individuales y grandes consorcios; la evaluación de oportunidades para colaborar con fundaciones, industria, y otras agencias estatales; recomendaciones sobre costos estimados, etc. Es síntesis, la iniciativa destinada a descubrimientos científicos es a la vez una compleja empresa industrial y comercial.

Las críticas que la comunidad científica plantea a la iniciativa tienen fundamentos diversos (3). Están aquellos que dicen que BRAIN es ciencia ficción, que en lo

relativo a la actividad cerebral ni siquiera se pueden interpretar los datos ya existentes, que esto minará la confianza del público en la ciencia. Por otro lado, los investigadores no saben si la iniciativa empleará dinero nuevo y cash o si se trata de fondos que serán retirados de investigaciones en curso, ya que el Congreso no destinaría una partida especial para el primer año de BRAIN.

NIMH, RDoC y DSM: la polémica

“RDoC es un marco para recolectar los datos que necesitamos para una nueva nosología. Pero es decisivo darse cuenta que no podremos tener éxito si usamos las categorías del DSM como el “patrón oro”. El sistema diagnóstico tendrá que basarse en nuevos datos que habrán de surgir [...] Es por eso que el NIMH abandonará la investigación a partir de las categorías del DSM. Apoyaremos proyectos que busquen información cruzando las categorías actuales o que las subdividan [...] Muchos investigadores, alarmados por los recortes presupuestarios y por una competencia burda para obtener fondos para investigación, no verán bien este cambio” escribió Insel (1). En el marco de incertidumbre general acerca de los destinos de fondos del NIH al que dio origen BRAIN, el posteo cayó como una bomba.

La mayoría de los fondos para los estudios de campo del DSM-III provinieron del NIMH (instituto que compone el NIH). Más aun, desde 1999 se formó una asociación entre la APA y el NIMH para la revisión, inicialmente, del DSM-IV, que continúa en la actualidad. Los investigadores del DSM siempre recibieron fondos del NIMH así como de empresas privadas, especialmente de la industria farmacéutica. Pero los negociados de *Big Pharma* plantearon serios conflictos de interés (7). Ello llevó a que la APA intentara restringir los lazos de aquella con los miembros de la *Task Force* y los grupos de trabajo para el DSM-5, haciendo públicos los financiamientos recibidos. Se planteó un límite: los ingresos provenientes de la industria no debían superar los USD 10.000 anuales por cada investigador. Por lo tanto, la ayuda económica del NIMH se volvió capital.

El anuncio de Insel indicaba, indudablemente, que RDoC se convertiría en un paradigma antagónico que rivalizaría con el DSM por su financiamiento. Se desató una fuerte polémica entre el NIMH y la APA, que rebotó en internet en una serie imparable de comunicados, notas y posteos. El 3 de mayo de 2013 David Kupfer (8), presidente de la *Task Force* para DSM-5, emitió un comunicado donde, a la vez que reconocía que los trastornos del DSM-5 carecen de biomarcadores válidos, sostenía que el sistema clasificatorio vigente no puede ser reemplazado por ningún hallazgo obtenido por el NIMH a partir de RDoC, esfuerzo complementario del DSM. “Algún día se alcanzará una novedad revolucionaria en el campo de la genética y la neurociencia, pero mientras tanto debemos tener con

² Véase también “Remarks by the President on the BRAIN Initiative and American Innovation” (5).

³ ¿Por qué el Departamento de Defensa participa de un megaproyecto de investigación neurocientífica? Simplificando mucho, podemos aventurar que en tanto Estados Unidos es un país altamente militarizado debe responder a un gran número de víctimas de conflictos bélicos. Pero por otra parte, también podemos sostener que el *poder dominar la mente* es una figura arcaica del poder de dominación.

qué responder a nuestros pacientes”, concluía Kupfer.

El 14 de mayo de 2013, Insel y Lieberman, el presidente de la APA (9), emitieron un comunicado conjunto, una suerte de armistio sobre la hora del lanzamiento del DSM-5, acerca del DSM-5 y el RDoC, donde reconocían que el DSM y la ICD son las mejores fuentes de información actualmente disponibles para realizar diagnósticos de trastornos mentales. Pero distinguían que lo que es razonable para los clínicos no es suficiente para los investigadores. “Lo que hoy se denomina enfermedades mentales será mejor comprendido en el futuro como trastornos de la estructura y el funcionamiento cerebral implicados en áreas específicas de la cognición, la emoción y el comportamiento, que es aquello en lo que se enfoca la iniciativa RDoC. A medida que surjan nuevos descubrimientos del proyecto RDoC serán incorporados en futuras revisiones del DSM”, acordaban.

Incluso en la introducción (10) del último DSM, lanzado oficialmente el 18 de mayo de 2013, se dejó constancia que la dirección del proyecto RDoC avaló sus resultados, a los que encontró consistentes con el proyecto.

Con el correr del tiempo la polémica fue cediendo. En una nota publicada en agosto de 2013, Bruce Cuthbert, del NIMH (11), dijo que no se trata tanto de que los estudios que empleen el DSM-5 serán excluidos o abandonados, sino que los investigadores ahora podrían obtener subsidios del NIMH sin tener que emplear los criterios del DSM, o empleándolos de modo desagregado. También reiteró que en el presente el DSM-5 seguirá siendo el manual empleado por los psiquiatras en su práctica, por las compañías aseguradoras, y los programas gubernamentales como *Medicare* y *Medicaid*.

Por las publicaciones en su blog, se sabe que Insel apoya proyectos basados en tecnología que pueden incorporarse a BRAIN, como el *Connectome Project* o CLARITY. Pero, hasta ahora, RDoC no forma parte de los criterios de investigación incluidos en BRAIN. Sin embargo, el protagonismo que Insel tiene en la gestión gubernamental hace suponer que eso será muy posible en un futuro, y que las inquietudes negativas sobre el destino de los fondos para investigar las tradicionales categorías del DSM están bien fundadas.

Conclusiones de la contemporaneidad

Muchos creen que el próximo gran proyecto americano, como denominó Obama a la iniciativa BRAIN, parece prometer más de lo que se puede realizar. Empero, es seguro que esta suerte de *neuropolítica* tendrá implicancias clínica y éticas: ¿qué alcances podría tener la identificación en un individuo sano de marcadores de riesgo de una enfermedad neurodegenerativa?; ¿habrá nuevos desarrollos en farmacoterapia preventiva? De un modo más general, cabe preguntarse qué consecuencias tendrá una *neuropolítica* del siglo XXI sobre el modo en que nos percibimos a nosotros mismos, sanos o enfermos.

Como quiera que sea, la iniciativa BRAIN y el proyecto RDoC comparten una misma preocupación intelectual: la investigación básica del cerebro humano y los estragos que causan sus formas de enfermar, además de lo decepcionantes que son los tratamientos disponibles. En ese contexto se hacen necesarios modos de ordenar los datos diferentes de los sistemas clasificatorios convencionales, los cuales no lograron aprehender cabalmente tantas y tan serias perturbaciones.

Segunda parte: el proyecto RDoC

Razón de ser

Más allá de las discusiones ideológicas que los sistemas clasificatorios actuales hayan promovido⁴, hay una creciente opinión de que ellos son una de las causas de la meseta en la que se encuentra el progreso de la psiquiatría.⁵

La persistencia de la morbimortalidad, la falta de novedades farmacológicas, la dificultad para la detección precoz, son algunos de los elementos que respaldan esta opinión. Mientras otras especialidades han hecho grandes progresos, la psiquiatría parece detenida (15).

Los diagnósticos psiquiátricos provienen de la observación clínica y son tan antiguos como ella. Sin embargo, fueron tomando la forma como nos llegan hasta el presente a partir de comienzos del siglo XIX.

Los sistemas clasificatorios como la ICD o el DSM resolvieron la babel clasificatoria anterior. Ellos posibilitaron que contáramos con un lenguaje común y que llamáramos más o menos igual a las mismas cosas. Ganamos en confiabilidad. Pero lo que está en duda es que los trastornos que ellos proponen tengan validez; es decir que ellos nombren realidades que efectivamente se encuentren en la Naturaleza.

Cuthbert e Insel (16) subrayan tres problemas en los sistemas clasificatorios que podrían ser suscriptos por todo clínico: a) la excesiva apelación a la comorbilidad, lo que genera la sospecha de si esta superposición de nombres no termina desconociendo especies particulares; b) la heterogeneidad que se encuentra en la intimidad de cada trastorno, de modo que resulta insatisfactorio denominar igual a fisonomías clínicas tan diferentes; c) la reificación, que implica sostener la convicción de que los trastornos propuestos existen en realidad.

Por otro lado, la investigación en psicopatología se lleva a cabo a partir de los sistemas clasificatorios. Puede entenderse, entonces, la situación en la que se encuentra el avance de la ciencia en nuestro campo: para desarrollar una investigación en neurobiología o sobre la eficacia de un agente terapéutico se debe partir, por ejemplo, del diagnóstico de esquizofrenia. Pero si este diagnóstico abarca realidades clínicas muy diferentes, hasta el punto en que podemos dudar que exista en la naturaleza algo llamado

⁴ Los actuales debates norteamericanos suscitados en torno al DSM-5 fueron caracterizados recientemente por E. Laurent (12) de *virulentos, vitales*, y efectuados *a cielo abierto*, por contraposición a la discreción que asumen los debates europeos.

⁵ El lector interesado en una plural discusión epistemológica sobre los diagnósticos psiquiátricos puede consultar citas (13) y (14).

esquizofrenia, es lógico, entonces, que las conclusiones a las que se arriben carecerán de toda validez inicial.

Otra razón que cuestiona los sistemas clasificatorios es el hecho de que los hallazgos genéticos tampoco parecen coincidir con nuestras discriminaciones diagnósticas o con nuestras ideas acerca de las bases patofisiológicas sobre las que basamos nuestra intervención. Por ejemplo, uno de los datos más consistentes surgidos de los estudios genéticos es la participación que tiene el gen CACNA1C. Sin embargo, este gen se presenta alterado no en una entidad en particular, sino que esta alteración se presenta tanto en el trastorno bipolar, como en la esquizofrenia, la depresión o el autismo. Y, además, este gen codifica una subunidad del canal de calcio voltaje dependiente, el cual no se encuentra interviniendo en ninguno de los mecanismos de acción que les reconocemos a los agentes que usamos (17).

Como si todo esto fuera poco, se espera que el diagnóstico especifique una indicación terapéutica determinada. Nada más alejado de esto en nuestra práctica. Hoy casi todos los agentes farmacológicos los usamos para casi todos los trastornos que tratamos; generando, sobre todo en los trastornos mentales severos, una polifarmacia que refleja esta imprecisión.

En definitiva, la cuestionada validez de los trastornos y la falta de su confirmación por los desarrollos de la investigación en neurobiología fueron las razones que dieron lugar al *Research Domain Criteria* como una forma

diferente de clasificar los trastornos mentales.

Research Domain Criteria (RDoC)

En el año 2008, el NIMH lanzó este proyecto. En su definición, fijaba como objetivo el desarrollar, con propósitos de investigación, nuevas formas de clasificar los trastornos mentales basados en dimensiones de comportamiento observable y medidas neurobiológicas. La intención era trasladar el rápido progreso en neurobiología básica e investigación en conducta hacia una comprensión integrada mejorada de la psicopatología y al desarrollo de nuevos y/o apropiados tratamientos para los trastornos mentales (18).

De esta definición, un punto merece ser subrayado: se propone una nueva forma de clasificar los trastornos mentales *con propósitos de investigación*. No compete con el DSM-5, al cual le reconoce el valor de ser actualmente el instrumento adecuado para la práctica psiquiátrica, en lo que hace a diagnóstico y tratamiento. Sí figura entre sus pretensiones el nutrir las futuras ediciones del DSM con los resultados que obtenga. El proyecto RDoC es a largo plazo; espera sus primeros resultados para dentro de 5 y 10 años (19). Lo que el RDoC cambia sustancialmente es el punto de partida de la investigación: ya no se hará a partir de los trastornos que define el sistema DSM, sino que será a partir de constructos que representen unidades funcionales cerebrales (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias conceptuales entre las clasificaciones DSM y RDoC en relación con la investigación en psicopatología.

	Objeto de investigación	Objetivo de investigación
DSM	Agrupamientos de síntomas o categorías diagnósticas provenientes de la observación clínica.	Bases genéticas y patofisiológicas de cada uno de esos trastornos.
RDoC	Constructos que constituyen unidades de comportamiento o función.	Unidades de análisis: genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, comportamiento, autorreporte.

El principio sobre el que se basa el proyecto RDoC es que los trastornos mentales son disfunciones de circuitos cerebrales que subtienden unidades de comportamiento adaptativo. Su objetivo es encontrar fenotipos específicos con un papel causal en la patofisiología que permitan descubrir y usar recursos terapéuticos pertinentes para ese particular desarreglo. Todos los sujetos que compartan ese fenotipo detectable a través de distintos procedimientos de estudio, constituirán un grupo diagnóstico: estos grupos diagnósticos sustituirán a los actuales en uso, de modo que el término depresión, por ejemplo, perderá toda prestancia categorial para nombrar algo tan inespecífico y general como la fiebre.

En lo práctico, está construido como una matriz bidimensional (20, 21) en la cual las filas están ocupadas por los diversos *constructos* y las columnas representan las

diferentes *unidades de análisis* de investigación de esos constructos (Tabla 2).

Los *constructos*, determinados por convención, son definidos como unidades de comportamiento o función y que han mostrado una asociación con circuitos cerebrales específicos. El proyecto prevé que la nómina de estos constructos podrá actualizarse a partir de reuniones periódicas que él mismo tiene fijadas. A su vez, los constructos están agrupados en cinco dominios (los dominios son los que le dan el nombre al proyecto) de acuerdo a que estén relacionados entre sí.

La intersección entre un constructo y una unidad de análisis determina una celda. Se espera que cada celda sea llenada con los resultados de la investigación pertinente. Por ejemplo, la celda que interseca el constructo «ligazón/separación» con la unidad de análisis «molécu-

Tabla 2. Matriz de RDoC. El entrecruzamiento de una fila (constructo) y una columna (unidad de análisis) define una celda que será llenada con los datos de la investigación científica (tomado de (8) y (9)).

Dominios	Constructos	G	M	Ce	Ci	F	C	AR	P
Sistemas de valencia negativa	Miedo								
	Ansiedad								
	Amenaza								
	Pérdida								
	Falta de recompensa								
Sistemas de valencia positiva	Motivación								
	Respuesta inicial a recompensa								
	Respuesta sostenida a recompensa								
	Aprendizaje de recompensa								
	Hábitos								
Sistemas cognitivos	Atención								
	Percepción								
	Memoria de trabajo								
	Memoria declarativa								
	Lenguaje								
	Control cognitivo								
Sistemas de procesos sociales	Teoría de la mente								
	Dominancia social								
	Identificación de expresión Facial								
	Ligazón/Separación								
	Autorrepresentación								
Sistemas regulatorios	Alerta y regulación								
	Actividad de reposo								

G: Genes; **M:** Moléculas; **Ce:** Células; **Ci:** Circuitos; **F:** Fisiología; **AR:** Autorreporte; **P:** Paradigma.

la» podrá nutrirse con el papel que la oxitocina juega en esta función y podrá aportar información sobre el papel que esta hormona juega en poblaciones clínicas que se distribuyen en un continuo que puede ir desde el autismo a las personalidades histriónicas.

Aunque dijimos más arriba que el RDoC se organizaba como una matriz bidimensional, el proyecto contempla otras dos dimensiones que le dan un carácter, en realidad, tridimensional. Estas dimensiones son el *neurodesarrollo* y lo *ambiental*; y son incorporadas en la matriz a partir de su decisiva influencia en modular positiva o negativamente las disfunciones de circuitos que subtienden a los trastornos mentales.

Consecuencias

Un sistema clasificatorio es una compleja máquina para constituir la realidad. No sólo define las representaciones con las que se nombran y tratan los trastornos

mentales, sino que rigen una serie de muy diversas prácticas sociales como beneficios por discapacidad, cuestiones legales, acceso a financiación para investigaciones y aprobaciones de agencias regulatorias.

Una consecuencia inmediata del proyecto RDoC es económica; el acceso a financiación para investigaciones ya no necesitará partir de los diagnósticos convencionales, sino que podrá usar los términos propios del proyecto.

Otra consecuencia será el modo de reclutamiento de casos para la investigación. Tampoco se hará partiendo de las categorías del DSM o la ICD. Siguiendo a Sanislow y cols. (22), podemos decir que los individuos provendrán de poblaciones clínicas en función de mostrar alteración en un constructo (por ejemplo, ansiedad o memoria de trabajo) o porque comparten una experiencia específica en el neurodesarrollo (como puede ser abuso sexual).

¿Cuál será la consecuencia para los clínicos y para la práctica psiquiátrica? Estamos lejos de poder apreciarla ya que el proyecto RDoC supone resultados a largo

plazo. Sólo en el largo plazo, sus resultados podrán ser utilizados para el establecimiento de los diagnósticos. Seguramente, cuando lo hagan, estos sistemas cambiarán por completo.

Esta propuesta tiene un carácter atractivo para los clínicos. Como clínicos, no estamos cómodos llamando de la misma manera a fisonomías clínicas tan diferentes; o no pudiendo inferir un diagnóstico en base a indicaciones terapéuticas similares carentes de toda especificidad; o teniendo que agregar paulatinamente renglones de comorbilidad para dar cuenta de las particularidades de una evolución. El espíritu del proyecto RDoC da una respuesta a esto que no anda bien en nuestros sistemas

clasificatorios y, no sin controversias, abre las puertas a una psiquiatría más personalizada.

Aunque poner en cuestión cualquier esencialismo implica un progreso en el entendimiento de las cosas, no descartamos que suframos un efecto como el que Mario Benedetti narra en su cuento *El fin de la disnea*. Un remedio eficaz termina con el asma y el personaje deambula por Montevideo ganado por la nostalgia de aquellos broncoespasmos y sibilancias que habían formado parte central de su vida. Quizás terminemos extrañando una época plena donde términos como esquizofrenia o ciclotimia formaban parte de nuestra sabiduría. Pero, es cierto, para eso falta mucho ■

Referencias bibliográficas

- Insel T. Transforming diagnosis. April 29 2013. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Shen H. US brain project puts focus on ethics. *Nature* 2013; 500: 261-262.
- Shen H. Brainstorm. *Nature* 2013; 503: 26-28.
- White House. BRAIN Initiative. April 2 2013. Disponible en: <http://www.whitehouse.gov/share/brain-initiative>
- White House. Remarks by the president on the BRAIN initiative and american innovation. April 2 2013. Disponible en: <http://www.whitehouse.gov/the-press-office/2013/04/02/remarks-president-brain-initiative-and-american-innovation>
- National Institute of Health. Advisory committee to the NIH director. Interim report. Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies (BRAIN) Working group. September 16 2013. Disponible en : <http://acd.od.nih.gov/meetings.htm#september2013>
- Decker H. Why the fuss over the DSM-5, when did the DSM start to matter, & for how long will it continue to? June 6 2013. Disponible en: <http://www.madinamerica.com/2013/06/why-the-fuss-over-the-dsm-5-when-did-it-start-to-matter-and-how-much-longer-will-it/>
- Kupfer D. Chair of DSM-5 Task Force discusses future of mental health research. American Psychiatric Association New Release. May 3 2013. Disponible en: <http://www.psychiatry.org/>
- American Psychiatric Association. Lieberman, Insel issue joint statement about DSM-5 and RDoC. May 14 2013. Disponible en: <http://alert.psychiatricnews.org/2013/05/liberman-insel-issue-joint-statement.html>
- American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5TM). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Herper M. Why psychiatry's seismic shift will happen slowly. August 5 2013. Disponible en: <http://www.forbes.com/sites/matthewherper/2013/05/08/why-psychiatrys-seismic-shift-will-happen-slowly/>
- Laurent E. Conferencia del ENAPOL VI: la agitación de las normas clínicas y su consecuencia real. En prensa, 2013.
- Phillips J, Frances A, Cerullo MA, et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definition issues in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* 2012 ; 7: 3.
- Phillips J, Frances A, Cerullo MA, et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 3: issues of utility and alternative approaches in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* 2012; 7: 9.
- Fibiger H. Psychiatry, the pharmaceutical industry, and the road to better therapeutics. *Schizophr Bulletin* 2012; 38 (4): 649-50.
- Cuthbert B, Insel T. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine* 2013; 11: 127.
- Bhat S, Dao D, Terrillion Ch, et al. CACNA1C in the pathophysiology of psychiatric disease. *Progr Neurobiol* 2012: 1-14.
- National Institute of Mental Health. Research Domain Criteria. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc>
- Phillips J. DSM-5 and the NIMH research domain criteria project. *Psychiatric Times*. April 13 2011. Disponible en: <http://www.psychiatrictimes.com/blog/DSM5/content/article/10168/1842906>
- Morris S, Cuthbert B. Research Domain Criteria: cognitive systems, neural circuits, and dimensions of behavior. *Dialogues Clin Neurosc* 2012; 14: 29-37.
- National Institute of Mental Health. Research Domain Criteria Matrix. Disponible en: http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml#toc_matrix
- Sanislow CA, Pine DS, Quinn KJ, Kozak MJ, Garvey MA, Heinssen RK, et al. Developing constructs for psychopathology research: Research Domain Criteria. *J Abnorm Psychol* 2010; 119 (4): 631-9.

Discapacidad intelectual. ¿Es la nueva denominación un cambio de perspectiva?

Ernesto Wahlberg

Médico Psiquiatra Infantojuvenil (UBA).
Director ICID Centro Interdisciplinario de Atención en Salud Mental.
Director Médico, Centro Educativo Terapéutico C.A.I.T.I.
E-mail: ernestowahlberg@gmail.com

Introducción

Desde el DSM-I (1952) hasta el recientemente publicado DSM-5 (2013) ha sido una constante el cambio de denominación así como también los criterios diagnósticos para lo que hoy denominamos «discapacidad intelectual» (DI) (1, 2). En el DSM-I se comenzó a cuestionar las añejas definiciones de idiocia e imbecilidad que se seguían utilizando en las instancias judiciales, y dichos términos fueron reemplazados por el de «deficiencia mental», diferenciándose dos categorías: *primaria*, cuando no era conocida la causa (idiopática) y *secundaria*, incluida en el grupo de los síndromes orgánicos cerebrales crónicos. Se establecieron, para ambas categorías, niveles de severidad: leve, moderado y severo, basando se casi exclusivamente en el cociente intelectual (CI). El criterio de inclusión fue muy amplio; así, un CI de 70 a 85 fue considerado una deficiencia mental leve (un sólo desvío estándar de la media poblacional) (1).

En el DSM-II (1968), la denominación cambió a «retraso mental» (RM), con una explícita mención -a pie de página- de que para una más completa definición del término se debía consultar el manual de la Asociación Americana de Deficiencia Mental, que proponía muchos de los cambios adoptados por el DSM-II. Esta institución tendría gran influencia sobre las sucesivos DSM, incluido el recientemente publicado (3).

El DSM-II relacionó unívocamente las categorías diagnósticas con el CI, determinando incluso con qué test tomarlo. Se introdujeron dos nuevos niveles de severidad: retraso mental límite (*borderline*, CI entre 68 y 85) y profundo (CI menor de 20), descendiendo los puntos de corte de los demás niveles. Si bien se aclaraba en breves párrafos que el CI no podía ser el único criterio y que “el juicio debía estar basado también en la historia evolutiva y el funcionamiento actual, incluidos los logros académi-

Resumen

El cambio de nombre de “retraso mental” a “discapacidad intelectual” (DI) en la nueva clasificación del DSM-5 no sólo busca superar la estigmatización del primer término sino también modificar los criterios diagnósticos de la entidad. El cociente intelectual no es considerado preminente para definir la DI ni sus niveles de severidad, utilizando en cambio criterios clínicos y evaluaciones neuropsicológicas más abarcativas. Adquiere, además, una mayor importancia, valorar la capacidad de desenvolvimiento de la persona en su vida diaria. Esta perspectiva incluye muchas de las propuestas que desde la década del 90 plantearon las asociaciones de profesionales, de personas con DI y familiares. Para comprender mejor estos cambios, se revisaron las definiciones y los criterios diagnósticos de los anteriores manuales. La incorporación de la denominación alternativa de “trastorno del desarrollo intelectual” está en relación con la política de compatibilizar con la CIE-11 que aparecería en 2015 y donde el comité encargado de la sección propuso dicha denominación.

Palabras clave: Discapacidad intelectual - Trastorno del desarrollo intelectual - Retraso mental - DSM-5.

INTELLECTUAL DISABILITY: IS THE NEW DENOMINATION A SHIFT IN PERSPECTIVE?

Abstract

The change from “mental retardation” to “intellectual disability” (ID) in the new version of the DSM-5 aims not only to eliminate stigmatization but also to modify diagnostic criteria. The IQ is no longer preeminent for defining ID or its severity, relying instead on broader clinical criteria and neuropsychological evaluation. More relevance is given to the evaluation of the individual's performance on daily life. This perspective addresses the concerns raised since the 1990's by organizations representing professionals and patients and their families. To better understand these changes we reviewed the definitions and criteria of previous DSM editions. The adoption of the alternative denomination of the “intellectual developmental disorder” is compatible with the ICD-11 to be released in 2015. This guideline was based on the recommendation of the working group for the classification of the intellectual disabilities.

Key words: Intellectual disability - Intellectual developmental disorder - Mental retardation - DSM-5.

cos, habilidades motoras y madurez social y emocional”, dicha referencia era muy general, quedando entonces todo el peso del diagnóstico reposando sobre el CI (3).

El DSM-II dejaba de lado la distinción entre causa primaria y secundaria que había sido propuesta en el DSM-I, pero introducía un cuarto dígito para nueve subcategorías que incluían desde traumas perinatales, desórdenes metabólicos y anomalías cromosómicas, hasta la privación psicosocial; listando más de 60 ejemplos de causas posibles de RM (3).

Entre los cambios significativos que se produjeron en el DSM-III (1980) y DSM-III-R (1987) caben mencionar el haber introducido el sistema multiaxial, el esclarecimiento de categorías precisas con criterios claramente definidos, y el haber eludido la consideración de la etiología de los trastornos mentales (4, 5). Al considerar al RM como una condición estable, se lo asemejó a los trastornos de la personalidad y se lo ubicó en el eje II. Se suprimió, además, el criterio imperante en los anteriores manuales según el cual se establecían subcategorías relacionadas con las distintas situaciones causales, diluyéndose las mismas con la inclusión en el eje III de las enfermedades médicas concomitantes (4, 5).

En cuanto a los criterios diagnósticos, el manual estableció tres:

A. *Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio 70 o menos...*»

Esta modificación, importante, siguió nuevamente la propuesta anterior de la ahora Asociación Americana de Retraso Mental (AARM), al bajar drásticamente el CI a dos desvíos estándar por debajo de la media poblacional para ser incluido en esta entidad.

Se suprimió la categoría de “límite” (*borderline*) e incluyó en la “sección de problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica” la «capacidad intelectual límite» para un CI de entre 71 y 85 (4, 5). Esto significó que para un número importante de personas, su condición dejó de ser un trastorno mental y pasó a considerarse un problema, con todas las implicancias legales y de atención que dicha decisión produjo, más allá de lo apropiado o no de la misma. Así quedó en evidencia la arbitrariedad de una taxonomía basada casi exclusivamente en una valoración del CI.

B. «*Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual...*»

Comienza a tomar mayor relevancia la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias de la vida cotidiana y en su entorno. Sin embargo, a raíz de la dificultad para medir o precisar esta adaptación, se seguía manteniendo el peso casi excluyente del CI para muchas decisiones diagnósticas, sobre todo en ámbitos legales, educativos y de coberturas (4, 5).

C. «*Comienzo antes de los 18 años*»

En su afán de precisión el manual fijó, por definición, y sin ningún criterio explícito, dicha edad de separación entre el RM y la demencia.

El DSM-IV (1994) mantuvo el término de «retraso mental» y siguió claramente a la AARM que había publicado en 1992 la novena edición de su manual sobre definiciones, clasificación y sistemas de apoyo (6). Aunque mantuvo el término de RM -como ya adelantamos-, reconoció el reclamo de personas con esta condición, que abogaban por la eliminación de la denominación, por estigmatizante (7).

El criterio A (déficit intelectual) permaneció sin cambios. El principal cambio se produjo en el criterio B (déficit adaptativo) al cual se le comenzó a dar mayor relevancia, permitiendo una evaluación de fortalezas y debilidades por áreas, lo que favorecía la determinación de los apoyos necesarios para superar las limitaciones. Se siguió el concepto innovador de la propuesta de la AARM, al implicar al entorno en el nivel de funcionamiento alcanzado o a alcanzar por la persona con RM, según los apoyos o interferencias brindadas a la misma. El criterio C también permaneció inalterado (7).

DSM-5

El recorrido por las anteriores ediciones del manual DSM y su relación con asociaciones por fuera del campo de la psiquiatría, refleja el peso de la sociedad en el tema de la DI.

En el DSM-5 (2013) los cambios fueron significativos, adoptando varias de las propuestas del undécimo manual de la ahora llamada Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AADID, 2010), el cual ya había cambiado su nombre en el año 2006 (2, 8).

Se adopta la denominación de «discapacidad intelectual», adecuándose al extendido uso del término -en lugar de retraso mental- en los ámbitos educativos, profesionales, legislativos, periodísticos y de la sociedad en numerosos países (9, 10). Además, agrega entre paréntesis una segunda denominación: «trastorno del desarrollo intelectual», que será el término equivalente en la próxima CIE-11; a fin de clarificar, refiere, las relaciones con dicho sistema de diagnóstico. Esta diferencia terminológica no es menor, ya que expresa una discusión aún no saldada con el grupo de trabajo sobre las Clasificaciones de las Discapacidades Intelectuales, el cual en su informe final lo define justamente como un trastorno del desarrollo intelectual (9).

Este grupo de trabajo entiende “que si el trastorno del desarrollo intelectual se define solamente como discapacidad y no como un trastorno de la salud, debería eliminarse de la CIE y utilizarse los códigos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS; independientemente de que esta postura tenga una validez conceptual, es la CIE -y no la CIF- la que usan los 194 países de la OMS para definir las responsabilidades de los gobiernos en las prestaciones de asistencia a la salud y otros servicios a sus ciudadanos. Por lo tanto, eliminar los trastornos del desarrollo intelectual de la lista de los trastornos de la salud tendría una repercusión importante en la visibilidad, las estadísticas sanitarias nacionales e internacionales, en las políticas sanitarias y en los servicios a esta población vulnerable” (11).

En relación a los criterios, el DSM-5 modifica el criterio A al hablar de un “déficit en las funciones intelectuales...”, no haciendo, pues, hincapié en la capacidad (como sí lo hacía la anterior definición), y enumerando esas funciones intelectuales en lugar de referirse al CI: razonamiento, planificación, resolución de problemas, juicio, pensamiento abstracto, aprendizajes académicos y por la experiencia. Las alteraciones de las funciones intelectuales deben ser confirmadas por una evaluación clínica individualizada y por las pruebas estandarizadas de inteligencia. El manual no hace mención a ninguna cifra (2).

En el desarrollo de las características diagnósticas incluye otros componentes importantes del funcionamiento intelectual, como la memoria de trabajo, la comprensión verbal o razonamiento práctico. Establece como criterio general que los resultados de los test psicométricos suministrados deben ser de por lo menos dos desvíos estándar por debajo de la media poblacional, señalando, también “que para establecer un perfil cognitivo, las pruebas neuropsicológicas son más útiles para comprender las capacidades intelectuales que una simple cifra del CI”, dirigiendo la evaluación también a las capacidades y no sólo a los déficits (2).

El criterio B (déficit en el funcionamiento adaptativo) se cumple cuando no se alcanzan los niveles de desenvolvimiento en lo referido a la independencia y responsabilidad social, esperables para la edad y entorno sociocultural. No se enumeran las áreas de habilidades comprometidas (tal como se hacía en el DSM-IV); en cambio, establece que las limitaciones en el funcionamiento, en la comunicación, participación social o autonomía y en el marco del hogar, escuela, trabajo y la comunidad, se presentan cuando no se cuenta con los apoyos específicos. De esta manera, remarca la importancia del ambiente en la posibilidad de generar o no las limitaciones (2).

En el desarrollo de las características diagnósticas va a definir cuáles son las áreas a considerar para la evaluación y sobre todo para determinar los niveles de severidad, despegándose claramente de las cifras del CI para las categorías (tal como se hacía en el DSM-IV). Siguiendo la undécima edición del manual de la AADID, determinan tres dominios para la evaluación, utilizando la información que brindan las personas y sus familiares, maestros y personal de apoyo (2, 10). Los tres dominios son:

- *Conceptual (académico)*: incluye las competencias en memoria, lenguaje, lectura, escritura, razonamiento matemático y adquisición de conocimientos prácticos, entre otros.

- *Social*: implica el reconocimiento de los pensamientos, sentimientos y experiencias de los otros, empatía, habilidades de comunicación interpersonal para la amistad y criterio social, entre otros.

- *Práctico*: incluye el aprendizaje y la autonomía en los diferentes ámbitos de la vida diaria, tales como el cuidado personal, responsabilidad y organización en sus tareas

escolares o laborales, manejo del dinero, de su tiempo libre y recreación, autocontrol de sus conductas, entre otros.

En el criterio C se produjo otro cambio apropiado: “El inicio de los déficits intelectual y adaptativo ocurre durante el período del desarrollo”. Era muy arbitrario establecer una edad cronológica (18 años en la clasificación del DSM-IV) (2).

Conclusiones

Las modificaciones se realizaron en la denominación y en los tres criterios para el diagnóstico, así como en la manera de establecer el nivel de severidad.

Se relativiza el uso de las mediciones de la capacidad intelectual, que como vimos a lo largo de todos los cambios anteriores -y sobre todo en la práctica cotidiana-, era casi el único criterio utilizado, determinando decisiones que comprometían las posibilidades y la calidad de vida de las personas. Se plantea, asimismo, la conveniencia de realizar perfiles cognitivos y neuropsicológicos que faciliten la determinación de fortalezas y debilidades para establecer programas de apoyo académicos, sociales y laborales personalizados.

Se priorizan las consideraciones del desempeño, precisando las características específicas para cada nivel de severidad en los distintos dominios, así como los cambios de las mismas en las diferentes etapas de la vida.

Se suprime el criterio cronológico, que constituía una limitación innecesaria; y se lo sustituye por un criterio más amplio y adecuado, según el desarrollo de cada persona.

Finalmente, las modificaciones muestran una nueva perspectiva que acompaña las políticas y orientaciones de las asociaciones de profesionales y organizaciones de personas con discapacidad intelectual y sus familias. Esto refleja los cambios que se produjeron en las dos últimas décadas en la comprensión de la discapacidad intelectual; principalmente, entender que es la interacción de las personas con su entorno la que determina su limitación en la inclusión social y el desarrollo de sus capacidades y no asumir que esta entidad es una mera condición individual. El DSM-5, por su espectro de influencia, legitima estos cambios en los sistemas de salud, educativo y legal ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. *Mental Disorders; diagnostic and statistical manual*. Washington, 1952.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, American Psychiatric Association, 2013.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd ed. Washington, American Psychiatric Association, 1968.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. Washington, American Psychiatric Association, 1980.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*. Washington, American Psychiatric Association, 1987.
6. American Association on Mental Retardation. *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Alianza Editorial, 1992.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, American Psychiatric Association, 1994.
8. Schalock RL, et al. *Intellectual disabilities: definitions, classification, and system of support*. 11th ed. Washington, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010.
9. Salvador Carulla L, et al. Trastorno del desarrollo intelectual: hacia un nuevo nombre, definición y marco de referencia para “retraso mental/discapacidad intelectual” en la ICD-11. *World Psychiatry (ed. esp.)* 2011; 10:175-180.
10. Schalock RL, et al. *The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. Intellectual and Developmental Disabilities*. Washington, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2007.
11. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.

La esquizofrenia según el DSM-5

Gabriela S. Jufe

Médica Especialista en Psiquiatría.
Jefa A/C División Internación, Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear, CABA.
E-mail: gsjufe@gmail.com

Introducción

El sistema de clasificación de los trastornos psiquiátricos evolucionó durante el último medio siglo desde la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I) y la introducción de una sección relacionada con trastornos mentales (sección V) en la sexta revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-6). Las ediciones posteriores (DSM-II a IV y CIE-7 a 10) han tratado de mejorar la utilidad clínica, la fiabilidad y la validez de los diagnósticos, incorporando la acumulación de conocimientos y abordando los problemas identificados en las versiones anteriores. El proceso continúa en el DSM-5 (1), donde las revisiones buscan reparar la complejidad considerable y las limitaciones en la utilidad clínica del DSM-IV incorporando los conocimientos acumulados desde su publicación hace dos décadas (2).

Si bien se reconoce desde hace mucho tiempo que las clasificaciones de los trastornos asociados con psicosis (en particular la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el

trastorno delirante y el trastorno esquizoafectivo) van a ser reformuladas cuando su etiología fisiopatológica sea identificada, los modestos progresos realizados en esa área hasta la fecha no han sido suficientes para redefinir la clasificación basándose en la neurobiología, los biomarcadores o la fenomenología distintiva (3).

Generalidades sobre el capítulo “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” del DSM-5

Entre las dos últimas ediciones del DSM, lo primero que salta a la vista es el cambio en el nombre del capítulo. En el DSM-IV (4) se llama “*Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*”, mientras que en el DSM-5 (1) la denominación pasó a ser “*Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*”. Este cambio va de la mano con la intención del DSM-5 de incorporar la dimensionalidad y el concepto de “espectro”.

Resumen

El sistema de clasificación de los trastornos psiquiátricos evolucionó durante el último medio siglo. En este artículo se revisan brevemente las modificaciones de estructura que tuvo el capítulo “*Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*” en el DSM-5, para luego analizar detalladamente los cambios que se realizaron específicamente para la esquizofrenia. Entre ellos, los fundamentales son: a) la eliminación del tratamiento especial de los delirios bizarros y alucinaciones de “primer rango” schneiderianos, b) el esclarecimiento de la definición de los síntomas negativos, y c) la adición del requisito de que al menos uno de los dos síntomas característicos requeridos debe ser discurso desorganizado, alucinaciones o delirios. Se discute también la eliminación de los subtipos de esquizofrenia y el agregado de dimensiones psicopatológicas, y las consecuencias de la falta de marcadores biológicos validados que puedan facilitar el diagnóstico.

Palabras clave: Esquizofrenia - Psicosis - DSM-5 - Cambios.

SCHIZOPHRENIA ACCORDING TO THE DSM-5

Abstract

The system of classification of psychiatric disorders has evolved during the last half-century. This article briefly reviews the modifications of the structure of the chapter “*Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders*” in DSM-5; then analyzes in detail the changes that were specifically made for schizophrenia. Among them, the fundamentals are: a) the elimination of the special treatment of bizarre delusions and hallucinations of Schneiderian “first rank”, b) the clarification of the definition of negative symptoms, and c) the addition of the requirement that at least one of the two required characteristic symptoms should be disorganized speech, hallucinations or delusions. It also discusses the elimination of subtypes of schizophrenia and the addition of psychopathological dimensions, and the consequences of the lack of validated biomarkers that could facilitate the diagnosis.

Key words: Schizophrenia - Psychosis - DSM-5 - Changes.

Otro de los cambios más visibles es quizás la posición menos prominente de la esquizofrenia. La estructura del capítulo del DSM-IV creaba la impresión de que la psicosis se definía por la esquizofrenia, y que todos los pacientes que presentaban signos y síntomas de psicosis debían ser evaluados primero para este trastorno (5).

Ha variado también el contenido del capítulo, tal como se muestra en la Tabla 1. Como se ve, los trastornos incluidos en él no son exactamente los mismos que en el DSM-IV, e incluso los que se mantienen están ubicados en otro orden. Es que, como ya se dijo, el DSM-5 se propone organizar a los trastornos a lo largo de un gradiente de psico-

patología. Según este manual, la gravedad de un trastorno psicótico puede definirse por el nivel, el número y la duración de los signos y síntomas psicóticos. El diagnóstico de los trastornos psicóticos más severos debe realizarse después de que hayan sido excluidas las condiciones menos severas o limitadas en el tiempo (5). Al respecto, es interesante mencionar que el cuadro que presentaría menor severidad, el Síndrome de psicosis atenuada, quedó ubicado en el apéndice del DSM-5; esto se debió a un ensayo de campo fallido que generó incertidumbre sobre si los profesionales podrían diagnosticar de manera confiable este síndrome en la comunidad (6).

Tabla 1. Contenido de los capítulos sobre trastornos psicóticos en el DSM-IV y el DSM-5.

DSM-IV	DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia - Trastorno esquizofreniforme - Trastorno esquizoafectivo - Trastorno delirante - Trastorno psicótico breve - Trastorno psicótico compartido - Trastorno psicótico debido a enfermedad médica - Trastorno psicótico inducido por sustancias - Trastorno psicótico no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno esquizotípico (de la personalidad) - Trastorno delirante - Trastorno psicótico breve - Trastorno esquizofreniforme - Esquizofrenia - Trastorno esquizoafectivo - Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos - Trastorno psicótico debido a otra enfermedad médica - Catatonía - Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico - Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico

¿Cuál es la característica definitoria de los trastornos que se incluyen en el capítulo? El DSM-IV sólo mencionaba a los "síntomas psicóticos". Pero el DSM-5, en una breve introducción, dice que los trastornos psicóticos que se incluyen están definidos por anomalías en uno o más de cinco dominios: ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, conducta motora groseramente desorganizada o anormal (incluyendo la catatonía) y síntomas negativos. A continuación, aclara la definición de cada uno de estos síntomas definitorios. En el DSM-IV estas definiciones ya aparecían, pero incluidas dentro de la esquizofrenia. En estas definiciones volvemos a encontrar diferencias entre ambas ediciones: para el DSM-IV la definición de "ideas delirantes" es la de "*creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias*". El DSM-5 las define como "*pensamientos fijos que no son susceptibles al cambio a la luz de evidencia conflictiva*". La modificación se justifica en que a menudo es difícil, si no imposible, establecer la naturaleza no verídica de una creencia (5). Sin embargo, la definición de idea delirante que aparece en el Glosario de términos técnicos del DSM-5 sigue siendo la antigua ("*creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias*") (7). El DSM-5 describe luego algunos tipos de ideas delirantes, como las persecutorias, erotómanas, grandiosas, y se detiene en la descripción de las ideas delirantes bizarras o extrañas (que expresan una pérdida de control sobre la mente o el cuerpo). A. Jablensky realiza la crítica de que la

inserción y el robo del pensamiento no serían ideas delirantes, sino anomalías primarias de la auto-percepción que pueden dar lugar a delirios secundarios interpretativos (8). Opina también que la difusión del pensamiento y el bloqueo del pensamiento pertenecerían a la misma clase de fenómenos de la auto-percepción, pero que ni siquiera se los menciona (8).

Con respecto a los síntomas negativos, se destacan dos de ellos como particularmente prominentes: la disminución de la expresión emocional y la abulia. Los autores lo justifican en base a la evidencia emergente de que los síntomas previamente agrupados como síntomas negativos son separables a nivel de descripción clínica, evaluación de laboratorio del comportamiento, y estudios de los circuitos neuronales (5).

La esquizofrenia en el DSM-5

La esquizofrenia es un diagnóstico psiquiátrico clásico que atrae siempre gran interés entre los profesionales de la salud, los investigadores y el público en general, y dado que se asocia con importante prejuicio y estigma, hasta se ha llegado a pedir que se suprima la palabra "esquizofrenia" de los manuales de diagnóstico (9).

Un resumen de las opiniones actuales define a la esquizofrenia como un trastorno clínico complejo, multifactorial, caracterizado por una variación fenotípica amplia, con probable heterogeneidad etiológica (genética y ambiental), relativa poca variación en su presentación

clínica a través de poblaciones y con el tiempo, que afecta a aproximadamente el 1% de las personas durante toda la vida y exhibe una gran variedad de cursos y de patrones de evolución, desde una cronicidad debilitante a episodios recurrentes con remisiones de síntomas o, en una proporción pequeña de casos, a la recuperación completa (8).

Entre los principales cambios que se han realizado en el diagnóstico de la esquizofrenia en el DSM-5 se pueden mencionar la eliminación de los subtipos tradicionales, la falta de acentuación de los síntomas schneiderianos de primera línea y las alucinaciones extrañas, la reubicación

de la catatonía como especificador, y que se requiera por lo menos un síntoma psicótico para cumplir con el criterio A para el diagnóstico (8).

Criterios para el diagnóstico

El DSM-5 conserva los 6 criterios para el diagnóstico de esquizofrenia que estaban en el DSM-IV, pero con algunas diferencias no menores, sobre todo en el Criterio A. También se modificó el Criterio F. En la Tabla 2 se pueden ver los criterios tal como aparecen en ambas ediciones.

Tabla 2. Criterios diagnósticos para esquizofrenia en DSM-IV y DSM-5.

DSM-IV	DSM-5
<p>A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ideas delirantes 2. alucinaciones 3. lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia) 4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado 5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia <p>Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las alucinaciones consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</p>	<p>A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser 1, 2 o 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. delirios 2. alucinaciones 3. discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente) 4. comportamiento muy desorganizado o catatónico 5. síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia)
<p>B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</p>	<p>B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o, cuando comienza en la infancia o adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).</p>
<p>C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</p>	<p>C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de 6 meses. Este período de 6 meses ha de incluir al menos 1 mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno pueden manifestarse únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).</p>
<p>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.</p>	<p>D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque: 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.</p>
<p>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.</p>	<p>E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.</p>

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de 1 mes (o menos si se trató con éxito).

Cambios en el Criterio A

Se mantienen los cinco síntomas característicos para el diagnóstico de esquizofrenia, con el requisito de que al menos dos estos síntomas estén presentes por un mes (ver Tabla 1). Se realizaron tres cambios que incluyen: a) la eliminación del tratamiento especial de los delirios bizarros y alucinaciones de “primer rango” schneiderianos (en el DSM-IV aparecía como “Nota”); b) el esclarecimiento de la definición de los síntomas negativos; y c) la adición del requisito de que al menos uno de los dos síntomas característicos requeridos debe ser discurso desorganizado, alucinaciones o delirios.

Eliminación del tratamiento especial de los delirios bizarros y alucinaciones de “primer rango” schneiderianos

En el DSM-IV, una nota afirma que “sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las alucinaciones consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas”. Esta nota se elimina en el DSM-5, porque un número de estudios desde la publicación del DSM-IV han cuestionado la especificidad diagnóstica para la esquizofrenia de los síntomas schneiderianos de primer orden. Por un lado, se encuentra que la presencia de síntomas de primer orden en un grupo mixto de trastornos psicóticos no tiene relevancia pronóstica, o asociación con una historia familiar de esquizofrenia; y por otro, se ha encontrado que la confiabilidad de distinguir delirios bizarros de no bizarros es pobre (2, 11, 12). Los síntomas schneiderianos de primer orden serán tratados como cualquier otro síntoma positivo con respecto a su implicancia diagnóstica: serán necesarios dos síntomas del Criterio A, incluso si uno de ellos es un síntoma de primer orden (2, 12, 13).

Esclarecimiento de los síntomas negativos

Según los autores, se ha encontrado que la disminución de la expresión emocional y la abulia especifican dos aspectos distinguibles de los síntomas negativos de la esquizofrenia, y describen mejor la naturaleza de la anomalía afectiva en este trastorno que el aplanamiento afectivo. Por lo tanto, el quinto síntoma característico en el Criterio A fue re-expresado como disminución de la expresión emocional o abulia (11).

El tema de los síntomas cognitivos

Según el grupo de trabajo en este capítulo del DSM-5, se consideró agregar a los déficits cognitivos como un síntoma característico en el Criterio A, pero este cambio finalmente

no se llevó a cabo. Hay amplia evidencia de que un gran porcentaje de las personas con esquizofrenia presentan alteraciones en un rango de dominios cognitivos, y evidencia creciente de que el nivel de alteración cognitiva predice las capacidades funcionales (social, ocupacional, etc.). Pero los autores consideraron finalmente que la disfunción cognitiva no es un marcador de diagnóstico diferencial para la esquizofrenia, tanto para distinguir a un paciente de una persona sana como de un individuo aquejado por otro trastorno psiquiátrico, dado que el perfil de alteraciones cognitivas es similar en las psicosis afectivas y no afectivas (13). Sin embargo, reconocen que el funcionamiento cognitivo es importante para comprender el estado funcional en la esquizofrenia y en otros trastornos psicóticos, por lo que se lo incluyó en la evaluación dimensional de la que se hablará más adelante.

La decisión de incluir o no los síntomas cognitivos sigue siendo motivo de discusión. Por ejemplo, S. Hyman afirmó que “la falta de inclusión de este importante complejo sintomático en el DSM-III y el DSM-IV fue un error que desaceleró el desarrollo de la terapéutica” (14). M. Maj también critica esta decisión, argumentando que en realidad ninguno de los criterios diagnósticos presentados en el DSM-5 es un “marcador diagnóstico diferencial” para un determinado trastorno. En efecto, los delirios y las alucinaciones enumerados en el Criterio A del DSM-5 para la esquizofrenia tampoco son marcadores diagnósticos para este trastorno. Opina, además, que si bien el patrón de corte transversal de la disfunción cognitiva no puede distinguir claramente a la esquizofrenia del trastorno bipolar, la evolución de ese patrón con el tiempo parece ser diferente en ambos trastornos (7). M. Keshavan considera que dadas las fuertes bases neurobiológicas del deterioro cognitivo, podría haber sido apropiado incluir esta medida como un criterio o incluso como un especificador en el texto principal, ya que podría haber proporcionado valiosos datos hacia pasos posteriores de las clasificaciones basadas en neurociencias (10).

Especificadores

Especificadores de curso

El curso de la esquizofrenia presenta una significativa variabilidad, y para caracterizarlo hay que considerar una amplia gama de factores. Según el DSM-5, para cada paciente individual es necesario caracterizar y codificar el estado actual (especificador transversal) así como el patrón longitudinal de la enfermedad (especificador longitudinal) (11). El DSM-5 aclara que los especificadores de curso sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno. Los especificadores de curso, tal como aparecen en ambas ediciones, se pueden ver en la Tabla 3.

Tabla 3. Especificadores de curso de la esquizofrenia en el DSM-IV y el DSM-5.

DSM-IV	DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> - Episódico con síntomas residuales interepisódicos. - Episódico sin síntomas residuales interepisódicos. - Episodio único en remisión parcial. - Episodio único en remisión total. - Otro patrón o no especificado. - Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primer episodio, actualmente en el episodio agudo. - Primer episodio, actualmente en remisión parcial. - Primer episodio, actualmente en remisión total. - Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo (después de un mínimo de dos episodios) - Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial. - Episodios múltiples, actualmente en remisión total. - Continuo. - No especificado.

Otros especificadores

En esta nueva edición se incluyen otro tipo de especificadores. El más importante es el especificador “Con catatonia”, que para su definición remite a los criterios de catatonia asociada a otro trastorno mental. También se agregan especificadores de gravedad actual, con la aclaración de que no son necesarios para el diagnóstico de esquizofrenia. La gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos 7 días) sobre una escala de 5 puntos, que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave).

Esto nos remite a un tema muy controversial en los cambios que hubo en el diagnóstico de esquizofrenia en el DSM entre estas dos ediciones, que es la eliminación de los subtipos y la incorporación de las dimensiones, que se desarrolla más adelante.

Síntomas asociados que apoyan el diagnóstico

En el DSM-5 aparece un párrafo nuevo dedicado a la falta de conciencia de síntomas y de enfermedad, aclarando que es el predictor más común de falta de adherencia al tratamiento, y que predice mayores tasas de recaída, mayor número de tratamientos involuntarios, funcionamiento psicosocial más pobre, agresión, y peor curso de la enfermedad.

Otro párrafo novedoso es dedicado a la hostilidad y la agresión, pero se elimina la mención al suicidio y sus factores de riesgo. En realidad, y presumiblemente por la importancia de este ítem, se le dedica un apartado especial que no existía en el DSM-IV.

Comorbilidad

Del mismo modo, y presumiblemente por la cantidad de información sobre el tema que salió a la luz en las últimas décadas, en el apartado sobre Comorbilidad se incluye un párrafo acerca de la disminución de la expectativa de vida debido a condiciones médicas asociadas, detallando que el aumento de peso, la diabetes, el síndrome metabólico y las enfermedades cardiovasculares y pulmonares son más comunes en la esquizofrenia que en la población general. Y agrega que algunas de estas comorbilidades médicas de la

esquizofrenia podrían explicarse a partir de una vulnerabilidad compartida para la psicosis y los trastornos médicos.

Eliminación del apartado “Hallazgos de laboratorio”

En el DSM-IV existía un apartado titulado “Hallazgos de laboratorio”. La expectativa era que sería actualizado y ampliado en el DSM-5, con el fin de alentar la recolección de datos internacionales estandarizados centrados en las variables neurobiológicas más prometedoras (8). Sin embargo, a pesar de la importancia de los biomarcadores para poder avanzar con la nosología psiquiátrica (10), ese apartado fue eliminado.

Dentro de los “Síntomas asociados que apoyan el diagnóstico” se menciona que actualmente no hay pruebas radiológicas, de laboratorio o psicométricas para este trastorno, aunque se detallan algunas diferencias halladas en neuroimágenes y estudios neuropatológicos y neurofisiológicos (sin mayor especificación, como resalta M. Maj (7)), entre individuos sanos y personas con esquizofrenia.

Con respecto a los hallazgos genéticos, se sabe que los resultados obtenidos hasta ahora pueden explicar sólo una pequeña fracción de la heredabilidad estimada del trastorno, y cada uno de los loci establecidos con importancia genómica tiene un efecto de tamaño bastante modesto (15).

La identificación de biomarcadores heredables (endofenotipos) puede ayudar a deconstruir dimensiones de la enfermedad. Tales medidas pueden utilizarse para identificar categorías de enfermedad nuevas y tal vez más válidas que puedan generar intervenciones más dirigidas, similares a lo que ya es una práctica estándar, por ejemplo, en el cáncer (16). Quizás la dependencia continua de las categorías basadas en síntomas como modelo para el desarrollo de pruebas de diagnóstico es lo que ha hecho difícil desarrollar biomarcadores clínicamente útiles para estos trastornos (10).

Eliminación de los subtipos de esquizofrenia y agregado de dimensiones psicopatológicas

Eliminación de los subtipos de esquizofrenia

Desde la creación del concepto de esquizofrenia su heterogeneidad ha sido explicada nosológicamente en términos de distintos subtipos clínicos. En el DSM-IV aparecen los subtipos paranoide, desorganizado, catatónico, indiferen-

ciado y residual. Aunque durante el proceso de elaboración del DSM-IV ya se pensó que estos subtipos tenían poca fiabilidad, baja estabilidad en el tiempo y valor pronóstico insignificante, se decidió conservarlos “*debido a la tradición clínica sustancial*” (2, 11, 12, 13). Con posterioridad a la publicación del DSM-IV numerosos estudios (17, 18, 19) y metanálisis (20) han puesto en tela de juicio la continuidad de su utilización. En resumen, los autores del capítulo del DSM-5 volvieron a considerar que los subtipos de esquizofrenia del DSM-IV proporcionaban una descripción pobre de la heterogeneidad del trastorno, tenían poca estabilidad diagnóstica, no exhibían patrones distintivos de respuesta al tratamiento o de curso longitudinal y no eran heredables. También se observó que raramente se diagnosticaban otros subtipos que el paranoico y el indiferenciado, y como resultado de todas estas consideraciones se eliminaron del DSM-5 los subtipos de esquizofrenia (2, 11, 12, 13).

Agregado de escalas de dimensiones psicopatológicas

Según uno de los autores del capítulo, R. Tandon, caracterizar la heterogeneidad de trastornos psicóticos en términos de distintas dimensiones psicopatológicas fue uno de los principales cambios del DSM-IV al DSM-5 (21). La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se caracterizan por varios dominios psicopatológicos, cada uno con un curso, un patrón de respuesta al tratamiento e implicancias pronósticas distintivas (2, 13). La intención de los autores del capítulo del DSM-5 es que el uso de dimensiones psicopatológicas mejore la capacidad de describir la heterogeneidad de la esquizofrenia de una manera más válida y clínicamente útil que los subtipos (13), y facilite el tratamiento a medida para cada paciente (11, 13).

Para ello, se evalúa la gravedad durante los últimos 7 días en los dominios sintomáticos que incluyen delirios, alucinaciones, síntomas negativos, desorganización, deterioro cognitivo, síntomas motores (p. ej., catatonía) y síntomas del humor (depresión y manía) (2, 13). Como se ve, los síntomas positivos y los afectivos tienen cada uno dos ítems (delirios y alucinaciones para los positivos, y depresión y manía para los síntomas del humor), y las otras cuatro dimensiones tienen cada una uno solo. La gravedad relativa de estas dimensiones de síntomas varía entre los pacientes, así como para cada paciente en diferentes etapas de su enfermedad. Según los autores, medir la gravedad relativa de estas dimensiones de síntomas a través del curso de la enfermedad en el contexto del tratamiento, puede proporcionar información útil sobre la presentación de la enfermedad en un paciente particular y evaluar los efectos específicos del tratamiento sobre los diferentes aspectos de la misma (2, 12, 21).

El *chair* del Grupo de trabajo para los trastornos psicóticos del DSM-5, W.T. Carpenter Jr., opina que en el futuro, estos dominios pueden ser un puente hacia la investigación que realiza el Instituto Nacional de Salud Mental en el marco de los *Research Domain Criteria*. Y que algún día las agencias reguladoras de medicamentos aprobarán nuevas terapias dirigidas a uno o más de éstos en concreto (3).

Como ya se dijo, cada dimensión debe ser medida en una escala de cinco puntos que van desde 0 (ausente) a 4

(actual y grave). Una puntuación de 2 o más en los ítems que sirven como criterios de diagnóstico para la esquizofrenia hará que se los considere lo suficientemente graves como para cumplir con el Criterio A (5).

Pero contrariamente a la opinión de los autores, la escala de calificación con puntajes recién se describe en la Sección III al final del manual (7). Esto se fundamentaría en la preocupación del grupo de trabajo del DSM-5 de que “*los médicos no saben todavía cómo utilizar estas dimensiones y que es necesario tener más experiencia con ellas antes de que se coloquen en el texto principal*” (3). Sin embargo, la inclusión de éstas en un apéndice del manual no representaría realmente un nuevo desarrollo. En el Apéndice B del DSM-IV ya se incluían “*Descriptorios dimensionales alternativos para la esquizofrenia*”, con una escala de cuatro puntos que iban desde “ausente” a “severo” (4). Ese sistema dimensional fue prácticamente ignorado en los últimos 20 años por los clínicos y los investigadores. Curiosamente, es el único elemento del Apéndice B del DSM-IV que ha pasado a la Sección III del DSM-5, en lugar de ser ubicado en el texto principal o ser eliminado. M. Maj considera que este precedente no es alentador, dado que colocar un sistema dimensional en un apéndice del manual de diagnóstico no parece ser la forma más efectiva de fomentar su uso, especialmente si la estructura parece un poco simplista y no parece haber sufrido una exhaustiva evaluación psicométrica (7). Por ejemplo, el período de referencia para la evaluación se reporta como “*en los últimos siete días*” en el DSM-5 y era “los 6 meses anteriores” en el DSM-IV. Maj se pregunta si hay alguna base empírica para cualquiera de estos plazos (7). Otra crítica la realiza A. Jablensky, quien expresa que la escala administrada por el clínico “*Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis*” de la sección III no posee resultados estandarizados (8). Se puntúa de 0 a 4 en base a la impresión clínica con ayuda de breves anotaciones, algunas de las cuales parecen ser arbitrarias o confusas. Por ejemplo, no está claro por qué la gravedad de las alucinaciones auditivas se evalúa sobre la base de la “*presión para responder a las voces*” o que la persona sea “*molestada*” por voces; o que la severidad de los delirios sea puntuada por la “*presión para actuar de acuerdo a las creencias*”. La evaluación del deterioro cognitivo es igualmente ambigua, con puntajes para “*alguna*”, “*clara*” o “*severa reducción en la función cognitiva*” sin indicación de las funciones cognitivas específicas que deben ser examinadas o de cómo podría ser estimado el nivel normativo esperado para la edad de la persona y estatus socioeconómico. Para Jablensky, además, la inclusión de unidades de desvío estándar de la media es sólo un adorno, a menos que se especifiquen las pruebas neuropsicológicas pertinentes y las normas de la población (8).

Armonización con la CIE-11

Aunque la CIE-11 no está terminada, las propuestas actuales incorporan todos los cambios realizados del DSM-IV al DSM-5, incluyendo la supresión de los subtipos, la incorporación de dimensiones, la eliminación del tratamiento especial de los síntomas schneiderianos de primer rango, el tratamiento de la catatonía como un especificador, y se incorporarían los mismos especificadores de curso. Pero

es probable que permanezcan las diferencias entre los dos sistemas con respecto a la duración mínima de la enfermedad (6 meses en el DSM versus 1 mes en CIE) y la inclusión del deterioro como un criterio de enfermedad (presente en el DSM pero ausente en la CIE) (7, 11).

Conclusiones

El proceso de descubrimiento en psiquiatría es lento. A pesar de importantes investigaciones a lo largo del último siglo, el mecanismo fisiopatológico de las psicosis sigue siendo elusivo. Las tecnologías emergentes de las neurociencias y la genética proporcionan cada vez mayor información, pero estos datos aún se conectan sólo laxamente con los dominios psicopatológicos conocidos, y es probable que la nosología actual de los trastornos psicóticos no sea una plantilla adecuada para el descubrimiento de los mecanismos de la enfermedad (22). Es probable que la esquizofrenia sea un conglomerado de múltiples trastornos, y la disección de su heterogeneidad está demostrando ser muy difícil (11).

En la actualidad hay, entonces, insuficiente evidencia acerca de la etiología y la fisiopatología de la esquizofrenia como para utilizar medidas neurobiológicas en su diagnóstico. La ausencia de marcadores biológicos validados que puedan facilitarlos hace que el diagnóstico siga estando basado esencialmente en la habilidad del profesional para que el paciente dé verdadera cuenta de su experiencia subjetiva. Las neuroimágenes y las pruebas itivas pueden ayudar a descartar alternativas, tales

como los síntomas psicóticos secundarios a enfermedad cerebral u otra enfermedad médica, pero el razonamiento clínico conserva la última palabra (8).

El DSM-5 ha eliminado los subtipos clínicos tradicionales de la esquizofrenia reemplazándolos con puntajes “dimensionales” de la Sección III. También ha eliminado la situación diagnóstica privilegiada de los síntomas de primer rango schneiderianos. Aunque estas decisiones no se basan en evidencias inequívocas y convincentes, pueden ser justificadas en parte por razones pragmáticas, ya que se cuestiona la fiabilidad de los subtipos clínicos tradicionales, o de los síntomas de primer orden schneiderianos en la práctica clínica diaria. Por otro lado, sin embargo, esos cambios reducen el concepto de esquizofrenia a una simplificación minimalista, y sacrifican la especificidad diagnóstica para aumentar la cobertura y la sensibilidad. Una consecuencia adversa de esto podría ser una apertura del diagnóstico de esquizofrenia a cualquier presentación clínica delirante-alucinatoria y, por lo tanto, un agrandamiento del diagnóstico debido a una mayor inclusión de falsos positivos (8).

Según W.T. Carpenter Jr., el grupo de trabajo de los trastornos psicóticos del DSM-5 comenzó su tarea clarificando los límites entre diagnósticos, un proceso que había comenzado con el DSM-III, y terminó proponiendo un enfoque dimensional, que ignora tales límites, particularmente durante el desarrollo temprano de las enfermedades, cuando hay poca claridad. Este esfuerzo estará al servicio de, en última instancia, descubrir las causas y desarrollar nuevas opciones terapéuticas para los pacientes (3) ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5™). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Carpenter WT, Tandon R. Psychotic disorders in DSM-5: Summary of changes. *Asian J Psychiatr* 2013; 6 (3): 266-8.
3. Carpenter WT Jr. The Psychoses in DSM-5 and in the Near Future. *Am J Psychiatry* 2013; 170 (9): 961-2.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
5. Heckers S, Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, Gur R, Malaspina D, et al. Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophr Res* 2013; 150 (1): 11-4.
6. Tsuang MT, Van Os J, Tandon R, Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, et al. Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophr Res* 2013; 150 (1): 31-5.
7. Maj M. The DSM-5 approach to psychotic disorders: Is it possible to overcome the ‘inherent conservative bias’? *Schizophr Res* 2013; 150 (1): 38-9.
8. Jablensky A. Schizophrenia in DSM-5: Assets and liabilities. *Schizophr Res* 2013; 150 (1): 36-7.
9. Umehara H, Fangerau U, Gaebel W, et al. From “schizophrenia” to “disturbance of the integrity of the self”: causes and consequences of renaming schizophrenia in Japan in 2002 [abstract]. *Nervenarzt* 2011; 82 (9): 1160-8.
10. Keshavan MS. Nosology of psychoses in DSM-5: inches ahead but miles to go. *Schizophr Res* 2013; 150 (1): 40-1.
11. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, et al. Definition and description of schizophrenia in DSM-5. *Schizophr Res* 2013; 150 (1): 3-10.
12. American Psychiatric Association. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5 [Internet]. American Psychiatric Publishing; 2013. [accesado el 29 de diciembre 2013]. Available from: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>.
13. Tandon R. Schizophrenia and other psychotic disorders in DSM-5. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2013; 7 (1): 16-9.
14. Hyman SE. Diagnosis of mental disorders in light of modern genetics. In: Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ, editors. The Conceptual Evolution of DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2011. p. 3-17.
15. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet* 2013; 381 (9875): 1371-9.
16. Keshavan MS, Clementz BA, Pearlson GD, Sweeney JA, Tamminga CA. Reimagining psychoses: an agnostic approach to diagnosis. *Schizophr Res* 2013; 146 (1-3): 10-6.
17. Helmes E, Landmark J. Subtypes of schizophrenia: a cluster analytic approach. *Can J Psychiatry* 2003; 48 (10): 702-8.
18. Peralta V, Cuesta MJ. The nosology of psychotic disorders: a comparison among competing classification systems. *Schizophr Bull* 2003; 29 (3): 413-25.
19. Picardi A, Virolci C, Tarsitani L. Heterogeneity and symptom structure in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2012; 198 (3): 386-94.
20. Linscott, RJ, Allardyce J, van Os J. Seeking verisimilitude in a class: a systematic review of evidence that the criteria clinical symptoms of schizophrenia are taxonic. *Schizophr Bull* 2010; 36 (4): 811-29.
21. Tandon R. Definition of psychotic disorders in the DSM-5 too radical, too conservative, or just right! *Schizophr Res* 2013; 150 (1): 1-2.
22. Heckers S. Making progress in schizophrenia research. *Schizophr Bull* 2008; 34 (4): 591-594.

Evolución histórica y conceptual de los trastornos psicóticos no esquizofrénicos en los DSM

Federico Rebok

Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal.
Médico de planta, Servicio de Guardia (Internación), Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. Braulio A. Moyano".
Jefe de Trabajos Prácticos, III Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.

Introducción

Hacia la 8ª edición de su tratado de psiquiatría, y habiendo ya adoptado de manera definitiva el método clínico-evolutivo desde la 6ª edición, Kraepelin había delimitado los dos pilares nosológicos fundamentales en la construcción de las psicosis: por un lado, la *dementia praecox*, con su curso crónico y terminación demencial; y por el otro, la locura maníaco-depresiva, con su curso fásico y su preservación de la personalidad del paciente (1). Por fuera de estos dos gigantes kraepelineanos quedaron un conjunto de cuadros que por su sintomatología y curso remedaban a veces a la esquizofrenia, y en otras ocasiones, al trastorno bipolar. El presente artículo se propone revisar los sucesivos cambios que sufrieron los principales diagnósticos que acompañan a la esquizofrenia en su capítulo del DSM-5: trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo y trastorno delirante (2).

Trastorno psicótico breve

El trastorno psicótico breve (TPB) traduce la homogeneización de varios conceptos nacionales, entre ellos el

de *bouffée délirante* (Francia), psicosis cicloides (Alemania), psicosis psicogénicas, constitucionales o reactivas (países escandinavos), esquizofrenias agudas curables (Suiza) y esquizofrenias remitentes (EE.UU.) (3-6).

Esta entidad fue originalmente descrita por Wimmer y otros autores escandinavos como una tercera psicosis funcional independiente (no esquizofrénica, no maníaco-depresiva) que se desarrolla en sujetos con terreno predisponente en quienes un trauma (guerra, duelo, conflictos, etc.) es capaz de desencadenar un episodio psicótico cuyo contenido y curso está determinado por aquél, siendo esta reacción psicótica de breve duración (remite en días a semanas y augura un buen pronóstico). Se hacía hincapié en la presencia de alteraciones de la conciencia y en la relación temporal existente entre la experiencia traumática y el inicio de la psicosis (7, 8). Seguía el concepto de "reacción genuina" propuesto por Jaspers, para el que una reacción era verdadera cuando se caracterizaba por: (i) presentar un factor precipitante; (ii) dicho factor precipitante debe mantener una relación temporal estrecha con el estado reactivo; (iii) existe una conexión significa-

Resumen

Luego de ya establecida la llamada "dicotomía kraepelineana" (*dementia praecox* - locura maníaco-depresiva), la psiquiatría clásica comenzó a describir un conjunto de trastornos psicóticos que no encajaban en ninguno de estos colosos diagnósticos. Muchos de esos cuadros fueron incorporados a los DSM y fueron sufriendo modificaciones a lo largo de las sucesivas ediciones del manual norteamericano. El presente artículo se propone realizar un recorrido histórico y conceptual de este grupo de trastornos psicóticos no esquizofrénicos que acompañan a la esquizofrenia en el capítulo "Espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos" del DSM-5.

Palabras clave: Trastornos psicóticos no esquizofrénicos - Manuales DSM - Evolución histórica.

HISTORICAL AND CONCEPTUAL EVOLUTION OF NON-SCHIZOPHRENIC PSYCHOTIC DISORDERS IN DSM

Abstract

After firmly established the "kraepelinean dichotomy" (*dementia praecox* - manic-depressive insanity), classical psychiatry began to describe a group of psychotic disorders which did not fit in any of these main diagnoses. Many of these clinical pictures were incorporated to the DSM and underwent several changes throughout the successive editions of the American manual. This article aims to make a historical and conceptual overview of this group of non-schizophrenic psychotic disorders accompanying schizophrenia in the "Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders" chapter of DSM-5.

Key words: Non-schizophrenic psychotic disorders - DSM manuals - Historical evolution.

tiva entre los contenidos de la experiencia y aquellos que aparecen en la reacción anormal; (iv) la reacción anormal desaparece cuando la causa primaria de dicha reacción es removida (9). McCabe y Stromgren estudiaron la personalidad premórbida de estos pacientes, a la que definieron como sensible e inmadura (6).

Como vemos, el concepto original ponía el acento en la reactividad del cuadro, y es por ello que el mismo arribó al DSM-III con el diagnóstico de «psicosis reactiva breve», en donde, además, se hacía especial hincapié en la presencia de la «turbulencia emocional» (un concepto similar al de la «confusión mental» de la psiquiatría europea) como criterio diagnóstico rector (10). Similares criterios se utilizaron en el DSM-III-R (11). Sin embargo, debido a la presencia de episodios psicóticos agudos con *restitutio ad integrum* y sin la presencia de factores desencadenantes, este diagnóstico fue rápidamente sustituido por el de

«trastorno psicótico breve», diagnóstico del DSM-IV en el que además desapareció la necesidad de que existiera la turbulencia emocional en el cuadro (2, 12).

Así, para el DSM-IV-TR, el TPB quedó delineado por la aparición súbita de al menos uno de los siguientes síntomas psicóticos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. El trastorno debe durar al menos un día pero menos de un mes, y el paciente debe retornar a su nivel de funcionamiento premórbido (2) (ver Tabla 1). El diagnóstico de TPB suele realizarse en gente joven, con un inicio promedio del mismo al final de los veinte y principio de los treinta; se asociaba con mayor frecuencia a personas con rasgos de personalidad patológica (paranoide, histriónica, narcisista, esquizotípica o límite). Muchos de estos pacientes presentan una duración especialmente breve de sus síntomas psicóticos, a veces de solamente días (3, 13).

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el trastorno psicótico breve, según DSM-IV-TR (2)

Trastorno psicótico breve (DSM-IV-TR)
<p>A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ideas delirantes 2. alucinaciones 3. lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente) 4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado <p>Nota: no incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.</p> <p>B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.</p> <p>C. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.</p> <p><i>Codificación basada en tipos:</i></p> <p>Con desencadenante(s) grave(s) (psicosis reactiva breve): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.</p> <p>Sin desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>De inicio en el posparto: si el inicio se produce en las primeras 4 semanas del posparto.</p>

En el DSM-5, el diagnóstico de TPB ha agregado dos especificadores a los tres ya existentes: (i) Con *catatonía*: es decir, la aparición de catatonía en el contexto de otro trastorno mental (en este caso, el TPB, ver Tabla 2); (ii) *Gravedad actual*: es valorada por una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluyendo las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento psicomotor anormal, y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas puede ser clasificado para su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (actual y grave). De todas maneras, el manual aclara que el diagnóstico de TPB se puede realizar sin la necesidad de utilizar este último especificador de gravedad.

Trastorno esquizofreniforme

Con la introducción de los tratamientos somáticos en psiquiatría (terapia electroconvulsiva, shock insulínico,

shock cardiazólico), Langfeldt comenzó a observar algunos casos de «esquizofrenia» que respondían favorablemente a dichos tratamientos, acuñando, en 1939, la denominación de «psicosis esquizofreniformes» para la enfermedad que afectaba a este tipo de pacientes psicóticos. Entre los criterios que utilizó Langfeldt para describir a estas psicosis, se encuentran: (i) inicio agudo, generalmente en relación a un factor precipitante; (ii) presencia de confusión durante el episodio agudo; (iii) ausencia de personalidad esquizoide; (iv) constitución corporal pícnica (3).

El cuadro clínico ingresó en el DSM-I y en el DSM-II bajo las designaciones de «reacción esquizofrénica, tipo agudo indiferenciado» y «episodio esquizofrénico agudo», respectivamente, y aclarando que en esos diagnósticos se incluían casos que presentaban una amplia variedad de sintomatología esquizofrénica, como la confusión del pensamiento y la turbulencia emocional, que se manifestaban por la presencia de perplejidad, ideas de referencia, miedo y estados oni-

Tabla 2. Criterios diagnósticos para la catatonía asociada con otro trastorno mental (especificador catatonía) (14)

Catatonía asociada con otro trastorno mental (especificador Catatonía)
<p>A. El cuadro clínico se encuentra dominado por tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estupor (ej. sin actividad psicomotriz; sin relacionarse activamente con el ambiente). 2. Catalepsia (ej. inducción pasiva de una postura sostenida contra la gravedad). 3. Flexibilidad cérea (ej. resistencia uniforme y leve al posicionamiento por el examinador). 4. Mutismo (ej. ausencia o pequeña respuesta verbal (excluir si existe afasia)). 5. Negativismo (ej. oposición o falta de respuesta a las instrucciones o a estímulos externos). 6. Adquisición de posturas (ej. mantenimiento espontáneo y activo de una postura en contra de la gravedad). 7. Manierismo (ej. caricatura extraña y circunstancial de acciones normales). 8. Estereotipia (ej. movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes y sin finalidad). 9. Agitación no influida por estímulos externos. 10. Muecas. 11. Ecolalia (ej. imitando el discurso de otro). 12. Ecopraxia (ej. imitando los movimientos de otro). <p>Nota de codificación: indicar el nombre del trastorno mental asociado cuando se registra el nombre de la condición (ej. 293.89 [F06.1] catatonía asociada con el trastorno depresivo mayor). Codificar primero el trastorno mental asociado (ej. trastorno del neurodesarrollo, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, u otro trastorno mental) (ej. 295.70 [F25.1] trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo; 293.89 [F06.1] catatonía asociada con trastorno esquizoafectivo).</p>

roides y fenómenos disociativos. Asimismo, se hacía hincapié en el comienzo agudo, a menudo sin desencadenantes, pero con antecedentes de pródromos previos. También se afirmaba que muy a menudo la reacción se acompañaba de una coloración afectiva pronunciada (hacia el lado de la excitación o de la depresión). Los síntomas a menudo resolvían en cuestión de semanas, aunque existiendo una tendencia a la recurrencia. Aclaraban, además, que bajo estos diagnósticos se solían agrupar los “primeros ataques”, pero que si la reacción progresaba, el cuadro cristalizaba hacia los otros tipos de reacción esquizofrénica (hebefrénica, paranoide, catatónica, etc.) (15, 16).

En el DSM-III apareció por primera vez el epígrafe de «trastorno esquizofreniforme» y el diagnóstico se adoptó para cualquier cuadro clínico que cumpliera criterios para esquizofrenia excepto en lo concerniente a la duración (para hacer

el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme se requería una duración de por lo menos dos semanas pero inferior a los seis meses) (10). Interesantemente, en el DSM-III-R, la confusión, la desorientación, o la perplejidad ya no conformaban el corazón del cuadro clínico, sino que se habían transformado en un especificador de buen pronóstico, junto con el inicio de síntomas psicóticos prominentes dentro de las primeras cuatro semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en el funcionamiento, un buen nivel premórbido de funcionamiento social o laboral, y la ausencia de embotamiento o aplanamiento afectivo (11). De esta manera, junto con esta población de pacientes de buen pronóstico comenzó a confluír otro grupo de pacientes que a la postre mostraban una evolución esquizofrénica (“sin características de buen pronóstico”) transformando al trastorno esquizofreniforme en una entidad clínicamente heterogénea (17) (Tabla 3).

Tabla 3. Criterios diagnósticos para el trastorno esquizofreniforme, según DSM-IV-TR (2)

Trastorno esquizofreniforme (DSM-IV-TR)
<p>A. Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.</p> <p>B. Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como «provisional».)</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Sin características de buen pronóstico</p> <p>Con características de buen pronóstico: indicadas por dos (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual (2) confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico (3) buena actividad social y laboral premórbida (4) ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos

En el DSM-IV y en el DSM-IV-TR el diagnóstico ha permanecido inalterado (2, 12). En el DSM-5, se han agregado los especi-

ficadores de catatonía y de severidad actual (en la forma en que ya han sido descriptos para el trastorno psicótico breve) (14).

Trastorno esquizoafectivo

El trastorno esquizoafectivo (TEA) es un constructo clínico caracterizado por la presencia concurrente y mixta de sintomatología afectiva y esquizofrénica. A tal punto este constructo clínico es tan heterogéneo, que se han ensayado más de 24 definiciones diferentes del TEA a lo largo de las últimas seis décadas (18), y se han elaborado diferentes hipótesis acerca de la etiopatogenia del trastorno, a saber:

- el TEA constituye una tercera forma de psicosis funcional independiente, no relacionada a la esquizofrenia ni al trastorno bipolar (19);
- el TEA es una variante de la esquizofrenia con síntomas afectivos (20);
- el TEA es una variante de trastorno afectivo con síntomas psicóticos (21);
- el TEA es un trastorno heterogéneo que incluye a pacientes esquizofrénicos, pacientes afectivos y quizás un tercer subgrupo de pacientes puros (22);
- el TEA es una forma intermedia de un continuum que va de la esquizofrenia a los trastornos afectivos (23, 24).

El TEA se presenta más frecuentemente en mujeres; de hecho, en el estudio de Marneros, dos tercios de los pacientes con TEA fueron mujeres (25-27). El tipo maníaco parece ser más frecuente que el depresivo (28). La edad media de presentación es de 29,5 años, algo mayor que el de la esquizofrenia (media de 25 años) y algo menor que el del trastorno bipolar (media de 35 años) (25, 27, 29). Si bien se ha sugerido que el TEA es menos frecuente que la esquizofrenia y el trastorno bipolar, se estima que una de cada cuatro hospitalizaciones psiquiátricas de pacientes psicóticos se deben a este trastorno (30, 31).

Desde un punto de vista histórico, fue Kasanin quien

primero acuñó el término de «psicosis esquizoafectivas agudas» para describir un grupo de nueve casos atípicos de pacientes jóvenes previamente diagnosticados como dementes precoces, que presentaban una buena integración social premórbida y que asombrosamente estallaban en una psicosis proteiforme -a veces con un precipitante previo- que se presentaba con sintomatología esquizofrénica y afectiva, con *restitutio ad integrum* y tendencia a la repetición (32, 33).

Tanto en el DSM-I como en el DSM-II se colocó al TEA como un subtipo de esquizofrenia (15, 16), mientras que en el DSM-III se lo admitió con reservas y obviando el calificativo de “agudo” (34). En ninguna de las tres ediciones del manual norteamericano se formularon criterios diagnósticos para este trastorno (35).

La definición de TEA más cercana a la que actualmente conocemos la desarrollaron Spitzer y cols. en su *Research Diagnostic Criteria* (RDC), donde lo definieron como una condición en la que concurrían síntomas psicóticos y afectivos pero en el que los síntomas psicóticos también persistían durante una semana en ausencia (relativa) de los síntomas afectivos. Subtipificaron, asimismo, el TEA según el tipo de sintomatología prevalente: cíclico o bipolar, y depresivo (36). Durante la incorporación de esta definición al DSM-III-R, se intentó refinar el diagnóstico al requerir la presencia de síntomas psicóticos durante al menos dos semanas tras la resolución de los síntomas afectivos (37). Y así, el TEA quedó plenamente definido en el DSM-IV y el DSM-IV-TR como la ocurrencia completa de un episodio depresivo, maníaco o mixto con síntomas que cumplen criterio para esquizofrenia y la persistencia de delirios o alucinaciones durante al menos dos semanas en ausencia de síntomas afectivos (2, 12) (ver Tabla 4).

Tabla 4. Criterios diagnósticos para trastorno esquizoafectivo, según DSM-IV-TR (2)

Trastorno esquizoafectivo (DSM-IV-TR)
<p>A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia. Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.</p> <p>B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.</p> <p>C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad médica.</p> <p><i>Codificación basada en tipo:</i></p> <p>Tipo bipolar: si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores)</p> <p>Tipo depresivo: si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores</p>

Tal como apuntan Malaspina y cols., el DSM-5 podría haber removido la categoría diagnóstica de trastorno esquizoafectivo y haber introducido a los síntomas afectivos como una dimensión de la esquizofrenia y el trastorno esquizofreniforme o haber definido una única categoría para la co-ocurrencia de síntomas psicóticos y

afectivos. Sin embargo, y a pesar de que esta opción fue extensamente debatida, se la juzgó prematura debido a los insuficientes datos clínicos y teóricos que validaran dicha premisa (38). De manera que el diagnóstico ha permanecido más o menos inalterado, hecha la excepción del agregado de los especificadores de catatonía y de

severidad actual (en la forma en que ya han sido descritos para el trastorno psicótico breve) (14).

Trastorno delirante

La paranoia, tal cual la conocemos en la actualidad, fue descrita por Kraepelin, quien afirmó se trataba de “un sistema delirante duradero, inamovible, de desarrollo insidioso y de aparición por causas internas, acompañado por un perfecto mantenimiento de la claridad y orden de pensamientos, voluntad y proceder” (39). Se trataba, entonces, de un delirio endógeno crónico bien sistematizado, verosímil, en ausencia de cualquier tipo de confusión mental y con preservación de la personalidad.

En 1931, y luego de la muerte de Kraepelin, Kolle dio a conocer un estudio catamnésico de los 66 casos de paranoia vistos por el maestro alemán en la clínica de Munich. A pesar de que una proporción de casos de paranoia mantuvo sus características iniciales, Kolle enfatizó aquellos que no lo hicieron, y concluyó que en realidad la paranoia era una forma rara de esquizofrenia. A partir de allí se perdió el interés por la paranoia y el concepto cayó en desuso (40).

A pesar de ello, la paranoia llegó al DSM-I con su nomenclatura (paranoia) y descripción clásicas, aclarándose que se trataba de un trastorno psicótico “extremadamente raro”; y con el término “estado paranoide” se describió algo aproximado a la parafrenia kraepelineana (15). En el DSM-II no hubo mayores cambios (16). El DSM-III agregó confusión al describir los trastornos paranoides como formados solamente por ideas delirantes persistentes de persecución o de celos, mientras aún ofrecía una descripción poco entusiasta de la paranoia kraepelineana (10, 40).

Previo al DSM-III, en 1977, Winokur acuñó el término «trastorno delirante» aunque aclarando en el mismo título de su artículo que éste se correspondía con la paranoia (41). El DSM-III-R acordó con la descripción realizada por este autor, retomando entonces la definición kraepelineana de la paranoia, aunque permitiendo la presencia de “alucinaciones no prominentes” en el cuadro clínico. La paranoia pasó a denominarse «trastorno (paranoide) delirante», para luego quedar en el DSM-IV con la que habría de ser su denominación final: «trastorno delirante» (11, 12). Ni el DSM-IV ni el DSM-IV-TR incorporaron novedades a la definición de la enfermedad (2, 12) (ver Tabla 5).

Tabla 5. Criterios diagnósticos para trastorno delirante, según DSM-IV-TR (2).

Trastorno delirante (DSM-IV-TR)
<p>A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración</p> <p>B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.</p> <p>Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.</p> <p>C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.</p> <p>D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.</p> <p>E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.</p> <p><i>Especificar tipo (se asignan los siguientes tipos en base al tema delirante que predomine):</i></p> <p>Tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto</p> <p>Tipo grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa</p> <p>Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel</p> <p>Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma</p> <p>Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica</p> <p>Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema</p> <p>Tipo no especificado</p>

En el DSM-5 se incorporan básicamente dos cambios. Por un lado, en el criterio A ya no se aclara que las ideas delirantes no deben ser extrañas (“no bizarras”); en efecto, la nueva versión del manual admite la presencia de ideas bizarras y no bizarras. Por otro lado, se incluyen tres nuevos especificadores: (i) sobre el contenido del delirio; (ii) sobre el curso del trastorno; y (iii) sobre gravedad (42). En el primero, se debe especificar si esas ideas delirantes

tienen contenido extraño (“bizarro”): los delirios se consideran extraños o bizarros si son claramente inverosímiles, no comprensibles, y no derivadas de situaciones de la vida cotidiana (ej. creer que un desconocido ha removido sus órganos internos y los ha reemplazado con los órganos de otra persona sin haber dejado heridas o cicatrices). El segundo especificador debe utilizarse únicamente después de transcurrido un año de la enfermedad, e incluye (14):

- *Primer episodio, actualmente en el episodio agudo*: primera manifestación del trastorno reuniendo los criterios diagnósticos y temporales. Un *episodio agudo* es un período de tiempo en el que se cumplen esos criterios diagnósticos.

- *Primer episodio, actualmente en remisión parcial*: la remisión parcial es un período de tiempo durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio previo y en el cual sólo se cumplen parcialmente los criterios diagnósticos.

- *Primer episodio, actualmente en remisión total*: la remisión total es un período de tiempo después episodio previo durante el cual no se encuentran presentes síntomas específicos del trastorno.

- *Episodios múltiples, actualmente en el episodio agudo*

- *Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial*

- *Episodios múltiples, actualmente en remisión total*

- *Continuo*: los síntomas que hacen que se cumplan los criterios diagnósticos permanecen durante la mayor parte del curso de la enfermedad, con síntomas subumbrales de muy breve duración en relación con el curso general de la enfermedad.

En el especificador de gravedad, ésta es valorada tal como se describiera para el trastorno psicótico breve.

Conclusiones

El trastorno psicótico breve continúa siendo conceptualizado como una psicosis aguda con *restitutio ad integrum* y breve duración con la posibilidad de presentar o no un desencadenante pero con la perspectiva, a partir del DSM-5, de realizar una adecuada ponderación de los síntomas motores presentes en el cuadro clínico. En este último sentido, la apreciación clínica del cuadro se vuelve más rica, remedando la descripción de los síntomas motores de las psicosis cicloides de la escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard (“psicosis de la motilidad”) (5).

El trastorno esquizofreniforme se ha transformado, desde el DSM-III y continuando en el actual manual, en una

psicosis “eclectica”, conformada por psicosis agudas con *restitutio ad integrum* y breve duración (aunque no tan breve como el trastorno psicótico breve) y psicosis de inicio agudo pero que a la postre tendrán un devenir crónico y deficitario, evolucionando hacia una esquizofrenia vera. Por lo tanto, se ha alejado de la clásica definición de Langfeldt de «psicosis esquizofreniforme» y de hecho ha seguido un camino inverso al incluir dos poblaciones diferentes de pacientes en un mismo diagnóstico, hecho que el autor escandinavo pretendió socavar originalmente.

El trastorno esquizoafectivo ha permanecido inalterado, respetando la construcción de base a-histórica propuesta oportunamente por Spitzer y cols., quienes edificaron el diagnóstico sobre la base de un criterio cronológico diferencial entre síntomas afectivos y psicóticos que no está fundado en las descripciones originales de la psiquiatría clásica (ej. Kasanin) (36).

Finalmente, el trastorno delirante ha sufrido un cambio crítico: la posibilidad de que se consignen ideas delirantes inverosímiles rompe con la última definición kraepelineana de la paranoia. De esta manera, amplía los márgenes de esta psicosis, remedando la definición kraepelineana de la 7a edición de su tratado, en donde la paranoia podía adquirir matices fantásticos. De alguna forma, esto permitiría incorporar más cuadros delirantes -otrora incluidos en la esquizofrenia- a este diagnóstico, siempre y cuando las alucinaciones no sean prominentes en el cuadro. Idea similar a la originariamente propuesta por Leonhard para su «parafrenia afectiva» (5).

En todos los diagnósticos se ha incluido el especificador de gravedad. Y en todos los diagnósticos se ha incluido el especificador de catatonía, excepto, claro está, para el trastorno delirante, que constituye una psicosis puramente ideica y jamás motora.

A manera de epílogo, en la Tabla 6 se resumen las principales modificaciones sufridas por este grupo de trastornos psicóticos no esquizofrénicos ■

Tabla 6. Evolución conceptual de los trastornos psicóticos no esquizofrénicos.

Evolución conceptual de los trastornos psicóticos no esquizofrénicos						
DIAGNÓSTICO	Psiquiatría clásica	DSM-I	DSM-II	DSM-III y DSM-III-R	DSM-IV y DSM-IV-TR	DSM-5
TRASTORNO PSICÓTICO BREVE	Psicosis reactivas Bouffée délirante Psicosis cicloides	Inexistente	Inexistente	«Psicosis reactiva breve» Hincapié en: - Turbulencia emocional - Desencadenante	«Trastorno psicótico breve» - Desaparece la turbulencia emocional como criterio - Desencadenante sólo queda como especificador	- Se incorpora la posibilidad de especificar la presencia de síntomas motores (catatonia), remediando la descripción de las psicosis cicloides - Se incorpora la posibilidad de especificar gravedad
TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME	Psicosis esquizofreniformes	«Reacción esquizofrénica, tipo agudo indiferenciado» Síntomas nucleares: - Confusión del pensamiento / perplejidad - Turbulencia emocional - Ideas de referencia - Miedo - Estados oníroides / fenómenos disociativos	«Episodio esquizofrénico agudo»	«Trastorno esquizofreniforme» - Síntomas esquizofrénicos de menos de 6 meses de duración - La confusión y la perplejidad sólo aparecen dentro de los especificadores de buen pronóstico		- Se incorpora la posibilidad de especificar catatonia - Se incorpora la posibilidad de especificar gravedad
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	Psicosis esquizoafectivas agudas	«Reacción esquizofrénica, tipo esquizoafectivo»	«Esquizofrenia, tipo esquizoafectivo»	«Trastorno esquizoafectivo» - tipo bipolar - tipo depresivo		- El diagnóstico ha permanecido casi inalterado desde la definición de Spitzer - Se incorpora la posibilidad de especificar catatonia - Se incorpora la posibilidad de especificar gravedad
TRASTORNO DELIRANTE	Paranoia DSM-III-R: «Trastorno (paranoide) delirante»				«Trastorno delirante» - Ideas delirantes no extrañas	- Admite, también, ideas delirantes extrañas - Se asemeja a la paranoia fantástica de la 7ª edición del Tratado de Kraepelin, siempre y cuando las alucinaciones no sean prominentes

Referencias bibliográficas

1. Kraepelin E. La demencia precoz. 2a ed. Buenos Aires: Polemos; 2008.
2. DSM-IV. APATFo. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
3. Marneros A, Pillmann F. Acute and transient psychoses. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
4. Magnan V, Legrain P. Delusion in Degenerates. The Immediate Delusions. In: Cousin F-R, J G, D. M, Association WP, editors. *Anthology of French language psychiatric texts*. Paris: Institut d'éditio Sanofi-Synthelabo; 1999. p. 267-83.
5. Leonhard K, Beckmann H. Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology. 2nd ed. New York: Springer; 1999.
6. McCabe MS, Stromgren E. Reactive psychoses. A family study. *Archives of general psychiatry*. 1975;32(4):447-54.
7. Barcia Salorio D. Psicosis cicloides: psicosis marginales, Bouffées délirantes. Madrid: Triacastela; 1998.
8. Faergeman P. Psychogenic psychoses: a description and follow-up of psychoses following psychological stress. London: Butterworths; 1963.
9. Jaspers K. Psicopatología general. 2a ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2010.
10. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
11. DSM-III APAWGtR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association; 1987.
12. DSM-IV APATFo. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
13. Marneros A, Akiskal H. The overlap of affective and schizophrenic spectra. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
14. Force. APAD-T. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
15. Statistics. APACoNa. Mental disorders; diagnostic and statistical manual. Washington: American Psychiatric Association; 1952.
16. Statistics. APACoNa. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association; 1968.
17. Strakowski SM. Diagnostic validity of schizophreniform disorder. *The American journal of psychiatry*. 2004;151:815-24.
18. Winokur A, Black D, Nasrallah H. The schizoaffective continuum. In: Marneros A, Tsuang MT, editors. *Affective and schizoaffective disorders: similarities and differences*. New York: Springer-Verlag; 1990. p. 23-33.
19. Tsuang MT. Morbidity risks of schizophrenia and affective disorders among first-degree relatives of patients with schizoaffective disorders. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 1991;158:165-70.
20. Evans JD, Heaton RK, Paulsen JS, McAdams LA, Heaton SC, Jeste DV. Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder? *The Journal of clinical psychiatry*. 1999;60(12):874-82.
21. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *Journal of clinical psychopharmacology*. 1996;16(2 Suppl 1):4S-14S.
22. Horga G, Benabarre Hernández A. Manifestaciones clínicas, evolución y pronóstico del trastorno esquizoafectivo. In: Benabarre Hernández A, editor. *Trastornos esquizoafectivos*. Barcelona: Espaxs; 2007. p. 33-57.
23. Cheniaux E, Landeira-Fernandez J, Lessa Telles L, Lessa JL, Dias A, Duncan T, et al. Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders. *Journal of affective disorders*. 2008;106(3):209-17.
24. Crow TJ. Nature of the genetic contribution to psychotic illness—a continuum viewpoint. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1990;81(5):401-8.
25. Angst J, Felder W, Lohmeyer B. Course of schizoaffective psychoses: results of a followup study. *Schizophrenia bulletin*. 1980;6(4):579-85.
26. Lenz G, Simhandl C, Thau K, Berner P, Gabriel E. Temporal stability of diagnostic criteria for functional psychoses. Results from the Vienna follow-up study. *Psychopathology*. 1991;24(5):328-35.
27. Marneros A, Deister A, Rohde A. Sociodemographic and pre-morbid features of schizophrenic, schizoaffective and affective psychoses. In: Marneros A, Tsuang MT, editors. *Affective and schizoaffective disorders: similarities and differences*. New York: Springer-Verlag; 1990. p. 23-33.
28. Berner P, Lenz G. Definitions of Schizoaffective Psychosis: mutual concordance and relationship to schizophrenia and affective disorder. In: Marneros A, Tsuang MT, editors. *Schizoaffective psychoses*. New York: Springer-Verlag; 1986. p. 31-49.
29. Dell'Osso L, Akiskal HS, Freer P, Barberi M, Placidi GF, Cassano GB. Psychotic and nonpsychotic bipolar mixed states: comparisons with manic and schizoaffective disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 1993;243(2):75-81.
30. Abrams D, Arciniegas D. Schizoaffective disorder. In: Fujii D, Ahmed I, editors. *The spectrum of psychotic disorders: neurobiology, etiology, and pathogenesis*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. p. 78-95.
31. Kent S, Fogarty M, Yellowlees P. Heavy utilization of inpatient and outpatient services in a public mental health service. *Psychiatric services*. 1995;46(12):1254-7.
32. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. *The American journal of psychiatry*. 1933;13:97-126.
33. Berner P. Diagnostic criteria for functional psychoses. 2nd ed. New York: Cambridge University Press; 1992.
34. Monclús E. Evolución histórica del concepto de trastorno esquizoafectivo. In: Benabarre Hernández A, editor. *Trastornos esquizoafectivos*. Barcelona: Espaxs; 2007. p. 15-21.
35. Strakowski SM. Schizoaffective disorder. Which symptoms should be treated first? *Current Psychiatry*. 2003;2(1):22-30.
36. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of general psychiatry*. 1978;35(6):773-82.
37. Kaplan H, Sadock B. *Psiquiatría clínica*. 2a ed. Buenos Aires: Waverly Hispánica; 1996.
38. Malaspina D, Owen M, Heckers S, Tandon R, Bustillo J, Schultz S, et al. Schizoaffective Disorder in the DSM-5. *Schizophr Res*. 2013;150:21-5.
39. Kraepelin E. Die Verrücktheit (Paranoia). 2a ed. Buenos Aires: Salerno; 2012. 67-8 p.
40. Munro A. Delusional disorder. Paranoia and related illnesses. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
41. Winokur G. Delusional disorder (paranoia). *Comprehensive psychiatry*. 1977;18(6):511-21.
42. Bhati MT. Defining psychosis: the evolution of DSM-5 schizophrenia spectrum disorders. *Current psychiatry reports*. 2013;15(11):409.

Trastorno bipolar y DSM-5: aún lejos de la enfermedad

Diego J. Martino

*Médico especialista en psiquiatría; Doctor en medicina.
Programa de Investigación en Trastornos Bipolares, Instituto de Neurociencias, Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina.
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.
E-Mail: diejmartino@gmail.com*

Sergio A. Strejilevich

*Médico especialista en psiquiatría.
Programa de Investigación en Trastornos Bipolares, Instituto de Neurociencias, Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina.
Instituto de Neurología Cognitiva (INECO), Buenos Aires, Argentina.*

Introducción

El trastorno bipolar (TBP) fue el primer desorden psiquiátrico en ser reconocido y recibir una descripción formal por la medicina moderna. Es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, además de una causa de mortalidad prematura por suicidio y enfermedades médicas asociadas como diabetes mellitus y patología cardiovascular (1, 2). A pesar de la relevancia del diagnóstico temprano y la implementación de un tratamiento adecuado, encuestas provenientes de Estados Unidos, Europa, y nuestro medio han coincidido en el hallazgo de que los pacientes pasan un promedio de aproximadamente 6 años entre la experiencia del primer episodio anímico significativo y el correcto diagnóstico de TBP, siendo el principal error diagnóstico la depresión unipolar (DUP) (3, 4, 5). Por esto, para cuando se comenzó a pensar la nueva versión del DSM se contaba

con datos coincidentes que señalaban un hecho concreto: para la mayoría de las personas afectadas por TBP, el DSM-IV no funcionaba bien a la hora de brindarles un diagnóstico oportuno y correcto de su enfermedad.

Al menos una parte de esta demora y errores diagnósticos están ligados a la conceptualización contemporánea de estos desórdenes. De hecho, la descripción original de la enfermedad maníaco-depresiva de Kraepelin incluía tanto las depresiones recurrentes como aquellas que alternaban con episodios maníacos. Fue recién en la década del sesenta, y en el contexto de los -en aquel momento- recientemente descubiertos antidepresivos, cuando a partir de estudios de antecedentes familiares se divide la DUP (o trastorno depresivo mayor según del DSM-IV) del TBP y empieza a considerárselos desórdenes distintos (6). Posteriormente, y al igual que con otros trastornos psiquiá-

Resumen

A pesar que el trastorno bipolar es altamente incapacitante, datos provenientes de diferentes regiones del mundo coinciden en el hallazgo de una prolongada latencia diagnóstica en las personas afectadas. Entre los principales factores apuntados para explicar este fenómeno se encuentran la conceptualización contemporánea del trastorno bipolar y los criterios diagnósticos del DSM-IV. Simultáneamente, en los últimos años se ha alertado sobre el riesgo de sobrediagnóstico de este desorden. En este contexto se presenta la nueva edición del DSM. En el presente trabajo se describen las modificaciones incluidas en el DSM-5 respecto del diagnóstico de trastorno bipolar. Asimismo, se analizan las implicancias prácticas de estas modificaciones.

Palabras clave: Trastorno bipolar - DSM-5 - Latencia diagnóstica - Subdiagnóstico - Sobrediagnóstico.

BIPOLAR DISORDER AND DSM-5: STILL FAR FROM THE DISEASE

Abstract

Although bipolar disorder is highly disabling, data from different regions of the world agree on the finding that there is a prolonged diagnostic delay in affected people. Among the main factors that could explain this phenomenon are contemporary conceptualizations of bipolar disorder and diagnostic criteria of the DSM-IV. Moreover, in recent years it has been cautioned about the risk of overdiagnosis of this disorder. In this context, the new edition of the DSM is presented. The modifications included in the DSM-5 regarding the diagnosis of bipolar disorder are described in this paper. Likewise, the practical implications of these changes are discussed.

Key words: Bipolar disorder - DSM-5 - Delay diagnosis - Underdiagnosis - Overdiagnosis.

tricos, ante la ausencia de datos respecto de la etiología y/o fisiopatogenia, la validación de estos diagnósticos se apoyó en los criterios analizados por Robins y Guze (7): fenomenología, delimitación frente a otros trastornos, estudio de seguimiento/evolución, historia familiar y pruebas de laboratorio (ver Tabla 1). Teniendo en cuenta la falta de pruebas de laboratorio útiles en el diagnóstico psiquiátrico, este criterio en la práctica muchas veces fue sustituido por otro menos robusto como la respuesta -o la ausencia de la misma- al tratamiento. A pesar de las diferencias observadas en estos validadores apoyando la distinción diagnóstica entre TBP y DUP, los criterios de episodio depresivo mayor en las últimas ediciones del

DSM son idénticos para ambos desórdenes, siendo la identificación de episodios hipo/maníacos lo que permite el diagnóstico diferencial. Este hecho trae aparejado una inherente latencia y error diagnóstico, teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes con TBP debutan con un episodio depresivo pero sólo se podrá hacer el diagnóstico adecuado meses o años después cuando un episodio hipomaniaco o maniaco haya ocurrido. Atendiendo a esta dificultad, diferentes investigadores han propuesto criterios operativos y aproximaciones probabilísticas para el diagnóstico de depresión bipolar en pacientes sin antecedentes de hipo/manía apoyados en los validadores diagnósticos mencionados (8, 9).

Tabla 1. Características sobrerrepresentadas en el trastorno bipolar respecto de la depresión unipolar.

Fenomenología	Depresiones atípicas. Depresiones mixtas. Síntomas psicóticos. Episodios depresivos breves. Temperamento hipertímico/ciclotímico de base.
Evolución de la enfermedad	Edad de comienzo temprana. Comienzo en el posparto. Recidivante. Comorbilidad (trastornos de ansiedad, uso/dependencia de alcohol y sustancias). Impacto funcional.
Genética	Historia familiar de trastorno bipolar.
Respuesta al tratamiento	Buena respuesta a estabilizadores. Viraje y/o aumento de ciclado con antidepresivos. Ausencia / tolerancia de respuesta a antidepresivos

Por otra parte, la latencia y errores diagnósticos en el TBP ha sido vinculada directamente a los criterios del DSM-IV y su versión revisada los cuales podrían ser restrictivos. En particular, se sugirió que el criterio de duración mínima de la hipomanía de 4 días sería demasiado largo y podría ser conveniente reducirlo a 2 días (10, 11). Asimismo, se ha sugerido que las hipo/manías inducidas por antidepresivos serían equivalentes a aquellas que ocurren espontáneamente (12) y, también, que sería conveniente incluir el incremento de energía/actividad como un ítem de entrada de igual valor al de cambio anímico (euforia y/o irritabilidad) (10, 13). Estos hallazgos han sido corroborados por un reciente estudio multicéntrico con una muestra de más de 5000 pacientes (14). También fue cuestionado el concepto de episodio mixto, dada la dificultad de que se cumplan los criterios completos de episodios de polaridad opuesta como requería el DSM-IV y DSM-IV TR, en lugar de lo cual se propuso el cumplimiento de los criterios de un episodio más 2-3 síntomas de un episodio de polaridad opuesta (15). La hipótesis subyacente a la propuesta de mayor laxitud en los criterios diagnósticos de TBP es que algunos cuadros de depresiones unipolares recurrentes pudieran ser en realidad formas "ocultas" de bipolaridad, las cuales comenzaron a denominarse indistintamente como formas subumbrales de TBP o trastornos del espectro bipolar. Diferentes investigaciones, utilizando distintos criterios de bipolaridad subumbral, reportaron que entre

el 40% y 50% de los pacientes con DUP representaban formas del espectro bipolar (10, 16, 17). Asimismo, estudios epidemiológicos realizados en la población general reportaron que a la prevalencia habitual de TBP tipo I y II (aproximadamente 1.3-2%) se agregaba alrededor de un 5% de formas subumbrales (18, 19, 20).

Contrariamente, en los últimos años también se ha alertado sobre el riesgo de sobrediagnóstico de TBP. Quienes cuestionan las formas subumbrales de TBP y la noción de espectro bipolar sostienen que los criterios para estas presentaciones son muy variables entre los diferentes estudios y que en algunos casos los validadores utilizados (p. ej., grado de déficit funcional o comorbilidades en eje I) no son específicos de TBP (21, 22). A pesar de la importancia de estas preocupaciones, a la fecha son menos los datos empíricos que las avalan. Zimmerman y colaboradores reportaron que en una muestra de 700 pacientes en la que 20% había sido previamente diagnosticado como TBP, sólo en 43% de éstos se confirmaba el diagnóstico luego de emplear la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV (23). Más aún, en este estudio aquellos pacientes que habían sido diagnosticados como TBP pero que no cumplían criterios diagnósticos DSM-IV tenían una tasa de antecedentes familiares de bipolaridad similar a la observada entre pacientes con DUP (y menor a la observada en pacientes con TBP según DSM-IV). En un estudio similar, Goldberg y colaboradores reportaron que en un grupo de pacientes duales con abuso de sus-

tancias y diagnóstico previo de TBP, sólo en el 33% de los casos cumplía los criterios del DSM-IV para TBP tipo I o II (24). No obstante, en un estudio reciente se mostró que estos porcentajes no responden a verdaderos sobre-diagnósticos sino al valor predictivo positivo del instrumento empleado para el diagnóstico (25).

Finalmente, otros autores han cuestionado la exclusión de los síntomas psicóticos de la definición del TBP dejándolos como un mero correlato del grado de severidad (criterio D) a pesar que es altamente frecuente de observar en la clínica (26). Con esto, el DSM-IV y su versión revisada tienden indirectamente a reforzar la idea errónea que los síntomas psicóticos son un rasgo central de la esquizofrenia pero no del TBP incrementando el riesgo de errores de diagnóstico diferencial entre estas entidades.

Es en el marco de estas propuestas y cuestionamientos en que se publica la nueva versión del DSM, cuyas modificaciones más destacadas se repasan a continuación.

Modificaciones del DSM-5 en el capítulo de TBP

La primera novedad de esta nueva edición es que se ha tomado la resolución de que el TBP como la DUP tengan sus respectivas secciones y, por lo tanto, dejen de compartir el capítulo correspondiente a los trastornos del estado del ánimo.

Los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor, necesarios tanto para el diagnóstico de TBP tipo I como tipo II, se mantuvieron sin modificaciones aunque se anuló el criterio de exclusión de duelo. Por el contrario, la definición de episodio maníaco e hipomaniaco ha sido revisada. Mientras que el DSM-IV requería como criterio A un cambio en el estado de ánimo (euforia y/o irritabilidad), en el DSM-5 este cambio anímico debe ser acompañado por un incremento persistente en el nivel de energía o actividad.

El concepto de episodio mixto del TBP tipo I del DSM-IV, el cual requería que se cumplan simultáneamente los criterios completos de manía y depresión, fue removido del DSM-5. En su lugar se incluyó un especificador “con características mixtas” que puede aplicarse tanto a los episodios maníacos, hipomaniacos, o depresivos del TBP tipo I y tipo II, y básicamente consisten en los criterios completos de un episodio y al menos 3 síntomas de un episodio de polaridad opuesta. En los casos en que se cumplan los criterios completos de manía y depresión se define como un episodio maníaco con características mixtas. Vale aclarar que si bien el DSM-5 menciona que la presencia de síntomas mixtos en el contexto de un episodio depresivo ha sido asociado al desarrollo de TBP tipo I y II, este especificador también puede aplicarse en caso de DUP.

Otro cambio de importancia consiste en la anulación del criterio de exclusión del viraje inducido por antidepresivos. Mientras que en el DSM-IV el viraje de un episodio depresivo a uno hipomaniaco bajo el tratamiento con antidepresivos eran un criterio de exclusión, en el DSM-5 los virajes -si se mantienen más allá de los efectos fisiológicos del tratamiento- son un criterio para el diagnóstico de TBP. Por el contrario, se mantienen otros criterios de exclusión como el “trastorno bipolar induci-

do por sustancias/medicación” y el “trastorno debido a enfermedad médica”.

También en el DSM-5 se ha agregado una nueva categoría de “otros trastornos bipolares especificados”. Dentro de esta categoría se incluyen sujetos quienes hayan padecido: 1) episodios depresivos mayores y formas subumbrales de hipomanía (hipomanías con una duración de 2-3 días, o menos de 4 síntomas de hipomanía durante al menos 4 días); 2) episodios hipomaniacos sin antecedentes previos de episodios depresivos mayores; o 3) para pacientes con trastorno ciclotímico con una duración menor de 24 meses. Más allá de estos criterios claramente explicitados se mantiene el concepto vago de TBP no especificado del DSM-IV como “trastorno bipolar no especificado” en el DSM-5.

Además del especificador “con características mixtas”, se agregó otro nuevo especificador que también puede ser aplicado a episodios maníacos, hipomaniacos, o depresivos (tanto bipolares como unipolares) denominado con “distrés ansioso”. Con este especificador se podría identificar la presencia de sintomatología ansiosa (sensación de tensión, inquietud, dificultad para concentrarse por preocupaciones, sensación de pérdida de control, etc.) en cualquiera de los episodios del TBP y valorar su severidad en función del número de síntomas (desde leve a severa).

También se ha modificado el especificador de comienzo en el posparto del DSM-IV que hacía referencia al inicio de cualquiera de los tipos de episodio del TBP durante las 4 semanas siguientes al alumbramiento de un hijo. Este especificador fue reemplazado en el DSM-5 por otro denominado “con comienzo en el periparto” con lo que se hace referencia al inicio de un episodio tanto durante el embarazo como en las 4 semanas posteriores al alumbramiento.

Otro especificador que ha sido modificado es el “patrón estacional”. Mientras que en el DSM-IV era sólo aplicable a los episodios depresivos (tanto del TBP como de la DUP) en el DSM-5 también puede aplicarse con criterios similares a episodios maníacos o hipomaniacos. Por el contrario, los especificadores de severidad del último/actual episodio (leve, moderado, severo, con síntomas psicóticos), episodio depresivo (con síntomas atípicos/melancólicos), remisión (parcial/total), síntomas catatónicos, y ciclado rápido se han mantenido sin modificaciones.

Las principales modificaciones introducidas en el DSM-5 se resumen en la tabla 2. Algunas implicancias de estas modificaciones se muestran en la tabla 3; las que se consideran de mayor relevancia desde el punto de vista clínico y teórico se comentan de manera extendida en el próximo punto.

Algunas implicancias de las modificaciones incluidas en el DSM-5

Retomando a Robins y Guze, la confiabilidad es el primer test de validez de un diagnóstico (7). Hace pocos meses se conocieron los resultados iniciales acerca de la confiabilidad de los ensayos de campo del DSM-5 (27). La confiabilidad entre los evaluadores para el diagnóstico de TBP tipo I fue buena ($\kappa = 0.56$), mientras que para TBP tipo II estuvo en el límite entre buena y cuestionable ($\kappa = 0.40$), y para el diagnóstico de DUP fue fran-

Tabla 2. Principales modificaciones entre el DSM-IV y DSM-5.

DSM-IV	DSM-5
- El criterio A de hipo/manía consiste en un cambio en el ánimo (euforia/irritabilidad)	- El cambio anímico debe acompañarse de un incremento de energía/actividad.
- Episodio mixto requiriendo criterios completos de manía y depresión.	- Desaparece el episodio mixto y se agrega el especificador con síntomas mixtos.
- Excluye episodios hipomaniacos inducidos por antidepresivos.	- No excluye episodios hipomaniacos inducidos por antidepresivos.
- Trastorno bipolar no especificado.	- Se agregan otros trastornos bipolares especificados.
- Especificador con comienzo en el posparto.	- Especificador con comienzo en el periparto.
- Patrón estacional sólo aplicable a episodios depresivos.	- Patrón estacional aplicable a cualquier tipo de episodio. - Nuevo especificador (con distrés ansioso).

Tabla 3. Implicancias de modificaciones incluidas en DSM-5 (ver también texto).

Modificación DSM-5	Comentario
-El cambio anímico debe acompañarse de un incremento de energía/actividad.	-Criterio más restrictivo que se opone a cierta evidencia en la literatura; sin demasiada implicancia práctica porque se diagnosticarían como otros TBP especificados.
-Desaparece el episodio mixto y se agrega el especificador con síntomas mixtos	-Tendería a un abordaje terapéutico más preciso en el TBP; no es claro cómo se manejaría terapéuticamente en la DUP.
-Especificador con comienzo en el periparto.	-Más preciso, acorde a datos de que 50% de las depresiones del "posparto" comenzaban previo al nacimiento.
-Patrón estacional aplicable a cualquier tipo de episodio.	-Era injustificado el criterio del DSM-IV por el que sólo se aplicaba a episodios depresivos. Utilidad terapéutica.
-No excluye episodios hipomaniacos inducidos por antidepresivos.	-La consideración de que el episodio debe prolongarse "más allá de los efectos fisiológicos del tratamiento" es confuso teniendo en cuenta que la duración de las hipomanías suele ser breve y que algunos antidepresivos tienen vida media muy larga.

camente cuestionable ($\kappa = 0.28$). Estos datos ponen de relieve los serios problemas asociados al diagnóstico de episodio depresivo mayor, cuyos criterios no fueron modificados respecto de los del DSM-IV (a pesar que ya se habían obtenido similares valores de confiabilidad), y que abarcan desde cuadros severos de melancolía invalidante hasta otros de tristeza y sintomatología ansiosa que podrían rayar el extremo de la experiencia normal. Aunque escapa los alcances de este artículo, esta situación tiende a empeorar con la edición del DSM-5, en la cual se anuló el criterio de exclusión de duelo, y comienzan a evaluarse formas subumbrales de DUP así como un trastorno mixto ansioso-depresivo cuya confiabilidad es nula ($\kappa = 0$). Esta falta de validez/confiabilidad en el diagnóstico de episodio depresivo mayor suele no tenerse presente a la hora de discutir los criterios diagnósticos de TBP, haciéndose énfasis en puntos de corte de hipomanía u otros aspectos que se mencionaron en la introducción. Sin embargo, el episodio depresivo mayor es parte consti-

tutiva de la mayoría de las formas de TBP, por lo que la falta de validez/confiabilidad en su diagnóstico podría tener serias consecuencias como se comentará más adelante.

Como se mencionó en la introducción, en los últimos años ha crecido la literatura avalando la existencia de las formas subumbrales de TBP incluidas en el DSM-V bajo la categoría de otros TBP especificados, aunque no en todos los casos con igual grado de consistencia. Si las formas subumbrales de TBP efectivamente existieran, uno esperaría encontrar en esta población una mayor expresión de validadores de bipolaridad respecto de lo observado en la DUP (ver Tabla 1). Aún más, vale señalar que no todos estos "marcadores de bipolaridad" podrían tener el mismo valor. En especial el antecedente de TBP en familiares podría ser el más importante de todos los validadores ya que, como se mencionó, constituye la base de la separación de DUP y TBP. También podría ponderarse particularmente algunos aspectos vinculados al efecto de psicofármacos como el viraje/aumento de ciclado asociado a antidepresivos y

la buena respuesta a estabilizadores del ánimo. Contrariamente, otros validadores, si bien útiles, son menos específicos de TBP y, por lo tanto, podrían identificar entidades clínicas aunque no necesariamente fueran una forma del desorden (p. ej., DUP asociados con diferentes trastornos de personalidad). Los estudios que evaluaron formas subumbrales de TBP podrían dividirse en 2 grupos: aquellos que evaluaron la validez de alguna forma subumbral específica (p. ej., duración de la hipomanía); y otros que evaluaron globalmente la validez del concepto. Entre los primeros, los datos son consistentes respecto de que aquellos pacientes que experimentan episodios hipo/maníacos en respuesta al tratamiento con antidepresivos deberían considerarse formas de TBP, ya que los validadores entre estos y aquellos con hipomanías espontáneas son similares entre sí y diferentes a los observados en DUP (12, 14). Similarmente, la literatura muestra que pacientes con hipomanías de 2-3 días son similares en validadores específicos respecto de aquellos con una duración de 4 días, y diferentes respecto de pacientes con DUP (10, 11, 14). Las evidencias respecto de la inclusión de otras formas subumbrales como aquellas con hipomanías de menos de 4 síntomas o las hipomanías sin antecedentes de depresiones son más limitadas (14). Entre el segundo grupo de estudios se encuentran aquellos que evaluaron la presencia de formas subumbrales de bipolaridad (40%-50% de los casos) en muestras de pacientes con diagnóstico de DUP (10, 16,17) y otros que estimaron la prevalencia de las formas subumbrales (alrededor de 5%) en muestras de la población general (18, 19, 20). Una primera dificultad de este segundo grupo de estudios es que prácticamente todos usaron definiciones diferentes de TBP subumbral. Asimismo, algunos datos en pacientes bipolares como antecedentes familiares de TBP del orden del 70% (20), un número promedio de 70 episodios afectivos previos (19), o una comorbilidad de alrededor de 90% (que la mayoría de las veces incluía 3 o más diagnósticos) (19) podrían cuestionar la validez de algunos hallazgos. Por último, sólo uno de estos estudios demostró mayores antecedentes de TBP en familiares de primer grado en pacientes con TBP subumbral que en aquellos con DUP (16). Otro de los estudios también demostró mayores antecedentes familiares de TBP en una combinación de pacientes bipolares umbrales y subumbrales respecto de aquellos con DUP (17), mientras que el resto mostró datos menos consistentes respecto a validadores menos específicos. Tomados en conjunto, este segundo grupo de estudios sugiere también la existencia de formas subumbrales de TBP, aunque de un modo menos consistente y sin que se pueda especificar cuáles serían los cuadros incluidos dentro del concepto.

El impacto en la práctica clínica de la inclusión de estas formas subumbrales bajo el concepto de otros TBP especificados merece ciertas consideraciones. Por un lado, los dos estudios longitudinales realizados a la fecha en población general han reportado que la sintomatología afectiva subumbral podría ser relativamente frecuente (10, 16). Las características de estos estudios y las frecuencias de formas umbrales y subumbrales reportadas se resumen en la tabla 4. Como puede observarse, las diferentes formas de hipomanías umbrales y subumbrales fluctúan de 17.4% a 32.6%. En total, el 44.0% al 57.2% de estas muestras de la población

general reportaron alguna forma umbral o subumbral de episodio afectivo. Más aún, en el estudio de Zurich, entre los controles sanos restantes (43.8%) el 46% reportó breves oscilaciones depresivas subclínicas (10). Si bien desde el punto de vista clínico, el relevamiento de antecedentes de episodios hipomaniacos breves o de virajes con antidepresivos podría ser útil para mejorar el subdiagnóstico de TBP en algunos casos, la relativa frecuencia de cuadros afectivos subumbrales en la población general sumados a la falta de validez/confiabilidad del diagnóstico de episodio depresivo necesariamente deben alertar sobre el riesgo de falsos positivos en otros. Por otra parte, este estudio alemán reportó que la tasa de progresión a TBP tipo I y tipo II fue de 7.2% para los TBP subumbrales y de 1.7% para las DUP ($p = 0.07$) a lo largo de los 10 años de seguimiento (16). Estos datos podrían sugerir, sobre todo teniendo en cuenta que el grupo etario del estudio era el de mayor incidencia de TBP y la posiblemente alta exposición de los pacientes a antidepresivos, que las formas subumbrales tienden a mantenerse como tales (más que ser fases premórbidas de formas umbrales) en la mayoría de los casos. Por último, en la actualidad prácticamente no hay datos respecto de que pacientes con formas subumbrales de TBP se pudieran beneficiar por seguir los lineamientos de las guías terapéuticas de TBP más que de las de DUP. Uno podría argumentar que la carencia de datos terapéuticos para estas formas subumbrales se debiera al hecho que sólo recientemente fueron incorporadas como una categoría "oficial" dentro de otros TBP especificados. Sin embargo, a casi 20 años del ingreso del TBP tipo II como categoría "oficial" en el DSM-IV prácticamente no se dispone de ningún ensayo clínico diseñado específicamente para esta población (28). Resulta inadmisibles, desde el punto de vista científico, la extrapolación de datos obtenidos en ensayos clínicos en una forma de TBP a otras, aunque en la cotidianidad clínica la carencia de datos conduzca usualmente a esta práctica. Más allá del invaluable aporte de los ensayos clínicos patrocinados por la industria, estos hechos deben llamar la atención sobre la necesidad de fuentes de financiación de estudios más vinculadas a intereses sanitarios que comerciales. Es urgente la necesidad de estudios que evalúen la eficacia y seguridad de las drogas de uso habitual en el TBP en pacientes con TBP tipo II y formas subumbrales.

Más allá de los dilemas terapéuticos, probablemente la mejor alternativa en la práctica clínica para reducir el riesgo de falsos negativos como de falsos positivos sea el empleo de marcadores de bipolaridad (ver Tabla 1) que nuevamente han sido ignorados en esta versión del DSM. Por ejemplo, en un estudio de 1002 pacientes cumpliendo criterios de episodio depresivo mayor al momento de la hospitalización, 27% tuvieron antecedentes de manía (y por lo tanto cursaban una depresión bipolar) (29). En este grupo, se encontró que 3 características clínicas eran altamente predictoras del diagnóstico bipolar: la edad de la depresión menor a 25 años (odds ratio, OR = 1.93), un familiar de primer grado con manía (OR = 2.56), y el antecedente de psicosis (OR = 3.28). Si ninguno de estos rasgos estaba presente, sólo 14.7% de los pacientes fueron diagnosticados con TBP; con una de las características 19.3% fueron diagnosticados con TBP; con 2 características, 48.8%; y con las 3 características la probabili-

Tabla 4. Principales características y hallazgos de estudios longitudinales en población general.

Estudio de Zurich (Angts y cols, 2003)	Estudio de Munich (Zimmermann y cols, 2009)
Sujetos: 591 sujetos sanos de 19-20 años de edad seguidos durante un período de 20 años. Se utilizó una técnica de muestreo que aumentaba la probabilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos ("muestra enriquecida").	Sujetos: 2210 sujetos de la población general de entre 14-24 años de edad seguidos durante un período de 10 años. ("muestra no enriquecida").
Definiciones: - Manía (M): Criterios DSM-IV. - Hipomanías (hm): Euforia/irritabilidad/hiperactividad, más 3 de 7 síntomas DSM-IV, más consecuencias negativas o cambio advertido por terceros. Independiente de la duración de síntomas. - Síntomas hipomaniacos (hm smas): Ídem anterior pero sin el criterio de consecuencias. - Depresión Mayor (DM): Criterios DSM-IV. - Depresión menor (dm): distimia, depresión menor, y depresión breve recurrente.	Definiciones: - Manía (M): DSM-IV - Hipomanía (HM): DSM-IV - Hipomanía subumbral (hm): período de 4 días con 1) humor expansivo, sin necesidad de síntomas adicionales, más consecuencias negativas o cambio advertido por terceros, ó 2) humor irritable, más 3 de 7 síntomas de DSM-IV, sin consecuencias. - Depresión Mayor (DM): Criterios DSM-IV. - Depresión menor (dm): distimia, depresión menor, y depresión breve recurrente.
Frecuencias Reportadas: - M con o sin DM: 0.5% - hm + DM: 5.3% - hm smas + DM: 5.7% - hm + dm: 3.2% - hm smas + dm: 6.2% - hm: 3.3% - hm smas: 8.9% - DM: 11.4% - dm: 13.2%	Frecuencias Reportadas: - M con o sin DM: 3% - HM + DM: 1.4% - hm + DM: 9.3% - hm + dm: 5.5% - hm: 2.5% - DM: 13.9% - dm: 8.4%

dad de TBP alcanzaba el 66.7%. De esta forma, la presencia de varios de estos validadores podría sugerir una alta probabilidad de depresión bipolar incluso en pacientes sin antecedentes de episodios hipo/maníacos previos (8, 9). Asimismo, se ha sugerido que la detección de estos marcadores, con el consiguiente aumento en la probabilidad de tener TBP, sería la alternativa más valiosa para reducir el riesgo de falsos positivos (25). Por lo tanto, aunque la mayoría de estos marcadores (con la excepción del viraje por antidepresivos) no fueron incluidos en la nueva versión del DSM, podrían ser de suma utilidad en la práctica clínica cotidiana.

Finalmente, no debemos dejar de tener presente que la validación clásica (ver Tabla 1) de los diagnósticos en psiquiatría permite la identificación de síndromes (llamados trastornos o desórdenes en el DSM). Sin embargo, el paso siguiente hacia el concepto de enfermedad requiere investigación biológica de estos síndromes de modo que se pueda descubrir su etiología, fisiopatogenia, o ambas (30). Esto ha ocurrido con diferentes enfermedades psiquiátricas como la neurosífilis o la demencia frontotemporal, cuyas manifestaciones clínicas podrían

haberse confundido en algunos casos con lo que hoy conceptualizamos como TBP. La introducción de criterios diagnósticos explícitos a partir del DSM-III y en sus sucesores ha permitido un importante avance en términos de comunicación y acuerdos diagnósticos entre profesionales de la salud, así como en el desarrollo de reportes estadísticos sobre morbilidad, evolución, y tratamiento basados en evidencia, y hasta en el desarrollo de programas de cobertura médica. En un comienzo el grupo de trabajo para el DSM-V tuvo como una de sus metas principales promover la investigación que permitiera reemplazar el método descriptivo habitual por otro basado en la comprensión etiológica/fisiopatogénica (31, 32). Desafortunadamente, la decepcionante conclusión de todo este esfuerzo fue que no hubo marcadores biológicos ni remotamente listos para ser incluidos en el DSM-5 (33). Este inquietante hecho debería conducirnos a reflexionar sobre la posibilidad que las nosologías actuales no nos estén permitiendo la identificación de fenotipos homogéneos y adecuados para estudios sobre etiología y fisiopatogenia. El DSM-5 no será una excep-

ción en este sentido, pero nada nos impide comenzar a indagar sobre la utilización de otros criterios operativos para el diagnóstico en el marco de la investigación. Un ejemplo en este sentido, puede ser la iniciativa del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos promoviendo aproximaciones dimensionales basadas en la neurobiología y conducta más que en los diagnósticos actuales, lo cual, a su vez, podría conducir en el futuro al desarrollo de nuevas nosologías (34). En definitiva, llega-

rá el momento en que podamos validar la o las enfermedades debajo del constructo de varios de los trastornos mentales actuales. Dependerá de nuestra habilidad que esto ocurra más temprano que tarde.

Conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses en relación al presente trabajo ■

Referencias bibliográficas

- Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparen P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 844-850.
- Kupfer DJ. The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA*. 2005;293: 2528-2530.
- Hirschfeld RA, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: How far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 161-174.
- Morselli PL, Elgie R. GAMIAN-Europe*/BEAM survey I - global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disord* 2003; 5: 265-278.
- Strejilevich S, Retamal-Carrasco P. Percepción del impacto y el proceso diagnóstico del trastorno bipolar en personas en tratamiento en centros de Argentina y Chile. *Vertex* 2003; XIV: 245-252.
- Perris C. A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 1966; 194: 145-152.
- Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126: 983-987.
- Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. Cade's disease and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 125-134.
- Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF, Hirschfeld RMA. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar Disord* 2008; 10: 144-152.
- Angst J, Gamma A, Benazi F, Ajdacic V, Eich D, Rossler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003; 73: 133-146.
- Akiskal HS, Benazzi F. Optimizing the detection of bipolar II disorder in outpatient private practice: toward a systematization of clinical diagnostic wisdom. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 914-921.
- Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JC, Sechter D, Bourgeois MC, Azorin JM, et al. Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). *J Affect Disord* 2003; 73: 65-74.
- Benazzi F, Akiskal HS. Refining the evaluation of bipolar II: beyond the strict SCID-CV guidelines for hypomania. *J Affect Disord* 2003; 73: 33-38.
- Angst J, Gamma A, Bowden Ch, Azorin JM, Perugi G, Vieta E, Young AH. Diagnostic criteria for bipolarity based on an international sample of 5,635 patients with DSM-IV major depressive episodes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 262: 3-11.
- Akiskal HS, Benazi F. Family history validation of the bipolar nature of depressive mixed states. *J Affect Disord* 2003; 73: 113-122.
- Zimmermann P, Brückl T, Nocon A, Pfister H, Lieb R, Wittchen HU, et al. Heterogeneity of DSM-IV major depressive disorder as a consequence of subthreshold bipolarity. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66 (12): 1341-1352.
- Angst J, Azorin JM, Bowden Ch, Perugi G, Vieta E, Gamma A, Young AH, for the BRIDGE Study Group. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode. The BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68 (8): 791-798.
- Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord* 2003; 73: 123-131.
- Merikangas K, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 543-552.
- Angst J, Cui L, Swendsen J, Rothen S, Cravchik A, Kessler RC, et al. Major depressive disorder with subthreshold bipolarity in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1194-1201.
- Strakowski SM, Fleck DE, Maj M. Broadening the diagnosis of bipolar disorder: benefits vs. risks. *World Psychiatr* 2011; 10: 181-186.
- Mitchell PB. Bipolar Disorder: The shift to overdiagnosis. *Can J Psychiatry* 2012; 57 (11): 659-665.
- Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D. Is bipolar disorder overdiagnosed? *J Clin Psychiatry* 2008; 69 (6): 935-940.
- Goldberg JF, Gamo JL, Callahan AM, Keams DL, Kemer B, Ackerman SH. Overdiagnosis of bipolar disorder among substance use disorder in patients with mood instability. *J Clin Psychiatry* 2008; 69 (11): 1751-1757.
- Phelps J, Ghaemi SN. The mistaken claim of bipolar overdiagnosis: solving the false positives problem for DSM-5/ICD-11. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 126: 395-401.
- Vieta E, Phillips ML. Deconstructing bipolar disorder: A critical review of its diagnostic validity and proposal for DSM-V and ICD-11. *Schizophrenia Bull* 2007; 33: 886-892.
- Freedman R, Lewis DA, Michels R, Pine DS, Schultz SK, Tamminga CA, et al. The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. *Am J Psychiatry* 2013; 170 (1): 1-5.
- Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord* 2013; 15: 1-44.
- Othmer E, Desouza CM, Penick EC, Nickel EJ, Hunter EE, Othmer SC, et al. Indicators of mania in depressed outpatients: a retrospective analysis of data from the Kansas 1500 study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 47-51.
- Ghaemi SN. Taking disease seriously in DSM. *World Psychiatr* 2013; 12: 210-212.
- Kupfer D, First M, Regier D. A Research agenda for DSM-V. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2002.
- Kupfer D, Regier D, Kuhl E. On the road to DSM-V and ICD-11. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience* 2008; 258 (suppl 5): 2-6.
- Frances A. Whither DSM-V? *Br J Psychiatry* 2009; 195: 391-392.
- Cuthbert BN, Insel TR. Toward new approaches to psychotic disorders: the NIMH Research Domain Criteria project. *Schizophrenia Bull* 2010; 36 (3): 1061-1062.

Trastornos de ansiedad en el DSM-5

Miguel Márquez

Médico Psiquiatra.

Presidente de ADINEU.

E-mail: miguelmarquez@fibertel.com.ar

Introducción

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la *American Psychiatric Association* (APA), el DSM-5 (1), apareció oficialmente impreso en mayo del 2013 durante el desarrollo de la 166 Reunión Anual de esa institución en San Francisco.

El comienzo formal del proceso fue una publicación del *Psychiatric News*, en agosto de 2007, en la que la APA anunció los nombres de los integrantes del grupo de trabajo de la quinta edición del manual: William Carpenter, FX Castellanos, Wilson Compton, Joel Dimsdale, Javier I. Escobar, Jan Fawcett, Steve Hyman, Dilip Jeste, Helena Kraemer, David Kupfer (Chair), Daniel Mamah, James McNulty, Charles O'Brien, Roger Peele, Katherine Phillips, Daniel Pine, Darrel Regier, Charles Reynolds, Andrew Skodol, Susan Swedo, Timothy Walsh, Philip Wang, William Womack y Kimberly Yonkers (2). Al final del 2008, se seleccionaron 15 grupos de trabajo, cada uno enfocando un área diagnóstica (síntomas somáticos, psicosis, trastornos afectivos, etc.), y 163 miembros de

estos grupos de trabajo fueron oficialmente aprobados por el grupo directivo de la APA. De éstos, 124 eran de los Estados Unidos y 39 de otros países. Al final, más de 400 expertos nacionales y extranjeros estuvieron envueltos en el proceso. Los criterios preliminares se hicieron públicos a principios del 2010 y se iniciaron los debates (críticas y sugerencias) sobre las nuevas propuestas. Sobre la base de esos criterios, los estudios de campo comenzaron en el 2010 y se completaron en enero del 2012 y el primer borrador del manual se completó en febrero del 2012.

Como se ve, el proceso de elaboración fue largo y complejo, y mucho del debate tomó estado público de manera que las expectativas creadas no fueron pocas. Debe decirse que la nueva edición no defraudó, ya que fueron muchas las modificaciones en relación a sus antecesores. Por ejemplo, el sistema multiaxial de las anteriores ediciones fue modificado, los ejes I, II y III se mezclaron en uno solo, los ejes IV y V se eliminaron. Se

Resumen

El DSM-5, publicado oficialmente en mayo de 2013 y presentado durante el desarrollo del *166th Annual Meeting* de la Asociación Norteamericana de Psiquiatras, generó gran expectativa, atento a que mucho de los debates previos adquirieron carácter público. En el capítulo de los trastornos de ansiedad los cambios fueron significativos. El TOC y TPEP fueron excluidos del capítulo y se agregaron los trastornos de ansiedad de separación y el mutismo selectivo. Finalmente se aceptó la separación entre los diagnósticos de agorafobia y pánico.

Palabras claves: DSM-5 - Trastornos de Ansiedad - Trastorno de Ansiedad de Separación - Mutismo Selectivo - Agorafobia.

ANXIETY DISORDERS IN DSM-5

Abstract

The fifth edition of Diagnostic and Statistical Manual, the DSM-5 appeared officially in May 2013 during the development of the *166th Annual Meeting* of the American Psychiatric Association (APA) in San Francisco. The drafting process was long and complex; much of the debate became public so that the expectations were great. And it must be said that the new edition did not disappoint, as many changes were made in relation to their predecessors. In Chapter of Anxiety Disorders, which is reviewed in this article, the changes were significant. Obsessive-compulsive disorder and Stress-related disorders were excluded and new clinical pictures, such as separation anxiety disorder and selective mutism, were included. And took place was the long awaited split between panic disorder and agoraphobia, now two separate disorders

Key words: DSM-5 - Anxiety Disorders - Separation Anxiety Disorder - Selective Mutism - Agoraphobia.

propusieron constructos dimensionales en sección III, se hicieron cambios en los criterios para varios trastornos y se definieron nuevos trastornos en las secciones II y III.

Se modificó el orden de los capítulos y han sido definidos validadores y especificadores en cada trastorno. Cada uno de los usuarios del nuevo manual encontrará, seguramente, algunos cambios con los que acuerda y otros con los que no.

Una modificación significativa fue realizada en el capítulo de los trastornos de ansiedad. Como se preveía fueron excluidos de él los trastornos obsesivo-compulsivos y los trastornos ligados al estrés. Por otra parte se incluyeron nuevos cuadros clínicos, como el trastorno por ansiedad de separación y el mutismo selectivo y se produjo la tan esperada escisión entre el trastorno de pánico y la agorafobia, ahora dos trastornos independientes.

Metodología del DSM-5

En un Simposio que se realizó sobre el tema en San Francisco, Katherine Phillips, la conductora de los cambios en los capítulos de ansiedad, obsesivo-compulsivo y por estrés, explicó que los síntomas esenciales que justifican el capítulo de los trastornos de ansiedad del DSM-5 son el miedo, la ansiedad y las conductas relacionadas excesivos, es decir intensos y/o frecuentes y/o persistentes. El miedo fue definido como la respuesta emocional ante una amenaza inminente real o percibida, que genera conductas de lucha o huida y alerta autonómica ante la creencia de peligro inmediato, siendo los ataques de pánico como una respuesta particular de miedo. La ansiedad, por su parte, se define como una anticipación real o percibida de una amenaza futura, con tensión muscular, vigilancia de las amenazas y precauciones y respuestas evitativas.

Por su parte, los trastornos de ansiedad difieren en mucho según los objetos, las situaciones y las experiencias que inducen miedo, ansiedad o evitación y según la ideación cognitiva que los acompaña. El miedo y la ansiedad de los trastornos de ansiedad difieren del miedo y la ansiedad normales desarrollados apropiadamente, ya que persisten más allá de la edad en que son razonablemente normales y son más intensos e inadecuados de acuerdo a los objetos o situaciones. También difieren del miedo o la ansiedad transitorios durante la vida inducidos por el estrés esencialmente por su persistencia, ya que deben durar 6 meses o más.

Validadores y especificadores

En todo el manual se han utilizado distintos tipos de evidencia para validar los criterios diagnósticos de los distintos trastornos mentales en categorías discretas. Hay *validadores antecedentes*, como los marcadores genéticos similares, los rasgos familiares, los temperamentos y las exposiciones a determinados contextos ambientales; *validadores concurrentes*, como los sustratos neurales similares, biomarcadores, procesamiento emocional y cognitivo y síntomas similares; y *validadores predictores*, tales como el curso clínico y las respuestas al tratamiento similares. Se reconoce que los criterios para cada uno de los trastornos individuales no necesariamente identi-

fican un grupo homogéneo de pacientes caracterizados por todos estos validadores, ya que ellos cruzan los límites diagnósticos pero tienden a congregarse más frecuentemente dentro y a través de los capítulos adyacentes.

Los validadores principales de los trastornos de ansiedad son el miedo, la ansiedad y la evitación. Los subtipos y los especificadores fueron adicionados para aumentar la especificidad; los subtipos describen grupos mutuamente excluyentes, mientras que los especificadores no son excluyentes mutuamente y pueden adicionarse para definir subgrupos más homogéneos.

Si bien se considera a la ansiedad como una reacción/emoción esencial de múltiples niveles (cognitivo, afectivo, comportamental, neurobiológico) transversales, las evidencias de disfunciones en los circuitos del miedo, las perturbaciones en redes neurales altamente dinámicas y/o la evidencia de marcadores biológicos o comportamentales examinadas han sido insuficientes para usar abordajes genéticos y de neuroimágenes como marcadores diagnósticos o como una característica esencial definida (sensitiva-específica) de los trastornos de ansiedad. También se buscaron evidencias para una metaestructura neurobiológica basada en análisis de factores de alto orden, pero los resultados han sido inconsistentes, inestables y no sensitivos en relación al desarrollo. Por lo que lo esencial de la definición de los criterios ha sido clínico.

Por otra parte cuando los trastornos de ansiedad se definieron de manera dimensional, o cuando se intentó medir la severidad de los trastornos categoriales, las herramientas propuestas por el DSM-5 siguen siendo las escalas de ansiedad genéricas (STAI, HAM-A) porque las escalas diagnósticas de dominios se han demostrado incompletas y metodológicamente inconsistentes.

Los trastornos de ansiedad del DSM-5

Ellos son:

- Trastorno por ansiedad de separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de pánico (como especificador)
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicaciones
- Trastorno de ansiedad relacionado con enfermedades médicas
- Otros trastornos de ansiedad especificados
- Trastornos de ansiedad no especificados

Los trastornos de pánico y la agorafobia

Estos cuadros eran, en el DSM-IV TR (3), el ataque de pánico (AP) (no codificable, especificador), la agorafobia (no codificable), el trastorno de pánico sin agorafobia, el trastorno de pánico con agorafobia, la agorafobia sin historia de trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad no especificado. De una manera mucho más racional, en el DSM-5 se definen como ataque de pánico (no codifi-

cable, especificador), trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad no especificado.

Así, se ha simplificado la clasificación, se redujeron los diagnósticos, textos y criterios y, de esta manera, la agorafobia en el DSM-5 se diagnostica sin tener en cuenta el trastorno o ataque de pánico; en caso de reunirse los criterios de los dos trastornos deben ser diagnosticados ambos. Esto refleja la fuerte evidencia en las investigaciones de que la agorafobia debe ser un diagnóstico específico independiente del ataque y el trastorno de pánico, ya que tiene patrones sintomáticos y de comorbilidad característicos, un curso propio natural, respuestas específicas al tratamiento, factores de riesgo genéticos, familiares y ambientales singulares, factores temperamentales y cognitivos específicos, factores neurobiológicos y psicofisiológicos diferenciables, y una clara utilidad clínica de su diagnóstico, evaluación y tratamiento específicos.

El ataque de pánico

El ataque de pánico no es un diagnóstico, sino sólo un especificador que puede presentarse en el curso de cualquier trastorno de ansiedad, cualquier otro tipo de trastorno mental y en algunos trastornos médicos (cardíacos, respiratorios, vestibulares, gastrointestinales). Las diferencias entre el DSM-IV TR y el DSM-5 son muy menores; por ejemplo, del "pico en 10 minutos" del DSM-IV TR, se pasa al "pico en minutos" del DSM-5, aunque a nadie se le puede ocurrir que antes no se iba a diagnosticar un ataque de pánico si el pico se presentaba a los 9 o a los 11 minutos. Hubo, además, sólo un cambio en el síntoma nueve del DSM-IV TR, al que se le adicionaron las sensaciones de calor.

Otro cambio es que antes (DSM-IV TR) los ataques de pánico podían ser inesperados o situacionalmente predisuestos, mientras que ahora (DSM-5) deben diferenciarse los inesperados (que generan más ansiedad y estrés) de los esperados, éstos sin y con señales o disparadores obvios en el momento.

En estudios longitudinales los ataques de pánico (AP) predicen el desarrollo subsecuente de trastornos obsesivos, postraumáticos, del estado de ánimo, por uso de sustancias, del psicoticismo y de trastornos de personalidad. Se asocian a mayor severidad cuando se presentan en otros trastornos; en el bipolar supone más comorbilidad, en las psicosis más comorbilidad y suicidabilidad, y en la depresión más síntomas y más intentos de suicidio. Finalmente los AP son predictores de mala respuesta al tratamiento en la depresión unipolar, la depresión bipolar, en el estrés postraumático y en las psicosis.

El Trastorno de Pánico

En el DSM-5 los criterios diagnósticos del trastorno de pánico son esencialmente los mismos que en el DSM-IV TR: recurrentes ataques de pánico inesperados seguidos, al menos en uno de ellos, de uno o ambos de los siguientes criterios: preocupaciones persistentes acerca de ataques de pánico adicionales o de sus consecuencias y/o cambios conductuales desadaptativos relacionados con los ataques, tales como conductas diseñadas para

evitar tener ataques de pánico (evitar el ejercicio o las situaciones no familiares). Es importante destacar que se eliminaron todas las referencias a la agorafobia.

La agorafobia

Por su parte, la agorafobia se define como miedo y ansiedad marcados acerca de al menos dos de las siguientes situaciones: uso de medios de transporte, estar en espacios abiertos o en espacios cerrados, en filas o en multitudes o solo fuera de su casa. El individuo teme o evita esas situaciones debido a pensamientos de que puede ser difícil escapar o que no se va a conseguir ayuda si el evento se desencadena con síntomas semejantes al pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (sensación de caída, miedo de incontinencia). Por ello, las situaciones agorafóbicas son evitadas activamente, requieren la presencia de compañía, o son soportadas con miedo o ansiedad intensos. Son desproporcionadas a los significados de las situaciones actuales y los contextos socioculturales, y duran típicamente por más de 6 meses.

Si hay alguna otra condición médica presente, tales como trastornos degenerativos con alteraciones motoras asociadas, como la enfermedad de Parkinson, o cardiovasculares como desmayos en ataques isquémicos transitorios, o diarreas como en la enfermedad de Crohn, la evitación o la ansiedad son claramente excesivas; el miedo, la ansiedad o la evitación no son mejor explicadas por los síntomas de otro trastorno mental.

La agorafobia se diferencia de la fobia específica por el tipo de ideación cognitiva y por el número de *clusters* agorafóbicos; de la ansiedad de separación y el trastorno de ansiedad social por el tipo de ideación cognitiva; y del trastorno por estrés agudo y postraumático porque el miedo ansiedad o evitación solo están relacionados al evento traumático.

El trastorno de ansiedad generalizada

En consideraciones previas se esperaban cambios importantes en sus criterios diagnósticos: se redefiniría el rol de la preocupación, se modificaría el criterio de duración llevándolo a 3 meses, se incluirían criterios de síntomas comportamentales y se reducirían los criterios de síntomas somáticos. Nada de eso ocurrió y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) DSM-5 es idéntico al TAG del DSM-IV TR. Tal vez la reducción de la duración hubiera llevado a un sobrediagnóstico del TAG, pero hubiera sido interesante la inclusión de síntomas comportamentales muy frecuentes en ansiosos generalizados tales como la evitación de posibles resultados negativos, el mayor consumo de tiempo/esfuerzo para prepararse para distintas situaciones preocupantes, la procrastinación debido a las preocupaciones y la búsqueda repetida de reaseguros.

El trastorno mixto de ansiedad y depresión

Es un diagnóstico muy del agrado de médicos clínicos y de atención primaria que estaba en el apéndice del DSM-IV TR; sin embargo, no ha sido posible definirle bases genéticas o neurobiológicas como validadores, ni estabilidad sindro-

mática a través del tiempo, ya que a un año de seguimiento la mitad de los trastornos mixto de ansiedad y depresión (TMAD) han progresado al *status* de depresión mayor, o de TAG, o depresión mayor con características ansiosas.

Por lo tanto, no ha sido incluido entre los trastornos del DSM-5; se consideró que entra en conflicto con otros diagnósticos, que hay peligro de no diagnosticar cuadros específicos tales como pródromos o estados residuales de la ansiedad o la depresión o trastornos adaptativos o de estrés sobrediagnosticando síndromes menores, y que puede ser mal usado como un rápido diagnóstico de primera impresión para evitar el esfuerzo de los diagnósticos diferenciales de otros trastornos, con el riesgo de no proponer los tratamientos adecuados.

Las fobias específicas

No tienen mayores modificaciones en el nuevo manual. Se usan especificadores para indicar objetos o estímulos tales como animales, elementos del ambiente natural, inyecciones o situaciones particulares. Se consideran distintas edades de comienzo, distribución por género, psicofisiología y respuestas al tratamiento.

Cuando se presentan situaciones agorafóbicas como elementos fobígenos, se piensa que si es sólo una, probablemente se trate de una fobia específica; si son dos o más, probablemente sea agorafobia; y si el miedo es a los síntomas pánicos, probablemente sea agorafobia.

El DSM-5 elimina el término "*persistente*" ya que la situación provoca casi siempre miedo o ansiedad inmediatos aunque el miedo, la ansiedad y la evitación son persistentes, habitualmente 6 meses. En el DSM-5 el miedo y ansiedad están fuera de proporción con la posibilidad de daño, y éste es un cambio, ya que en el DSM-IV era el sujeto quien debía reconocerlo como fuera de proporción.

El objeto o la situación son evitados activamente o soportado con intenso miedo o ansiedad. La evitación activa se define como conductas intencionales diseñadas para prevenir o minimizar el riesgo de contactos con objetos o situaciones fobígenas. Incluyen cambios en las circunstancias de vida que sirven para disminuir el contacto con el objeto o la situación (rechazar una propuesta laboral, mudarse a otro lugar) y, aunque el sujeto no se encuentre con los objetos o situaciones en toda su vida, continuará temiendo la posibilidad de que se presenten.

Trastorno de ansiedad social

Tampoco ha tenido modificaciones sustanciales. Se define como el miedo del escrutinio y de situaciones embarazosas y/o el miedo a la evaluación negativa en situaciones de interacción social, al ser observado o desempeñar actividades frente a otros. El sujeto percibe las críticas o el imperfecto desempeño social como catastróficos, y tiene miedo que otras personas se den cuenta de sus síntomas ansiosos, lo que le resultaría embarazoso ya que se preocupa por las consecuencias de que otros pueden pensar mal acerca de él. Todo ello causa malestar marcado y/o deterioro funcional.

Como modificación se adicionó a sus criterios el miedo a ofender, y el miedo "*fuera de proporción*" reemplaza

al reconocimiento personal que es "excesivo (que era requerido en el DSM-IV TR).

Los síntomas no deben ser atribuibles a "*efectos de una sustancia, medicación*" u "*otra condición médica*"; y si otro trastorno médico está presente, el miedo y la ansiedad están claramente no relacionados o son excesivos

Ha habido una modificación de los especificadores. En el DSM-IV TR se hablaba de trastorno de ansiedad social (TAS) generalizado (a la mayoría de las situaciones sociales), o no generalizado, o circunscripto. En el DSM-5 deben diferenciarse un TAS de desempeño, con miedo restringido sólo a hablar, o a actuar en público y los otros. Los fundamentos del cambio fueron que el término generalizado es muy impreciso y que el TAS de desempeño es muy común hasta el punto de que 2/3 de los trastornos de ansiedad social DSM-IV TR son de desempeño.

Trastorno por ansiedad de separación

Lo más importante es que está incluido en el capítulo de los trastornos de ansiedad. Antes también podía diagnosticarse, pero el trastorno estaba ubicado en la sección de niños y adolescentes, lo que llevaba a un subdiagnóstico ya que no era considerado en las entrevistas semiestructuradas ni era investigada su terapéutica específica. Sin embargo, se trata de un cuadro prevalente, comórbido y debilitante que puede ser tratado en adultos exitosamente con terapia cognitivo conductual.

Se define como miedo o ansiedad excesivas o inapropiadas a la separación de aquellos a los que el sujeto está apegado con tres o más de los siguientes síntomas: malestar al anticipar o experimentar la separación del hogar o de las figuras, preocupación acerca de la pérdida de esas figuras o de que sufran daño, preocupación excesiva y persistente de experimentar alguna situación (extraviarse, ser secuestrado, tener un accidente) que lo separe de esas figuras, rechazo a alejarse del hogar, rechazo o miedo a quedarse solo, rechazo o miedo a dormir sin estar cerca de sus figuras de apego, pesadillas involucrando estos temas y síntomas físicos cuando ocurre la separación.

Se removió la frase "*a menudo empieza a los 6 años*" ya que muchos de los trastornos empiezan en la edad adulta aunque con síntomas subclínicos en la infancia y un cuarto a la mitad de los pacientes no tienen síntomas en la infancia. Está asociado frecuentemente con sobreprotección parental.

Mutismo selectivo

También en este caso lo más importante es que figure en el capítulo de los trastornos de ansiedad, como una categoría discreta. Sus criterios diagnósticos exigen fracasos consistentes para hablar en situaciones sociales específicas (en las que hay una expectativa de que hable) y a pesar de hablar en otras situaciones e interferencia con las actividades educativas u ocupacionales, durar al menos un mes sin ser atribuible a otras situaciones o condiciones.

Consideraciones finales

Este es un breve resumen de las modificaciones que pre-

senta el Capítulo de Trastornos de Ansiedad de la nueva edición del Manual de la APA. Más allá de la inclusión del trastorno de ansiedad de separación y el mutismo selectivo y de la exclusión del espectro obsesivo-compulsivo y de los trastornos por estrés, lo más importante son las modificaciones producidas en el complejo trastorno de pánico y agorafobia. Eso permitirá una mejor consideración de las características de la agorafobia, una condición que parece insinuarse desde las primeras etapas del desarrollo, y más investigaciones acerca de su tratamiento específico. Tal vez algunos se hayan sentido desilusionados por la falta de cambios en el TAG y seguramente hay muchos que seguirán considerando a algunos trastornos del espectro obsesivo-compulsivo como trastornos de ansiedad.

Más que abundar en detalles no demasiado significativos me parece más importante utilizar este espacio de reflexión para repasar algunas de las recomendaciones acerca del uso del Manual que ayuden a evitar, en este capítulo o en cualquier otro, interpretaciones erróneas frecuentes debidos al mal uso de los criterios y de las categorías diagnósticas. Usaré para ellos palabras de los autores del Manual.

“El primer propósito del DSM-5 es asistir a clínico entrenado en el diagnóstico de sus pacientes como parte de la evaluación del caso clínico que conduce a la determinación de un plan de tratamiento (...) Los síntomas contenidos en los criterios diagnósticos no constituyen definiciones comprensivas de los trastornos subyacentes que suponen procesos cognitivos, emocionales, comportamentales y fisiológicos que están lejos de poder ser descriptos en estos breves resúmenes (...) Sólo se intenta describir síndromes característicos, con síntomas y signos que puedan relacionarse con una historia de desarrollo característico, factores de riesgo biológicos y ambientales, correlatos fisiológicos y neuropsicológicos y un curso clínico típico (...)”

Por lo tanto queda claro que, definitivamente, los DSM no son tratados de psiquiatría ni textos en los que deben aprenderse psicopatología.

“La formulación del caso de cada paciente debe involucrar una cuidadosa historia clínica y un resumen conciso de los factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden haber contribuido al desarrollo de un trastorno mental dado (...) Por lo tanto no es suficiente el simple chequeo de los síntomas en los criterios diagnósticos para hacer el diagnóstico de un trastorno mental. La valencia y severidad relativas de un criterio individual y su contribución al diagnóstico necesitan del juicio clínico”.

O sea, adió a la idea del diagnóstico exprés y a la de abordar su lectura sin haber estudiado antes en los textos pertinentes y a haberse preparado adecuadamente ya que *“Se requiere un buen entrenamiento clínico para determinar cuando la combinación de factores predisponentes, precipitantes, perpetuadores y protectores resultan en una condición psicopatológica en la cual los síntomas y signos se apartan de los rangos normales y pueden ser indicativos de la presencia de un trastorno mental”.*

Finalmente, dice el DSM-5, el diagnóstico de un trastorno mental no es equivalente de necesidad de tratamiento. La necesidad de tratamiento es una muy compleja decisión clínica que debe tomar en cuenta la severidad y la saliencia sintomáticas, el malestar y las incapacidades del paciente asociados con los síntomas, los riesgos y beneficios de los tratamientos actualmente disponibles y muchos otros factores.

Pero los clínicos también pueden encontrar a sujetos cuyos síntomas *no* reúnen todos los criterios diagnósticos de un trastorno mental pero que muestran una *clara necesidad de tratamiento y cuidados*; el hecho de que no estén presentes todos los síntomas indicativos del trastorno, no debería ser utilizado para justificar la limitación de su acceso a un cuidado adecuado.

Es la idea de estas últimas consideraciones es sean de utilidad cuando se aborden pacientes con trastornos de ansiedad o con cualquier otro trastorno mental ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5TM). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Yan J. APA Announces DSM-V Task Force Members. Psychiatric News. [Online Journal] 17th August 2007. Available from: http://psych.org/news_room/press_releases/DSM-V%20Task%20Force%20Bios%20and%20Disclosures%20FINAL.pdf.
3. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Editorial Masson; 2000.

Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados: un nuevo capítulo en el DSM-5

Esteban Toro Martínez

Médico Especialista en Psiquiatría y en Medicina Legal.
Docente Adscripto al Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA.
Psiquiatra Forense del Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.
E-mail: etoromartinez@gmail.com

Introducción

La definición de obsesión que la psiquiatría clínica ha utilizado a lo largo de cien años se la debe a Esquirol, quien precisó que la misma consistía en *“una idea, pensamiento, imagen, sentimiento, movimiento que se acompaña de una sensación subjetiva de compulsión y de un deseo de resistirla”, agregando que “(...) el evento es reconocido por el individuo como extraño a sí mismo y a su personalidad conservando la conciencia de su anormalidad”* (1). Esta definición es la que, desde Jaspers, Schneider, Pollit y Lewis, llegaron a las distintas ediciones de la serie del manual estadístico y estadístico (DSM). En el DSM-IV el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) formaba parte del capítulo correspondiente a los trastornos de ansiedad, siendo allí considerado como una entidad homogénea (2). Allí se definía a la obsesión como aquella caracterizada por *“imágenes, pensamientos, impulsos recurrentes y persistentes” para luego advertir que los mismos “son experimentados como inapropiados; generadores de ansiedad y reconocidos por quién los padece como propios”* (2). Por su parte, se ampliaron los alcances de la compulsión al definirla como *“toda actividad mental o motora, de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas normas, destinadas a contrarrestar la ansiedad provocada por las obsesiones o a la prevención de algún evento negativo (no conectados en forma realista)”* (2). El

DSM-IV resultaba innovador al introducir la *“actividad mental”* como parte de la compulsión, producto de un fuerte sesgo cognitivo-conductual, ya que para la semiología clínica tradicional ésta última pertenecía a una alteración de la faz motora. Debe señalarse que también tanto Janet como Schneider habían reconocido esta posibilidad, diferenciando esto último en compulsiones primarias y secundarias (3, 4).

A lo largo del siglo XX la obsesión fue adquiriendo distintas cualidades: lo forzado (Griessinger), lo iterativo (Krafft-Ebing), lo egodistónico (Westphal), y la procedencia de sí misma (Luys) (5). De esta manera quedaba conformada una tríada en la vivencia compulsiva primaria, pura, y de indudable carácter neurótico, aunque los fenomenólogos no aceptarían esta última adjetivación (6, 7). Se estará entonces ante un vivencia obsesivo compulsivo cuando el paciente sufre la experiencia subjetiva de compulsión, ofrece una resistencia ansiosa a lo invasivo y reconoce el carácter absurdo de la creencia, aunque ya se reconocía que esta última condición no era tan necesaria (6, 7). El DSM-IV planteaba una dinámica entre las obsesiones y las compulsiones: donde las primeras generaban ansiedad, y las últimas estaban destinadas a neutralizarlas; sobre esta dinámica se fundamentaría la eficacia de la terapia conductual complementada con la cognitiva (2). Todo este interjuego ocurría hasta el DSM-IV bajo

Resumen

El DSM-5 modificó la clasificación del trastorno obsesivo compulsivo al ubicarlo en un capítulo aparte junto a patologías formando un espectro del trastorno. Introdujo modificaciones en los criterios operacionalizados tendientes a simplificar el lenguaje y su aplicación en la clínica. Con estas modificaciones se apartó de la perspectiva clásica y abrió la inclusión de pacientes más diversos bajo este diagnóstico. Modificó el criterio de *insight* al introducir grados en el especificador correspondiente sumando además un nuevo especificador: antecedentes o presencia de tics. Propone en el texto una gran riqueza de datos muy actualizados e integra en el mismo los avances obtenidos en el campo en estos últimos veinte años. El manual define las patologías del espectro incluyendo el trastorno por acopio o acumulación, la tricotilomanía, trastorno escoriativo dermatológico, y el trastorno por dismorfia corporal. Al final de este artículo se discute el impacto que puede producir el DSM-5 en la psiquiatría actual.

Palabras clave: TOC - Espectro del TOC - DSM-5 - Dimensión - Subtipos.

DSM 5: OCD AND RELATED DISORDERS

Abstract

DSM 5 moved OCD out from under the Anxiety Disorder section, into a new category: Obsessive Compulsive and Related Disorders and added two new specifiers. Specifically a modification of one specifier (*insight*) and the addition of a new tic specifier. DSM 5 redefined obsessions and recognizes the importance of avoidance and thought stopping beyond compulsions as other strategies to deal with obsessions. OCD related disorders include: Trichotillomania, Hoarding Disorder, Skin Picking Disorder, and Body Dysmorphic Disorder.

Key words: OCD - OCDR - DSM-5 - Dimensions - Subtypes.

el telón de fondo de la presunción del reconocimiento de lo absurdo. Sin embargo, a mediados de los ochenta Thomas Insel (actual director del Instituto Nacional de Salud Mental Norteamericano) y Hagop Akiskal prestaron especial atención a la cuestión del *insight* en el curso del TOC, y describieron que el mismo podía variar según la circunstancia en la que el paciente se encontrara, de modo que el paciente en la consulta podía admitir cierta irracionalidad en sus ideas mientras que durante la situación “obsesional” podía presentar una convicción de mayor tonalidad afectiva, de alguna manera próxima a la certeza (8). También reconocían que en el transcurso de la evolución de un paciente dado se podía “sobreevaluar” la idea y de esta manera entrar en el episodio psicótico sin perder su filiación nosográfica, “reaccionando” a la persistencia y al estado catatímico de base. De este modo describen el TOC con síntomas psicóticos, admitiendo que un paciente puede presentar reacciones paranoides o depresivas “psicóticas” agudas comparables a lo que ocurre, por ejemplo, en el pánico con el síndrome de Roth, proponiendo la denominación de TOC con síntomas psicóticos para éstos. Por esta cualidad, de reaccionar y de entrar para luego salir de la situación de psicosis, denominaron a este estado como “*formas reactivas de transición*” (8). Luego Eisen y Rasmussen publicaron un trabajo de casos en donde arribaban a la misma conclusión y propuesta (9). Sin embargo el DSM-IV no incorporó la adjetivación de “psicóticos” para el TOC, situación que se mantiene en el actual DSM-5, porque los editores consideran que de admitir tal denominación los pacientes podrían ser diagnosticados como portadores de un “*trastorno psicótico no especificado*” y, por lo tanto, podrían ser tratados como esquizofrénicos resultando perjudicados por un abordaje equivocado. Por tal cuestión, el DSM-IV aceptó especificar si el paciente presentaba “*pobre insight*” (2). Planteada la cuestión del *insight* de un paciente, hay que señalar que éste es un constructo que integra varias dimensiones: validez de la idea; resistencia psíquica que se le ofrece; vigor en las creencias acerca de las consecuencias temidas; percepción de lo absurdo de las ideas; percepción de la opinión de los demás acerca de lo que le ocurre al paciente y aceptación del tratamiento. De manera tal que un paciente puede considerar que sus ideas no son absurdas e incluso defenderlas, actuar “condicionado” por ellas ejecutando rituales con distintos grados de ligazón con el sentido común y, sin embargo, acudir agobiado a la consulta solicitando un tratamiento (6, 7). Por lo tanto, a lo largo de la historia del TOC, se fue planteando -y el DSM-IV terminó aceptando- la posibilidad de sobrevaloración de las ideas. Estrictamente el paciente TOC con pobre insight del DSM-IV es un paciente obsesivo compulsivo de ideas sobrevaloradas. La idea sobrevalorada ha tenido distintas acepciones que exceden el objetivos de este trabajo, pero brevemente señalaremos que fueron descritas por Wernicke quien distinguía entre normales y mórbidas; Jaspers las relacionó con los sentimientos interpersonales, y la Asociación Norteamericana de Psiquiatras (APA) las definen como aquellas ideas que presentan alta convicción sin llegar a la magnitud de las ideas delirantes (10, 11, 12, 17). De este modo, son ideas sobrevaloradas las de las disorexias, la celotipia no delirante, la hipocondría no delirante, las depresivas no melancólicas, las dismorfofóbicas y las

del TOC (6). En íntima relación con esto, desde un terreno más propio de la psicopatología que de la clasificación por consenso de la APA, la idea sobrevalorada en TOC se relaciona con la afectividad y el pensamiento mágico, de modo que si se lo aborda desde Piaget se puede apreciar que este tipo de pensamiento descrito para el estadio III del período sensorio-motor, se corresponde con la lógica de la ritualización y del temor a las consecuencias de incumplir con una determinada norma del ritual (pensamiento mágico de tipo fenomenista y centrado en la propia acción) (13). Entonces, llegado a este punto, la APA propone en sus criterios para TOC tanto en el DSM-IV y en el DSM-IV TR dos situaciones clínicas para un mismo o diferentes pacientes: a) la presentación típica, y b) la presentación atípica, en realidad descrita por otro autor pero su referencia fue canibalizada por la mayoría de los investigadores americanos de la especialidad (14). Pero tal propuesta, al no ser precisamente fenomenológica, no profundiza en la cualidad de lo vivenciado y se reduce a una lista más o menos tradicional de síntomas que no logra precisar la significación psicopatológica del presentar un pobre *insight*.

Nuevos criterios DSM-5

Transcurridas dos décadas de DSM-IV el grupo de revisores para el DSM-5 se planteó los siguientes interrogantes: un paciente que padece dudas y rituales de verificación, ¿sufre el mismo trastorno que aquel que presenta obsesiones impulsivas?; ¿ofrecen el mismo tipo de distorsión cognitiva?; ¿registran los mismos antecedentes e historia natural de la enfermedad?; ¿responderán a la misma terapéutica?, y si no fuera así, ¿cuál sería la razón? (15).

Los objetivos propuestos por dicho grupo fueron los de establecer criterios diagnósticos para obtener: mayor rigurosidad para ofrecer tratamientos basados en la evidencia; incluir especificadores adicionales para mejorar la práctica clínica y avanzar en el conocimiento de los substratos neurobiológicos, psicológicos y los mecanismos cognitivos conductuales que subyacen al trastorno; alcanzar mayor claridad terminológica y facilitar su aplicación.

A continuación se transcribe el criterio A del DSM-IV TR donde se resaltan los términos que luego se modificaron en el DSM-5 (16).

A. Se cumple para las *obsesiones* y las *compulsiones*: Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4)

1. Pensamientos, *impulsos* o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos o *inapropiados* y *causan ansiedad significativos*

2. Los pensamientos impulsos o imágenes *no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real*

3. La persona intenta *ignorar* o *suprimir* estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien *intenta neutralizarlos* mediante otros pensamientos o actos

4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1) y 2):

1. Comportamientos o actos mentales de carácter repetitivos, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente

2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

Las preguntas que se ha hecho el grupo de trabajo han sido las siguientes: a) ¿la separación entre obsesiones y compulsiones deben ser mantenidas?; b) ¿el término “impulso” debe ser cambiado por el de “urgencia”?; c) ¿el

término “inapropiado” debe ser modificado por “no deseado”?; d) ¿debe explicitarse que las obsesiones “causan ansiedad o malestar significativos”?; e) las frases “no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real” y “que la persona reconoce que son producto de su mente”, ¿deberían ser reasignadas a un criterio D diferencial?; f) ¿la evitación debe ser incorporada al criterio A o al B? (15).

Finalmente el criterio A del DSM-5 quedó redactado de la siguiente manera, subrayándose los cambios que se incorporaron (ver Tabla 1) (16).

Tabla 1. Criterios DSM-5 para TOC (300.3/F42).

A. Presencia de obsesiones, compulsiones, o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, urgencias o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos o indeseados y que en la mayoría de los individuos causan marcada ansiedad o malestar (*distress*)
2. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, urgencias o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos (p. ej.: ejecutando una compulsión)

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej.: lavarse las manos, ordenar, verificar) o actos mentales repetitivos (p. ej.: rezar, contar, repetir en silencio palabras), que el individuo se siente forzado a ejecutar (*feels driven to performance*) en respuesta a una obsesión o con arreglo a reglas que debe aplicar estrictamente
2. Las conductas o actos mentales están dirigidos a prevenir o reducir la ansiedad o malestar, o a prevenir alguna situación o evento temido; sin embargo, estas conductas o actos mentales no están conectados de forma realista con aquello para lo cual fueron concebidas para neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

Nota: los niños pueden no estar capacitados para establecer una relación de significado de sus conductas o actos mentales.

B. Las obsesiones y compulsiones representan una pérdida de tiempo (p. ej.: insumen más de 1 hora al día), o provocan un malestar clínicamente significativo o interfieren marcadamente con la actividad social, ocupacional u otras áreas importantes de su funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivos compulsivos no son la consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej.: droga de abuso, una medicación) u otra condición médica general.

D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej.: preocupaciones excesivas como en el TAG; preocupaciones con la apariencia como en el BDD; dificultades en descartar o tirar pertenencias como en TAC; arrancamiento de cabellos como en (HPD); conductas de excoiación como en el TED; estereotipias como en el trastorno por movimientos estereotipados; conducta ritualizada con las comidas como en TA; preocupaciones con drogas o el juego como en los trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos adictivos; preocupaciones por estar padeciendo una enfermedad como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; urgencias o fantasías sexuales como en el trastorno parafilico; impulsos como en el trastorno disruptivo impulsivo y trastornos de conducta; rumiaciones de culpabilidad como en el trastorno depresivo mayor; inserción de pensamiento o preocupaciones delirantes, como en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones repetitivos de conducta como en el trastorno del espectro autista).

- *Especificar si:*

1. Con buen o razonable *insight*: El individuo reconoce que las creencias obsesivo compulsivas son definitiva o probablemente no ciertas o que pueden o no pueden ser ciertas.
2. Con pobre *insight*: El individuo piensa que sus creencias obsesivo compulsivas son probablemente ciertas.
3. Con ausencia de *insight/creencias* delirantes: El individuo está completamente convencido acerca de que sus creencias son ciertas.

- *Especificar si:* El individuo padece en la *actualidad* o presenta *antecedentes de Trastorno por TIC*.

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2)

1. Pensamientos, *urgencias* o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos o *indeseados* y que en la mayoría de los individuos causan *marcada* ansiedad o malestar (*distress*).

Se advierte en la redacción de este punto que los revisores reemplazaron al histórico término “impulsos” por el de “urgencias” a los fines de simplificar el uso del manual a los distintos usuarios, evitando la confusión diagnóstica con los trastornos en el control de los impulsos entre “la idea de sentirse impulsado a” -histórica idea obsesiva impulsiva característicamente de contenido contrario a la moral del

paciente- y un impulso propiamente dicho. Éste es el espíritu de tal modificación, que no sería necesaria si se utilizaran las enseñanzas de la fenomenología. En igual dirección consideraron que el término “inapropiado” estaba muy ligado a la subjetividad del evaluador, mientras que “no deseados” ponía la subjetividad en la propia del paciente. Por último, adoptaron un criterio conservador en relación a la capacidad de generar ansiedad marcada o distrés, y no introdujeron una modificación sustantiva.

2. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, urgencias o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos (p. ej.: *ejecutando una compulsión*)

En este ítem los revisores introdujeron otros modos distintos de la compulsión de afrontamiento al fenómeno forzado de las obsesiones.

Las compulsiones se definen por 1) y 2):

1. Comportamientos (p. ej: *lavarse las manos, ordenar, verificar*) o actos mentales repetitivos (p. ej: *rezar, contar, repetir en silencio palabras*), que el individuo se siente forzado a ejecutar (*feels driven to performance*) en respuesta a una obsesión o con arreglo a normas que debe aplicar estrictamente

2. Las conductas o actos mentales están dirigidos a prevenir o reducir la ansiedad o malestar, o a prevenir alguna situación o evento temidos; sin embargo, estas conductas o actos mentales no están conectados de forma realista con aquello para lo cual fueron concebidas para neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

Por lo expuesto se puede apreciar que el DSM-5 modificó el binomio dinámico obsesivo compulsivo -esto es, para cada obsesión su compulsión- sino que contempla nuevos estilos de afrontamiento del fenómeno intrusivo e indeseado: a) la evitación, b) la detención de pensamiento, y c) la compulsión en sentido estricto.

Al respecto, lo que aparece muy enriquecido es el texto explicativo del trastorno, atento a que allí se incorporan otras características relevantes del estilo cognitivo obsesivo disfuncional destacándose: el aumento del sentido de la responsabilidad; la tendencia a sobrestimar la amenaza, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre, la sobreestimación del pensamiento propio (solipsismo cognitivo), la necesidad de controlar el pensamiento. Estas modificaciones son importantes, porque para los clínicos no familiarizados con la clínica del trastorno la ausencia de conductas repetitivas (compulsiones) podría hacer que no detecten los matices de lo obsesivo compulsivo. Es un enfoque simple pero muy pragmático, casi como una guía de recomendaciones.

Siguiendo con el mismo procedimiento de analizar cada criterio, el grupo revisor se interrogó acerca de la validez de resaltar que el sujeto reconozca a las obsesiones como excesivas e irracionales. Los trabajos de campo, desde el DSM-IV en adelante muestran que sólo el 4% de los pacientes presentan creencias de carácter delirante. El DSM-5 elimina este criterio e incorpora un especificador utilizando la clasificación de insight que manejaba BABS (*Brown Assesment of Beliefs Scale; Brown University School of Medicine - Harvard Medical School*), proponiendo tres grados: 1) con buen o razonable *insight*: el individuo reconoce que las creencias obsesivo compulsivas (COC) son definitiva o probablemente no reales o que pueden o no pueden ser ciertas; 2) con pobre *insight*: el individuo piensa que las COC son probablemente ciertas; y 3) con ausencia de *insight*/creencias delirantes: el individuo está completamente convencido acerca de la validez de sus creencias (15). Con lo definido en los criterios A y B la APA se apartó definitivamente de la definición propuesta por Jaspers (1913) acerca de lo obsesivo: "*aquellas en las que el individuo está obligado siempre a pensar, mientras que está enteramente convencido de lo infundado de la angustia, de lo absurdo del impulso, de la imposibilidad de la idea*" (17).

La APA abandonó las nociones de trastornos orgánicos cerebrales asumiendo que todo es orgánico, y así lo planteó en el DSM-IV formulando el criterio E correspondiente a los secundarismos de "*enfermedad médica*". El grupo revisor tropezó epistemológicamente con este concepto, porque bien leído, los trastornos mentales dentro de este paradigma también son enfermedades médicas. Entonces definió el criterio C, donde propone descartar los efectos de sustancias u "*otra condición médica general*", quedando en el criterio D un largo listado de diagnósticos diferenciales.

Otra cuestión a abordar para completar los criterios diagnósticos de TOC fue formulada a través de la siguiente interrogación: ¿Era posible plantear subtipos asociados a tics, a PANDAS o vincularlo al momento de inicio? Acerca de la pregunta sobre si la comorbilidad TOC-Tics tiene entidad suficiente como para subtipificar, los estudios mostraron que aquellos pacientes que presentaban ambos síntomas tenían un singular patrón evolutivo y ciertos contenidos ideatorios típicos: obsesiones de simetría y pensamiento mágico, el temor a decir groserías o blasfemar, intrusiones violentas (impulsos obsesivos), parpadeo, conteo/acumulación y una personalidad correspondiente al grupo A (15, 18, 19). En el texto del DSM-5 se resalta que el 30% de pacientes TOC tienen antecedentes de tics, con una presentación predominante en varones, una disposición hacia la sensorialidad táctil o muscular propia del tic ("*just right*"), percepciones asociadas a modalidades sensoriales y sentimientos de incompletud, todos estos fundamentos empíricos que permitieron introducir un nuevo especificador: si padece o ha padecido tics (16).

Por último la pregunta más importante en cuanto a la estructura del manual y a la consideración epistemológica es la siguiente: ¿debía el TOC permanecer o abandonar el capítulo de los trastornos de ansiedad? Al respecto, en una encuesta realizada a expertos donde se les preguntó precisamente esto último se obtuvo que el 60% de los interrogados respondió de forma afirmativa, al tiempo que la mayoría consideró que la clásica dismorfofobia (TDC) y la tricotilomanía (TD) debían formar parte de un capítulo del espectro. De este modo, el TOC cumplió con la amenaza de las últimas dos décadas y es la patología central de un capítulo propio: TOC y trastornos relacionados (16). En relación a esto último, sin dudas dentro de la escuela norteamericana la cuestión más rica a resolver en este campo es la encrucijada acerca de si es o no posible una nosografía dimensional y, en su caso, cómo conciliar los subtipos y las dimensiones. El grupo revisor consideró que no había suficiente evidencia pero ha intentado una aproximación dimensionalista al incluir dentro del capítulo a las patologías de espectro del TOC. El primero que propuso el espectro para el TOC y que participó en un primer tramo del grupo de trabajo fue Hollander. Él propuso un modelo de círculos concéntricos en donde se reconocen tres áreas excluyentes (la impulsiva; la compulsiva/preventiva de riesgos y la neurológica) y una zona intermedia compuesta por entidades que compartían fisonomía clínica, respuesta farmacológica y psicoterapéutica, antecedentes familiares y comorbilidades en común (20). Otros, desde un enfoque multidimensional, hablaron

¹ N. del A.: quizás un poco sobrevaluada su presentación.

de un extremo integrado por entidades impulsivas, otro extremo compuesto por entidades en las que prima el déficit de estímulo y un tercer polo somático (21). Lo complejo del enfoque dimensional es poder ubicar dónde comienza la normalidad y dónde la patología. En la tradición del campo siempre se han aceptado algunas dimensiones diferenciadas del TOC: simetría y limpieza, contaminación y limpieza, obsesiones puras. Por su parte siguiendo la línea del análisis de factor, donde se elige *a priori* que agrupamientos sintomáticos se buscarán, en general ha existido acuerdo en los siguientes factores: simetría y orden; contaminación y limpieza; acumulación; agresión y verificación; temática sexual y religiosa (15). Esto lleva a reflexionar en la cuestión metodológica puesto que la noción de subtipo implica precisar que la condición diagnosticada precisamente sea el TOC, es decir comparte su núcleo. En cambio la noción de espectro significa que en algo se asemeja al prototipo, que comparte un substrato -la inhibición- pero que conserva una singularidad en su manifestación externa.

El DSM-5 en su texto plantea un criterio operacional pero agrega la posibilidad de la dimensión: “*el contenido específico de las obsesiones y compulsiones varía entre los individuos. Sin embargo ciertos temas o dimensiones, son comunes incluyendo: limpieza (obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza); simetría (obsesiones de simetría, repetición, orden y compulsiones de contar), pensamientos prohibidos (p. ej., obsesiones agresivas, sexuales o religiosas y sus compulsiones relacionadas). Otros individuos tienen dificultades para descartar y acumular objetos, como consecuencias de obsesiones y compulsiones típicas como temer dañar a alguien. Estos temas se presentan a través de diferentes culturas*”. Esto ha sido una táctica acertada por

los revisores, siendo el texto que acompaña a los criterios en este capítulo mucho más rico en información y concepto que las definiciones adoptadas.

Finalmente, el capítulo además del TOC está integrado por: trastorno por dismorfia corporal, trastorno por acumulación¹, tricotilomanía, trastorno escoriativo dérmico, TOC relacionados o inducidos por sustancias, TOC relacionado o atribuibles a otras enfermedades, otros TOC y entidades relacionadas y TOC no especificados.

Por último, cabe señalar que el interlocutor a quien está dirigido el DSM-5 es el psiquiatra término medio norteamericano que no sigue una línea de lectura especializada o abocada a una investigación u otros usuarios, y el objetivo de la APA es hacer fácil el acceso a los términos y su aplicación en el día a día de la práctica incluyendo a otras disciplinas. Podría decirse que el DSM-III fue la manera en que una generación de psiquiatras se presentó al mundo y desde donde arrancó su investigación (tomando como antecedentes inmediato los RDC); el DSM-III R fue su momento culminante lleno de insinuaciones, progresos concretos y la consagración de un lenguaje común; el DSM-IV fue el manual de la globalización y de dar forma universal a los hallazgos obtenidos (el Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en Madrid tenía el siguiente eslogan: “*un mundo, un idioma*”); el DSM-IV TR fue la demostración elocuente del estancamiento del paradigma; y el DSM-5 es un manual de uso local y de objetivos más modestos por muchas de las razones que se desarrollan en este *dossier* de Vertex. El capítulo de TOC y patologías del espectro resulta útil, pragmático, simple y actualizado, pero no escapa al destino del manual que invita a pensar en la noción de crisis de paradigma y período intercítico de Khun (22) ■

Referencias bibliográficas

- Esquirol JÉD. Las Monomanías. En: Toro Martínez E. TOC y espectro del TOC. *Revista Argentina de Psiquiatría Biológica*. 2013. Vol XX (162): 8-11.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington, DC: *American Psychiatric Publishing*; 1994.
- Janet P. Las obsesiones y la psicastenia. En: Napolitano G, compilador. *Las Obsesiones en neurosis y psicosis*. La Plata: De la Campana; 2010.
- Schneider K. *Patopsicología Clínica*. 4a ed. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1975.
- Berrios G, Vallejo Ruiloba J, Berrios GE. *Estados Obsesivos*. 2a ed. Barcelona: Editorial Masson; 1995. p. 1-13.
- Toro Martínez E. Las formas psicóticas del TOC. *Vertex* 1999; 10: 179-185.
- Toro Martínez E. Las formas psicóticas del TOC. *Alcmeon*; 10 (2): 105-118.
- Insel T, Akiskal H. Obsessive compulsive disorder with psychotic features: a phenomenological analysis. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1527-1533.
- Eisen J, Rasmussen S. Obsessive compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 54: 373-379.
- Stingo N, Toro Martínez E, Espiño G, Zazzi MC. *Diccionario de psiquiatría y psicología forense*. Buenos Aires: Polemos; 2006.
- Foa EB, Kozack MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 90-96.
- McKenna P. Disorders with overvalued ideas. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 579-585.
- Piaget J, Inhelder. *Psicología del niño*. 6a ed. Madrid: Ediciones Morata; 1995.
- Solyom L, Di Nicola V, Phil M, Sookman D, Luchins D. Is there an obsessive psychosis? An etiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive compulsive neurosis. *Can. J. Psychiatry* 1985; 30: 372-380.
- Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, et al. Obsessive compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-5. *Depress Anxiety* 2010; 27: 507-527.
- American Psychiatric Association. DSM-5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5™)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Jaspers K. *Psicopatología General*. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Beta; 1970.
- Diniz JB, Rosario-Campos MC, Hounie AG, Curi M, Shavitt RG, Lopes AC, et al. Chronic tics and Tourette syndrome in patients with obsessive compulsive disorder. *J Psychiatr Res* 2006; 40: 487-493.
- George MS, Trimble MR, Ring HA, Sallee FR, Robertson MM. Obsessions in obsessive compulsive disorder with and without Gilles de la Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 93-97.
- Phillips K, Steiln DJ, Rauch SL, Hollander E, Fallon BA, Basky A, et al. Should an obsessive compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-5? *Depress Anxiety* 2010; 27 (6): 528-555.
- Stein DJ, Lochner C. Obsessive-compulsive spectrum disorders: a multidimensional approach. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29, 343-351.
- Khun TS. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de cultura económica; 2002

Trastorno por estrés postraumático: cambios significativos en el DSM-5

Elena Levy Yeyati

Médica Psiquiatra; Psicoanalista.
Miembro del Centro Descartes.
Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.
E-mail: elyeyati@intramed.net

“Y esta figura parece ahora determinar lo que hemos de hacer, cómo y qué hemos de buscar -pero no lo hace porque precisamente no sabemos cómo puede aplicarse”.

Ludwig Wittgenstein

Introducción

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un constructo de alto impacto en la salud y la opinión pública, especialmente en Norteamérica, lo que vela su dudosa especificidad y su problemática universalidad. Desde que en 1980 se oficializó en el DSM-III, devino uno de los pocos trastornos mentales con causa conocida, e incluyó perturbaciones anteriormente denominadas neuróticas que habían sido conceptualizadas por el psicoanálisis. El divorcio de la noción de trauma de la teoría freudiana fue correlativo de una constante reformulación del criterio empleado para definir “lo traumático” en las distintas ediciones DSM (1). Pese a ello, en el DSM-5 continúa siendo una condición necesaria.

Por otro lado, los grupos de trabajo sobre trastornos disociativos y sobre trastornos de la infancia y adolescencia participaron de la revisión de TEPT, conjuntamente con el grupo específico. Ello trajo aparejado cambios que merecen mencionarse: a) la especificación de TEPT con síntomas llamados disociativos, y b) la inclusión de poblaciones infantiles menores de 6 años a las que se aplicaría el diagnóstico.

Este trabajo revisa críticamente las transformaciones que van desde los criterios requeridos para el diagnóstico de TEPT en el DSM-IV¹ al DSM-5. La definición de “lo traumático”, los síntomas y estados disociativos, y el subtipo especificado para niños menores de 6 años son considerados los cambios más significativos.

Resumen

El trastorno de estrés postraumático es un constructo de alto impacto en la salud y la opinión pública, especialmente en Norteamérica, lo que vela su dudosa especificidad y su problemática universalidad. *Hipótesis:* el divorcio de la noción de trauma de la teoría freudiana fue correlativo de una constante reformulación del criterio empleado para definir “lo traumático” en las distintas ediciones DSM y del auge de antiguas teorías de la disociación. *Método:* se revisan críticamente cambios significativos introducidos en los criterios del DSM-IV al DSM-5; se revisa la definición de “lo traumático”; síntomas y estados disociativos; y el nuevo subtipo infantil. *Conclusiones:* “lo traumático” es un criterio artificioso pero necesario para mantener la cohesión del constructo. Los estados disociativos ocupan un lugar destacado en las descripciones de investigadores norteamericanos. Se produce una expansión de la clínica de “lo traumático” a expensas de un nuevo capítulo para trauma y estrés, así como la creación de un subtipo disociativo y en preescolares. Revisiones de referencia para el DSM-5 demuestran que los distintos grupos de trabajo realizarían sus aportes por intercalación de contribuciones fragmentarias y divorciadas unas de otras.

Palabras clave: TEPT - Clasificaciones - DSM-5 - Subtipo disociativo - Subtipo infantil preescolar.

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: MEANINGFUL CHANGES IN DSM-5

Abstract

The fact that posttraumatic stress disorder is a very important construct in public health and opinion, especially in EE.UU, has veiled its dubious specificity and problematic universality. *Hypothesis:* the abandonment of Freudian theory since 1980 was correlative of a permanent revision of criteria to define “traumatic” in DSM versions, as well as of reevaluation of ancient theory of dissociation. *Method:* most meaningful changes introduced in PTSD criteria are critically reviewed from DSM-IV to DSM-5. “Traumatic”, symptoms and dissociative states, and a new preschool children subtype are revised. *Conclusion:* “Traumatic” yet being an artificial criterion is still needed in order to keep the construct as a whole. Dissociative states occupy an important place for the American authors and have turned more visible in DSM-5 than in previous DSM. New chapter “Trauma and stressor disorders” and new descriptions about PTSD support an enlarged clinical view of “traumatic”. Inconsistencies found between reviews considered for PTSD in DSM-5 show that different work groups contribute to the construction of the disorder with fragmentary and divorced parts from one another.

Key words: PTSD - Classifications - DSM-5 - Dissociative subtype - Preschool subtype.

“Lo traumático”

En el DSM-IV (3) traumático es aquello que se indica en el criterio A. Su definición es la siguiente:

Criterio A en DSM-IV (p. 427-428):

La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes, amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

El criterio que identifica “lo traumático” desde que se estableció la entidad en el DSM-III forma parte de la descripción del trastorno, a la vez que es considerado un factor etiológico causal (4). Pero descripción y causa son aspectos que pertenecen a distintos planos de complejidad en la comprensión de una afección, distinción que queda abolida en la confección del TEPT². La noción de causalidad asumida en los DSM se funda así en el plano de los acontecimientos. No obstante, las asunciones sobre una causalidad lineal, directamente derivada de la experiencia, fueron cuestionadas de entrada en el seno mismo de los grupos de trabajo para el DSM-III y las versiones siguientes (5, 6).

En el DSM-IV el desdoblamiento del criterio A en 1 y 2, donde A1 consiste en la caracterización objetiva de los acontecimientos y A2 se refiere a su repercusión subjetiva, tuvo como consecuencia una enorme ampliación -y banalización- de la definición si se la compara con la del DSM-III (donde el evento traumático está “fuera de la experiencia humana normal”). A partir del DSM-IV se podría llegar a decir que el TEPT es cualquier cosa de la que se sufre después de haber vivido algo considerado desagradable. El modelo basado en las respuestas de miedo y ansiedad requería que el individuo hubiera reaccionado ante el evento con miedo, desesperanza u horror, justificando así la descripción del criterio A2. Pero al estudiar poblaciones de profesionales entrenados para afrontar eventos estresantes o traumáticos (p. ej., marines o policías) se vio que actúan cumpliendo con su deber sin por ello tener esa clase de respuestas afectivas. Sus síntomas están más fundados en la disforia o la anhedonia que en el miedo (7).

Finalmente, cabe agregar, que el desdoblamiento del criterio A en el DSM-IV tuvo como consecuencia la profundización de la dicotomía tradicionalmente conocida como el problema de lo “interior-exterior”, relativo a

la vida psíquica. Las dificultades se suscitan a partir de que la metáfora hace surgir la imagen de una absoluta exterioridad del trauma, la exactitud de su recuerdo y la toma de consciencia de las emociones, como si fuera posible percibir *nuestro interior con nitidez* (8). Dentro de las corrientes neurobiológicas, los teóricos de la disociación de la conciencia -partiendo de aportes de Pierre Janet, muy difundidos en la psiquiatría norteamericana- estudiaron este dilema³. Los partidarios de estas teorías afirman que si se produce una disociación de conciencia en el momento del evento traumático los sujetos que la padecen son más propensos a desarrollar TEPT (9). Pero, siguiendo este razonamiento, si hay disociación ello impediría al paciente advertir su propia respuesta (de temor, desesperanza u horror). Y si para que se cumpla el criterio A son necesarios 1 y 2, si hay disociación ¿se puede afirmar que el paciente ha presenciado o experimentado algo?, ¿se cumple el criterio A o no?

En resumen, en el DSM-5 se dio preeminencia a la redefinición del criterio A y si bien el criterio se mantuvo, la división de A en 1 y 2 se suprimió. En el nuevo manual los eventos traumáticos se delimitan más objetiva y dramáticamente. Asimismo, se especifican los roles profesionales que pueden exponer a los agentes a presenciar detalles aversivos: como si se tratara de una epidemia, los agentes intervinientes se enferman de lo mismo que los damnificados que deben asistir⁴. Su definición es la siguiente:

Criterio A en DSM-5 (p. 271-280):

A. La persona ha estado expuesta al(los) evento(s) siguiente(s): muerte o amenaza de muerte o peligro de daño grave o real, o amenaza de violación sexual, de una o más de las siguientes maneras:

1. Experimentar el evento en sí mismo.
2. Haber sido testigo del evento producido en otra persona.
3. Enterarse de que el evento le ocurrió a un pariente o amigo cercano (En los casos de muerte o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el hecho puede haber sido violento o accidental).
4. Experiencia repetida o exposición a detalles extremadamente aversivos del evento (p. ej., primera línea de respuesta para recoger partes de cuerpos destrozados; agentes de policía expuestos reiteradamente a detalles del abuso infantil).

Nota: presenciar la exposición de detalles de aversivos no incluye información obtenida en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que sea parte de la función profesional de una persona.

¹ Hasta el DSM-5 la versión vigente fue el DSM-IV TR (2). Sin embargo, para su confección “no se consideró la introducción de cambios sustanciales en los criterios ni se contemplaron tampoco propuestas de nuevos trastornos o nuevos subtipos” (p. XXVII). Tal como procedió la APA al publicar en su sitio web las modificaciones con vistas al nuevo manual, los trastornos revisados en este artículo corresponden a las descripciones del DSM-IV.

² En la práctica, las consecuencias de este problema lógico se ven reflejadas en la equiparación de la población en riesgo con la población enferma (1).

³ La dicotomía “interior-exterior” es una preocupación constante dentro del psicoanálisis, en especial en el trabajo de J. Lacan. Por razones de extensión sólo incluyo autores implicados en la confección de los DSM.

⁴ Mientras que en 1980 las agrupaciones de veteranos jugaron un rol decisivo en el establecimiento del TEPT como modo de compensación y reconocimiento por su participación en Vietnam, actualmente hay líderes militares que consideran que el estrés postraumático en tanto trastorno mental es estigmatizante (10).

Trauma y estrés: criterios dominantes

En el DSM-5 el TEPT se separa del capítulo de los trastornos por ansiedad para formar parte de uno nuevo, específico para trastornos relacionados con trauma y agentes estresantes. En el nuevo capítulo, los trastornos -vigentes en el DSM-IV pero repartidos en diferentes apartados- presentan síntomas precedidos por un evento "traumático" o "estresante" que no debe ser necesariamente dramático, excepto en el TEPT y el estrés agudo. La ubicación del capítulo, lindante con los trastornos por ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y afines, y trastornos disociativos indica la posible existencia de relaciones entre todos ellos (11). El nuevo capítulo reúne:

Trastornos relacionados con trauma y agentes estresantes en DSM-5 (p.265-290):

- Trastorno reactivo del apego (de la infancia o la niñez)
- Trastorno por vinculación social desinhibida (en la infancia o la niñez)
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastornos adaptativos
- Trastornos relacionados con trauma y agentes estresantes no especificados

El principal argumento clínico esgrimido para sacar el TEPT del grupo de los trastornos por ansiedad se basa en la diversidad de presentaciones que pueden seguir a la exposición a eventos traumáticos (7, 11). Las presentaciones se agrupan en torno a alguna de las manifestaciones siguientes: síntomas ansiosos centrados en el miedo; disforia o anhedonia; agresividad y su exteriorización; sentimientos de culpa o de vergüenza; síntomas disociativos; malestar originado en una percepción negativa de sí mismo o del mundo⁵.

Para actualizar la definición de TEPT también se revisaron los criterios B (re-experimentación)⁶, C (evitación/embotamiento)⁷ y D (aumento de activación). En resumen, los síntomas revisados y los agregados valen para subrayar que la exposición al evento traumático puede ser seguida por otros síntomas, además de los que pertenecen al espectro del miedo y la ansiedad. La teoría del estrés de Selye se mantiene, sólo que ahora no sólo se refleja en la disposición a la "huida" sino también a la "lucha"⁸.

TEPT con síntomas disociativos: un nuevo subtipo

Con relación a lo establecido en el DSM-IV, los síntomas y estados disociativos han cobrado una mayor

importancia en el DSM-5. Dentro de los síntomas principales (criterios B - E), los *flashbacks* y la amnesia (presentes en el DSM-IV) fueron reformulados al quedar subsumidos explícitamente bajo el rótulo más general de la disociación. El criterio B3 describe "*reacciones disociativas de la conciencia (p. ej., flashbacks)*" (p. 271), y el criterio D1 indica "*incapacidad de recordar un aspecto importante del evento traumático (típicamente debida a amnesia disociativa)*" (p. 271). Ahora bien, la creación de un subtipo disociativo de TEPT es absolutamente novedosa⁹. Su descripción es la siguiente:

TEPT con especificación de síntomas disociativos en DSM-5 (p.272):

Con síntomas disociativos: Los síntomas satisfacen los criterios diagnósticos para TEPT y, además, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los dos o de ambos de los siguientes:

1. *Despersonalización:* experiencias persistentes o recurrentes de sentirse distanciado, como si uno fuera un observador, de los propios procesos mentales o del cuerpo (p.ej.: la sensación de estar soñando, de irrealidad del yo o del cuerpo, o que el tiempo se mueve lentamente).
2. *Desrealización:* experiencias persistentes o recurrentes de la irrealidad del entorno (p.ej.: el mundo alrededor de la persona se experimenta como irreal, onírico, distante, o distorsionado).

Nota: Para usar este subtipo los síntomas no deben ser atribuibles a efectos de sustancias (p. ej.: blackout, conducta alcoholizada) o a otra condición médica (p. ej.: crisis comicial parcial compleja).

Dentro de la psiquiatría norteamericana los actuales teóricos de la disociación se fundan en los trabajos pioneros de Pierre Janet¹⁰. Sin embargo, la palabra disociación -término empleado inicialmente por el psiquiatra francés¹¹-, no designa algo definido con precisión. Spiegel enumera distintas áreas de lo mental en que se aplica la noción de disociación: la capacidad de ser hipnotizado; estados alterados de consciencia que pueden activarse en contextos tales como el éxtasis religioso; durante experiencias abrumadoras o traumáticas (tanto en el contexto de un trauma agudo, como en respuestas tardías) (16).

Poco tiempo antes del lanzamiento del DSM-5 Friedman y otros miembros del grupo de revisión de TEPT sostuvieron que no había evidencias a favor del establecimiento de un subtipo disociativo (9). Sin embargo, Lanius y colaboradores -miembros del grupo de trabajo para trastornos disociativos- defendieron su establecimiento¹²(13). Los autores postularon un grupo clínico

⁵ Nótese que el mismo argumento podría ser considerado como una seria objeción a la especificidad del constructo.

⁶ En el DSM-5 se trata de recuerdos recurrentes a los que no se les atribuye cualidades perceptivas tal como se estableció en el DSM-IV, donde se hace referencia a imágenes y/o percepciones.

⁷ Análisis factoriales (9) permitirían concluir que la estructura latente del TEPT consiste en cuatro grupos diferentes de síntomas y no en tres como se ordenan en el DSM-IV. Por esta razón el criterio C se desdobló en síntomas de evitación (criterio C en el DSM-5) y síntomas negativos en la cognición y el humor (criterio D en el DSM-5).

⁸ El papel subyacente del síndrome general de adaptación de Selye y la noción de estrés en la confección del TEPT ya habían sido señalados (12).

⁹ Lanius et al. (17), documentan la evidencia existente para postular un subtipo disociativo pero aclaran que se requieren más investigaciones para establecer una relación posible entre la despersonalización y desrealización con otros síntomas relacionados con la disociación (*flashbacks*, amnesia psicogénica, embotamiento emocional).

donde los rasgos disociativos son crónicos, y se definen como estados de distanciamiento subjetivo y emocional, despersonalización y desrealización. Este subtipo se diferenciaría de otro, más estudiado, donde predominan síntomas de re-experimentación (también llamados síntomas disociativos) y síntomas por activación. Postulan que el subtipo disociativo sería más frecuente en pacientes que atravesaron experiencias traumáticas prolongadas y reiteradas (por oposición a las formas agudas o de experiencias traumáticas únicas).

Entre las referencias para el establecimiento de este subtipo figuran las tempranas propuestas de Herman y van der Kolk, quienes postularon un síndrome de estrés extremo (DESNOS), secuela de traumas prolongados y repetidos en víctimas de abuso sexual infantil, sobrevivientes de torturas y refugiados (18). Estos autores siempre sostuvieron que si bien tales individuos poseen criterios para ser diagnosticados con TEPT, los síntomas más perturbadores no estaban incluidos en el constructo (p. ej., fenómenos disociativos o cambios de identidad). También retoman los aportes de Janet sobre trauma, memoria y disociación, opacados por el auge de la doctrina freudiana¹³.

TEPT en niños menores de 6 años: un nuevo subtipo

En el DSM-5 los principales trastornos mentales fueron extendidos a individuos de todas las edades, incluyendo niños muy pequeños. Los autores que trabajaron en la revisión del TEPT para el DSM-5 asumen que las manifestaciones difieren pero que los criterios subyacentes son los mismos, lo que justifica la introducción de un subtipo relativo a la edad (20). Estas afirmaciones se sostienen en una suposición: hay una afección subyacente, biológica, independiente de la edad del paciente y su entorno. Sin embargo, la clínica con niños plantea de entrada el problema de la intelección de los síntomas y sus modos de expresión: ¿cómo traducen sus emociones?, ¿cómo expresan los síntomas?, ¿de qué experiencias son conscientes?, ¿qué papel desempeñan los adultos en su intelección? A pesar de todo lo dicho, los criterios propuestos para el diagnóstico de TEPT en niños menores de 6 años resultan prácticamente idénticos a los de los adultos, con subtipo disociativo incluido¹⁴.

Conclusiones

Tal como puede apreciarse en la evolución de la noción de TEPT en el DSM-5, un interés creciente en la neurobiología de las teorías de la adaptación, la memoria, y la disociación es correlativo del alejamiento de los DSM de la psicopatología.

A pesar de su artificiosidad, la metáfora de lo traumático subsiste en el DSM-5 porque es el único de los criterios que mantiene unidos a los otros síntomas que, en ausencia de un trauma reconocido, pueden aparecer en síndromes diversos.

En otro trabajo (1) se ha mostrado que los síntomas disociativos, presentes en los ejemplos clínicos aportados por colegas norteamericanos, no se verifican en los ejemplos de autores locales. En estos últimos, tales síntomas sólo se identifican con precisión en casos diagnosticados como trastorno por estrés agudo. Se plantea entonces la pregunta por la recepción que tendrá en nuestro medio la ampliación del TEPT a expensas de un subtipo disociativo y crónico.

Si bien se estudia el impacto de situaciones traumáticas en poblaciones infantiles desde hace décadas, las consecuencias que tendría establecer un subtipo especificado para niños menores de 6 años son inciertas.

Tal como se demostró a propósito de la extensión del TEPT en base a los subtipos disociativo y preescolar, los grupos de trabajo realizaron sus aportes por intercalación de contribuciones fragmentarias y, en cierto modo, divorciadas unas de otras. El resultado es el surgimiento de prototipos demasiado artificiosos, alejados de la realidad clínica. Así, la heterogeneidad de la población que puede ser comprendida por la noción de TEPT vuelve crucial el arte de juzgar clínicamente. Sólo mediante la apertura de enfoques que combinen psicopatología e historia se podrá ir más allá del actualismo de los DSM para determinar cómo se aplican los diagnósticos.

Conflictos de interés

No existen conflictos de interés que declarar ■

¹⁰ Para la repercusión que la teoría de Janet tiene en el campo actual de las investigaciones sobre disociación y trauma véase Leys (14).

¹¹ S. Freud señaló que Janet fue el teórico de la disociación psíquica en los actos sin coherencia y lo reconoció como su rival en la teoría del trauma (15). Pero Janet entendía la disociación como un mecanismo. En cambio, para Freud, los síntomas tienen un sentido, responden a un "juego de fuerzas, efecto de propósitos y tendencias tal como se observa en la vida normal" (p. 22, 29-30).

¹² Consultado al respecto, Friedman (comunicación personal) evitó hacer referencia a un posible desacuerdo dentro del grupo que actualizó el TEPT para el DSM-5, pero indicó que las evidencias para incluir un subtipo disociativo dentro del TEPT figuran en Lanius et al. (17).

¹³ El momento en que la noción de trauma se separa del campo psicoanalítico y se asocia con el TEPT en el DSM-III, forma parte de una etapa de transferencia negativa hacia el psicoanálisis en la cultura norteamericana, más allá de la psiquiatría. Las controvertidas tesis según las cuales Freud abandonó la teoría traumática de las neurosis (centralmente la teoría de la seducción) por cobardía y no por razones científicas o metodológicas, fueron adoptadas por autores feministas como J. Herman (19).

¹⁴ La revisión de Scheeringa et al. (20) analiza todos los criterios de TEPT y su aplicación a niños y adolescentes. Recomienda los criterios para el DSM-5 en preescolares, pero no incluye la especificación de síntomas disociativos. Consultado por esta discrepancia, Scheeringa (comunicación personal) explica que no les correspondía ocuparse de la decisión sobre especificaciones de síntomas disociativos.

Referencias bibliográficas

1. Levy Yeyati E. Alcances, límites y perspectivas del diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático [tesis doctoral]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina; 2013.
2. American Psychiatric Association. DSM-IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Barcelona: Editorial Masson; 2002.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
4. American Psychiatric Association. DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1983.
5. Williams J. Psychiatric Classification. En: Hales R, Yudofsky S, Talbott J editors. Textbook of Psychiatry. 3rd Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1999. p. 227-252.
6. McNally RJ. Can we fix PTSD in DSM-V? *Depress Anxiety* 2009; 26: 597-600.
7. Friedman M, Resick P, Bryant R, Brewin C. Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28: 750-769.
8. Wittgenstein L. Investigaciones filosóficas. Madrid: Crítica; 2008.
9. McNally R. Remembering Trauma. England: Belknap Press of Harvard University Press; 2003.
10. American Psychiatric Association. Posttraumatic Stress Disorder [Internet]. American Psychiatric Publishing; 2013. Available from: <http://www.dsm5.org/Documents/PTSD%20Fact%20Sheet.pdf>.
11. American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5TM). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
12. Stagnaro JC. De la neurosis traumática al trastorno por estrés postraumático. Un análisis histórico y epistemológico. *Desarrollos en Psiquiatría* 1998; 2 (5): 10-6.
13. Lanius R, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner J, et al. Emotion modulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 640-647.
14. Leys R. Trauma. A genealogy. Chicago-Londres: The University of Chicago Press; 2000.
15. Freud S. Presentación autobiográfica. En: Freud S. Obras Completas. Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu; 2006.
16. Spiegel D, Loewenstein R, Lewis-Fernández R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28: 824-852.
17. Lanius R, Brand B, Vermetten E, Frewen P, Spiegel D. The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *DEPRESSION AND ANXIETY* 2012; 29: 701-708.
18. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1989; 146: 490-495.
19. Levy Yeyati E. Algunas observaciones sobre la evolución del concepto de trauma. *VERTEX* 2008; XIX: 174-185.
20. Scheeringa M, Zeanah C, Cohen J. PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *DEPRESSION AND ANXIETY* 2011; 28: 770-782.



Las Clasificaciones en Psiquiatría: de *Praxeos Medicae* al DSM I

Norberto Aldo Conti

Desde el inicio de la cultura el hombre ha necesitado nombrar la realidad circundante para conocerla y luego comunicarla; conocer, entender a través de algún sistema interpretativo el mundo circundante y luego comunicarlo a sus pares y a su descendencia ha sido la manera en que el hombre ha intentado dominar el entorno a veces caótico e inexplicable que acompaña y estructura su propia existencia. El surgimiento de la ciencia moderna en el siglo XVII organizó un programa consistente de dominio de esa realidad a través del cálculo preciso de los fenómenos que le permitió reconocer ciertas constantes de comportamiento de la naturaleza pudiendo pronosticar con bastante precisión muchos fenómenos y avanzar sobre el dominio de los mismos y de sus posibles efectos. Pero ese programa de la ciencia moderna también exige al científico nombrar con precisión la región de entes que pretende conocer y dominar, y nombrar con precisión implica poder construir un complejo plexo de relaciones entre los objetos nombrados de la misma manera que una lengua es un complejo plexo de relaciones entre significantes, esto permite entender por qué Condorcet afirmaba que “una ciencia no es más que una lengua bien

hecha” y, esta necesidad de nombrar con precisión, permite también entender por qué los sistemas clasificatorios se expandieron en forma constante y abrumadora desde el siglo XVII hasta la actualidad.

En definitiva una ciencia que se precie de tal debe organizar su saber a partir de un sistema clasificatorio lógicamente coherente, epistemológicamente consistente y socialmente compartido.

Estas exigencias estarán presentes en el desarrollo de la Psiquiatría desde sus orígenes modernos en el siglo XIX y resulta muy ilustrativo de esta preocupación disciplinar el texto que publica Karl Kahlbaum en 1863 titulado *Clasificación de las Enfermedades Psíquicas* en el cual dedica 96 páginas al desarrollo de las clasificaciones partiendo de *Praxeos Medicae* de Félix Plater, publicado en 1602, al cual considera “el padre de las clasificaciones en psiquiatría y medicina”, para luego exponer la estructura y contenidos de las clasificaciones de 34 autores diferentes terminando con la presentación de Morel y su Tratado de las Enfermedades Mentales publicado tan solo tres años antes.

Pero será el último tercio de ese siglo el momento en el cual los mayores esfuerzos estarán empeñados en la construcción de una lengua consistente expresada en las clasificaciones: Magnan, Kraft-Ebing, Wernicke, Kraepelin dan cuenta de este programa que se continúa y complejiza en el siglo XX principalmente a partir del análisis estadístico realizado sobre grandes poblaciones de pacientes en Europa y EEUU.

Es en este contexto del desarrollo del saber psiquiátrico que hoy presentamos a nuestros lectores la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM I), publicado en 1952. Hemos elegido para esta presentación el prólogo, que constituye una excelente aproximación histórica a los antecedentes y circunstancias que determinaron su factura vista desde la contemporaneidad de su publicación y el capítulo V que presenta el conjunto de diagnósticos estadísticos propuestos.

Queda como tarea para el lector valorar el alcance de esta obra, podríamos decir hoy sencilla y pequeña, en comparación con la serie que le sigue: DSM II (1968), DSM III (1980), DSM III-R (1987), DSM IV (1994) y DSM-5 (2013) ■



Praxeos medicae, 1602
Félix Plater (1536 - 1614)

Prólogo

En los Estados Unidos de Norteamérica, el desarrollo de una nomenclatura uniforme de enfermedades es relativamente reciente. A fines de la década de 1920, cada uno de los grandes centros de enseñanza empleaba un sistema de su propia creación, pero ninguno de ellos cubría más que las necesidades inmediatas de las instituciones locales. A pesar de sus orígenes locales, por la falta de alternativas adecuadas, el uso de estos sistemas se propagó por toda la nación, generalmente a través de individuos que se habían capacitado en un centro determinado y, por consiguiente, se habían acostumbrado a ese sistema particular de nomenclatura. Las modificaciones en las nomenclaturas transplantadas se tornaron inmediatamente necesarias y se realizaron al dictado de la conveniencia. Esto produjo una multiplicidad de etiquetas diagnósticas y sistemas, lo cual bloqueó efectivamente la comunicación y la recopilación de estadísticas médicas.

A fines de 1927, motivada por este caos, la Academia de Medicina de New York (*New York Academy of Medicine*) encabezó un movimiento por una nomenclatura estándar de enfermedades nacionalmente aceptada. En marzo de 1928, la primera Conferencia Nacional sobre Nomenclatura de Enfermedades tuvo lugar en la Academia y contó con la presencia de representantes de las agencias gubernamentales y las sociedades nacionales de especialidades médicas interesadas. La edición de prueba de la nueva nomenclatura propuesta se publicó en 1932 y se distribuyó en los hospitales seleccionados para una serie de pruebas. Tras el éxito de estas pruebas, en el año 1933 se publicó la primera edición oficial de la Nomenclatura Clasificada Estándar de las Enfermedades y fue ampliamente adoptada durante los dos años siguientes¹. Posteriormente, se realizaron dos revisiones y la última tuvo lugar en 1942. La nomenclatura de este manual constituye la sección sobre Enfermedades de la Unidad Psicobiológica de la Cuarta Edición de la Nomenclatura Estándar de Enfermedades y Operaciones, 1952.

Antes de la primera edición de la Nomenclatura Estándar, la psiquiatría se encontraba en una situación un poco más favorable que toda la medicina estadounidense con respecto a la nomenclatura estandarizada. El Comité de Estadísticas de la APA (*American Psychiatric Association*, en aquel entonces llamada *American Medico-psychological Association*) había formulado un plan de estadísticas uniformes en hospitales psiquiátricos, que fue adoptado por la APA en mayo de 1917. Este plan incluía una clasificación de enfermedades mentales que, aunque era fundamentalmente una clasificación estadística, podía utilizarse como nomenclatura en forma limitada. El Comité Nacional de Higiene Mental introdujo el nuevo sistema de clasificación y estadística en los hospitales de todo el país, y continuó publicando el "Manual Estadístico para el Uso en Hospitales Psiquiátricos" a través de los años. El Comité de Nomenclatura y Estadística de la APA colaboró con el Comité Nacional en esta publicación. Con la aprobación del Consejo y, de acuerdo con el

Comité Nacional de Higiene Mental, actualmente la Asociación Nacional para la Salud Mental (*National Association for Mental Health*), el Servicio de Psiquiatría de la APA en este momento asume la responsabilidad de las futuras publicaciones del Manual Estadístico, que luego se tituló "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" y se presenta aquí en su primera edición.

La APA cooperó como sociedad nacional representante en el establecimiento de la Nomenclatura Estándar de Enfermedades. Con la publicación de la primera edición de la Nomenclatura Estándar fue necesario realizar una considerable revisión en el Manual Estadístico, la cual concluyó en la Octava Edición del Manual Estadístico, 1934. Se incluyó el sistema de clasificación de la nueva Nomenclatura Estándar, junto con una lista abreviada para uso estadístico. Por primera vez, se enfatizó la diferencia entre un sistema de nomenclatura y un sistema de clasificación estadística (ver Apéndice A).

En revisiones posteriores de la Nomenclatura Estándar, solo se realizaron cambios menores en la sección de Trastornos Mentales, que mantuvo su esencia en las ediciones de 1933 y 1942. Varios centros de enseñanza idearon sistemas de nomenclatura con modificaciones para uso propio, pero la nomenclatura oficial en la cual los diagnósticos se codificaban para archivos estadísticos y de historias clínicas continuó siendo la nomenclatura original de 1933, como se publicó en la Nomenclatura Estándar. Como consecuencia, a comienzos de la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría estadounidense, civil y militar, utilizó un sistema de nombres desarrollado principalmente para las necesidades y el gran número de casos de los hospitales psiquiátricos públicos. El origen de este sistema fue en sí mismo predictor de las dificultades con las cuales se encontraría.

Las Fuerzas Armadas enfrentaron un número creciente de casos psiquiátricos, a medida que la movilización y la guerra continuaban. Era necesario explicar con exactitud todas las causas de morbilidad; de ahí la necesidad de un diagnóstico adecuado para cada caso visto por el psiquiatra, situación que no se afrontaba en la vida civil. Solo un 10% del total de casos vistos entraba en alguna de las categorías normalmente vistas en hospitales psiquiátricos públicos. Los psiquiatras militares, los psiquiatras de la estación de inducción y los psiquiatras de la Administración de Veteranos (*Veterans Administration*) se encontraron operando dentro de los límites de una nomenclatura no diseñada específicamente para el 90% de los casos que atendían. Las perturbaciones de la personalidad relativamente menores, que cobraron importancia solo en el ambiente militar, tuvieron que ser clasificadas como "Personalidad Psicopática". Los trastornos psicósomáticos aparecieron en la nomenclatura bajo los diversos sistemas de órganos con el nombre que el gastroenterólogo o el cardiólogo había creado para ellos. La "etiqueta psiconeurótica" tuvo que aplicarse en los casos

¹ Para más información acerca del desarrollo de la Nomenclatura Estándar, ver el "Libro de texto y Guía de la Nomenclatura Estándar de Enfermedades y Operaciones" (*Textbook and Guide to the Standard Nomenclature of Diseases and Operations*), Physicians Record Co., Chicago, Illinois.

de aquellos individuos que manifestaban una rápida reacción con síntomas neuróticos ante un considerable nivel de estrés; quienes, como han demostrado estudios posteriores, no eran generalmente psiconeuróticos en el sentido usual de la palabra. No se especificaba el diagnóstico de las reacciones psicológicas ante el estrés de combate y debían inventarse términos para cubrir esta necesidad. El sistema oficial de nomenclatura rápidamente se tornó insostenible.

En 1944, la Armada realizó una revisión parcial de su nomenclatura a fin de cubrir las deficiencias mencionadas, pero intentó en lo posible mantenerse dentro de los límites de la Nomenclatura Estándar. En 1945, el Ejército dispuso una revisión mucho más exhaustiva, que abandonó el esquema básico de la Nomenclatura Estándar e intentó expresar los conceptos actuales de perturbaciones mentales. Esta nomenclatura fue eventualmente adoptada por todas las Fuerzas Armadas y en 1946, la Administración de Veteranos adoptó una nueva nomenclatura que se asemejaba mucho a la de las Fuerzas Armadas. En 1948, se adoptó la edición revisada de la Clasificación Estadística Internacional, que categorizó los trastornos mentales en rúbricas similares a las de la nomenclatura de las Fuerzas Armadas.

Hacia 1948, la situación de la nomenclatura psiquiátrica se había deteriorado casi hasta el punto de confusión existente en toda la nomenclatura médica de la década de 1920. Al menos, había tres nomenclaturas (Estándar, Fuerzas Armadas, Administración de Veteranos) de uso general, y ninguna de ellas obedecía con precisión a la Clasificación Estadística Internacional. Una entidad se encontró en la posición incómoda de tener que utilizar una nomenclatura para uso clínico, otra diferente para la clasificación de discapacidad, y la Internacional para trabajo estadístico. Además, prácticamente todos los centros de enseñanza habían hecho modificaciones a la Nomenclatura Estándar para uso propio, y los psiquiatras que regresaban tras cumplir con su deber militar habían introducido diversas modificaciones de la nomenclatura de las Fuerzas Armadas en varias clínicas y hospitales.

Luego de la adopción de nuevas nomenclaturas por parte del Ejército y de la Administración de Veteranos, el Comité de Nomenclatura y Estadística de la APA pospuso el cambio en su nomenclatura oficial recomendada hasta tener cierta evidencia en cuanto a la facilidad de uso de los nuevos sistemas. En 1948, el Comité se comprometió a adquirir información del Ejército y de la Administración de Veteranos sobre el éxito que habían tenido los cambios y acerca de las deficiencias del nuevo sistema. En forma simultánea, se intentó determinar el punto de vista de los miembros con respecto a la necesidad de un cambio en la Nomenclatura Estándar vigente en ese momento. Un alto porcentaje de los psiquiatras contactados sintió que el cambio en la nomenclatura se necesitaba con urgencia, con especial atención en las áreas de trastornos de la personalidad y reacciones transitorias a estrés especial. La necesidad del cambio parecía sentirse más en la clínica y en la práctica privada que en el hospital psiquiátrico o trabajo institucional. Sin embargo, una parte considerable del personal de los hospitales psiquiátricos instaba al cambio; esto sucedió especialmente en las clínicas ambulatorias que se habían establecido en conexión con los hospitales.

Según los informes del Ejército y de la Administración de Veteranos, sus revisiones fueron consideradas exitosas por los clínicos y estadistas. Desde el punto de vista estadístico, se decía que las revisiones se manejaban con mayor facilidad

que las viejas nomenclaturas, particularmente cuando era necesario codificar diagnósticos en la edición Internacional revisada. Después de algunas dificultades iniciales esperadas en cuanto al uso de los nuevos términos, los médicos clínicos informaron que las revisiones eran mucho más útiles que el viejo listado. Los psiquiatras que se habían acostumbrado a la nomenclatura revisada en el Ejército no estaban dispuestos a volver a la Nomenclatura Estándar al retornar a la vida civil. La falla más importante informada en ambas revisiones fue la clasificación de los trastornos mentales que acompañan la enfermedad orgánica cerebral, lo cual es un problema menor en la psiquiatría militar, pero un ítem mayor en la psiquiatría civil.

Con la necesidad de una revisión establecida, y las pausas extraídas de la experiencia de las Fuerzas Armadas y la Administración de Veteranos, el Comité comenzó a redactar un borrador de la revisión propuesta. Se utilizó el material documental recibido por el Ejército y la Administración de Veteranos durante el proceso de sus revisiones, se contactaron unidades docentes de psiquiatría para conocer sus opiniones, especialmente con respecto a los trastornos orgánicos cerebrales, y se realizaron esfuerzos para obtener todas las sugerencias posibles del cuerpo de psiquiatras estadounidense, como así también de la literatura. A partir de marzo de 1950, el jefe de la Sección de Biometría del Instituto Nacional de Salud Mental se desempeñó como asesor del Comité para brindar asistencia en los aspectos estadísticos de la revisión.

En abril de 1950, el Comité distribuyó copias mimeografiadas de la revisión propuesta de la nomenclatura psiquiátrica entre aproximadamente el 10% de los miembros de la APA. Los destinatarios fueron escogidos de los listados geográficos de los miembros y se seleccionó el 10% de los miembros en cada Estado y Canadá. También fueron seleccionados por los cargos que ocupaban, con el fin de cubrir totalmente todas las áreas de la psiquiatría. Se puso atención en la membresía de otras organizaciones (*American Neurological Association, American Psychoanalytic Association, Academy of Neurology, American Psychopathological Association*, etc.) para incluir una muestra equitativa de esos grupos. Se incluyeron los miembros del personal de los Departamentos de Estado de Salud Mental para obtener sus opiniones acerca del impacto estadístico y clínico de la revisión propuesta.

Dicha propuesta estaba acompañada de un cuestionario de nueve páginas para expresar sus opiniones y hacer sugerencias sobre todas las secciones de la revisión. El plazo para la entrega del cuestionario se fijó el día 1 de julio de 1950, a fin de que el trabajo pueda completarse a tiempo para la reunión del Consejo que tendría lugar en noviembre de 1950. A medida que llegaban los cuestionarios respondidos, se dividían en secciones y se enviaban a los miembros del Comité en forma individual, de acuerdo al área específica de revisión que se le había asignado para su análisis. Para una referencia rápida, se estableció un archivo maestro con todas las respuestas recibidas en la Oficina del Director Médico.

Se distribuyeron 520 cuestionarios; 241 se entregaron con antelación para la consideración del Comité. De ellos, 224 (93%) expresaron aprobación general de la revisión sugerida; 11 (5%) expresaron desaprobación general; y 6 (2%) se mantuvieron neutrales. Tal aprobación rotunda no coincidía en todas las secciones de la revisión, pero el índice de aprobación más bajo obtenido en ellas fue del

72%. Las respuestas de los cuestionarios no consistieron simplemente en aprobaciones o desaprobaciones generales, más de la mitad contenían sugerencias y recomendaciones específicas. Una proporción inesperadamente alta de destinatarios había hecho la revisión y completado los puntos de extenso debate con colegas. Varios hospitales psiquiátricos realizaron una serie de reuniones destinadas a dichos debates, y otras clínicas y grupos administrativos hicieron lo mismo. Por lo tanto, aparentemente, el Comité había recibido la considerable opinión de una porción muy grande de la psiquiatría estadounidense.

Provisto de una riqueza de material sometido a la reflexión, el Comité preparó una segunda revisión, en la cual incorporó la información obtenida de los cuestionarios. Como se había hecho en el caso de la primera, esta segunda revisión fue enviada al editor de la Nomenclatura Estándar para comentarios y, particularmente, para saber si podía incluirse dentro de su marco general. Con cambios menores en la redacción y la codificación, esta segunda revisión fue aceptada para la Nomenclatura Estándar.

Por lo tanto, la revisión se presentó ante el Consejo de la APA en sus reuniones llevadas a cabo el 6 de noviembre de 1950, y se recomendó que sea adoptada como la nomenclatura oficialmente respaldada de la APA, que el Consejo la proponga para su inclusión en la edición de la Nomenclatura Estándar de 1951, y que el Comité sea autorizado para preparar este Manual Diagnóstico y Estadístico para ser publicado por la Asociación. Las recomendaciones fueron aprobadas por el Consejo.

La recopilación de estadísticas sobre la morbilidad de enfermedades mentales ha ocupado un segundo lugar por mucho tiempo para el Gobierno Federal. Habiendo sido esta tarea delegada a la Oficina del Censo año tras año, en base al año fiscal, las estadísticas de morbilidad en un área tan importante como esta tal vez nunca se hubiesen recopilado de no haber sido por los esfuerzos incansables realizados por previos Comités de Estadísticas de la APA y el Comité Nacional de Higiene Mental. Por consiguiente, en el pasado fue más importante que este manual dedicara la mayor parte de su atención a la estadística, como su nombre lo indicaba.

En 1946, mediante la aprobación de una Ley del Congreso se fundó el Instituto Nacional de Salud Mental (*National Institute of Mental Health*), bajo el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (*United States Public Health Service*). En dicho Instituto se creó una Oficina de Biometría, que se ocupa de las características operativas de los informes estadísticos. Por lo tanto, ya no es necesario que la APA permanezca en el campo operativo concerniente a la estadística. En consonancia con el estatus de esta Asociación como sociedad científica profesional, pareció apropiado limitar la sección estadística de este Manual a una declaración de principios y procedimientos generales, dejando la preparación de los manuales operativos detallados a la agencia operativa creada para dicho propósito, y que este Comité actúe en calidad de asesor de la agencia.

A pesar de su origen reciente, la Oficina de Biometría del Instituto Nacional de Salud Mental ha dado grandes pasos hacia los principales objetivos estadísticos. Se llevó a cabo una conferencia de estadistas y administradores de higiene mental provenientes de 11 Estados, sumando entre todos el 55%

de la población promedio de pacientes residentes en todos los hospitales públicos. Se resaltó la necesidad de un acuerdo básico en cuanto a la definición de términos y las tabulaciones mínimas. Se estableció un área modelo para el informe de las estadísticas de morbilidad de enfermos mentales internados. De esta manera, puede esperarse un mayor progreso. Se sigue reuniendo valiosa información operativa en el campo de la estadística, la cual está disponible para aquellos que tengan preguntas operativas detalladas no incluidas en este Manual. Esta información puede obtenerse por medio de correspondencia con el jefe de la Oficina de Biometría, Instituto Nacional de Salud Mental (*Chief of the Biometrics Branch, National Institute of Mental Health, Bethesda 14, Maryland*).

El Dr. Morton Kramer, Jefe de la Oficina de Biometría, Instituto Nacional de Salud Mental, ha trabajado con este Comité en calidad de Asesor Estadístico y ha preparado la mayor parte de las Secciones IV y V. Además, él y los miembros del Comité han trabajado asiduamente con el Dr. Selwyn Collins, Jefe Estadístico, División Métodos en la Salud Pública, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, y con su asistente, Louise E. Bollo, Nosologista, en la preparación de la codificación combinada de Enfermedades de la Unidad Psicobiológica de la Nomenclatura Estándar con la Clasificación Internacional; un esfuerzo digno de mención. La gran colaboración del Dr. Richard J. Plunkett, editor de la Nomenclatura Estándar de Enfermedades y Operaciones ha sido muy útil. Al igual que la doble colaboración de su editora asociada, Adaline C. Hayden, en calidad de editora asociada de la Nomenclatura Estándar y como coautora del "Libro de texto y Guía para la Nomenclatura Estándar de Enfermedades y Operaciones" (*Textbook and Guide to the Standard Nomenclature of Diseases and Operations*), junto con el Dr. Edward T. Thompson, quien ha dedicado mucho tiempo al trabajo con asuntos tediosos como la codificación combinada de las nomenclatura vieja y nueva.

La Asociación Médica Estadounidense (*American Medical Association*) y la editorial P. Blakiston and Sons, Inc. de la Nomenclatura Estándar han autorizado la reedición de varias partes de la Nomenclatura Estándar necesarias para completar el Manual. La editorial del "Libro de texto y Guía para la Nomenclatura Estándar de Enfermedades y Operaciones", Physicians Record Company, ha permitido la reedición de algunas partes de ese libro, que se indican apropiadamente en los pies de página del Manual.

Como podrá presumirse a partir del informe relatado anteriormente, sería imposible reconocer la asistencia recibida de varios miembros de la APA por su gran número.

Sería injusto listar solamente los nombres de los miembros que conformaban el Comité de Nomenclatura y Estadística al momento de finalizar la revisión, ya que aquellos que estuvieron antes contribuyeron de algún modo con la información que finalmente llevó a esta revisión en particular. Por esa razón, se listan los nombres de quienes han sido miembros del Comité desde 1946 con sus períodos de servicio.

George N. Raines, M.D.

Presidente

Comité de Nomenclatura y Estadística

Washington, D. C.

Noviembre, 1951

Sección V

Clasificación estadística de trastornos mentales

Como se describe en el Apéndice A, la Clasificación Estadística Internacional¹, revisión de 1948, se ha utilizado para convertir el formato de toda la Nomenclatura Estándar adecuándolo a los fines estadísticos. Sin embargo, se encontraron ciertos problemas durante la elaboración de la Sección V de la Clasificación Internacional, que trata sobre los trastornos mentales, psiconeuróticos y de personalidad, conforme a los conceptos de la Unidad Psicobiológica de la Nomenclatura Estándar. Por ejemplo, la Clasificación Internacional establece la codificación de los Síndromes Cerebrales Crónicos con reacción psicótica asociados con varias enfermedades y afecciones relacionadas con psicosis de etiología demostrable bajo los títulos 304-308.2 y en los títulos 020.1, 025, 083.2 y 688.1. No establece la codificación para el Síndrome Cerebral Crónico asociado con cualquier enfermedad o afección con reacción neurótica, reacción comportamental o sin frase calificativa, excepto en el título 083.1: trastornos postencefalíticos, de personalidad y de carácter. Tampoco determina la codificación del síndrome cerebral agudo dentro del grupo de enfermedades psicóticas, excepto el delirio alcohólico (incluido en 307) y el delirio por agotamiento (incluido en 309).

Durante el proceso de conversión de los términos anteriormente mencionados y algunos otros en la sección sobre las Enfermedades de la Unidad Psicobiológica a los códigos internacionales equivalentes, se establecieron ciertas modificaciones y subdivisiones adicionales de 4 dígitos, y tres códigos especiales de 3 dígitos para utilizar con la Nomenclatura Estándar solamente. Como era necesario mantenerse dentro del marco básico de la Clasificación Internacional, se impusieron ciertas limitaciones en el número de agregados que podían realizarse. Como resultado de estas limitaciones, la Clasificación Estadística Internacional contiene algunas categorías que pueden ser muy globales para una adecuada tabulación de los datos diagnósticos, especialmente con respecto a la distribución por diagnóstico de pacientes bajo tratamiento en hospitales psiquiátricos. Por ejemplo, las categorías 307, 308.1 y 308.5 de la Clasificación Estadística Internacional incluyen los siguientes diagnósticos:

307. Psicosis alcohólica. Incluye:

(a) Síndrome Cerebral Agudo asociado con intoxicación por alcohol

(b) Síndrome Cerebral Crónico asociado con intoxicación por alcohol con reacción psicótica

308.1 Psicosis de otra etiología demostrable resultante de epilepsia u otros trastornos convulsivos. Incluye:

(a) Síndrome Cerebral Agudo con trastorno convulsivo

(b) Síndrome Cerebral Crónico con trastorno convulsivo con reacción psicótica

308.5 Síndrome Cerebral Agudo asociado con otras

causas no clasificadas en otra parte. Incluye:

Síndrome Cerebral Agudo asociado con:

(a) Infección intracraneal, excepto encefalitis

(b) Intoxicación por drogas o venenos, excepto alcohol

(c) Perturbaciones metabólicas

(d) Enfermedades de causas desconocidas o inciertas

Con el fin de dotar a los hospitales psiquiátricos con un esquema que permita la tabulación detallada de datos diagnósticos, como así también una versión abreviada sencilla de la clasificación detallada en formato de resumen, se ha creado un código adecuado para producir tabulaciones para los títulos de la Unidad Psicobiológica de la Nomenclatura Estándar, lo cual se detalla al final de esta sección. Las inclusiones para cada categoría remiten a la Lista Internacional apropiada y a los números de la Nomenclatura Estándar. Este código consiste en 4 dígitos: el primero representa el tipo de trastorno mental en general; el segundo, las categorías principales dentro de cada uno de esos tipos; el tercero, las subdivisiones dentro de las principales categorías; y el cuarto, las frases calificativas, cuando seas aplicables.

La nueva nomenclatura en cierto modo abandona aquello que se venía utilizando en los hospitales psiquiátricos. El uso de los términos "síndromes cerebrales agudos y crónicos" es nuevo, así como también el de las frases calificativas como "con reacción psicótica, con reacción neurótica y con reacción comportamental". Además, las categorías sobre psiconeurosis, trastorno psicofisiológico autonómico y visceral, y trastorno de personalidad se expandieron considerablemente más allá de las inclusiones en la Clasificación de Trastornos Mentales de 1934. Debido a estas diferencias entre la Clasificación de Trastornos Mentales de 1934 y la actual, es conveniente que los hospitales usen ambos códigos para clasificar diagnósticos, al menos por un año, a fin de determinar las diferencias que la nueva clasificación producirá en sus series estadísticas históricas relacionadas con las admisiones, altas y pacientes residentes por diagnóstico.

A continuación se muestra un esquema para presentar la lista tabular de trastornos mentales. Su organización sigue esencialmente las subdivisiones subyacentes de la nueva nomenclatura.

I. Síndromes cerebrales agudos asociados con:

- Encefalitis epidémica

- Otras infecciones intracraneales

- Infecciones sistémicas

- Intoxicación por alcohol

- Intoxicación por drogas o veneno, excepto alcohol

- Trauma

- Trastornos circulatorios

- Trastornos convulsivos

- Trastornos del metabolismo, crecimiento y nutrición

¹ Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (*Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*), Vols. I y II, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 1948. Puede obtenerse en Columbia University Press, Servicio Internacional de Documentación, 2960 Broadway, New York, 27, N.Y.

- Nuevo tumor

Otras enfermedades y afecciones, no clasificadas en otra parte (NEC), o enfermedad o afección sin especificar

II. Síndromes cerebrales crónicos con reacción psicótica asociados con:

- Afecciones y enfermedades debidas a influencia prenatal
- Sífilis del sistema nervioso central
- Encefalitis epidémica
- Otras infecciones intracraneales, excepto sífilis
- Intoxicación por alcohol
- Intoxicación por drogas o veneno, excepto alcohol
- Trauma del nacimiento
- Otros traumas
- Arteriosclerosis cerebral
- Trastornos circulatorios aparte de arteriosclerosis cerebral

- Trastorno convulsivo
 - Enfermedad cerebral senil
 - Todos los demás trastornos del metabolismo, crecimiento o nutrición
 - Nuevo tumor
 - Otras enfermedades y afecciones no clasificadas en otra parte, o enfermedad o afección sin especificar

III. Síndromes cerebrales crónicos con reacción neurótica asociados con:

- Afecciones y enfermedades debidas a influencia prenatal

- Sífilis del sistema nervioso central
- Encefalitis epidémica
- Otras infecciones intracraneales, excepto sífilis
- Intoxicación por alcohol
- Intoxicación por drogas o veneno, excepto alcohol
- Trauma del nacimiento
- Otros traumas
- Arteriosclerosis cerebral
- Trastornos circulatorios aparte de arteriosclerosis cerebral

- Trastorno convulsivo
 - Enfermedad cerebral senil
 - Todos los demás trastornos del metabolismo, crecimiento o nutrición
 - Nuevo tumor
 - Otras enfermedades y afecciones no clasificadas en otra parte, o enfermedad o afección sin especificar

IV. Síndromes cerebrales crónicos con reacciones comportamentales asociadas con:

- Afecciones y enfermedades debidas a influencia prenatal

- Sífilis del sistema nervioso central
- Encefalitis epidémica
- Otras infecciones intracraneales, excepto sífilis
- Intoxicación por alcohol
- Intoxicación por drogas o veneno, excepto alcohol
- Trauma del nacimiento
- Otros traumas
- Arteriosclerosis cerebral
- Trastornos circulatorios aparte de arteriosclerosis cerebral
- Trastorno convulsivo

- Enfermedad cerebral senil

- Todos los demás trastornos del metabolismo, crecimiento o nutrición

- Nuevo tumor
 - Otras enfermedades y afecciones no clasificadas en otra parte, o enfermedad o afección sin especificar

V. Síndromes cerebrales crónicos sin frase calificativa asociados con:

- Afecciones y enfermedades debidas a influencia prenatal

- Sífilis del sistema nervioso central
- Encefalitis epidémica
- Otras infecciones intracraneales, excepto sífilis
- Intoxicación por alcohol
- Intoxicación por drogas o veneno, excepto alcohol
- Trauma del nacimiento
- Otros traumas
- Arteriosclerosis cerebral
- Trastornos circulatorios aparte de arteriosclerosis cerebral
- Trastorno convulsivo
- Enfermedad cerebral senil
- Todos los demás trastornos del metabolismo, crecimiento o nutrición
- Nuevo tumor
- Otras enfermedades y afecciones no clasificadas en otra parte, o enfermedad o afección sin especificar

VI. Trastornos psicóticos

- Reacción psicótica involutiva
 - Reacciones afectivas
 - Reacciones esquizofrénicas
 - Reacciones paranoides
 - Reacciones psicóticas sin un cambio estructural claramente definido distinto de lo mencionado anteriormente

VII. Trastornos psicofisiológicos autonómicos y viscerales

VIII. Trastornos psiconeuróticos

IX. Trastornos de personalidad

- Alcoholismo (adicción)
 - Adicción a las drogas
 - Todos los demás trastornos de personalidad

X. Trastorno de personalidad situacional transitorio

XI. Deficiencia mental

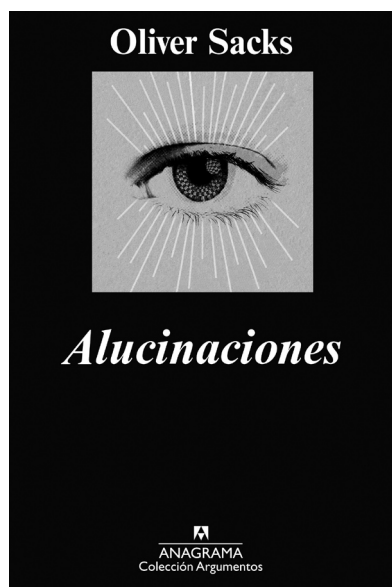


Alucinaciones

Daniel Matusevich

“Eran sobrevivientes y realmente la supervivencia es mi tema. La enfermedad parece serlo, pero en realidad es la supervivencia”

Oliver Sacks, 2006, *The New Yorker*.



Autor: Oliver Sacks
Anagrama, 2013

Cada nuevo libro de Oliver Sacks es un acontecimiento, tanto desde el punto de vista literario como científico, debido a que este autor ha conseguido plasmar un estilo inconfundible en donde se mezclan la literatura, el humanismo, la ciencia, la antropología, la aventura y el humor, dando lugar a una obra inconfundible que -creemos nosotros- no tiene parangón alguno. Considerado un neurólogo por los escritores y un escritor por los neurólogos, tenido en cuenta escasamente por los lectores psi (quienes, nos parece, lo desdennan justamente por su

formación científica sin detenerse a realizar un análisis más minucioso de alguien que plantea cosas como que el poder de las alucinaciones solo se puede comprender a partir de relatos de primera mano), su obra prosigue profusa e incansable aun hoy, que ya ha cumplido 81 años (“Casi no me lo creo. Muchas veces tengo la sensación de que la vida está a punto de empezar para enseguida darme cuenta de que casi ha terminado, ya soy prácticamente la persona más vieja que conozco”).

La historia de Sacks es un caso en el que el alumno supera al maestro, ya que si bien las grandes descripciones que realiza Alexander Luria son excelentes (*El cerebro del Mnemónico* es imprescindible, con la increíble historia de Shereshevsky contada a través de veinticinco años), aun en sus mejores momentos son superadas por la obra de Sacks, tanto en desarrollo como en profundidad y compromiso con los pacientes. El psicólogo ruso fue sin duda una figura de gran relevancia en la vida de nuestro autor, ya que frente a la crisis que sobrevino después de la publicación de *Despertares*, fue el apoyo incondicional de Luria el que permitió que la obra de Sacks siguiera su curso a pesar de las aciagas críticas del mundo científico de la Nueva York de los años setenta. Este libro cuenta la historia de un grupo de pacientes aquejados de encefalitis letárgica que habitaban en un hogar para ancianos y que fueron tratados por Sacks con Levodopa, produciendo cambios increíbles en personas que estaban inmóviles desde hacía más de treinta años (los videos que pueden verse en You Tube son impactantes). En vez de cuantificar los resultados obtenidos tomó la decisión de contar la historia de estos pacientes, por lo que fue acusado de abandonar la ciencia y de utilizar a sus pacientes para fines literarios. El resto de la leyenda es bien conocida: a partir de ese momento no dejó de escribir, contando

algunas de las mejores historias de pacientes que nunca se hayan escrito, intercalándolas con libros sobre ciencia y con uno en el que personaje principal es el mismo a partir de un grave accidente que sufrió en una pierna.

En la obra que nos ocupa las alucinaciones son el tema principal y el método seleccionado es el relato de quince historias (historias de caso) de pacientes atendidos por el Dr. Sacks, quienes sufren diferentes modelos de alucinaciones, quedando configurada de esta forma una galería de personajes increíbles que vale la pena conocer, comparables a los que aparecen en *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero* o en *Un antropólogo en Marte*, sus dos grandes clásicos, creemos, no superados. Aquí vale la pena aclarar que los personajes de nuestro autor son comparables a otros personajes inolvidables de la literatura delineados por Bellow, por Freud, por Dickens, por Balzac, por Bolaños y muchos otros, es decir, por autores que tuvieron la sensibilidad de transmitir un profundo humanismo contando historias de marginales, diferentes, rechazados, enfermos, abandonados y aislados sin perder el optimismo, la comprensión y la gentileza narrativa, nunca cayendo en una mirada paternalista o de superioridad que inevitablemente, por mejores intenciones que tenga, haría naufragar cualquier emprendimiento literario o clínico.

La gran tarea emprendida por este autor es la de haber rescatado las anécdotas e historias de nuestros pacientes de los márgenes de la medicina para volver a darles el lugar que merecen, volviendo a las raíces de nuestra práctica, cuando el intercambio de narraciones e historias era central en la construcción de una relación que siempre debe ir mucho más allá de los datos generalizables o de los análisis de laboratorio. En las historias contadas por Sacks, los héroes no son los médicos o la medicina sino los pacientes mismos, en una lucha denodada por tratar de preservar fragmentos de identidad en su jornada a través de un mundo que está siendo cambiado por la enfermedad y sus metáforas.

Algunos de los personajes retratados por el Dr. Sacks son una señora ciega de noventa años que ve gente con vestidos orientales, un señor de ochenta que padece demencia leve y que se siente acompañado por la alucinaciones de personas que cantan mientras él escucha programas de Gospel y jazz en la radio, una mujer joven aquejada de alucinaciones musicales y auditivas, un diseñador que padecía alucinaciones visuales (“...veía letras como un teletipo, en mis labios; formaban palabras, palabras que no podía leer”) y por último, el mismísimo Oliver Sacks se retrata a sí mismo, padeciendo alucinaciones visuales en las que todos los personajes

vestían, se comportaban y hablaban como si estuvieran en una obra de Jane Austen. Es casi imposible no encariñarse con estas criaturas, dueñas de una humanidad y de un sentido del humor que trascienden ampliamente sus diferentes padecimientos, generando una corriente de empatía con el lector que redunde en una gran penetración con los diferentes relatos.

Vale la pena destacar brevemente dos capítulos que creo sobresalen nítidamente del resto; en uno de ellos, titulado “Oír cosas”, el autor se ocupa de los aspectos psiquiátricos de la cuestión y realiza algunos planteos muy atendibles, como cuando sostiene que la psiquiatría y la sociedad en general están corrompidas por la creencia casi esquemática de que oír voces significa la locura y que solo ocurre en un contexto de grave desequilibrio mental, a pesar de las concienzudas y humanitarias reservas que dejaron esbozadas los primeros investigadores de la esquizofrenia. Transcribiremos textualmente un párrafo que complementa lo anteriormente señalado: “...en la década del setenta, las drogas antipsicóticas y los tranquilizantes habían comenzado a reemplazar otros tratamientos, y la elaboración de un historial concienzudo, el considerar toda la vida del paciente, se había visto sustituida por el uso de criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales para llevar a cabo diagnósticos precipitados”.

En “Estados alterados” se despliegan aspectos antropológicos, sociológicos, culturales, médicos y botánicos para contar la historia de la relación existente entre los fenómenos alucinatorios y las sustancias psicoactivas; nuevamente el autor se vuelve a poner de ejemplo, relatando sus experiencias con LSD, anfetaminas, marihuana y otras sustancias, dejando mucha tela para cortar para deleite del lector atento.

En resumen, nos parece una obra muy recomendable para todo tipo de lectores, pero quizás quienes le sacarán mayor jugo son aquellos que desempeñen tareas docentes, ya que el texto ofrece numerosos fragmentos ideales para ser problematizados con alumnos de medicina o de psiquiatría; en especial Sacks da una cátedra acerca de cómo escribir historiales de pacientes, algo muy necesario en estos tiempos de historias clínicas enflaquecidas dominadas por la atención gerenciada y por la psiquiatría defensiva ■

En la misma línea

- *La noche oscura del ser*, Jean Garrabe.
- *Las alucinaciones*, Georges Lanteri-Laura

“No solo estaba sorprendido, sino también asustado. Con el LSD y las otras drogas, sabía lo que ocurría. El mundo parecía diferente, se percibía de modo distinto; notabas que tenías todas las características de una experiencia especial y extrema. Pero mi 'conversación' con Jim y Kathy no había tenido ninguna cualidad especial; había sido completamente banal, y nada indicaba que fuera una alucinación. Me acorde de los esquizofrénicos conversando con sus 'voces', aunque lo habitual era que las voces de la esquizofrenia fueran burlonas o acusadoras, no que hablaran de huevos con jamón o del tiempo”.