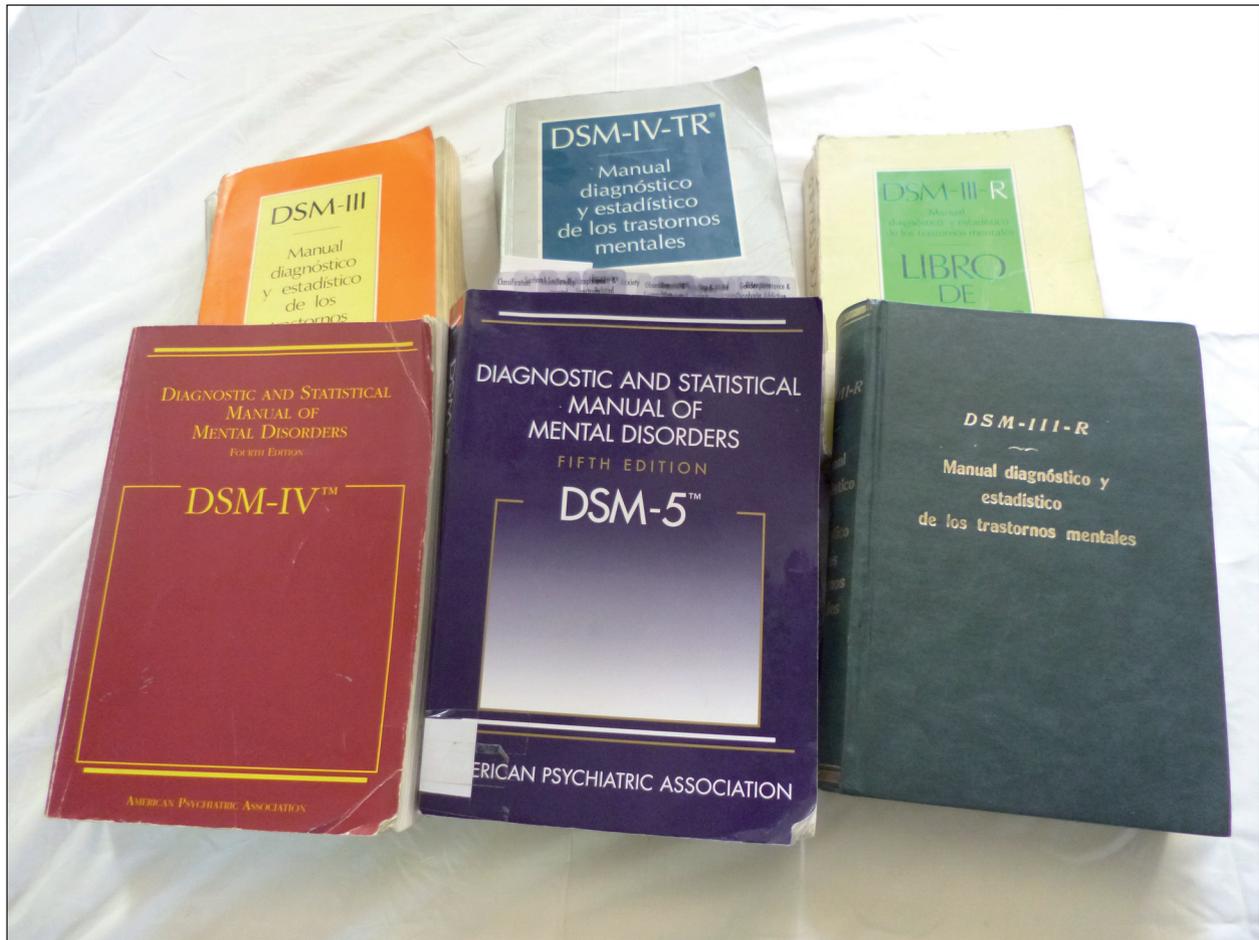


REVISTA CHILENA DE NEURO-PSIQUIATRÍA



DSM-5

Nueva clasificación de los trastornos mentales



REVISTA CHILENA
DE **NEURO-PSIQUIATRÍA**

Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Neurología,
Psiquiatría y Neurocirugía. Chile
Indexada en LILACS y Scielo
www.sonepsyn.cl

AÑO 68, VOL 52, SUPLEMENTO N° 1, MARZO 2014

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Fundada en 1932

Presidentes

1946-1948	Hugo Lea-Plaza	1973	Mario Sepúlveda	1994-1995	Jorge Méndez
1950	Guillermo Brinck	1974-1976	Guido Solari	1996-1997	César Ojeda
1954-1955	Octavio Peralta	1977-1978	Sergio Ferrer	1998-1999	Fernando Díaz
1957	Héctor Valladares	1979	Jorge Grismali	2000-2001	Andrés Heerlein
1958	José Horwitz	1980-1981	Guido Solari	2002-2003	Fredy Holzer
1962-1963	Ricardo Olea	1982-1983	Jorge Méndez	2003-2005	Enrique Jadresic
1964	Rodolfo Núñez	1984-1985	Fernando Vergara	2005-2007	Renato Verdugo
1965-1966	Armando Roa	1986-1987	Max Letelier	2007-2009	Juan Maass
1967-1968	Jorge González	1988-1989	Selim Concha	2009-2011	David Rojas P.
1969-1970	Aníbal Varela	1990-1991	Jaime Lavados	2011-2013	Fernando Ivanovic-Zivic
1971-1972	Mario Poblete	1992-1993	Fernando Lolas		

Editores de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría

1947-1949	Isaac Horwitz	1967-1980	Rafael Parada	2003-2005	Jorge Nogales-Gaete
1954	Isaac Horwitz	1981-1993	Otto Dörr	2006-2007	Rodrigo Salinas
1955	Gustavo Mujica	1994-1995	César Ojeda	2008-2013	Luis Cartier
1957-1958	Gustavo Mujica	1996-1997	Fredy Holzer	2013-	Patricio Fuentes
1962-1964	Jacobo Pasmanik	1998-2002	Hernán Silva		
1965-1966	Alfredo Jelic				

Maestros de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Maestros de la Psiquiatría Chilena

1991	Juan Marconi
1994	Armando Roa
1997	Mario Sepúlveda
1999	Fernando Oyarzún
2001	Otto Dörr
2003	Rafael Parada
2005	Mario Gomberoff
2007	Gustavo Figueroa
2009	Pedro Rioseco
2011	Hernán Silva
2013	Ramón Florenzano

Maestro de la Neurooftalmología Chilena

1993	Abraham Schweitzer
------	--------------------

Maestros de la Neurocirugía Chilena

1992	Héctor Valladares
2000	Jorge Méndez
2004	Renato Chiorino
2008	Selim Concha
2012	Arturo Zuleta

Maestros de la Neurología Chilena

1990	Jorge González
1995	Jaime Court
1998	Camilo Arriagada
2002	Fernando Novoa
2004	Fernando Vergara
2010	Luis Cartier

Directorio de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Período noviembre 2013 - 2015

Presidente	José Luis Castillo C.
Secretario General	Juan Maass V.
Tesorero	Rodrigo Chamorro O.
Presidente Anterior	Fernando Ivanovic-Zuvic R.

Comisión de Neurología y Neurocirugía

Secretario Ejecutivo

Directores

Juan Carlos Casar L. Lientur Taha M.
José Luis Castillo C. Carlos Navarrete M.
Guillermo Figueroa R.

Comisión de Psiquiatría

Secretario Ejecutivo

Daniel Martínez A.

Directores

Rodrigo Chamorro O. Juan Maass V.
María Soledad Gallegos E. Luis Risco N.
Daniela Gómez A.

Directores Adjuntos

Director de Medios y Publicaciones

Dr. Luis Risco N.

Director de Comité Editorial

Patricio Fuentes G.

Coordinadores Grupos de Trabajo

GDT de Trastornos del Movimiento
GDT de Psicoterapia
GDT de Cerebrovascular
GDT de Cefalea
GDT de Neurología Cognitiva y Demencias
GDT de Adicciones
GDT de Medicina Psicosomática
GDT de Psiquiatría Forense
GDT de Salud Mental de la Mujer
GDT de Neuromuscular
GDT de Neurooncología
GDT de Enfermedades del Ánimo
GDT de Trastornos del Sueño
GDT de Neuro Infectología
GDT de Suicidología
Comisión de Ética

Eduardo Larrachea
Marta del Río
Daniel Cárcamo
Loreto Cid
Carolina Delgado
Carlos Ibáñez
Ximena Torregrosa
Rodrigo Dresdner
Gloria Gramegna
Luis Pedraza
Mariana Sinning
Pedro Retamal
Mónica González
Carlos Silva
Tomás Baader
Fernando Novoa

Representantes ante Sociedades Internacionales

Asociación Mundial de Psiquiatría
Asociación Psiquiátrica América latina
Federación Mundial de Neurología
The Movement Disorder Society
Zona V WPA

Enrique Jadresic
Juan Maass
Renato Verdugo
Pedro Chaná
Luis Risco

Información general

Origen y gestión.- La Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría fue creada en 1947 y pertenece a la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN), de la cual es su órgano oficial de expresión científica. La gestión financiera de la Revista la realiza el directorio de SONEPSYN. La gestión editorial está delegada a un editor y comité editorial, quienes cuentan con plena libertad e independencia en este ámbito.

Propósito y contenido.- La revista tiene como misión publicar artículos originales e inéditos que cubren aspectos básicos y clínicos de las tres especialidades: Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Se considera además la relación de estas especialidades con la ética, educación médica, relación médico paciente, gestión asistencial, salud pública, epidemiología, ejercicio profesional y sociología médica. Las modalidades de presentación del material son: artículos de investigación, experiencias clínicas, artículos de revisión, estudios de casos clínicos, comentarios sobre nuevas investigaciones o publicaciones, análisis de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos a la luz de la medicina basada en la evidencia, cartas, investigaciones históricas y reseñas bibliográficas.

Audiencia.- Médicos especialistas, otros médicos, profesionales de la salud, investigadores, académicos y estudiantes que requieran información sobre las materias contenidas.

Modalidad editorial.- Publicación trimestral de trabajos revisados por pares expertos (*peer review*), que cumplan con las instrucciones a los autores, señaladas al final de cada volumen.

Resúmenes e Indexación.- La revista está indexada en EMBASE/Excerpta Médica Latinoamericana, LILACS (Literatura Latino Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud, <http://www.bireme.org/abd/E/ehomepage.htm>), ScIELO (*Scientific Electronic Library Online*, <http://www.scielo.cl/scielo.php>), Latindex (Sistema regional de información en línea para revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, <http://www.latindex.unam.mx/>) y en la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC Data Bases), siicsalud (<http://www.siicsalud.com/>).

Forma parte de la Federación de Revistas Neurológicas en Español.

Acceso libre a artículos completos on-line.- (*Open and free access journal*). Disponible en:

- 1.- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0717-9227&lng=es&nrm=iso
- 2.- www.sonepsyn.cl

Abreviatura.- Rev Chil Neuro-Psiquiat

EDITORIAL  ILIKU

Producción: María Cristina Illanes H.
mcristina@editorialiku.cl

Toda correspondencia editorial debe dirigirse a: Dr. Patricio Fuentes, Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, Carlos Silva V. 1300, Depto. 22, Providencia, Santiago de Chile, Casilla 251, Correo 35, Santiago, Fono 2232 9347, E-mail: directorio@sonepsyn.cl - Página Web: www.sonepsyn.cl - Publicación Trimestral.
Valor Número: \$ 8.000. Suscripción Anual (franqueo incluido) \$ 24.000. Suscripción extranjero US\$ 45.

Fundada en 1947

Editor

Patricio Fuentes G.
Servicio de Neurología, Hospital del Salvador

Editores Asociados

Neurología (N)

Manuel Lavados M.

*Departamento de Ciencias
Neurológicas Oriente de la
Universidad de Chile*

Psiquiatría (P)

Hernán Silva I.

*Clínica Psiquiátrica
Universitaria, Universidad de
Chile*

Neurocirugía (NC)

David Rojas Z.

*Instituto de
Neurocirugía*

Comité Editorial

Fernando Araya

David Sáez

Francisco Mery

César Carvajal

Muriel Halpern

Hospital del Salvador

Hospital Barros Luco Trudeau

Hospital Pontificia Universidad Católica de Chile

Universidad de Los Andes

Universidad de Chile

Consejo Editorial Internacional

Renato Alarcón (EE.UU.)

Fernando Barinagarrementeria (México)

Germán Berríos (Inglaterra)

Oscar del Brutto (Ecuador)

Manuel Dujovny (EE.UU.)

Alvaro Campero (Argentina)

Oscar Fernández (España)

Santiago Giménez-Roldán (España)

Gerhard Heinze (México)

Roberto Heros (EE.UU.)

John Jane Jr. (EE.UU.)

Francisco Lopera (Colombia)

Ricardo Nitrini (Brasil)

Eugene Paykel (Inglaterra)

Gustavo Román (EE.UU.)

Daniel Rosenthal (Alemania)

Norman Sartorius (Suiza)

Roberto Sica (Argentina)

Consejo Editorial Nacional

Nelson Barrientos

Selim Concha

Pedro Chaná

Flora de la Barra

Jaime Godoy

Fernando Lolas

Juan Maass

Jorge Nogales

Fernando Novoa

David Rojas P.

Rodrigo Salinas

Jorge Sánchez

Marcelo Trucco

Renato Verdugo

Alfredo Yáñez

Arturo Zuleta

Editorial

DSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales.

Hernán Silva I. 7

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM-5.

Schizophrenia and other psychotic disorders in DSM-5.

Hernán Silva I. y Sonia Jerez C. 9

Trastornos del ánimo y DSM-5.

Affective disorders and DSM-5.

Pablo Salinas T., Claudio Fullerton O. y Pedro Retamal C. 16

DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria.

DSM-V and eating disorders.

Rosa Behar A. y Marcelo Arancibia M. 22

Trastornos neurocognitivos en el DSM-5.

Neurocognitive disorders in DSM 5.

Patricio Fuentes G. 34

Trastornos de personalidad: desde Schneider al DSM-5.

Personality disorders: from Schneider to DSM 5.

Ramón Florenzano U. y Javiera Guerrero M. 38

Los trastornos ansiosos en el DSM-5.

Juan Maass V. 50

DSM-5. Análisis y controversias.

DSM-5. Analysis and controversies.

Sonia Jerez C. y Hernán Silva I. 55

Instrucciones a los autores 62

DSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales

En mayo de 2013 fue publicada la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) de la American Psychiatric Association (APA). El nuevo manual contiene una serie de cambios respecto a las versiones anteriores y su aparición ha estado rodeada de variadas polémicas.

Algunos de los cambios más visibles guardan relación con la denominación y estructuración del manual. Lo primero que llama la atención en el título es el empleo de un número arábigo en lugar de los ya tradicionales números romanos empleados en las ediciones anteriores. La razón esgrimida por los redactores del manual es que, en el siglo XXI -cuando la tecnología permite una inmediata disseminación de la información por todo el mundo-, el empleo de la numeración romana constituye una limitación. Los rápidos avances en la investigación requieren la revisión continua del manual. Por consiguiente, los futuros cambios -previos a una revisión completa-, serán expresados como DSM-5.1, DSM-5.2 y así sucesivamente.

Otro cambio llamativo es la remoción del sistema multiaxial, poniendo en un mismo nivel los anteriores ejes I, II y III (trastornos psiquiátricos, trastornos de personalidad, otras condiciones médicas) y agregando anotaciones separadas para consignar los factores psicosociales (antes eje IV) y el nivel de funcionamiento (antes eje V). Dentro de los objetivos de dicho cambio está el de acercar la clasificación psiquiátrica al resto de la medicina, que no emplea ejes, y poner a los trastornos de personalidad en igualdad de condiciones con el resto de los trastornos. Si bien estas razones son relevantes, se elimina una ordenación que había resultado útil y didáctica en la enseñanza de la especialidad.

El orden de los capítulos ha sido re-estructurado, reuniendo a los trastornos más similares y apa-

rentemente relacionados entre sí. Dichos cambios buscan además alinear al DSM-5 con la undécima edición de la International Classification of Diseases (ICD 11) de la World Health Organization (WHO), próxima a aparecer. Asimismo se busca fomentar la investigación al interior de grupos diagnósticos, y a través de ellos, con la esperanza de avanzar en la comprensión de sus relaciones. El mayor conocimiento acerca de tales relaciones podría identificar patrones comunes y eventuales causas de los trastornos y a futuro permitir el desarrollo de nuevos tratamientos.

El ordenamiento de los capítulos sigue también la secuencia de las etapas del desarrollo a lo largo de la vida. Los trastornos típicamente diagnosticados en la infancia se presentan primero, seguidos por los de aparición en la adolescencia, adultez y edad avanzada. Trastornos que previamente se agrupaban como “de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia” ahora están integrados a lo largo del manual.

No se aumentó el número de trastornos, pero se ordenaron de manera diferente. Por ejemplo, un nuevo grupo de trastornos del neurodesarrollo incluye los trastornos del espectro autista, el trastorno de déficit atencional e hiperactividad y los trastornos por tics (como el Tourette). El capítulo de trastornos relacionados con sustancias es ahora el de trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos, e incluye el juego patológico. Otros trastornos han sido separados de sus anteriores agrupaciones debido al progreso en su conocimiento. Por ejemplo, el trastorno obsesivo compulsivo ha sido separado de los trastornos de ansiedad, en base al reciente conocimiento de que implica circuitos cerebrales específicos. Asimismo, los trastornos del ánimo han sido separados entre trastornos bipolares y relacionados y trastornos depresivos.

Los grupos de trastornos del DSM-5 son los siguientes:

1. Trastornos del neurodesarrollo.
2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
4. Trastornos depresivos.
5. Trastornos de ansiedad.
6. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.
7. Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés.
8. Trastornos disociativos.
9. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados.
10. Trastornos de la alimentación.
11. Trastornos del sueño-vigilia.
12. Disfunciones sexuales.
13. Disforia de género.
14. Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas.
15. Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos.
16. Trastornos neurocognitivos.
17. Trastornos parafilicos.
18. Trastornos de personalidad.

Como condiciones para posterior estudio se incluyen cuadros como el síndrome de psicosis atenuada, los episodios depresivos con hipomanía de corta duración, la adicción a internet y las conductas auto lesivas no suicidas, entre otros.

Ya desde antes de su publicación el DSM-5 ha suscitado una serie de críticas, las que van desde la falta de rigor científico en la conceptualización de los trastornos mentales, hasta la patologización de conductas normales y el secretismo y los sesgos de los grupos de trabajo que lo elaboraron.

En este suplemento se presenta una serie de trabajos que analizan algunos de los grupos de trastornos más importantes que trae el nuevo manual, así como las principales controversias que ha suscitado.

A nuestro juicio, la edición del DSM-5 refleja el momento en que se encuentra nuestra especialidad. En los últimos años se ha producido un enorme avance en las neurociencias, pero este aún resulta insuficiente para reformular desde bases científicas la nosología de las enfermedades mentales. De algún modo, los creadores del DSM-5 reconocen que se trata de una clasificación en transición, con las imperfecciones que esto conlleva; pero aún así representaría la mejor alternativa disponible en este momento para cumplir los múltiples fines que se propone (clínicos, de investigación, salud pública, médico-legales, etc.). Es de esperar que más temprano que tarde, la psiquiatría esté en condiciones de contar con una clasificación basada en etiologías o en mecanismos etiopatogénicos, que la acerque más al resto de las especialidades médicas.

Dr. Hernán Silva I.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM-5

Schizophrenia and other psychotic disorders in DSM-5

Hernán Silva I.^{1,2} y Sonia Jerez C.¹

In this paper the changes in the DSM -5 in the chapter on schizophrenia and other psychotic disorders are discussed. The importance formerly granted to first-rank symptoms of Schneider and bizarre delusions content for diagnosing schizophrenia is eliminated. Classical subtypes of schizophrenia by low validity and clinical utility are eliminated. More specific criteria for the diagnosis of schizoaffective disorder are provided. Catatonia is included as a specifier of various psychotic disorders such as schizophrenia and mood disorders . Attenuated psychosis syndrome is added as a condition for further study . The DSM- 5, with a dimensional approach may represent a step towards the dissection of the conglomerate of multiple disorders currently grouped under the diagnosis of schizophrenia.

Key words: DSM -5 , schizophrenia , schizoaffective disorder, delusional disorder, catatonia.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014; 52 (Supl 1): 9-15

Introducción

Desde la introducción del sistema de clasificación de la American Psychiatric Association (DSM) hace alrededor de medio siglo, se han producido una serie de cambios hasta la actualidad. Las sucesivas ediciones se han propuesto mejorar la utilidad clínica, la fiabilidad y la validez, mediante la acumulación de conocimientos y la mejor comprensión de los diversos trastornos. Asimismo se ha tratado de corregir los problemas detectados en las versiones anteriores. Este proceso continúa en el DSM-5. Las revisiones tratan de corregir las limitaciones en la utilidad clínica del DSM-IV-TR, al mismo tiempo que incorporan los nuevos conocimientos generados en las últimas dos décadas, desde la publicación de la versión anterior.

A continuación se analizan los cambios introducidos en el DSM-5 en el capítulo sobre esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, destinados a mejorar su utilidad y a actualizar sus contenidos.

Sección Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM-IV y DSM-5

Una de las principales secciones del manual es la de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos relacionados. En esta sección se incluyen: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno delirante, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno psicótico secundario a una enfermedad médica, catatonía asociada a una enfermedad médica y trastorno psicótico no especificado.

Estos trastornos se caracterizan por la presen-

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Departamento de Psiquiatría Norte. Hospital Clínico. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

² Biomedical Neuroscience Institute (BNI).

cia de delirios, alucinaciones, desorganización del pensamiento y de la conducta, y catatonía, en diferentes combinaciones, gravedad y duración. Se han señalado una serie de limitaciones al modo como el DSM-IV aborda este grupo de trastornos. Asimismo, en los últimos veinte años se han generado nuevos datos neurobiológicos y sobre su tratamiento. Es así como el límite entre la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo está definido de modo muy impreciso en el DSM-IV. Por otra parte, las diferencias entre las variantes psicóticas del trastorno obsesivo compulsivo y del trastorno dismórfico corporal por un lado, y el trastorno delirante por otro, resultan muy ambiguas.

Los subtipos clásicos de esquizofrenia, mantenidos en el DSM-IV, proporcionan una pobre descripción de la heterogeneidad del trastorno. La estabilidad longitudinal de los subtipos resultó ser muy baja y en la práctica sólo se empleaban los subtipos paranoide y desorganizado. La importancia que se otorgó a los síntomas de primer rango de Schneider (delirios “extraños” y una variedad especial de alucinaciones) ahora parece inadecuada. La catatonía fue tratada de modo desigual en el DSM-IV, cumpliendo diferentes conjuntos de criterios.

Cambios en el DSM-5

Se efectuaron varios cambios en el DSM-5, respecto al DSM-IV, para hacer frente a las limitaciones señaladas¹. A continuación resumimos su naturaleza y justificación.

Introducción al capítulo

Se amplió la introducción con la finalidad de definir diferentes dominios de la psicopatología de las psicosis y describir la lógica de la organización de los diversos trastornos agrupados en esta sección. Se discute la relación entre los diversos trastornos en términos de duración, severidad, conocimientos acerca de su etiología y el número de dominios afectados.

Esquizofrenia

A través de las seis ediciones previas del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV

y DSM-IV-TR) la definición de esquizofrenia ha ido evolucionando². No obstante, los tres pilares conceptuales sobre los que se ha construido el concepto se han mantenido en todas las definiciones. El primero de ellos es la visión de Kraepelin que pone el acento en la alteración de la voluntad, la cronicidad y el mal pronóstico. El segundo recoge el punto de vista de Bleuler, quien pone el acento en las escisiones como un elemento fundamental y en los síntomas negativos. A ellos se agrega la perspectiva de Schneider sobre la distorsión de la realidad y los síntomas positivos. El énfasis relativo que se ha otorgado a estas tres perspectivas ha variado a lo largo de las sucesivas ediciones del manual.

El DSM-I y el DSM-II adoptaron un punto de vista más Bleuleriano y pusieron el acento en los síntomas negativos y en el trastorno de las relaciones interpersonales. Esto condujo a una definición muy amplia, que se tradujo en marcadas discrepancias entre el diagnóstico que se efectuaba en Estados Unidos y el que se realizaba en Inglaterra y en Europa en general^{3,4}.

Como una reacción a esta situación, el DSM-III en sus criterios operacionales estrechó los límites del concepto. Se introdujo el requisito de la cronicidad y el déficit funcional, además de destacar la presencia de los síntomas de primer rango de Schneider, en un esfuerzo por definir un trastorno más homogéneo.

Desde el DSM-III al DSM-IV sólo hubo una modesta expansión de los criterios diagnósticos, con la eliminación del requisito de que el comienzo fuera antes de los 45 años y con la inclusión de los síntomas negativos.

En general, se estima que el concepto de esquizofrenia del DSM-IV ha sido útil desde el punto de vista clínico y que posee una buena validez y fiabilidad⁵. Su validez se fundamenta en una variedad de antecedentes, como agregación familiar y factores de riesgo ambientales. También su buena validez predictiva se basa en la estabilidad diagnóstica, curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento^{6,7}. En cambio su validación concurrente, por ejemplo mediante marcadores biológicos, es menos consistente⁸.

La estabilidad diagnóstica de la esquizofrenia en

el DSM-IV es muy alta: el 80 a 90% de los pacientes que reciben ese diagnóstico inicial lo mantiene al cabo de 1 a 10 años^{6,9}. Por consiguiente, se decidió que lo nuclear de los criterios diagnósticos del DSM-IV sea mantenido en el DSM-5.

Los cambios en los criterios diagnósticos de esquizofrenia en el DSM-5 son escasos y en líneas generales mantiene la continuidad con el DSM-IV. Se introducen dos cambios menores en el criterio A (síntomas de la fase activa). Uno es la eliminación de la importancia que antes se otorgaba a los síntomas de primer rango de Schneider y a los delirios de contenido extraño, ya que se ha encontrado que no son síntomas específicos para la esquizofrenia y la distinción entre delirios de contenido extraño y no extraño tiene escasa fiabilidad. En el DSM-5 los síntomas de primer rango de Schneider son considerados de igual importancia que cualquier otro síntoma positivo respecto a sus implicancias diagnósticas. Se requieren dos síntomas del criterio A para hacer el diagnóstico, incluso si uno de ellos es un delirio de contenido extraño.

Este cambio representa la continuación de la revisión iniciada en el DSM-IV. En el DSM-III los síntomas de primer rango de Schneider tenían especial relevancia. Se requería la presencia de dos síntomas del criterio A para hacer el diagnóstico de esquizofrenia, pero se aceptaba la presencia de uno solo si es que correspondía a un síntoma de primer rango de Schneider. Este tratamiento privilegiado se superponía además con el concepto de delirios “extraños” y alucinaciones “especiales”, llevando a que el criterio A fuese excesivamente complejo y redundante en el DSM-III-R. Este último incorporó tres criterios A separados: el A1 con dos o más síntomas característicos, el A2 con delirios extraños y el A3 con alucinaciones especiales de primer rango de Schneider. Por tal motivo el DSM-IV fusionó los criterios A2 y A3 y aceptó la presencia de un solo síntoma si es que era un delirio extraño o alucinaciones de primer rango. Finalmente esto fue eliminado en el DSM-5.

Desde hace bastante tiempo se viene cuestionando la especificidad diagnóstica de los síntomas de primer rango de Schneider, así como el énfasis en los delirios bizarros o extraños y en un tipo

especial de alucinaciones. En un grupo mixto de trastornos psicóticos la presencia de síntomas de primer rango no se asocia al pronóstico ni a la historia familiar de esquizofrenia². Por otra parte, la fiabilidad de distinguir delirios extraños de delirios no extraños ha demostrado ser escasa¹⁰.

Se espera que este cambio tenga escaso impacto en la casuística, ya que menos del 2% de quienes son diagnosticados según los criterios del DSM-IV, lo son en base a un solo delirio extraño o a un tipo de alucinación. La simplificación del criterio A podría mejorar la validez diagnóstica y aumentar la utilidad clínica del diagnóstico de esquizofrenia en el DSM-5.

En el DSM-5 se añade como requisito que, al menos uno de los síntomas requeridos para cumplir con el criterio A sea tener delirios, alucinaciones y pensamiento desorganizado. Estos constituyen los síntomas positivos “nucleares” y necesarios para un diagnóstico fiable de esquizofrenia. Este requerimiento es consecuente con el concepto de la esquizofrenia como un trastorno psicótico.

En el DSM-IV los síntomas negativos se añadieron como un síntoma característico adicional en el criterio A. La abulia y la disminución de la expresión emocional describen dos aspectos distinguibles de los síntomas negativos¹¹. Por su parte, el término “disminución de la expresión emocional” reflejaría mejor la naturaleza de la anormalidad afectiva de la esquizofrenia que la expresión “aplanamiento afectivo” que empleaba el DSM-IV. Ahora el quinto síntoma característico en el criterio A será expresado como “síntomas negativos, por ejemplo, disminución de la expresión emocional o abulia”. Este cambio representaría una descripción clínica más precisa pero que no tendrá impacto en la casuística².

Déficit cognitivo. Un cambio discutido pero no incorporado

El déficit cognitivo constituye un aspecto importante en la psicopatología de la esquizofrenia. Durante los últimos años una gran cantidad de investigaciones ha contribuido a dilucidar su naturaleza y relevancia. Durante la elaboración del DSM-5 se discutió si incorporar el déficit cognitivo

como un criterio diagnóstico para esquizofrenia. No obstante se decidió no hacerlo. La razón fue que no distinguen suficientemente entre esquizofrenia y otros trastornos que se encuentran en sus límites¹². El impacto en la casuística que podría tener su incorporación es desconocido. Si bien la naturaleza del trastorno cognitivo al momento del diagnóstico puede ser poco discriminativo para diagnosticar esquizofrenia, el desarrollo de un patrón de declinación cognitiva durante los años previos al comienzo de la psicosis puede ser relevante para el diagnóstico diferencial. Sin embargo los datos comparativos disponibles hasta ahora resultan insuficientes para hacer un cambio¹³.

Relación con los trastornos del desarrollo

En el DSM-IV, si existe una historia de trastorno autista o un trastorno generalizado del desarrollo, se puede hacer el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo si también están presentes delirios o alucinaciones prominentes. No obstante hay otros trastornos de la comunicación de inicio en la infancia, en los cuales el discurso desorganizado y los síntomas negativos pueden ser parte de la presentación, por lo que requieren la misma especificación¹⁴. Consecuentemente, en el criterio F del DSM-5, al trastorno autista y al trastorno generalizado del desarrollo se agregan “otros trastornos de la comunicación de inicio en la infancia”.

Subtipos de esquizofrenia

En el DSM-5 se eliminan los subtipos de esquizofrenia del DSM-IV. La razón es que tenían escasa estabilidad diagnóstica, baja confiabilidad, pobre validez y escasa utilidad clínica. Por otro lado, a excepción de los subtipos paranoide e indiferenciado, rara vez se emplean los otros subtipos en la mayor parte del mundo.

Desde la introducción del concepto de esquizofrenia, hace más de un siglo, se señaló su heterogeneidad. Esta fue abordada describiendo distintos subtipos: paranoide, catatónica, hebefrénica (o desorganizada) e indiferenciada. Durante la elaboración del DSM-IV se estableció que esos subtipos tenían poca confiabilidad, baja estabilidad a lo largo del tiempo y escaso valor pronóstico.

No obstante se decidió mantenerlos en consideración a la tradición clínica. Una serie de estudios orientados a identificar subtipos taxonómicos de esquizofrenia han fracasado consistentemente en identificar los subtipos del DSM-IV. Una revisión amplia de diversos análisis concluye en que no existe apoyo para mantener los clásicos subtipos de esquizofrenia¹⁵.

El DSM-IV estableció una estructura jerárquica en la cual se diagnostica subtipo catatónico aunque la persona tenga además síntomas paranoides y de desorganización; se diagnostica subtipo desorganizado aunque el sujeto tenga síntomas paranoides y el tipo indiferenciado puede diagnosticarse sólo cuando el sujeto no tiene síntomas catatónicos, desorganizados o paranoides. No obstante, en Estados Unidos, en la práctica administrativa sólo 1 a 2% de los pacientes esquizofrénicos recibe el diagnóstico de subtipo catatónico y 2 a 3% el de tipo desorganizado². En un estudio efectuado en China en 19.000 pacientes hospitalizados y en el lapso de 10 años, el subtipo catatónico se diagnosticó en el 0,2% de los casos y el subtipo desorganizado en el 1,0%; en cambio el 91% recibió el diagnóstico de tipo indiferenciado¹⁶.

Trastorno esquizoafectivo

Siempre ha constituido un desafío la caracterización de pacientes que presentan, simultánea o alternadamente, síntomas psicóticos y del estado de ánimo. Estos enfermos constituyen un desafío a las nosologías lo que se refleja en la escasa fiabilidad, baja estabilidad diagnóstica y cuestionable validez del trastorno esquizoafectivo en el DSM-IV. Esto ha llevado a una sobrerutilización de una categoría diagnóstica que originalmente se previó que sería raramente utilizada¹⁷.

En el DSM-5 se hizo un esfuerzo por mejorar la fiabilidad del diagnóstico aportando criterios más específicos. El trastorno esquizoafectivo se conceptualizó de modo explícito como un diagnóstico longitudinal y no transversal. El cambio más significativo se hizo en el criterio C, con el requisito de que un episodio del estado de ánimo mayor esté presente durante la mayor parte de la enfermedad para poder hacer el diagnóstico de trastorno es-

quiza afectivo. Esto permitiría diferenciarlo de la esquizofrenia con síntomas del estado de ánimo.

Dimensiones psicopatológicas de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se caracterizan por tener varios dominios psicopatológicos, cada uno de los cuales posee un curso distintivo, diferentes pautas de respuesta al tratamiento e implicancias pronósticas. La gravedad relativa de estas dimensiones sintomatológicas varía entre los pacientes, así como en el mismo paciente en diferentes etapas de su enfermedad. Los dominios psicopatológicos relevantes incluyen distorsión de la realidad (delirios, alucinaciones), síntomas negativos, desorganización, deterioro cognitivo, síntomas motores (como por ejemplo catatonía) y síntomas del estado de ánimo (depresión y manía). La medición de la gravedad relativa de estas dimensiones sintomatológicas puede proporcionar al médico información útil acerca de la naturaleza de la enfermedad en un paciente particular y en la evaluación del impacto específico del tratamiento en diferentes aspectos de su enfermedad. Como una escala de evaluación sencilla, debiera alentar a los clínicos a evaluar de forma explícita y seguir los cambios en la gravedad de estas dimensiones para guiar el tratamiento. La escala de evaluación de 0 a 4 con puntos de anclaje para cada uno de los 8 ítems se describe en la sección 3 del manual.

Catatonía

La catatonía es tratada consistentemente en el DSM-5. Se emplea el mismo criterio para el diagnóstico de catatonía en todo el manual. La catatonía es un especificador de diversos trastornos psicóticos (incluyendo la esquizofrenia) y trastornos del estado de ánimo. Se añade una nueva categoría de catatonía NOS (no especificada) para clasificar a los individuos con catatonía asociada a otros trastornos psiquiátricos, o a aquéllos cuya condición médica general contribuyente aún no ha sido identificada. Estos cambios deberían mejorar el reconocimiento constante de la catatonía en toda la gama de trastornos psiquiátricos y facilitar su tratamiento específico.

Trastorno delirante

En el DSM-IV no eran claros los límites entre las variantes psicóticas del trastorno obsesivo compulsivo y del trastorno dismórfico corporal y el trastorno delirante. Por tal motivo se recomendó registrar ambos diagnósticos al mismo tiempo en el caso de que se presentara la duda. Esta situación evidentemente insatisfactoria fue abordada en el DSM-5, proporcionando una más clara delimitación entre trastorno delirante y variantes psicóticas del trastorno obsesivo compulsivo y del trastorno dismórfico corporal. En contraste con el DSM-IV, en el que dichos pacientes reciben dos diagnósticos concurrentes (por ejemplo trastorno obsesivo compulsivo más trastorno delirante), en el DSM-5 recibirán un solo diagnóstico (trastorno obsesivo compulsivo con síntomas psicóticos en el caso señalado).

Síndrome de psicosis atenuada

Se cree que la evaluación insatisfactoria que tiene la esquizofrenia en una significativa proporción de los pacientes se debería a la tardía identificación de la enfermedad y al consiguiente retraso en iniciar el tratamiento, cuando ya se ha producido un daño significativo. La aparición de la psicosis en la esquizofrenia es precedida de un pródrómo bastante característico, caracterizado por síntomas psicóticos atenuados.

Los sujetos con un Síndrome de Psicosis Atenuada bien definido tienen muchas más posibilidades que la población general de desarrollar un trastorno psicótico durante el año siguiente. Sin embargo, la mayoría no desarrolla esquizofrenia y una gran proporción tiene síntomas anímicos o ansiosos. La demostración de una adecuada fiabilidad del diagnóstico era esencial para que fuese incluido en el texto. No obstante, los ensayos de campo del DSM-5 consideraron una cohorte insuficiente para poder probar adecuadamente su fiabilidad. Por lo tanto, el Síndrome de Psicosis Atenuada se añadió en el Capítulo 3 (Anexo) del DSM-5 como condición para su estudio ulterior.

Una consideración final fue armonizar el DSM-5 con el futuro ICD-11, para lograr la mayor consistencia posible con las opiniones de cada grupo de trabajo.

Conclusiones

Mientras el mantener una alta fiabilidad y mejorar la validez fueron importantes consideraciones para el desarrollo del DSM-5, el objetivo principal fue facilitar la evaluación clínica y el tratamiento. Mientras una nosología etio-fisiopatológica de la esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados es actualmente difícil de alcanzar, el DSM-5 debería proporcionar una plataforma más útil para la integración de la información emergente desde la genética y otras áreas de la neurobiología acerca de estas condiciones. Asimismo debería servir como un puente entre la nosología psicopatológica clínicamente útil de hoy a una futura clasificación etio-fisiopatológica.

En los últimos años ha habido una creciente información sobre diversos criterios de validación

de la esquizofrenia: factores genéticos compartidos, estudios familiares, factores de riesgo ambiental, interacciones gene-ambiente, sustratos neurales, biomarcadores, temperamento, anormalidades del procesamiento emocional y cognitivo, comorbilidad, curso y respuesta al tratamiento¹⁸⁻²⁰. No obstante, hasta ahora las evidencias acerca de la etiología y fisiopatología resultan insuficientes para emplear mediciones neurobiológicas para el diagnóstico. La ausencia de límites claros, la multiplicidad de factores etiológicos y de mecanismos fisiopatológicos implicados, sugiere que probablemente la esquizofrenia es un conglomerado de múltiples trastornos. La disección de este grupo heterogéneo es difícil, pero la aproximación dimensional parece ser un método promisorio para avanzar en ese sentido. El DSM-5 puede ser una plataforma más útil que su antecesor para avanzar hacia ese propósito.

Resumen

En este trabajo se analizan los cambios introducidos en el DSM-5 en el capítulo sobre esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se elimina la importancia que antes se otorgaba a los síntomas de primer rango de Schneider y a los delirios de contenido extraño par el diagnóstico de esquizofrenia. Se eliminan los clásicos subtipos de esquizofrenia por su escasa validez y utilidad clínica. Se aportan criterios más específicos para el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. La catatonía es incluida como especificador de diversos trastornos psicóticos, como esquizofrenia y trastornos del ánimo. El síndrome de psicosis atenuada se añade como condición para su estudio posterior. El DSM-5, con una aproximación más dimensional, puede representar un avance hacia la disección del conglomerado de múltiples trastornos que actualmente se agrupan bajo el diagnóstico de esquizofrenia.

Palabras clave: DSM-5, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, catatonía.

Referencias bibliográficas

1. Carpenter WT, Tandon R. Psychotic disorders in DSM-5: summary of changes. *Asian J Psychiatr* 2013; 6 (3): 266-8.
2. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, *et al.* Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res* 2013; 150 (1): 3-10.
3. Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ, Copeland JR, Sharpe L, Gurland BJ. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch. Gen. Psychiatry* 1971; 25 (2): 123-30.
4. Wing JK, Nixon J. Discriminating symptoms in

- schizophrenia: a report from the International Pilot Study of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 953-9.
5. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "Just the Facts". 4. Clinical features and concept. *Schizophr Res* 2009; 110 (1-3): 1-23.
 6. Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ, Carlson GA, Tanenberg-Karant M, Ruggero C, *et al.* Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. *Am J Psychiatry* 2011; 168 (11): 1186-94.
 7. Korver-Nieberg N, Quee PJ, Boos HB, Simons CJ. The validity of the DSM-IV diagnostic classification system of non-affective psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45 (12): 1061-8.
 8. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 2012; 17 (12): 1174-9.
 9. Haahr U, Friis S, Larsen TK, Melle I, Johannessen JO, Opjordsmoen S, *et al.* First-episode psychosis: diagnostic stability over one and two years. *Psychopathology* 2008; 41 (5): 322-9.
 10. Cermolacce M, Sass L, Parnas J. What is bizarre about bizarre delusions? A critical review. *Schizophr Bull* 2010; 36 (4): 667-79.
 11. Messinger JW, Trémeau F, Antonius D, Mendelsohn E, Prudent V, Stanford AD, *et al.* Avolition and expressive deficits capture negative symptom phenomenology: implications for schizophrenia research. *Clin Psychol Rev* 2011; 31 (1): 161-8.
 12. Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR, Mojtabai R, Rabinowitz J, Heaton RK, *et al.* Neuropsychological function and dysfunction in schizophrenia and affective disorders. *Schizophr Bull* 2009; 35 (5): 1022-9.
 13. Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, Gur R, Heckers S, Malaspina D, *et al.* Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: relevance to DSM-5. *Schizophr Res* 2013; 150 (1): 15-20.
 14. Dyck M, Piek JP, Patrick J. The validity of psychiatric diagnoses: the case of 'specific' developmental disorders. *Res Rev Disabil* 2011; 32 (6): 2704-13.
 15. Linscott RJ, Allardyce J, van Os J. Seeking verisimilitude in a class: a systematic review of evidence that the criterial clinical symptoms of schizophrenia are taxonic. *Schizophr Bull* 2010; 36 (4): 811-29.
 16. Xu TY. The subtypes of schizophrenia. *Shanghai Arch Psychiatr* 2011; 23: 106-8.
 17. Malaspina D, Owen MJ, Heckers S, Tandon R, Bustillo J, Schultz S, *et al.* Schizoaffective Disorder in the DSM-5. *Schizophr Res* 2013; 150 (1): 21-5.
 18. Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF, Carpenter WT, Hyman SE, Sachdev P, *et al.* Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med* 2009; 39 (12): 1993-2000.
 19. Carpenter WT, Bustillo JR, Thaker GK, van Os J, Krueger RF, Green MJ. The psychoses: Cluster 3 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009; 39 (12): 2025-42.
 20. Kupfer DJ, Regier DA. Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2011; 168 (7): 672-4.

Correspondencia:

Hernán Silva I.

Fono: 22190151

E-mail: hsilva@med.uchile.cl

Trastornos del ánimo y DSM-5

Affective disorders and DSM-5

Pablo Salinas T.¹, Claudio Fullerton O.^{1,2} y Pedro Retamal C.¹

This article is an up-to-date commentary of the changes referring to mood disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Emphasis is put on a critical review of the clinical usefulness of these changes, and the controversies following them. Among them are the changes concerning the diagnoses of depression, bipolar disorder and special situations like the new mixed state specifier and the modification of the grief exclusion criteria for depression. We also review some new additions like the premenstrual dysphoric disorder and a novel entity, the disruptive mood dysregulation disorder.

Key words: DSM-5, depression, bipolar disorder, affective disorders, dysthymia, mixed episodes, grief, mourning.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014; 52 (Supl 1): 16-21

Introducción

Varios e importantes son los cambios que trae esta nueva versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5¹, en el área de los trastornos del ánimo. Se eliminan algunos constructos diagnósticos, a la vez que aparecen nuevos. Se eliminan algunos importantes criterios de exclusión, a la vez que se incorporan nuevos especificadores, los que parecen traer de vuelta viejos e históricos conceptos. Con velocidad aparecen críticas, algunas que incluso le exigen mayor confiabilidad a los diagnósticos, complejos por la naturaleza misma del enfermar en psiquiatría, que ni siquiera se cumplen para otras áreas de la medicina².

En este breve comentario de actualidad, analizaremos los datos hasta ahora disponibles respecto

de los cambios propuestos a las diversas categorías diagnósticas de los trastornos del ánimo, la evidencia a favor de ellos, así como las críticas y controversias surgidas en la comunidad médico-científica.

Trastorno bipolar

Dentro de los cambios a destacar para el trastorno bipolar, de forma de mejorar la precisión del diagnóstico y facilitar la detección temprana en el ámbito clínico, el Criterio A para episodios maníacos e hipomaníacos, incluirá un énfasis en la evolución de la actividad y la energía, y no solamente en el estado de ánimo³.

También dentro de la categoría de “otros trastornos bipolares y desordenes relacionados” serán incluidas aquellas personas que, teniendo una historia de cuadros depresivos previos, pudieran

Conflictos de interés y financiamiento: no existieron conflictos de interés ni financiamiento en el desarrollo de esta revisión.

¹ Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile. GDT enfermedades del ánimo, Sonepsyn.

² Departamento de Psiquiatría, Universidad de los Andes.

presentar episodios de hipomanía “incompletos”, los que deben cumplir con alguna de las siguientes condiciones: una duración menor a la requerida (4 días consecutivos) presentando la totalidad de los síntomas, o bien una duración adecuada asociada a un menor número de síntomas.

No más episodios mixtos

Muy controversial ha resultado la eliminación del diagnóstico DSM-IV de trastorno bipolar tipo I, episodio mixto, el que requería que la persona cumpliera simultáneamente los criterios para un episodio maniaco y aquellos para episodio depresivo mayor (excepto la duración). En su lugar se ha introducido un nuevo especificador: “con características mixtas”, el que se puede aplicar a los episodios de manía o hipomanía, si es que existen rasgos depresivos presentes, y también a los episodios depresivos en el contexto de un trastorno depresivo mayor (unipolar) o trastorno bipolar, cuando se asocian características de manía o hipomanía. Lo anterior se enmarca en un intento del DSM-5 de crear una aproximación “categorial-dimensional”, tomando una visión más cercana a Kraepelin, quien describía un continuo entre episodios depresivos y maníacos.

Esto puede resultar confuso en varios niveles, pues implica cambios no sólo en el diagnóstico de los “estados mixtos”, sino que además introduce grandes desafíos a nivel de tratamiento, investigación, enseñanza y finalmente en políticas de salud pública.

Para algunos autores este cambio sólo hace justicia al hecho de que la mayoría de los antes llamados episodios mixtos serían sub-sindromáticos, no alcanzado la cantidad de síntomas previamente necesarios para diagnosticarlos y por lo tanto pasando desapercibidos para los clínicos e investigadores⁴. En diversos estudios usando criterios restrictivos (DSM-IV) para episodios mixtos y comparándolos con criterios más amplios, administrados sobre los mismos pacientes, para episodios maniacos mixtos, las prevalencias varían de forma importante: 9% (ICD-10), 13% (DSM-IV TR), 17% (criterios de Cincinnati) y un 23% en

evaluación por expertos. Para episodios depresivos con características mixtas, las prevalencias van desde un 20 a un 70% dependiendo de los criterios usados⁵.

Se espera que este cambio introduzca la posibilidad para los clínicos de detectar y diagnosticar pacientes con depresión, en riesgo de desarrollar episodios completos de trastorno bipolar, previniendo el riesgo que ello conlleva.

Y con respecto al tratamiento, en pacientes con depresión con características mixtas, ¿Qué usar? ¿antidepresivos, estabilizadores o antipsicóticos atípicos?. Para responder estas preguntas, claramente se requiere de nuevos estudios utilizando estos nuevos criterios. Al menos de la literatura existente, ya en el estudio STEP-BD se observó que no había mejoría alguna para el tratamiento de episodios mixtos con antidepresivos⁶, dato que debe ser puesto entre paréntesis ya que se trataba de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, cursando depresión bipolar con síntomas maniacos asociados y que además se encontraban en tratamiento con un estabilizador. Para confundir aún más, un re-análisis de los datos del estudio STAR*D, enfocándose en aquellos pacientes con depresión que en las sub escalas calificaban para síntomas de manía, encontró que aquellos que tenían al menos 2 síntomas de manía, tenían mayores tasas de respuesta a antidepresivos a lo largo de las 4 fases de tratamiento⁷, lo que para sorpresa de los autores resultó opuesto a la hipótesis original.

Sigue quedando pendiente la deuda con la incorporación de otras variables que ayuden al diagnóstico, como son los descriptores del curso de la enfermedad (curso personal) y, de forma muy relevante, de la heredabilidad (curso genealógico), los que reconocidamente aumentan la probabilidad de llegar a un diagnóstico correcto⁸. Los cambios, al menos en trastorno bipolar, impresionan superficiales y poco novedosos.

Trastornos depresivos

El DSM-5 incluirá varios cambios respecto de los trastornos depresivos, incluyendo trastornos nuevos como el trastorno disruptivo por desregu-

lación anímica y viejos conocidos, como el trastorno disfórico premenstrual. Se agrega un nuevo especificador para síntomas ansiosos específicos y se elimina el criterio de exclusión del duelo. El cuadro previamente conocido como distimia, será parte ahora del “trastorno depresivo persistente”, que además incluye al trastorno depresivo mayor crónico.

El trastorno disruptivo por desregulación anímica sería una respuesta al sobrediagnóstico (y sobretreatmento) de pacientes menores de 18 años por trastorno bipolar. Este se caracterizaría por frecuentes y severos problemas emocionales y de conducta, en el cual la característica central sería la irritabilidad crónica (y no episódica), la que según los grupos de trabajo creadores del constructo, estaría más conectada con depresión monopolar que bipolar, lo que se confirmaría de acuerdo a estudios de cohorte que analizan la relación entre irritabilidad en niños y adolescentes tempranos, y la emergencia de patología psiquiátrica a largo plazo⁹. Los criterios diagnósticos incluirían severas explosiones de ira asociadas a ánimo bajo persistente entre ellas, los que deben estar presentes por al menos 12 meses e iniciarse en niños entre los 6 y los 10 años. Un estudio reciente rescata la validez del constructo diagnóstico pero cuestiona su validez etiológica, debido a la alta comorbilidad con episodio depresivo, trastorno oposicionista desafiante y a la fuerte presencia de factores psicosociales adversos¹⁰. Ya planteadas estas dudas, deberá también preguntarse cuál o cuáles serán las líneas de tratamiento más adecuadas.

El trastorno disfórico pre menstrual, se ha movido desde las categorías de estudio al cuerpo principal de diagnósticos. Para su diagnóstico se requiere la presencia de 5 síntomas de una serie de 11, la que ya ha recibido críticas en relación con que algunas de sus combinaciones podrían pasar por molestias comunes, relacionadas a un período menstrual normal. Otra crítica ha sido la falta de especificidad de los síntomas como “aumento de los conflictos interpersonales” o “pensamientos auto depreciativos”. Preocupa a algunos grupos de trabajo la posibilidad de un gran número de falsos positivos¹¹. Cabe preguntarse si corresponde la

incorporación de este trastorno dentro de los trastornos depresivos ya que, a simple vista, no parecen haber nexos etiológicos o de curso evolutivo que los conecten. Por otra parte, la experiencia clínica parece indicar que las mujeres con enfermedad bipolar con frecuencia sufren de trastorno disfórico pre menstrual, lo que ha llevado a algunos autores a plantear alguna similitud clínica entre este trastorno y la misma enfermedad bipolar¹².

Se agrega además para todos los episodios depresivos un especificador relacionado con la ansiedad, definido como malestar ansioso (*anxious distress*) muy similar al antiguo síntoma conocido como expectación ansiosa, el que permitirá a los clínicos poner énfasis en los fenómenos ansiosos que acompañan a los cuadros depresivos. Esta se definiría como “tener 2 o más de los siguientes síntomas: preocupación irracional, inquietud por preocupaciones desagradables, dificultades para relajarse, tensión motora y el temor de que algo malo pudiera pasar”. Ya existen algunas críticas a la medida, aludiendo a la falta de evidencia que sustente esta modificación¹³. Llama la atención, la similitud de estos criterios con los utilizados para diagnosticar trastorno de ansiedad generalizada y la posible relación con una vuelta al concepto de depresión neurótica. A juicio de los autores de esta revisión, el añadir estos síntomas al diagnóstico podría resultar beneficioso, ya que pone énfasis en un grupo de síntomas que elevan de forma conocida el riesgo de suicidio en pacientes con depresión y que son importantes de considerar en la terapéutica¹⁴. A la vez que se recomienda un tratamiento más activo, también se recomienda precaución en el manejo de los fármacos ansiolíticos e hipnóticos, por su conocido potencial de dependencia y abuso.

Se elimina el criterio de exclusión del duelo

En el DSM-IV se incluía como criterio de exclusión para depresión, el que esta se presentara dentro de los 2 primeros meses de ocurrencia de un duelo. Esto planteaba varias incongruencias para los clínicos e investigadores. Primero, implícita-

mente se definía una duración para el duelo menor a los 2 meses. En segundo lugar, prácticamente se excluía al duelo como posible desencadenante de un episodio depresivo mayor, poniéndolo en una categoría aparte de los otros factores precipitantes de depresión.

El nuevo DSM-5 excluye este criterio, lo que no ha estado exento de polémica. Algunos autores criticaron la medida arguyendo que se estaría “medicalizando” una condición propia de la experiencia humana, y a la vez generadora de resiliencia en su proceso, quizás entendiendo que con la eliminación de este criterio se homologaba depresión con duelo. Esto motivó inclusive una carta en respuesta del comité editorial del DSM-5¹⁵.

Con frecuencia ocurre que si la manifestación del duelo es considerada como normal, la persona podría recibir sólo hipnóticos y tranquilizantes menores, en cambio si se realiza el diagnóstico de depresión, debiera iniciarse un tratamiento con antidepressivos. En estas condiciones el duelo y el concepto de lo reactivo, situacional o psicogénico se convierte en un serio problema diagnóstico, puesto que impedirá el adecuado tratamiento. No se puede suponer que es comprensible una depresión por su relación, por ejemplo, con la muerte de un ser querido y al mismo tiempo dejarla sin tratamiento. Lo que corresponde es determinar si se trata de una reacción adaptativa con características depresivas o un episodio depresivo propiamente tal¹⁶.

La evidencia disponible no encuentra mayores diferencias entre la depresión causada por otros factores y aquella causada por duelo, tanto en sus síntomas y efectos cognitivos, como en su respuesta a tratamiento. Además se estima que sólo un 20% de las personas que cursan con duelo cumplen los criterios para depresión¹⁷.

Está por verse si es que la exclusión de este criterio se traduce en un aumento del diagnóstico de depresión, a la vez que es plausible que esta medida disminuya el riesgo de no tratar un verdadero episodio depresivo. Al menos desde el punto de vista de los seguros de salud, ya no será cuestionable el

diagnóstico de depresión en alguien que además sufre un duelo.

En relación al duelo, se incluye como criterio de estudio el “duelo complicado persistente”, una forma de duelo más intensa que lo habitual y que tiende a hacerse crónica, la que se presentaría al menos en un 10% de los pacientes que cursan con duelo¹⁸.

Comentarios

Quizás como nunca en la historia de este manual, el desarrollo de este nuevo DSM ha sido en extremo controvertido por la misma comunidad psiquiátrica. Un buen ejemplo de ello ha sido la tirante relación entre el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental, por sus siglas en inglés) y la APA (American Psychiatric Association) durante los últimos meses. El primero ha generado su propia agenda de investigación, proponiendo el proyecto RDoC (Research Domain Criteria), el que según declaraciones de su director, se alejaba de los criterios del DSM-5, argumentando que los pacientes “merecen algo mejor”¹⁹. Sólo semanas más tarde, la aparente competencia con la clasificación del DSM-5, ha sido refutada en un comunicado conjunto de la APA y el NIMH, en el que plantean la validez actual del DSM-5 como manual de diagnóstico y tratamiento, dejando en claro que el proyecto RDoC tiene una orientación hacia la investigación, esperando que los conocimientos alcanzados puedan en el futuro ser incorporados en las clasificaciones del DSM²⁰.

Desde el punto de vista de los autores, esta nueva versión del manual no es un aporte significativo en el aspecto clínico, ya que no modifica el problema del espectro bipolar y no incorpora otros validadores sugeridos para el diagnóstico: marcadores biológicos, historia genético-familiar.

Por el momento queda el desafío abierto para los clínicos e investigadores, quienes deberemos ensayar y comprobar la validez y utilidad de estas nuevas definiciones.

Resumen

El presente artículo es un comentario en relación con los cambios que trae el nuevo Manual Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta edición, referentes a los trastornos del ánimo. Se pone énfasis desde un aspecto crítico en la utilidad clínica de dichos cambios, así como en las controversias que han desencadenado. Se incluyen los cambios referentes a depresión, trastorno bipolar y situaciones particulares, como el nuevo especificador de características mixtas y el cambio en la exclusión de duelo como criterio de depresión. Además se analizan nuevas incorporaciones, como la inclusión del trastorno disfórico pre menstrual y una nueva entidad, el trastorno disruptivo por desregulación anímica.

Palabras clave: DSM-5, depresión, trastorno bipolar, trastornos afectivos, distimia, episodios mixtos, duelo.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Kraemer HC, Kupfer DJ, Clarke DE, Narrow WE, Regier DA. DSM-5: how reliable is reliable enough? *Am J Psychiatry* 2012; 169 (1): 13-5.
3. American Psychiatric Association. Changes from dsm-iv tr to dsm-5.pdf [Internet]. [cited 2013 May 4]. Available from: <http://www.psychiatry.org/File%20Library/Practice/DSM/DSM-5/Changes-from-DSM-IV-TR--to-DSM-5.pdf>.
4. Ghaemi SN, Vöhringer PA, Vergne DE. The varieties of depressive experience: diagnosing mood disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2012; 35 (1): 73-86.
5. Vieta E, Valentí M. Mixed states in DSM-5: Implications for clinical care, education, and research. *J Affect Disord* 2013; 148 (1): 28-36.
6. Goldberg JF, Perlis RH, Ghaemi SN, Calabrese JR, Bowden CL, Wisniewski S, *et al.* Adjunctive antidepressant use and symptomatic recovery among bipolar depressed patients with concomitant manic symptoms: findings from the STEP-BD. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (9): 1348-55.
7. Perlis RH, Cusin C, Fava M. Proposed DSM-5 mixed features are associated with greater likelihood of remission in out-patients with major depressive disorder. *Psychol Med* 2012; 1-7.
8. 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 (6): 395-401.
9. Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry* 2009; 166 (9): 1048-54.
10. 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 (2): 173-9.
11. Wakefield JC. DSM-5: proposed changes to depressive disorders. *Curr Med Res Opin* 2012; 28 (3): 335-43.
12. Sit D, Seltman H, Wisner KL. Menstrual effects on mood symptoms in treated women with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2011; 13 (3): 310-7.
13. Black DW. Proposed changes for DSM-5: are they clinically useful? *Ann Clin Psychiatry* 2012; 24 (4): 253.
14. McDowell AK, Lineberry TW, Bostwick JM. Practical suicide-risk management for the busy primary care physician. *Mayo Clin Proc* 2011; 86 (8): 792-800.
15. Kendler K. Grief exclusion [Internet]. 2010 [cited 2013 May 5]. Available from: <http://www.dsm5>.

- org/about/Documents/grief%20exclusion_Kendler.pdf
16. Retamal P. Relación entre Duelo y Depresión. En: Retamal P, Salinas P, editores. *Enfermedades del Ánimo*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2012. p. 131-8.
 17. Porter R, Mulder R, Lacey C. DSM-5 and the elimination of the major depression bereavement exclusion. *Aust N Z J Psychiatry* 2013; 47(4): 391-3.
 18. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, *et al.* Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011; 28 (2): 103-17.
 19. Insel T. Transforming Diagnosis [Internet]. 2013 [cited 2013 May 5]. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/index.shtml#p145045>
 20. Insel TR, Lieberman JA. DSM-5 and RDoC: Shared Interests [Internet]. 2013 [cited 2013 May 31]. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-interests.shtml>

Correspondencia:

Pablo Salinas T.

Teléfono: (02)22037430.

E-mail: salinas_pablo@hotmail.com

DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria

DSM-V and eating disorders

Rosa Behar A.¹ y Marcelo Arancibia M.²

Background: The DSM-5 has proposed relevant innovations in eating disorders (ED) diagnostic criteria with implications on prevalence, outcome and treatment. **Objective:** To describe the evidence about the proposed modifications in diagnostic criteria of ED according to DSM-5. **Method:** Medline/Pubmed databases were used to look for evidence on proposed changes in eating disorders by the DSM-5. **Results:** In anorexia nervosa (AN) the amenorrhea as a diagnostic criterion is eliminated, besides cognitive, behavioral aspects are emphasized and the present clinical subtype symptomatology during the last 3 months must be consigned. In bulimia nervosa (BN) the frequency of binge and purging episodes decreases to 1 per week and clinical subtypes are eliminated. Binge eating disorder is recognized as a specific ED. Other disorders are proposed to be included (eg. dysmorphic muscle disorder, avoidant/restrictive food intake disorder, pica, rumination, atypical AN, sub-threshold BN, sub-threshold binge eating disorder, purging disorder and night eating syndrome). The preliminary evidence based on the DSM-5 purpose has shown a higher prevalence of AN and BN and a decreasing of ED not otherwise specified cases. **Conclusions:** Changes in DSM-5 involve a more precise classification of diagnostic categories from a clinical perspective and research. Nevertheless, the DSM-6 represents a challenge for the optimization of an integral scheme of categorical and dimensional approaches on ED.

Key words: Eating disorders - DSM-IV-TR - DSM-V.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014; 52 (Supl 1): 22-33

Introducción

La quinta versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, plantea diversas innovaciones sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)¹, siendo la más relevante la constitución de una categoría diagnóstica propia para el trastorno por atracón (*Binge Eating Disorder*). Hebebrand et al² destacan las importantes repercusiones que estas modificaciones implican

en los TCA, en sus prevalencias, cursos, desenlaces, tratamientos y su impacto en las políticas de seguros de salud; a su vez, éstas influirán positivamente en la investigación y en los ensayos clínicos al permitir clasificar con mayor claridad a las pacientes que conformen las muestras de estudio.

El objetivo de esta revisión es describir los cambios propuestos en el DSM-5 sobre los TCA, basados en la evidencia sobre la validez y utilidad clínicas de los criterios del DSM-IV-TR³, sus fluc-

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Médico Psiquiatra, Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso.

² Alumno de la Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

tuaciones evolutivas, los entrecruzamientos diagnósticos, sus metas y recomendaciones.

Metodología

Se realizó un análisis exhaustivo de la literatura especializada, a través de la base de datos Medline/PubMed (ej. The Cochrane Library, MeSH), abarcando desde la década de los 80 (1989) hasta la actualidad (2013), utilizando para la búsqueda palabras claves, tales como *eating disorders*, *DSM-IV-TR* y *DSM-5*.

Modificaciones propuestas basadas en la evidencia

Los expertos han analizado comparativamente los criterios diagnósticos entre el DSM-IV-TR³ y el DSM-5, apoyando las modificaciones propuestas para esta última edición, fundamentadas principalmente en los siguientes parámetros:

Validez y utilidad clínicas de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR

Los TCA son más variados y variables que lo sugerido por los criterios del ICD-10 (*International Classification of Mental Disorders*)⁴ o del DSM-IV-TR³. De acuerdo a Fairburn y Cooper⁵, la clasificación de los TCA en el DSM-IV es un pobre reflejo de la realidad clínica. Reconoce básicamente dos condiciones, anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), aunque estos estados son simplemente sólo dos presentaciones, entre muchas. Como consecuencia, al menos, la mitad de los casos vistos en la práctica clínica son relegados al diagnóstico residual de TCA no especificados (TCANE). De hecho, la mayoría (90,2%) de los pacientes con TCA en un contexto psiquiátrico general, fueron diagnosticados con TCANE⁶, sugiriendo que ha existido un problema con la aplicabilidad clínica de los requerimientos diagnósticos en la categoría TCA del DSM-IV, ya que la cifra porcentual es bastante elevada.

De Zwaan et al⁷, opinan que los requisitos diag-

nósticos de los TCA clásicos, AN y BN, se caracterizan por una alta validez y utilidad clínica. Sin embargo, hasta un 50% de las pacientes en centros especializados no reúnen los criterios completos siendo confinadas al diagnóstico remanente de TCANE⁵.

Fluctuaciones evolutivas

La AN y BN presentan marcadas oscilaciones sintomatológicas longitudinales. Según Eddy et al⁸, el DSM-IV-TR³ no se ha focalizado en clasificar las presentaciones del TCA en individuos que no satisfacen los criterios completos para estos trastornos. Estos autores examinaron presentaciones sub-umbrales en mujeres diagnosticadas inicialmente con AN y BN, durante 9 años, y la mayoría (77,6%) experimentaron una presentación sub-umbral que se relacionó con el diagnóstico previo. Las anorécticas desarrollaron más a menudo, manifestaciones similares a la AN, y las bulímicas, más una BN sub-umbral. El trastorno purgativo fue experimentado por la mitad de las bulímicas y ¼ de las anorécticas compulsivo/purgativas; el trastorno por atracones ocurrió en el 20% de las bulímicas. La transición de AN o BN completas a tipos más sub-umbrales se asoció con mejoría del funcionamiento psicosocial. Para la mayoría de las anorécticas y bulímicas, las presentaciones sub-umbrales parecían representar parte del curso de la enfermedad y se correspondieron con el diagnóstico original de estas patologías.

Entrecruzamiento

Existen altas cifras de entrecruzamiento diagnóstico entre subtipos de AN y BN que pueden reflejar problemas con la validez del esquema diagnóstico actual, limitando su utilidad clínica. En seguimientos de 7 años, más de la mitad de las pacientes anorécticas se entrecruzaron entre subtipos restrictivos y compulsivo/purgativos a través del tiempo; un tercio se entrecruzó con BN pero recayó a AN, siendo improbable que la BN se entrecruzara hacia AN. Estos hallazgos apoyan la distinción longitudinal de la AN y BN, empero no sustentan la división de los subtipos de anorexia nerviosa^{9,10}.

Fairburn y Cooper⁵, analizaron el curso de una

gran muestra de pacientes con TCA tratadas con psicoterapia cognitivo-conductual individual durante 6 años. El entrecruzamiento diagnóstico, la recuperación y recaídas, fueron evaluados aplicando el DSM-IV-TR³ y la propuesta del DSM-5. Las pacientes con TCA cambiaban los estados de su enfermedad a través del tiempo, mostraron frecuentes recaídas, una relevante comorbilidad psiquiátrica, migrando entre diferentes diagnósticos. La comorbilidad con trastornos del ánimo se consideró un importante determinante de la inestabilidad, mientras que la severidad de la preocupación por la figura representó un relevante modificador del desenlace. Utilizando el planteamiento del DSM-5, la mayoría de las pacientes con TCANE que buscaban tratamiento, fueron reclasificadas en los cuadros completos. Los autores enfatizan que entre los TCA, existen diferentes subgrupos con variados cursos y desenlaces; además, la inestabilidad diagnóstica abarcó la gran mayoría de las pacientes sugiriendo que una integración de las aproximaciones categoriales y dimensionales podría mejorar la investigación psicopatológica y las oportunidades terapéuticas.

Metas y recomendaciones

López y Treasure¹¹, señalan que la revisión en pro de la 5ª edición del DSM, supone optimizar su aplicación clínica, focalizándose en: a) lograr una mejor y más homogénea caracterización de los TCANE, una de las categorías más ampliamente observada en contextos clínicos, con prevalencia hasta 60% en individuos con TCA tratados¹²; b) evaluar la validez y utilidad del diagnóstico de trastorno por atracón, actualmente catalogado como TCANE¹³, y c) considerar la migración en la redefinición de los criterios diagnósticos, pesquizada habitualmente entre AN y BN y entre los patrones restrictivos y compulsivo/purgativos de la AN.

Wilfley et al¹⁴, mencionan que la meta de la revisión del DSM-IV-TR³ es aumentar la utilidad clínica e investigativa, mejorando la validez diagnóstica a través de la confiabilidad y la evidencia empírica, ya que las categorías vigentes de TCA poseen una validez limitada y requieren refinamientos basados en los datos. Las recomendaciones

incluyen la conservación de las categorías de TCA agregando un componente dimensional, eliminar el criterio de amenorrea para AN y los subtipos de AN y BN, considerar el trastorno por atracones un diagnóstico oficial y unificar la frecuencia y duración de puntos de corte para BN y trastorno por atracones a una vez por semana por 3 meses.

Anorexia nerviosa

La clasificación actual del DSM-IV no describe adecuadamente los síntomas cardinales de la AN, debido a la falta de evidencia empírica que apoye la terminología de ciertos criterios, proponiéndose algunos alternativos que permitan una mejor integración de las hipótesis derivadas desde la perspectiva biológica, que apunten a la nosología y la sintomatología de este desorden¹⁵.

Los actuales criterios y las propuestas para el DSM-5, que reparan algunas de las principales dificultades para la aplicación de éstos, se describen en la Tabla 1.

El criterio A se modifica, eliminando el ejemplo numérico, ya que más que una guía, se consideraba un criterio diagnóstico (ej. las personas bajo el percentil 85 en la relación peso/talla, era consideradas como “anoréxicas”). Esta flexibilización ratifica mejor la variabilidad de la ganancia ponderal y altura observada durante la pubertad normal, contribuyendo a un diagnóstico más apropiado y menos excluyente de los casos de AN. La expresión “rechazo a mantener un peso mínimo...” desaparece, quedando como: *restricción de la ingesta energética con relación a los requerimientos que lleva a una significativa pérdida de peso teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física*. El término “rechazo” es eliminado por la imposibilidad de evaluarlo y demostrarlo; y por sus connotaciones negativas al implicar intención. Con el nuevo texto se enfatizan las conductas más allá de las intenciones.

En el criterio B, la expresión “temor o miedo a ganar peso” se matiza, apareciendo como: *intenso temor a ganar peso o convertirse en obeso, o una conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando con un peso significativamente*

Tabla 1. Criterios diagnósticos para anorexia nerviosa según el DSM-IV-TR y los cambios propuestos para el DSM-V*

Criterios actuales de la anorexia nerviosa según el DSM-IV-TR
A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable)
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal
C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal
D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos
Criterios propuestos según el DSM-V
A. Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal
C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual
D. Se elimina el criterio de amenorrea

*Modificada de: López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. Rev Med Clin Condes 2011; 22 (1): 85-97.

bajo”. Muchas pacientes niegan ese temor (incluso afirman su deseo de “ganar” peso). Nuevamente se hace hincapié en las conductas más que en discursos e intenciones.

En el criterio C, relacionado a la imagen corporal se indica: “*alteración en el modo en que uno experimenta su peso o forma corporal, inadecuada influencia de dicho peso o forma en la auto-evaluación o persistente falta de reconocimiento de la severidad del actual bajo peso*”. Vale decir, agrega al componente cognitivo, uno alternativo conductual (“una conducta persistente para evitar ganar peso”), más adecuado en muchas adolescentes, en las que por la etapa del desarrollo cognitivo en que se encuentran, no poseen la capacidad psicológica para expresar conceptos más abstractos, como la motivación para perder peso.

Se ha sugerido la eliminación del requerimiento de amenorrea (criterio D), que ha sido ampliamente discutido¹⁶⁻¹⁸, ya que una gran proporción de pacientes cumplen todos los otros criterios para AN, pero mantienen las menstruaciones regulares¹⁹, también existe una relación inestable

entre la pérdida ponderal y la amenorrea secundaria¹⁸. Además, este criterio no abarcaba todos los posibles casos con AN, sin ser aplicable a mujeres adolescentes pre-menárquicas, mujeres con indicación de anticonceptivos, en menopausia y hombres. Finalmente, es un antecedente no informado en forma confiable por las pacientes²¹.

El DSM-5 mantiene la sub-categorización entre AN de tipo restrictivo (ausencia de atracones y/o purgas: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas durante los últimos tres meses) y compulsivo/purgativo. No obstante, se brinda importancia al diagnóstico del episodio actual como restrictivo o compulsivo durante los últimos 3 meses; al respecto, se reconoce que más del 50% de las pacientes anorécticas desarrolla síntomas bulímicos posteriormente²².

Bulimia nerviosa

Los actuales criterios y las propuestas del DSM-5 para BN se comparan en la Tabla 2. El DSM-IV enfatiza la presencia regular y recurrente de epi-

Tabla 2. Criterios diagnósticos para bulimia nerviosa según el DSM-IV-TR y las propuestas para el DSM-5*

Criterios actuales de la bulimia nerviosa según el DSM-IV-TR
A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
1) Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo)
B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo
C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses
D. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y silueta corporales
Criterios propuestos según el DSM-V
A. Se mantiene igual
B. Se mantiene igual
C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses
D. Se mantiene igual

*Modificada de: López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. Rev Med Clin Condes 2011; 22 (1): 85-97.

sodios de sobreingesta (atracones) acompañados por conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento ponderal potencialmente generado por el atracón. El cambio más relevante del DSM-5 se centra en la frecuencia de episodios bulímicos para su categorización. El DSM-IV-TR³ exigía “dos a la semana en los últimos tres meses”; no obstante, las características clínicas de quienes tienen menor frecuencia (ej. un episodio semanal), son similares. Por ello ésta se reduce a “un episodio a la semana en los pasados tres meses”, fundamentándose en la escasa diferencia en la presentación clínica y comorbilidad entre pacientes con BN y los TCANE con sintomatología bulímica. Se han eliminado los subtipos, debido a que la categoría no purgativa recibía muy poca atención; comúnmente resultaba ser un trastorno por atracones y el concepto de conductas compensatorias no purgativas (ej. ayuno o ejercicio excesivo), muy complejo de definir, lo que implicaría que una importante proporción de casos, actualmente definidos como TCANE, sean diagnosticados en el futuro como BN²³.

Trastornos de la conducta alimentaria no especificados

Existe una modificación considerable con respecto al DSM-IV que especifica criterios bastante vagos y no sugiere *clusters* de enfermedades basadas en estos²³; además su nueva denominación en inglés sería *Feeding and Eating Conditions Not Elsewhere Classified*.

Fairburn et al²⁴, compararon casos de TCANE y BN, según criterios del DSM-IV-TR³, verificando que la prevalencia de TCANE abarcó 60% de la muestra. Estos casos se parecían fuertemente a los de BN en la naturaleza, duración y severidad de su psicopatología. Tratándose de un cuadro que es común, severo y persistente, los autores proponen que el TCANE sea reclasificado como una o más formas específicas de TCA.

Fairburn y Bohn²⁵, destacan que el diagnóstico de TCANE en el DSM-IV corresponde a una categoría accesoria y tiende a ser olvidado por los investigadores, incluso siendo el TCA más común en la práctica clínica rutinaria, aunque ha sido escasamente

estudiado, proponiendo incluir la creación de un nuevo término diagnóstico: "TCA mixto". El TCANE constituye el TCA más frecuente entre aquellos que buscan tratamiento en centros especializados; siendo aún más habitual entre personas con TCA en la comunidad. Se comparó el impacto en aplicar las amplias categorías diagnósticas sugeridas por el grupo de trabajo del DSM-5; 72,9% correspondieron a TCANE según el DSM-IV y de acuerdo al DSM-5, se redujo su cifra de 50,8% a 44%, sólo 4,2% de casos de TCANE permaneció como tal, concluyéndose que el conjunto de criterios propuestos para DSM-5 sustancialmente reduce el número de casos TCANE²⁶. No obstante, autores como Allen et al²⁷, aseveran que a pesar del empleo del DSM-5, la estabilidad diagnóstica fue baja para todos los TCA, pese a que el trastorno purgativo y/o el trastorno por atracones fueron predictores durante la adolescencia temprana de BN en la adolescencia tardía.

En una muestra japonesa se comparó el DSM-IV-TR³ y la 5ª versión en un número de casos de TCANE. Relajando los criterios diagnósticos para AN y BN y reconociendo el trastorno por atracones, disminuyó la proporción de TCANE, de 45,1% a 26,1%. La categorización de los pacientes de acuerdo al DSM-5 fue más capaz de capturar la varianza en las escalas psicopatológicas, resultados verificados a la vez por Thomas et al²⁸, permitiendo diferenciar los grupos con TCA más efectivamente que el DSM-IV²⁹. Comparando ambos DSM en mujeres con TCANE, los resultados mostraron respectivamente que 14% *versus* 20% tuvo AN; 18% *versus* 18% BN, 68% *versus* 53% TCANE y 8% trastorno por atracones, reflejando una significativa disminución en el TCANE³⁰.

En una unidad de pacientes hospitalizados con TCA, 41,9% reunió el criterio para AN, 17,8% para BN y 40,3% para TCANE. La modificación de los criterios diagnósticos del DSM-IV redujo significativamente la prevalencia de TCANE a 15%, siendo ésta una categoría diagnóstica frecuente en un contexto de hospitalización³¹.

Trastorno por atracones

Striegel-Moore y Franko³², ya en 2008, sugerían la inclusión del trastorno por atracones en la 5ª

Tabla 3. Criterios diagnósticos para trastorno por atracón propuestos para el DSM-5*

Sobreingesta* frecuente (al menos una vez a la semana durante tres meses) con falta de control (no poder parar, no controlar la cantidad, etc.), acusados sentimientos de malestar psicológico y tres o más de los siguientes:
• Ingesta más rápida de lo normal
• Ingesta hasta sentirse inconfortablemente lleno
• Ingesta de grandes cantidades de alimento sin sentirse físicamente hambriento
• Ingesta en soledad por sentimientos de vergüenza asociados a la cantidad ingerida
• Sentimientos negativos sobre sí mismo (asco, depresión, culpa) posteriores a la ingesta

*Modificada de: Jáuregui I. Trastornos de la conducta alimentaria 2012; 16: 1744-1751. **Ingesta de gran cantidad de alimento, mayor de la que la mayoría de la gente llevaría a cabo en ese tiempo (por ejemplo menos de dos horas) y circunstancias. Dicha ingesta no va seguida de conductas compensatorias y no se trata de un episodio en el contexto de otros trastornos de la conducta alimentaria.

edición del DSM, que desde 1994 fue introducido como un diagnóstico de TCA provisional, ya que se ha establecido la utilidad y validez clínica del cuadro, distinguible de una BN y obesidad. En el DSM-5 se incluye como trastorno específico con similares criterios diagnósticos que la versión del DSM (Tabla 3). El trastorno por atracón se mueve del apéndice B del DSM-IV-TR³: Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores del DSM-5 Sección 2. El cambio está destinado a representar mejor los síntomas y comportamientos de las personas con esta condición y pasa a ser un trastorno reconocido, pese a que el DSM-5 probablemente tendrá un mínimo efecto en su prevalencia³³, aunque permitirá una mejor detección de su sintomatología³⁴.

Otros trastornos alimentarios

Los siguientes trastornos también han sido propuestos para ser incluidos en el DSM-5.

Trastorno dismórfico muscular (Anorexia inversa)

Murray et al³⁵, aseveran que la dismorfia mus-

cular es una condición psicológica recientemente identificada, que ha sido conceptualizada como un TCA y subsecuentemente como un tipo de trastorno dismórfico corporal dentro de los trastornos somatomorfos³⁶. La validez de la dismorfia muscular como entidad clínica ha sido demostrada empíricamente y la investigación sugiere una fuerte similitud conceptual con la AN, siendo también inclusiva para rasgos obsesivo-compulsivos, típicamente observados en los TCA. Los autores sugieren que este trastorno sea reanalizado dentro del espectro de TCA, ayudando a reducir los casos masculinos que ahora caen dentro de la categoría de TCANE.

Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria

Aparece como nuevo trastorno en el que las comidas o la ingesta son evitadas no cubriéndose los requerimientos nutricionales, con la consiguiente pérdida importante de peso. Se observa especialmente en niños y se considera diferente de la AN y BN²³. En el DSM-5 se define como: Alteraciones en la alimentación o la ingesta (que pueden incluir, pero no se limitan a ello), disminución del interés hacia la comida o comer en general; evitación asociada a las características sensoriales de los alimentos; preocupación creciente hacia las diversas consecuencias o desventajas de comer), manifestaciones que pueden incluir el fracaso o la incapacidad repetida para cubrir las demandas y necesidades energéticas y nutricionales ideales, relacionadas con uno o varios de los siguientes: 1) Considerable pérdida de peso (que puede también asociarse con falta de aumento de peso, o un irregular crecimiento y peso en los niños); 2) Presencia de diferentes deficiencias nutricionales; 3) Dependencia de alimentación enteral; 4) Interferencia o perturbación en el funcionamiento psicológico adecuado. Al respecto, Ornstein et al³⁷, sostienen que este trastorno aparece como un diagnóstico significativo en la práctica clínica actual.

Pica y rumiación

Incluidos antes como trastornos de la infancia y adolescencia, se proponen ahora en el capítulo de los TCA y de la alimentación²³.

Anorexia nerviosa atípica

Aun con significativa pérdida de peso, éste se mantiene normal o incluso por encima de cifras de normalidad²³.

Anorexia nerviosa no fóbica a la gordura

Los datos transculturales sugieren que el rechazo alimentario varía en la AN, describiéndose una variante; la condición no fóbica a la gordura que posee una amplia distribución geográfica y ocurre en poblaciones occidentales y no occidentales. Estas pacientes alcanzaron puntajes menores, al menos en 2/3 en mediciones de TCA, en contraste con aquellas con AN convencional. Son necesarias futuras investigaciones en el curso y desenlace de la AN no fóbica a la gordura para caracterizar su congruencia con, o distinguirla de la AN típica³⁸.

Bulimia nerviosa sub-umbral (de baja frecuencia o limitada duración)

Episodios bulímicos con frecuencia inferior a una vez a la semana y/o tres meses²³.

Trastorno por atracones sub-umbral

Episodios de atracón con frecuencia inferior a una vez a la semana y/o tres meses²³.

Trastorno purgativo

Conductas purgativas recurrentes para influir en el peso o forma corporal (vómitos provocados, diuréticos, otros fármacos, laxantes, todo ello sin atracones). El auto-concepto está indebidamente influido por la forma corporal o el peso o hay un intenso temor a ganar peso o convertirse en obeso²³.

Síndrome de ingesta nocturna (Night Eating Syndrome)

Episodios recurrentes de ingesta nocturna, con despertares de noche o excesivo consumo de alimentos tras la cena, con conciencia y recuerdo de la ingesta y no es explicado mejor por alteraciones vigilia/sueño o por normas sociales. Suele asociarse a malestar e interferencia en el funcionamiento del paciente. Tampoco se enmarca en el trastorno por atracones, otros cuadros mentales, abuso/dependencia de sustancias, ni en otras enfermedades médicas o efectos de medicamentos²³. Striegel-

Moore et al³⁹, señalan que la utilidad y validez de este desorden necesita ser establecida y debe ser diferenciado más claramente de otros síndromes alimentarios.

Discusión

Call et al⁴⁰, y Stice et al⁴¹, afirman que la aplicación del DSM-5 ha permitido reasignar categorialmente el diagnóstico de la mayoría de los TCA implicando una mayor utilidad clínica, fundamentalmente con la intención de clarificar los criterios existentes y disminuir la frecuencia de pacientes catalogados dentro de una categoría secundaria, bastante heterogénea, el TCANE, que no ofrece gran beneficio para un planteamiento diagnóstico más riguroso, conjuntamente reforzando la homogeneidad diagnóstica de los cuadros completos de AN y BN. De esta misma manera, el esbozo preliminar de la próxima entrega del *International Classification of Diseases and Related Health Problems 11* (CIE-11) continúa lineamientos generales similares a los del DSM-5 en cuanto al orden clasificatorio de los TCA⁴². Smink et al⁴³, apoyan lo anteriormente planteado, manifestando que efectivamente se reduce la frecuencia del TCANE, a propósito de las modificaciones del presente manual en relación a la inclusión del trastorno por atracones como diagnóstico específico, en conjunto con una disminución del umbral para diagnosticar AN y BN.

Dazzi y di Leone⁴⁴, hacen hincapié en las limitaciones nosológicas que aún persisten en términos de validez y precisión en el DSM-5, debido a que todavía éste no captura adecuadamente la complejidad clínica de los TCA, proponiendo la creación de modelos futuros de sistematización y aproximación diagnóstica desde la perspectiva de la personalidad con particular atención a la exploración del pronóstico y las implicancias terapéuticas.

La pregunta por si las modificaciones en los criterios diagnósticos mejorarían claramente la utilidad clínica, ha sido la principal consideración en el proceso de innovación del DSM-IV-TR³. Walsh⁴⁵, destaca que debido a los posibles recelos por los cambios en los requerimientos diagnós-

ticos que podrían ser disruptivos y conllevar pérdida de los conocimientos logrados, la *Task Force* del DSM-IV asumió en general una postura conservadora.

Keel et al⁴⁶, mencionan que los criterios diagnósticos para AN y BN dan cuenta de una minoría de individuos con TCA clínicamente significativos, cuestionando la utilidad clínica de las definiciones actuales y resaltan que futuras investigaciones sobre las causas y consecuencias de los TCA deberían incluir más grupos heterogéneos para favorecer la identificación de los límites que se distinguen entre los desórdenes, basados en premisas etiológicas y predictivas.

Knoll et al⁴⁷, enfatizan que los criterios propuestos en el DSM-5 parecen resolver sólo insuficientemente los problemas inherentes a la actual clasificación de la AN porque: 1) El criterio A no incluye una referencia para permitir al clínico decidir si la paciente (joven) satisface el criterio ponderal; 2) La paciente con AN primero debe haber evolucionado su capacidad cognitiva con un razonamiento abstracto complejo para reunir el criterio B y C⁴⁸; 3) Los síntomas físicos de la inanición, incluyendo la disfunción neuroendocrina característica de la AN no es un requerimiento diagnóstico, y 4) Los subtipos no son útiles para clasificar las pacientes más jóvenes, ya que casi todas poseen el tipo restrictivo. Así, los criterios propuestos por el DSM-5 perpetuarán la tradición diagnóstica de un alto porcentaje de pacientes que se agregan bajo el diagnóstico de TCANE, obstaculizando la práctica clínica y la investigación.

Föcker et al⁴⁹, concuerdan con los cambios establecidos para la clasificación de la AN, no obstante, opinan que sólo resuelve parcialmente los problemas previos, faltando referencias estándares para el criterio ponderal con la delimitación entre el peso saludable y el bajo peso, una mejor operacionalización de conductas observables que incluyan síntomas de TCA, y una mejor aproximación al funcionamiento cognitivo y a los aspectos socioculturales. En contraste, Hoek⁵⁰, sugiere que el DSM-5 ha representado un verdadero mejoramiento respecto a su predecesor, en cuanto al mayor énfasis en datos de investigación

empírica, la inclusión de un acercamiento dimensional y de la mayor atención a la perspectiva sociocultural.

Según Ferguson y Cooper⁵, el DSM-5 sólo parcialmente tendrá éxito en corregir los defectos de la anterior versión, reiterando que debe considerarse la inestabilidad evolutiva de los TCA. Las expresiones conductuales de la sobreevaluación de la silueta y el peso cambian con el aumento de la edad y duración del trastorno. En etapas tempranas la mayoría de las pacientes tienen éxito en sus intentos para mantener el control de su ingesta y pueden lograr perder algún peso, pero a medida que el tiempo pasa, y se vuelven mayores, su control tiende a debilitarse desarrollando episodios de atracones y consecuentemente recuperan algo o

todo el peso que han perdido. Los diagnósticos de TCA son fotografías en su proceso evolutivo. No es infrecuente encontrar pacientes que inicialmente reúnen los criterios diagnósticos para AN, luego los de BN, presentando un estado mixto. Algunas pacientes, excepcionalmente son capaces de mantener un control estricto a través del tiempo, presentando una AN persistente, preocupante y difícil de tratar, constituyendo una pequeña minoría de los TCA. En el DSM-6, claramente las muestras transdiagnósticas comprensivas necesitarán ser estudiadas con los antecedentes recolectados en su estado actual, curso y respuesta al tratamiento⁵¹. Sólo con tales datos será posible esbozar un esquema clasificatorio basado empíricamente, enraizado en la realidad clínica y valedero para los clínicos⁵.

Resumen

Antecedentes: El DSM-5 ha propuesto importantes innovaciones en los criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) con implicancias en su prevalencia, desenlace y tratamiento. **Objetivo:** Describir la evidencia acerca de las modificaciones propuestas en los criterios diagnósticos de los TCA según el DSM-5. **Método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica de evidencia sobre los cambios propuestos en el DSM-5 para los TCA mediante las bases de datos Medline/PubMed. **Resultados:** En la anorexia nerviosa (AN) se elimina la amenorrea como criterio diagnóstico, se enfatiza el aspecto conductual además del cognitivo, debiendo consignarse la sintomatología del subtipo clínico del episodio presente durante los últimos 3 meses. En la bulimia nerviosa (BN) se disminuye la frecuencia de los episodios de atracones y purgas a 1 semanal y se eliminan los subtipos clínicos. El trastorno por atracones se reconoce como un TCA específico. Otros trastornos propuestos para ser incluidos (ej. trastorno dismórfico muscular, trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria, pica, rumiación, AN atípica, BN sub-umbral, trastorno por atracones sub-umbral, trastorno purgativo y síndrome del comer nocturno). La evidencia preliminar basada en la propuesta del DSM-5 muestra una mayor prevalencia de AN y BN, además de una disminución de los casos de TCA no especificados. **Conclusiones:** Los cambios del DSM-5 implican una mayor precisión en la clasificación de las categorías diagnósticas, desde la perspectiva clínica e investigación. Sin embargo, el DSM-6 representa un desafío para la optimización de un esquema integrado de aproximaciones categoriales y dimensionales para los TCA.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria - DSM-IV-TR - DSM-V.

Referencias bibliográficas

1. Sysko R, Roberto C, Barnes R, Grilo C, Attia E, Walsh B. Test-retest reliability of the proposed DSM-5 eating disorder diagnostic criteria. *Psychiatry Res* 2012; 196 (2-3): 302-8.
2. Hebebrand J, Bulik C. Critical appraisal of the provisional DSM-5 criteria for anorexia nervosa and an alternative proposal. *Int J Eat Disord* 2011; 44 (8): 665-78.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition. Text Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
4. World Health Organization. International classification of diseases and related health problems. 10th Revision. Geneva: World Health Organization, 2007.
5. Fairburn C, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry* 2011; 198 (1): 8-10.
6. Zimmerman M, Francione-Witt C, Chelminski I, Young D, Tortolani C. Problems applying the DSM-IV eating disorders diagnostic criteria in a general psychiatric outpatient practice. *J Clin Psychiatry* 2008; 69 (3): 381-4.
7. De Zwaan M, Herzog W. Diagnostic criteria for eating disorders: What will DSM-5 feature? *Nervenarzt* 2011; 82 (9): 1100-6.
8. Eddy K, Swanson S, Crosby R, Franko D, Engel S, Herzog D. How should DSM-5 classify eating disorder not otherwise specified (EDNOS) presentations in women with lifetime anorexia or bulimia nervosa? *Psychol Med* 2010; 40 (10): 1735-44.
9. Eddy K, Dorer D, Franko D, Tahilani K, Thompson-Brenner H, Herzog D. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-5. *Am J Psychiatry* 2008; 165 (2): 245-50.
10. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahilani K, Thompson-Brenner H, Herzog DB. Cruzamiento diagnóstico en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa: Implicaciones para el DSM-5. *Am J Psychiatr* 2008; 165 (2): 245-50.
11. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Rev Med Clin Condes* 2011; 22 (1): 85-97.
12. Arriagada M, Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados. En: Behar R, Figueroa G, editors. *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010. p. 148-66.
13. Wonderlich S, Gordon K, Mitchell J, Crosby R, Engel S. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009; 42 (8): 487-705.
14. Wilfley D, Bishop M, Wilson G, Agras W. Classification of eating disorders: Toward DSM-5. *Int J Eat Disord* 2007; 40 Suppl: S123-9.
15. Hebebrand J, Casper R, Treasure J, Schweiger U. The need to revise the diagnostic criteria for anorexia nervosa. *J Neural Transm* 2004; 111 (7): 827-40.
16. Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G. Is amenorrhea a clinically useful criterion for the diagnosis of anorexia nervosa? *Behav Res Ther* 2008; 46 (12): 1290-4.
17. Roberto C, Steinglass J, Mayer L, Attia E, Walsh B. The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2008; 41(6): 559-63.
18. Mitchell J, Cook-Myers T, Wonderlich S. Diagnostic criteria for anorexia nervosa: Looking ahead to DSM-5. *Int J Eat Disord* 2005; 37 Suppl: S95-7.
19. Garfinkel P, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom D, Kennedy S, *et al.* Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample. *Br J Psychiatr* 1996; 168 (4): 500-6.
20. Devlin M, Walsh B, Katz J, Roose S, Linkie D, Wright L, *et al.* Hypothalamic-pituitary-gonadal function in anorexia nervosa and bulimia. *Psychiatry Res* 1989; 28 (1): 11-24.
21. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, Katzman D, Kriepe R, Lask B, *et al.* Classification of eating disturbance in children and adolescents: Proposed changes for the DSM-5. *Eur Eat Disord Rev* 2010; 18 (2): 79-89.
22. Steinhausen H. Outcome of eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin North America* 2009; 18 (1): 225-42.
23. Jáuregui I. Los trastornos de la conducta alimentaria en el DSM-5. *Trastornos de la conducta*

- alimentaria 2012; 16: 1744-51.
24. Fairburn C, Cooper Z, Bohn K, O'Connor M, Doll H, Palmer R. The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-5. *Behav Res Ther* 2007; 45 (8): 1705-15.
 25. Fairburn C, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther* 2005; 43 (6): 691-701.
 26. Machado P, Gonçalves S, Hoek H. DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: Evidence from community samples. *Int J Eat Disord* 2013; 46 (1): 60-5.
 27. Allen KL, Byrne SM, Oddy WH, Crosby RD. DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *J Abnorm Psychol* 2013; 122 (3): 720-32.
 28. Thomas J, Delinsky S, St Germain S, Weigel T, Tangren C, Levendusky P, Becker A. How do eating disorder specialist clinicians apply DSM-IV diagnostic criteria in routine clinical practice? Implications for enhancing clinical utility in DSM-5. *Psychiatry Res* 2010; 15: 178 (3): 511-7.
 29. Nakai Y, Fukushima M, Taniguchi A, Nin K, Teramukai S. Comparison of DSM-IV *versus* proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders in a Japanese sample. *Eur Eat Disord Rev* 2013; 21 (1): 8-14.
 30. Keel P, Brown T, Holm-Denoma J, Bodell L. Comparison of DSM-IV *versus* proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *Int J Eat Disord* 2011; 44 (6): 553-60.
 31. Dalle Grave R, Calugi S. Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: The impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15 (5): 340-9.
 32. Striegel-Moore R, Franko D. Should binge eating disorder be included in the DSM-5? A critical review of the state of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol* 2008; 4: 305-24.
 33. Hudson J, Coit C, Lalonde J, Pope H. By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder? *Int J Eat Disord* 2012; 45 (1): 139-41.
 34. Trace S, Thornton L, Root T, Mazzeo S, Lichtenstein P, Pedersen N, Bulik C. Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on lifetime prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder: implications for DSM-5. *Int J Eat Disord* 2012; 45 (4): 531-6.
 35. Murray S, Rieger E, Touyz S, De la Garza García Lic Y. Muscle dysmorphia and the DSM-5 conundrum: Where does it belong? A review paper. *Int J Eat Disord* 2010; 43 (6): 483-91.
 36. Phillips K, Wilhelm S, Koran L, Didie E, Fallon B, Feusner J, Stein D. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2010; 27 (6): 573-91.
 37. Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS, *et al.* Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *J Adolesc Health* 2013; 53 (2): 303-5.
 38. Becker A, Thomas J, Pike K. Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-5? *Int J Eat Disord* 2009; 42 (7): 620-35.
 39. Striegel-Moore R, Franko D, May A, Ach E, Thompson D, Hook J. Should night eating syndrome be included in the DSM? *Int J Eat Disord* 2006; 39 (7): 544-9.
 40. Call C, Walsh BT, Attia E. From DSM-IV to DSM-5: Changes to eating disorder diagnoses. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26 (6): 532-6.
 41. Stice E, Marti CN, Rohde PJ. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Abnorm Psychol* 2013; 122 (2): 445-57.
 42. Al-Adawi S, Bax B, Bryant-Waugh R, Claudino A, Hay P, Monteleone P, *et al.* Revision of ICD status update on feeding and eating disorders. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice* 2013; 1: 1, 10-20.
 43. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26 (6): 543-8.
 44. Dazzi F, Di Leone FG. The diagnostic classification of eating disorders: Current situation, possible

- alternatives and future perspectives. *Eat Weight Disord* 2013; [Epub ahead of print]).
45. Walsh B. DSM-5 from the perspective of the DSM-IV experience. *Int J Eat Disord* 2007; 40 Suppl: S3-7.
 46. Keel P, Brown T, Holland L, Bodell L. Empirical classification of eating disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 2012; 8: 381-404.
 47. Knoll S, Bulik C, Hebebrand J. Do the currently proposed DSM-5 criteria for anorexia nervosa adequately consider developmental aspects in children and adolescents? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 20 (2): 95-101.
 48. Becker A, Eddy K, Perloe A. Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-5. *Int J Eat Disord* 2009; 42 (7): 611-9.
 49. Föcker M, Knoll S, Hebebrand J. Anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22 (1): 29-35.
 50. Hoek HW. Does the DSM-5 have added value? *Ned Tijdschr Geneesk* 2013; 157 (32): A6602.
 51. Peterson C, Crow S, Swanson S, Crosby R, Wonderlich S, Mitchell J, *et al.* Examining the stability of DSM-IV and empirically derived eating disorder classification: Implications for DSM-5. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79 (6): 777-83.

Correspondencia:

Rosa Behar A.
 Departamento de Psiquiatría
 Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.
 Casilla 92-V, Valparaíso.
 Fono/Fax: (56) (32) 2508550
 E-mail: rositabehar@vtr.net

Trastornos neurocognitivos en el DSM-5

Neurocognitive disorders in DSM 5

Patricio Fuentes G.¹

In this review the main proposals that exposes the new Diagnostic and Statistical Manual DSM-5 regarding to cognitive and amnesic disorders chapter, now called Neurocognitive Disorders, are discussed. In Delirium no modifications are made and only diagnostic criterion is updated. Minor Neurocognitive Disorder category, than recognize the existence of Mild Cognitive Impairment, with its different etiologies, is incorporated. Dementia is the term replaced by Major Neurocognitive Disorder and diagnostic criteria of their different etiologies are operationalized.

Key words: DSM-5, delirium, neurocognitive disorders.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014; 52 (Supl 1): 34-37

Introducción

El objetivo central del texto DSM es optimizar la validez y confiabilidad diagnóstica y, por ende, la utilidad clínica de categorizar los trastornos mentales, muchos de los cuales son complejos de diferenciar y sistematizar por la ausencia de marcadores biológicos. En el ámbito de la neurología cognitiva y las demencias, el DSM, el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y criterios diagnósticos generados por centros de investigación avanzados o grupos de trabajo muy especializados son los estándares universales para la formulación de diagnósticos sindromáticos y etiológicos. El manual diagnóstico DSM IV y su derivado TR, de amplia divulgación y utilización por años principalmente en el campo de la psiquiatría, será condenado a un olvido gradual y deberá ser sustituido por el DSM-5.

El primer cambio que llama la atención es el reemplazo del número romano IV por el numeral arábigo 5. Una segunda modificación de inicio,

vinculada con nuestro artículo, es que en el sistema de clasificación anterior el capítulo referido a trastornos cognitivos se denominaba *Delirium, Demencia y otros Trastornos Cognitivos y Amnésicos*. En el emergente DSM 5, en cambio, esta categoría principal ahora se denomina simplemente *Trastornos Neurocognitivos*, haciendo alusión a aquellas condiciones en que los déficits primarios radican en la cognición y representan una declinación desde un cierto funcionamiento intelectual, previamente alcanzado. Se ha escogido el término neurocognitivo porque es más específico que cognitivo y describe funciones cognitivas ligadas a la función de particulares regiones cerebrales, vías neurales o redes córtico-subcorticales en el cerebro¹.

Refiriéndose a los tipos de desórdenes cognitivos, este nuevo texto abrevia y simplifica al ratificar la existencia de *Delirium* e incorporar los nuevos términos Trastorno Neurocognitivo Mayor y Trastorno Neurocognitivo Menor, con sus respectivas etiologías (Tabla 1).

El autor no presenta ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Médico Neurólogo, Unidad de Neurología Cognitiva y Demencias, Servicio de Neurología, Hospital del Salvador.

Tabla 1. Trastornos neurocognitivos DSM 5

Delirium	Trastorno neurocognitivo mayor y menor
Otro <i>Delirium</i> especificado	Trastorno neurocognitivo mayor
<i>Delirium</i> no especificado	Trastorno neurocognitivo menor
	Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a enfermedad de Alzheimer
	Trastorno neurocognitivo mayor o menor frontotemporal
	Trastorno neurocognitivo mayor o menor con cuerpos de Lewy
	Trastorno neurocognitivo mayor o menor vascular
	Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a traumatismo cerebral
	Trastorno neurocognitivo mayor o menor inducido por sustancias/medicación
	Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a infección HIV
	Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a enfermedad priónica
	Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a enfermedad de Parkinson
	Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a enfermedad de Huntington
	Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a otra condición médica
	Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a etiologías múltiples
	Trastorno neurocognitivo no especificado

Delirium

El caso del *Delirium* es especial, porque aún cuando se trata claramente de un trastorno neurocognitivo, debido a disfunción cerebral metabólica o estructural, no puede incluirse en el subgrupo de trastorno neurocognitivo mayor o menor puesto que clínicamente se caracteriza por fluctuaciones cognitivas. Esta condición, además está definida principalmente por compromiso de conciencia y de la atención, lo que la diferencia de los otros trastornos neurocognitivos, con los cuales, sin embargo, con frecuencia coexiste.

En el DSM-5 el criterio diagnóstico de *Delirium* no ha experimentado mayor modificación, requiriéndose para su validación una alteración en la atención y en la capacidad de contacto con el medio, desarrollo en corto período de tiempo con tendencia a la fluctuación en severidad, perturbación cognitiva global, sin relación con compromiso severo del nivel de conciencia como el coma y con evidencia de directa consecuencia fisiológica de

otra condición médica, de intoxicación o abstinencia de sustancias, exposición a toxinas o debido a múltiples etiologías.

Trastorno neurocognitivo menor

En una consideración más neuropsicológica, en el DSM IV cuando se especificaban los defectos relacionados con los dominios cognitivos que podrían estar afectados se mencionaba el deterioro de memoria, la afasia, la apraxia, la agnosia y la disfunción ejecutiva. Es importante que en el nuevo manual se amplía esta valoración a funciones como atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual-visoconstructiva y cognición social.

La incorporación por primera vez del concepto Trastorno Neurocognitivo Menor, virtualmente idéntico al constructo clínico bien consolidado de Deterioro Cognitivo Leve², constituye uno de los cambios más significativos de este capítulo en el

nuevo manual DSM-5. Este trastorno va más allá de los ligeros defectos cognitivos normales y describe un nivel de declinación cognitiva que requiere estrategias compensatorias para ayudar a mantener la independencia y efectuar las actividades de la vida diaria.

Con la lógica excepción del *Delirium*, el primer paso en el proceso diagnóstico será discriminar entre funcionamiento cognitivo normal, Trastorno Neurocognitivo Menor o Trastorno Neurocognitivo Mayor, luego de lo cual habrá que intentar asignar una categoría etiológica, para lo cual existe una descripción en el texto de los atributos clínicos de cada entidad. Sabemos que ambas tareas, en la práctica clínica, nunca han sido fáciles. Distinguir una etapa de otra, en este continuum de la normalidad a la demencia, conlleva riesgos puesto que la valoración de la repercusión en la funcionalidad como criterio último para diferenciar una entidad de otra supone un alto componente de subjetividad. Típicamente, además, es más fácil identificar la etiología en *Delirium* o en Trastorno Neurocognitivo Mayor. Asimismo, rotular a alguien como portador de un Trastorno Neurocognitivo Menor debido a Enfermedad de Alzheimer omite el hecho de que aún no contamos con marcadores clínicos predictivos de conversión con suficiente sensibilidad y de que un porcentaje de estos sujetos permanecerá estable en el tiempo. Aún cuando el DSM se basa sólo en síntomas clínicos para categorizar cada enfermedad, es obvio que la implementación de biomarcadores en rápido desarrollo actual, como la evidencia en Enfermedad de Alzheimer del depósito amiloideo anormal a través de PET o la medición de niveles de proteínas beta amiloide y tau en LCR ayudarán a aumentar la probabilidad de predecir tempranamente la progresión de un Trastorno Neurocognitivo Menor. Por cierto, la identificación temprana de un trastorno neurocognitivo objetivo permitirá que las intervenciones terapéuticas sean más efectivas³.

Trastorno neurocognitivo mayor

La otra propuesta significativa, y que ha gene-

rado controversia en los círculos especializados, es el reemplazo del universal término *demencia* por el de Trastorno Neurocognitivo Mayor, que también incluiría a los *otros trastornos amnésicos*, bajo el argumento de la odiosa estigmatización que provocaría el anterior concepto. Sin embargo, APA (Asociación Psiquiátrica Americana) acepta que según realidades y culturas locales resulta razonable que siga empleándose el tradicional término demencia.

Además de lo anterior, se ha esgrimido que el término demencia se ha extendido globalmente sólo para referirse a las etiologías Enfermedad de Alzheimer o Enfermedad por cuerpos de Lewy, pero no para otras causas. Por ejemplo, el término demencia vascular se ha ido reemplazando gradualmente por el más amplio de deterioro cognitivo vascular⁴ y el de demencia frontotemporal por el de degeneración frontotemporal. Asimismo, en sujetos más jóvenes con importante deterioro cognitivo asociado a traumatismo encefalocraneano o a infección HIV, resultaba incómodo rotularlos como portadores de una demencia, término más bien geriatrizado¹.

La diferencia entre Trastorno Neurocognitivo mayor y Menor está basada en el nivel de severidad de los defectos cognitivos y especialmente en la conservación o no de autonomía para el desempeño en actividades instrumentales o complejas de la vida diaria, cuestión esta última siempre de valoración arbitraria. Muy interesante de señalar es que el grupo de trabajo del DSM-5 estimó que el deterioro funcional es una consecuencia del trastorno o enfermedad y entonces no podría ser considerado un criterio para el diagnóstico del trastorno; sin embargo, por la controversia producida con la actual práctica clínica se recomendó no remover este tradicional criterio diagnóstico¹. La documentación neuropsicológica y psicométrica será fundamental.

Establecido el diagnóstico de Trastorno Neurocognitivo Mayor, a continuación deberá definirse una categoría etiológica, siendo varias las posibilidades con descripciones amplias, ya que, a diferencia del DSM IV, ahora se han establecido claramente criterios operacionales para cada una de estas causas⁶.

Conclusiones

Después de una década ha aparecido una nueva versión, la quinta edición del DSM, introduciendo dos cambios importantes en el capítulo de los trastornos cognitivos. Se ha incorporado el concepto de Trastorno Cognitivo Menor que solo ratifica la existencia de la entidad clínica Deterioro Cognitivo

Leve de amplia aceptación y alguna controversia entre investigadores y clínicos y se ha sustituido el clásico término sindromático de Demencia por el de Trastorno Neurocognitivo Mayor, decisión que posee fundamentos pero que se vislumbra difícil de aceptar. Es posible que, por la dinámica de las investigaciones, progresos y debates, tengamos textos revisados antes del DSM 6.

Resumen

En esta revisión se analizan las principales propuestas que expone el nuevo manual diagnóstico y estadístico DSM-5 en lo referido al capítulo de trastornos cognitivos y amnésicos, ahora denominado Trastornos Neurocognitivos. No se introducen modificaciones y sólo se actualiza el criterio diagnóstico de Delirium. Se incorpora la categoría de Trastorno Neurocognitivo Menor que reconoce la existencia del Deterioro Cognitivo Leve, con sus diferentes etiologías. Se sustituye el término Demencia por el de Trastorno Neurocognitivo Mayor y se operacionalizan los criterios diagnósticos de sus diferentes etiologías.

Palabras clave: DSM-5, delirium, demencia, trastornos neurocognitivos.

Referencias

1. Ganguli M, Blacker D, Blazer D, Grant G, Jeste D, Paulsen J, *et al.* Classification of Neurocognitive Disorders in DSM-5: A Work in Progress. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011; 19 (3): 205-10.
2. Petersen RC. Clinical practice: mild cognitive impairment. *N Engl J Med* 2011; 364: 2227-34.
3. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, *et al.* The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement* 2011; 7: 270-9.
4. O'Brien JT, Erkinjunnti T, Reisberg B, *et al.* Vascular Cognitive Impairment. *Lancet Neurology* 2003; 2: 89-98.
5. Neary D, Snowden JS, Gustafson LL, *et al.* Frontotemporal lobar degeneration. A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998; 51: 1546-54.
6. Blazer D. Neurocognitive Disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 585-7.

Correspondencia:

Patricio Fuentes G.

Servicio de Neurología, Hospital del Salvador

Avenida Salvador 364, Providencia

Santiago, Chile

Fono 56 9 2300125

E-mail: pfuentes8410@gmail.com

Trastornos de personalidad: desde Schneider al DSM-5

Personality disorders: from Schneider to DSM 5

Ramón Florenzano U.^{1,2} y Javiera Guerrero M.¹

This work situates in its historical context and reviews the new diagnostic criteria of Personality Disorders according to DSM-5. First, the classical criteria of German psychiatry are described, especially the definitions of Kurt Schneider. Second, the perspectives of psychoanalysis are reviewed, with especial focus in the ideas of Otto Kernberg. This viewpoint is illustrated with his now classical description of borderline structures, adding the modifications introduced by John Clarkin et al, as well as Gunderson, Fonagy, Wagner and Linehan. Finally the proposed changes in DSM-5 is compared with the final publication of May 2013. These definitions are compared with the proposals of Shea et al. Costa and McRae. The conclusion reviews the advantages and practical difficulties of applying the new criteria.

Key words: Personality Disorders, DSM-5, Classification.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014; 52 (Supl 1): 38-49

Introducción

Los sistemas de clasificaciones categoriales actuales, el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, se caracterizan por ser realizados en base a consensos de expertos y ser de carácter descriptivo. Esto último, se debe principalmente a la falta de conocimientos respecto a mecanismos fisiopatológicos, marcadores biológicos y cognitivos específicos para cada trastorno mental.

Este año entró en vigencia el nuevo DSM-5 (mayo de 2013) y se espera que en los próximos años lo haga el CIE-11. Se esperaban diversos cam-

bios en el DSM-5 en cuanto al tipo de clasificación, criterios diagnósticos y sub tipos de trastornos de personalidad (TP), entre otros. Incluso se llegó a plantear cambiar la forma de denominar a estos desórdenes como “Trastornos Relacionales”, aludiendo a las distorsiones de la comunicación interpersonal que presentan sus diversas variedades. Esta tesis se modificó luego, planteándose dos líneas, una centrada en el sí mismo (o *Self*), y otra en la relación con los demás. El Grupo de Trabajo de Personalidad y trastornos de Personalidad planteó el desarrollo de un nuevo sistema de clasificación de tipo híbrido, es decir, la suma de aspectos categoriales y dimensionales a la vez. Se proponía eliminar varios de ellos, dadas las críticas a la poca validez de varios de los TP que aparecían en el

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Facultad de Medicina Universidad de los Andes.

² Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador.

DSM-IV-TR, dado el escaso ajuste entre pacientes y prototipos, traslape con criterios propuestos en el Eje I, baja fiabilidad temporal entre evaluadores, pobre validez diagnóstica y sobre todo, su pobre utilidad en el ámbito clínico¹. La revisión de la literatura revela que las personalidades antisocial/psicopática, borderline y esquizotípica tienen la mayor evidencia de validez y utilidad clínica, mientras que las paranoides, esquizoides e histriónicas poseen menor base empírica, por lo que se planteó no incluirlas en la clasificación definitiva. Se postuló también utilizar criterios de inclusión nomotéticos en vez de politéticos; en el DSM-IV-TR debían cumplir la mitad más uno de los criterios, independientemente de cuales fueran, lo que tenía como consecuencia formas muy distintas de llegar al mismo diagnóstico. De haberse cumplido este postulado, se hubiese disminuido de diez a cinco los sub-tipos de trastorno, dejando sólo los esquizotípico, borderline, antisocial, narcisista, evitativo y obsesivo-compulsivo². Sin embargo, la versión final bien del DSM-5 no presentó cambios en cuanto al número de diagnósticos propiamente tales (Sección II), cabe destacar que sí los hubo en la distinción en niveles de funcionamiento de la personalidad según severidad, en lo auto e interpersonal (Sección III). La nueva clasificación presentada promueve un modelo dimensional simple que se basa en dos componentes esenciales: severidad en la disfunción interpersonal (agrupados en cinco grados) e identificación de rasgos dominantes. Estos últimos califican la naturaleza del trastorno, sin ser esenciales para el diagnóstico: asocial/esquizoide, disocial/antisocial, obsesivo/anancástico, ansioso/dependiente, y emocionalmente inestable. Se identifican también niveles sub-umbral de alteraciones, codificados separadamente en códigos Z. Según Tyrer³, esta propuesta tienen una mayor utilidad clínica, refleja aún más el carácter dimensional de la personalidad, elimina la comorbilidad presenten en los TP y disminuiría la estigmatización asociada a este diagnóstico.

El propósito de esta revisión es analizar el contexto histórico en el cual surge el actual diagnóstico de trastorno de personalidad, revisar la influencia de autores psicoanalíticos, especialmente de Otto

Kernberg, para luego describir la polémica acerca de los sistemas clasificatorios futuros en las clasificaciones DSM y CIE.

Contexto histórico

Psiquiatría alemana clásica: Kurt Schneider

Gargiulo⁴ ha resumido recientemente la posición de la psiquiatría germana clásica acerca de las personalidades anormales al señalar que estas son definidas con un criterio eminentemente estadístico: personalidad anormal es aquella que se aparta de la norma, del tipo más frecuente en un lugar y época determinados. Dentro de este grupo están las personalidades psicopáticas, que son aquellas que sufren y hacen sufrir por su anormalidad, donde el caso más típico corresponde al del psicópata desalmado.

De acuerdo a los criterios de Schneider, los desórdenes de personalidad no constituyen enfermedades en sentido estricto por lo que no es posible etiquetarlas bajo un diagnóstico; no tienen una etiología en el sentido médico y su individualización sólo puede permitir o remitir a lo descriptivo. En esta conceptualización, por ejemplo, las personalidades psicopáticas no son susceptibles de un abordaje diagnóstico y el empleo de esta categoría debe ser relativizada. El uso de este término debe ser seguido de frases que reflejen debidamente esta condición, lejana siempre de un diagnóstico médico. Schneider consideró a las personalidades psicopáticas (hoy personalidades antisociales) como las variaciones anormales de los modos psicológicos de ser que sufren o hacen sufrir por su anormalidad. Una causalidad eficiente aquí no puede ser invocada en el sentido de la patología médica. Estamos aquí frente a una categoría diferente de trastorno, donde los valores personales, objetivos existenciales e intencionalidad están implicados. El desarrollo de personalidad no puede ser “explicado” (“*erklaren*”) por causas que, ascendiendo desde lo corporal, comprometan los estratos superiores. En este ámbito sólo cabe la “comprensión” (“*verstehen*”) de la existencia humana, que es única, personal, individual irreplicable. Hay pues una diferencia

ostensible entre comprender y explicar, tal como lo formulara Jaspers⁵.

Trastornos de personalidad en el psicoanálisis: Otto Kernberg

La conceptualización de Otto Kernberg, complementada por su colaborador John Clarkin, ambos de la Universidad de Cornell en los Estados Unidos, se centra más que en el concepto schneideriano antedicho, en el término de *estructura limítrofe*. Si bien el origen de este concepto también proviene de autores clásicos alemanes como Kahlbaum y el mismo Bleuler, quienes popularizaron el uso del término fueron los autores Hoch y Polatin, en la década de 1950 en los EE.UU. Ellos describieron bajo el nombre de “esquizofrenia pseudoneurótica” a pacientes con angustia flotante masiva (*pan-angustia*), síntomas neuróticos de diversos tipos (*pan-neurosis*), conductas sexuales de gran variedad (*pan-sexualidad*), afecto rígido y poco modulado y micro-desórdenes del pensamiento, a veces sólo pesquisables mediante estudio psicométrico. Para estos autores, los cuadros limítrofes eran formas transicionales entre las neurosis y las psicosis, pudiendo terminar en esquizofrenias con el correr del tiempo.

Al estudiar estos cuadros en las décadas del '60 y '70, Kernberg insistió en una posición diferente: estos pacientes representan una configuración estable de personalidad que, bajo una aparente diversidad y fluctuación sintomatológica, utilizan defensas comunes y una similitud estructural. La evolución de estos cuadros es tórpida, con altibajos y tendencia a problemas en relación a su impulsividad, pero no hacia el deterioro social que presentan los esquizofrénicos. Los estudios de seguimiento han confirmado su afirmación de que el curso de esos pacientes es diferente al de las esquizofrenias. En un primer estudio, Hoch y Cattell encontraron que sólo el 10% de los pacientes diagnosticados como esquizofrenias pseudoneuróticos, de acuerdo a la descripción de Hoch y Polatin, evolucionaban hacia un cuadro esquizofrénico propiamente tal. Estos hallazgos fueron confirmados por Carpenter, quien al seguir paralelamente enfermos diagnosticados como limítrofes y otros como esquizofré-

nicos, encontró que los primeros no presentaban el deterioro progresivo en sus relaciones sociales que aparecía en los segundos. Gunderson y Singer encuentran como rasgos diferenciales propios de estos pacientes la impulsividad, la tendencia a gestos suicidas repetidos de tipo manipulativo, una afectividad con tendencia a la rabia y depresión fáciles, pero transitorias, experiencias psicóticas leves y una hipersociabilidad con relaciones cercanas alteradas.

Kernberg ha esquematizado los síntomas de estos pacientes señalando que presentan en lo descriptivo: angustia crónica difusa y flotante, que no es controlada como de costumbre por rasgos de personalidad o por síntomas específicos; neurosis polisintomática (*pan-neurosis*), con síntomas de tipo fobias múltiples, obsesivo-compulsivos, conversivos múltiples, reacciones disociativas, hipocondriasis, tendencias paranoides o hipocondríacas. Aparecen además tendencias sexuales perverso-polimorfos y formas prepsicóticas de estructuras de personalidad (personalidades paranoides, esquizoides, hipomaníacas y ciclotímicas). En estas formas de patología severa del carácter, hay erupciones crónicas y repetitivas de impulsos que gratifican necesidades que son egodistónicas. Surgen así distintos desórdenes episódicos, tales como el alcoholismo, la cleptomanía, la adicción a las drogas y ciertas formas de obesidad psicogénica. Éstos están conectados con los desórdenes caracterológicos de tipo impulsivo y con desviaciones sexuales episódicas egodistónicas.

Desde el punto de vista de la estructuración del aparato psicológico (Yo, Ello, y Súper Yo), Kernberg ha clasificado las características de funcionamiento de estos pacientes describiendo manifestaciones inespecíficas de debilidad del Yo, tales como incapacidad de tolerar la angustia, falta de control impulsivo y falta de mecanismos sublimatorios. Los procesos de pensamiento se desvían al tipo proceso primario descrito por Freud: aunque en el examen mental estos pacientes pueden mostrar procesos del pensamiento sin alteraciones, en los test psicométricos aparecen, de regla, fantasías primitivas, verbalizaciones insólitas y menor capacidad para adaptarse a la situación del test, como lo

han mostrado Rapaport, Gill y Schaffer. Esto hace muy importante el estudio psicológico hecho por expertos, que se realiza para poder diagnosticar estas estructuras limítrofes. En estos estudios se ha constatado cómo utilizan operaciones defensivas específicas, tales como la escisión (Splitting) del Yo para separar aspectos internalizados buenos y malos. Además de este mecanismo, el Yo recurre a otras operaciones defensivas para evitar la aparición de angustia en el sujeto, tales como: 1) la *idealización primitiva*, que se refiere a ver los objetos externos como totalmente buenos. El término primitivo se usa para enfatizar que no hay ninguna percepción (consciente o inconsciente) de la propia agresión proyectada en el objeto; las *formas tempranas de proyección* y especialmente identificación proyectiva: en estos enfermos hay un fuerte grado de proyección, que sirve para externalizar las imágenes internas malas. La consecuencia de estos mecanismos es que los objetos externos serán vistos como peligrosos y persecutorios; 2) la *negación*: su forma típica es la falta de reconocimiento de la coexistencia de dos áreas de la conciencia emocionalmente independientes; 3) la *omnipotencia y desvalorización*: los pacientes con estructura limítrofe fluctúan entre una relación idealizada con un objeto “mágico” que los protege, y luego fantasías y conductas que evidencian una sensación de omnipotencia mágica propias. En un nivel más profundo hay un control absoluto y despiadado del objeto idealizado, que es utilizado para manipular el medio ambiente y destruir enemigos potenciales. Se ligan, pues, a una fuerte convicción inconsciente de tener el derecho a ser gratificados y homenajeados por los demás y a ser tratados como personas especiales y privilegiadas. Un corolario de esta actitud es lo opuesto: el desvalorizar los objetos que ya no sirven para gratificar las necesidades propias, los cuales son descartados.

Las características anteriores son entendidas por Kernberg como patología de las relaciones de objeto internalizadas. El mecanismo de escisión, cuando opera constantemente, hace que las relaciones objetales se mantengan en un estado “no metabolizado”, o sea, no integrado. Esto dificulta el proceso normal de despersonificación, abstracción

e integración de las relaciones internalizadas de objeto, lo que se manifiesta como una incapacidad de integrar las introyecciones e identificaciones buenas y malas. Las consecuencias de estas separaciones mantenidas son múltiples: falla de la modulación normal de los estados afectivos del Yo, por lo que persiste una tendencia crónica a la aparición de afectos primitivos; falta de la disposición afectiva de experimentar culpa, depresión y preocupación por los demás; interferencias serias con la integración del Súper Yo, que se mantiene con núcleos primitivos sádicos. Hay un Súper Yo externalizado primitivo y peligroso.

Todo lo anterior hace que estos pacientes tengan escasa empatía por los demás e incapacidad de evaluar a otros realísticamente. Vivencian a los demás como objetos distantes y sólo muy difícilmente se comunican en forma más profunda con ellos. Sus relaciones interpersonales son protectoramente superficiales. Si no consiguen mantener cierta distancia, entran en una relación alternante y caótica con los objetos, con idealización y desvalorización fluctuantes, con gran necesidad de controlarlos para que no se tornen persecutores.

Los sentimientos de inferioridad vivenciados frecuentemente por estos pacientes representan, a menudo, una defensa que encubre rasgos narcisistas del carácter. La presencia de identificaciones parciales contradictorias hace que estos pacientes tengan una calidad camaleónica en sus relaciones y adaptación, que es lo que Erikson ha llamado “*síndrome de difusión de identidad*”, o sea, una falta de autoimagen integrada así como un concepto estable de los objetos totales. Desde un punto de vista evolutivo genético, Kernberg ha sugerido que la patología limítrofe es la consecuencia de una falla evolutiva que ocurre después de la diferenciación entre sí mismo y objeto, pero antes de la constancia de objeto. La falla específica en el desarrollo infantil se ha ubicado en lo que Mahler llama “fase de separación-individuación” que va de los seis meses a los tres años de vida. En este período, normalmente el niño se separa de la madre con lentitud: en la medida en que adquiere autonomía de ella puede verla como alguien bueno y malo a la vez. Esta relación puede alterarse, sea por excesiva

distancia (madres ausentes) o por excesiva cercanía (madres controladoras), que no permiten que este proceso se desarrolle en forma expedita y, por lo tanto, hacen que el paciente, posteriormente, no desarrolle una imagen integrada de su madre.

El diagnóstico diferencial de estos cuadros debe hacerse con cuadros psicóticos y con desórdenes neuróticos y de personalidad de un nivel más alto. Kernberg ha propuesto para realizarlo una modalidad específica de entrevista estructural, que utiliza el grado de integración de la identidad, las operaciones defensivas predominantes y la prueba de realidad. Los neuróticos y los límites comparten la delimitación adecuada entre las representaciones internas del *Self* (sí mismo) y objeto, un funcionamiento defensivo que protege del conflicto intra psíquico, y un juicio de realidad preservado. Los neuróticos se diferencian de los límites en que su identidad está mejor integrada y en el uso de defensas de tipo alto (represión, intelectualización, desplazamiento, etc.). Los límites y los psicóticos se asemejan en la tendencia a utilizar defensas de tipo bajo, y en un grado de difusión de la identidad (que es menos coherente que en el neurótico). El psicótico se diferencia del límite en la pérdida del juicio de realidad, la confusión entre *Self* y objeto (que se evidencia en las alucinaciones) y en el uso de defensas para protegerse de la desintegración psíquica y de la fusión del *Self* y el objeto.

En la conceptualización de Kernberg, la estructura antisocial es una forma extrema de estructura límite, caracterizándola por la crueldad en las relaciones interpersonales, por un narcisismo bajo (o “narcisismo maligno”) y por la refractariedad a los tratamientos psicoanalíticos clásicos. El pronóstico es el más reservado: dentro de lo difícil que es tratar a los trastornos límites, los antisociales serían los menos alcanzables por aproximaciones comprensivas.

Criterios del DSM-5: la propuesta y la realidad

La propuesta inicial

La clasificación de los Trastornos de Personalidad del DSM-5⁶ se basó en la propuesta del

Grupo de Trabajo respectivo, que implica una re-conceptualización mayor de la psicopatología de la personalidad que identifica las alteraciones centrales de su funcionamiento, rasgos patológicos y los principales tipos de personalidad patológica⁷. Para el grupo de trabajo, una evaluación amplia de la personalidad consiste en cuatro componentes: niveles de funcionamiento, tipos de trastornos, dominios y facetas de rasgos de personalidad patológica, y criterios generales para personalidad patológica. Esta evaluación en cuatro partes se focaliza en identificar la psicopatología de la personalidad con grados crecientes de especificidad, dependiendo del tiempo disponible del clínico, su información y grado de experiencia. Revisemos cada uno de los cuatro componentes:

- 1) Los cinco niveles de severidad se basan en grados de alteración en el funcionamiento del sí mismo (*Self*) y capacidades interpersonales;
- 2) Los cinco tipos específicos de trastornos de personalidad (TP) son definidos cada uno por la alteración en esas capacidades centrales, y un conjunto de rasgos de personalidad patológica;
- 3) Seis dominios amplios de *rasgos* de nivel alto, con cuatro a diez facetas de nivel más bajo, da un total de 37 facetas de rasgos especificados;
- 4) Nuevos criterios generales para trastorno de personalidad basados en criterios extremos de severidad en las capacidades centrales del funcionamiento de la personalidad, así como en grados extremos de rasgos patológicos.

Esta nueva evaluación reemplaza el esquema propuesto en el DSM IV TR, que consistía en criterios diagnósticos generales para diez tipos específicos (más dos adicionales). Se agregaban criterios de severidad y curso como especificadores para todos los diagnósticos, que no eran específicos para la categoría de trastornos de personalidad. En esta nueva propuesta aparece como elemento central la alteración en el funcionamiento, que se utiliza para calificar el grado de alteración como el elemento A de los nuevos criterios. Se plantea que el elemento central para definir el TP emana de la alteración del pensamiento acerca sobre uno mismo (*Self*) y los demás. Dado que hay grados variables de alteracio-

nes en los dominios del sí mismo y del funcionamiento interpersonal, se propone un continuo de cinco niveles para ambos dominios. Estos niveles se resumen en la Tabla 1.

El planteo previo se centra en la evidencia empírica acerca de la importancia del nivel de severidad en la evaluación de todos los trastornos de personalidad. El funcionamiento del *Self* y del dominio interpersonal se basa en el hecho bien establecido de que el temperamento y procesos evolutivos y del entorno influyen en como los sujetos se ven a sí mismos y a los demás. Bowlby⁸ fue un pionero en el área de la teoría del apego, que planteó que las personas desarrollan “modelos de trabajo” para ayudarse a enfrentar al mundo externo, especialmente para interactuar con otras personas. Esto hace que al conocer nuevas personas sean incluidas en categorías pre-existentes de representaciones de los otros. Esta categorización rápida lleva frecuentemente a errores en la apreciación de los otros, fenómeno que es más pronunciado en las personas con TP. Estos trastornos se asocian con alteraciones en el pensamiento acerca de sí mismo y de los demás. Por ejemplo, los pacientes con personalidades limítrofes tienden a atribuir hostilidad a los otros, en comparación a otros tipos de

pacientes. Otros autores, como Wagner y Linehan⁹ han investigado la conexión entre relaciones interpersonales alteradas y disregulación emocional, demostrando que los pacientes limítrofes asignarían más frecuentemente atributos negativos a una cara con expresión facial neutra. Estos patrones maladaptativos de representaciones mentales del sí mismo y de los demás serían el sustrato de la psicopatología de la personalidad.

Otra conceptualización se centra en el Funcionamiento Reflexivo (FR), definida por Fonagy como la capacidad de comprender e interpretar los estados mentales propios y de los demás¹⁰. Esta capacidad es menor en los pacientes limítrofes y se relaciona inversamente al número de diagnósticos del Eje II en un paciente dado.

En cuanto a los tipos de TP, el Grupo de Trabajo sobre TDP propone cinco tipos específicos: anti-social/psicopático, evitativo, limítrofe, obsesivo-compulsivo y esquizotípico. Cada tipo tendría fallas centrales en el funcionamiento de la personalidad, que se asocian con una lista de rasgos que especifica los rasgos de personalidad patológicos que lo caracterizan. Estas listas son similares -pero no idénticas- con las categorías del DSM-IV-TR. La Tabla 2 describe -como ejemplo- la escala y los

Tabla 1. Niveles de funcionamiento de la personalidad propuestos para la clasificación DSM-5 de Trastornos de Personalidad (Skodol y cols, 2011)

<p>La psicopatología de la personalidad emana fundamentalmente de alteraciones en el pensamiento sobre el sí mismo y los demás. Dado que hay grados variables de alteración en ambos dominios, se presenta el siguiente continuo de niveles de funcionamiento del sí mismo o interpersonal para evaluar a los casos individuales</p> <p>Cada nivel se caracteriza por funcionamiento típico en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí Mismo (<i>Self</i>): Integración de la identidad, integridad del auto-concepto, auto-direccionalidad • Interpersonal: Empatía, intimidad, cooperación, junto a complejidad en la representación de los demás <p>Tal como en los criterios generales para trastornos de personalidad, al aplicar estas dimensiones diagnósticas, las dificultades en el funcionamiento del sí mismo y en el dominio interpersonal deben ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De duración de muchos años • No ser solamente la manifestación o consecuencia de otro trastorno mental • No deberse solamente a los efectos fisiológicos de una sustancia o condición médica general • No ser comprensibles como una norma dentro del grupo cultural de pertenencia del sujeto <p>Continuo de funcionamiento del sí mismo o interpersonal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 = Sin alteración • 1 = Alteración leve • 2 = Alteración moderada • 3 = Alteración severa • 4 = Alteración extremada

Tabla 2. Trastorno límite de personalidad y sus rasgos: descripción propuesta en el DSM-5

<p>Los individuos que se ajustan a este tipo de trastorno de personalidad tienen un auto-concepto extremadamente frágil, que fácilmente se altera y fragmenta bajo estrés, lo que resulta en la experiencia de falta de identidad o sentimientos crónicos de vacío. Como resultado, tienen una estructura del <i>Self</i> empobrecida o inestable, con dificultad para mantener relaciones cercanas o de intimidad. La auto-evaluación se asocia a menudo con devaluación, rabia e impotencia. Los individuos con este trastorno experimentan emociones rápidamente cambiantes, intensas, impredecibles, y pueden reaccionar con angustia o depresión intensas. Pueden asimismo tornarse rabiosos u hostiles, y sentirse incomprendidos, maltratados o victimizados. Pueden incurrir en actos de agresión física o verbal cuando se enojan. Las reacciones emocionales son típicamente en respuesta a eventos negativos interpersonales que implican pérdidas o desilusiones</p>
<p>Sus relaciones se basan en una necesidad percibida de los demás para sobrevivir, una dependencia excesiva con temor al rechazo o abandono. La dependencia incluye apego inseguro, expresado como una dificultad para tolerar la soledad; temor intenso a la pérdida o rechazo por los otros significativos, con una necesidad urgente de contacto cuando se encuentran bajo estrés, lo que se acompaña a veces por conducta sumisa. Al mismo tiempo el compromiso cercano con otra persona lleva a menudo a un temor de pérdida de identidad individual. De este modo, sus relaciones interpersonales son altamente inestables y alternan entre dependencia excesiva y fuga del compromiso. La empatía hacia los demás se encuentra severamente disminuida</p>
<p>Los rasgos emocionales centrales y sus conductas interpersonales se asocian con disregulación cognitiva, especialmente bajo estrés, lo que lleva a un procesamiento interpersonal en blanco y negro, o en actitudes de todo o nada. Hay reacciones cuasi-psicóticas, que incluyen paranoia o disociación, que pueden progresar hacia psicosis transitorias. Los individuos con este prototipo característicamente son impulsivos, actual bajo el impulso del momento, y frecuentemente se encuentran envueltos en actividades que potencialmente tienen consecuencias negativas. Aparecen actos deliberados de infligirse daños (cortándose o quemándose), así como ideación o actos suicidas en el contexto de situaciones de abandono, en situaciones de ruptura interpersonal. Los sentimientos de disforia y estrés intensos pueden llevar a otras conductas auto-agresivas, que incluyen abuso de sustancias, manejo irresponsable, atracones de comida o sexo promiscuo</p>
<p>Instrucciones: Clasifique la personalidad del paciente usando una escala de cinco puntos (desde 0 = no descriptiva del rasgo en absoluto, a 5 = extremadamente descriptiva del rasgo)</p>

rasgos componentes para el tipo de personalidad límite. La base de esta propuesta es la excesiva comorbilidad entre los diez tipos actualmente existentes con su escasa validez de algunos de ellos: la clasificación actual hace que muy frecuentemente un paciente cumpla con criterios para más de un trastorno a la vez. La estabilidad a lo largo del tiempo de varios de los tipos actuales es limitada. La reducción del número de tipos reduciría la comorbilidad, al considerar unos pocos tipos bien validados en la literatura, que ocurrirían en forma de un continuo y que serían estructuras estables a lo largo del tiempo.

Los cinco tipos que se mantenían en la clasificación propuesta son aquellos que tienen mayor evidencia empírica de validez y utilidad clínicas, con mayor alteración funcional laboral, en sus relaciones interpersonales cercanas, y puntajes más bajos en la escala GAF (Eje V) de la clasificación DSM. En especial, el componente psicopático/antisocial de los TP se centra en el componente de

desinhibición conductual, así como en el constructo de falta de empatía. Estos componentes parecen tener correlatos neurobiológicos y elementos etiológicos en el desarrollo infantil, con posibilidad de distinguir subtipos entre ellos.

Los tipos anteriores pueden ser representados dimensionalmente, como lo hacen dos aproximaciones: la de Shea y cols¹¹, que con sus PAF (Personality Assessment Forms), que son párrafos breves con descripciones de cada uno de los TP del DSM III; que luego son evaluados por el clínico con una escala de seis ítems; la de Westen y cols¹², que ha validado empíricamente 12 tipos de “síndromes de personalidad”, incluyendo uno normal, utilizando el Sheller-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200). Cada síndrome es representado en un párrafo que describe en forma narrativa el prototipo de personalidad de que se trata. El clínico compara a su pacientes con el prototipo y lo rotula en una escala de cinco puntos, desde 5 = muy buen ajuste, hasta 1 = muy poco

ajuste. Este “calce” (match) tiene una muy buena confiabilidad ($r = 0,72$) y reduce en forma importante la comorbilidad entre TP, que ha sido uno de los principales problemas de las clasificaciones del Eje II hasta ahora.

El sistema clasificatorio de rasgos y facetas de la personalidad diseñado por Costa y McCrae¹³ denominado NEO-PI-R más válido desde un punto de vista psicométrico, tiene al parecer menos utilidad clínica que los prototipos dimensionales antedichos. La complementación de ambas aproximaciones, la psicológica y la de prototipos descriptivos, es una tarea pendiente para futuras clasificaciones. Una alternativa a los prototipos son los modelos híbridos, que ponderan tanto trastornos como rasgos de personalidad. El DSM-5 propone seis dominios de personalidad de orden mayor: emocionalidad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición, compulsividad y esquizotipia, cada uno compuesto por facetas de menor orden, que describen rasgos específicos. La Tabla 3 resume los principales rasgos de cada uno de ellos.

La aproximación dimensional propuesta pretende disminuir los principales problemas existentes en las clasificaciones actuales de TP, que son la excesiva comorbilidad entre trastornos específicos, la heterogeneidad importante dentro de los trastornos, la inestabilidad temporal de los diagnósticos, la falta de límites claros entre personalidad normal y patológica, y la baja validez convergente y discriminante. La evidencia actual correlaciona los TP que se dejan en el DSM-5 con cuatro dominios de rasgos de la personalidad en el FFM: neuroticismo, extraversión, facilidad interpersonal, y ser concienzudo. El DSM propuso entonces cuatro modelos extremos en el lado negativo (por lo tanto patológico) de la personalidad, que se listan en la tabla anterior. La esquizotipia, que en el CIE se coloca dentro del espectro de las esquizofrenias, y por lo tanto no es en esa clasificación un trastorno de personalidad, tiene un dominio, la falta de convencionalismo, que pertenece a estos últimos trastornos. Varios meta-análisis muestran que el TP Obsesivo Compulsivo va más allá del rasgo de ser concienzudo, ya que en los casos extremos su perfeccionismo llega a un punto de rendimientos

Tabla 3. Rasgos de personalidad del modelo de facetas propuesto por el DSM-5

Emocionalidad negativa: Labilidad emocional, ansiedad, sumisión, inseguridad de separación, pesimismo, baja auto-estima, culpa/vergüenza, auto-daño, depresividad, suspicacia
Desapego: Aislamiento social, desapego social, evitación de la intimidad, afectividad restringida, anhedonia
Antagonismo: Manipulación, narcisismo, histrionismo, hostilidad, agresión, oposicionismo, conductas opacas
Desinhibición: Impulsividad, distractibilidad, irresponsabilidad, destructividad
Compulsividad: Perfeccionismo, perseveración, rigidez, orden extremo, aversión al riesgo
Esquizotipia: Percepciones o creencias poco habituales, excentricidad, desregulación cognitiva, tendencia a la disociación

decrecientes, que les resta flexibilidad y los mantiene rígidamente en rutinas que comprometen su excelencia global. Este listado es provisional, y se espera avanzar en los próximos años en el estudio de su confiabilidad.

La propuesta inicial del DSM-5 planteaba finalmente una definición y un conjunto de Criterios Generales para un TP, que se resumen en la Tabla 4.

Las características listadas en la anterior Tabla, resumen muchos de los aspectos importantes en la literatura clínica reciente¹⁴⁻¹⁷ en un formato consistente con las aproximaciones cognitivas a la personalidad. La patología interpersonal se evalúa utilizando criterios que indican la falla de desarrollo de empatía, intimidad y apego sostenidos, conducta prosocial y cooperativa, así como representaciones complejas e integradas de los demás.

Lo que finalmente se publicó

A pesar de la propuesta anterior, el DSM-5 presentado en la reunión de la Asociación Psiquiátrica Americana en su reunión de mayo de 2013, fue una solución intermedia entre lo presentado por el Comité y el DSM IV TR. En la publicación distribuida, se dio la siguiente definición de Trastorno de Personalidad:

Tabla 4. Definición y criterios generales para TP

Definición: Los trastornos de personalidad (TP) representan una falla en el desarrollo de un sentido de identidad del sí mismo y de funcionamiento interpersonal que son adaptativos en el contexto de las normas y expectativas culturales en las que se desenvuelve el individuo
A. La Falla adaptativa se manifiesta en una o más de las siguientes áreas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentido alterado de la propia identidad, que se manifiesta por uno o más de los siguientes: Sentido pobremente integrado del sí mismo o de su integridad (por ejemplo, sentido limitado de la unidad personal o de su continuidad; estados alternantes del <i>Self</i>, creencia de que el <i>Self</i> que se presenta al mundo es sólo una fachada) 2. Integridad del auto-concepto: Sentido pobremente integrado o diferenciado de la identidad del <i>Self</i> (por ejemplo, dificultad para identificar y describir los atributos del <i>Self</i>, sentido de vacío interior, límites interpersonales pobremente delineados, definición del <i>Self</i> cambia con cambios en el contexto social) 3. Auto-direccionalidad: Pérdida de la auto-direccionalidad (por ejemplo, incapacidad de fijar y lograr objetivos personales; falta de dirección, significado o propósito para la vida)
B. Falla en el Desarrollo de un funcionamiento interpersonal efectivo, que se manifiesta en una o más de las siguientes áreas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Empatía: Capacidad empática alterada, así como de la reflexividad (por ejemplo, encuentra difícil comprender los estados mentales de los demás) 2. Intimidad: Capacidad alterada de tener relaciones de intimidad (por ejemplo, incapaz de establecer mantener cercanía o intimidad, incapacidad de funcionar como una figura efectiva de apego, incapacidad de establecer o de mantener amistades) 3. Cooperación: Falla en desarrollar la capacidad de conducta prosocial (falla en desarrollar una conducta moral típica, ausencia de altruismo) 4. Complejidad e integración de la representación de los otros: Representaciones pobremente integradas de los demás (por ejemplo forma imágenes separada u pobremente interligadas de los otros)
C. La falla adaptativa se asocia con niveles extremos de uno o más trastornos de personalidad
D. La falla adaptativa es relativamente estable a lo largo del tiempo, y es consistente a través de situaciones cuyo comienzo puede ser encontrado por lo menos en la adolescencia
E. La falla adaptativa no se explica sólo como una manifestación o consecuencia de otro trastorno psiquiátrico
F. La falla adaptativa no se debe solamente a efectos fisiológicos directos de una sustancia química (o sea, de una sustancia de abuso, de un medicamento) o de una condición médica general (por ejemplo, de una contusión cerebral)

- A. Un patrón persistente de experiencias interna y comportamiento que se desvía notoriamente de las expectativas de la cultura en la cual vive el individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:
1. Cognición (o sea, modos de percibir e interpretarse a uno mismo, a las demás personas, y a los sucesos).
 2. Afectividad (o sea, la gama, intensidad, labilidad y adecuación de las respuestas emocionales).
 3. Funcionamiento interpersonal.
 4. Control de impulsos.
- B. Este patrón persistente es inflexible y amplio, cubriendo una amplia gama de situaciones personales y sociales.

- C. El patrón persistente lleva a un malestar clínicamente significativo, o a una alteración en las áreas de funcionamiento social, ocupacional u otras.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su comienzo se puede fechar en la adolescencia o adultez temprana.
- E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia química (como una droga de abuso o un medicamento), o a otra condición médica (como trauma encefálico).

La descripción final del Trastorno límite de personalidad fue la siguiente: Un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la auto-imagen, y en los afectos, junto a notoria impulsividad, que comienza en la adultez temprana y se presenta en una variedad de contextos, como se indica por la presencia de cinco (o más) de:

1. Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por alternancia entre idealización y devaluación extremas.
3. Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido del *Self*, notoria y persistentemente inestable.
4. Impulsividad por lo menos en dos áreas que son potencialmente dañinas para el sujeto (gasto excesivos, sexo, abuso de sustancias, conducir descuidadamente, comer en atracones).
5. Conductas, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o conductas de auto-mutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad anímica (episodios de intensa disforia, irritabilidad o angustia que duran desde unas pocas horas o a lo más unos pocos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Rabia desproporcionada o intensa, con dificultad para controlar agresividad (demostraciones temperamentales abiertas, rabia constante, frecuencia de peleas físicas).
9. Ideación paranoide transitoria ligada a estrés, o reacciones disociativas al mismo.

Conclusión

El tema de los trastornos de personalidad y su clasificación persiste siendo polémico, como lo ha sido siempre desde el comienzo de la psiquiatría como especialidad clínica independiente. Desde los autores clásicos hasta el DSM-5, persiste la controversia entre lo innato y lo adquirido: ¿son las variedades temperamentales ya sugeridas por Hipócrates y corroborada por la investigación neuroquímica actual el foco de las clasificaciones? ¿Cuál es el rol de la experiencia, sea temprana durante la niñez y adolescencia, o tardía como los efectos de contextos crónicamente traumáticos?

Esta controversia se mantuvo hasta el fin del Grupo de Trabajo de la APA al respecto: la propuesta de reducir los tipos de personalidad validados empíricamente a cinco fue finalmente postergada, y se mantuvieron los 10 tipos de personalidades patológicas de las clasificaciones previas. Por otra parte, las formulaciones psicoanalíticas acerca de trastornos severos de personalidad, que fueran propuestas por Otto Kernberg en la década de los 70, han sido por primera vez incorporadas en el marco clasificatorio, al separar representaciones del sí mismo, de los otros y tomar en cuenta su interacción durante la entrevista diagnóstica. Los focos en funcionamiento del *sí mismo*, de la relación con el otro son elementos claves en el diagnóstico en la actual clasificación. La inestabilidad emocional, y el rol preponderante de la agresión en los pacientes límite ha sido incorporada por primera vez en una clasificación psiquiátrica formal.

Para Fuchs¹⁸, existen tres formas o enfoques distintos para evaluar las enfermedades mentales: una, positivista, objetificadora o en tercera persona, utilizada por DSM y CIE, enfocada en síntomas y comportamientos observables; una segunda, fenomenológica, orientada en el sujeto o en primera persona, que se enfoca en la experiencia propia consciente y en la exploración de estructuras básicas; y una tercera, hermenéutica, intersubjetiva o en segunda persona, que tiene como objetivo la co-construcción de narrativas compartidas o interpretaciones sobre su auto-concepto, sus conflictos y relaciones interpersonales.

El primer enfoque se limita a la evaluación de síntomas y comportamientos individuales, considerándolos más fiables que las experiencias personales. No le interesa una comprensión global de la subjetividad humana como un todo, sino clasificar los comportamientos humanos anormales; la aproximación fenomenológica, se enfoca en la forma y estructura de la experiencia consciente. Aquí no se identifican síntomas en forma aislada, sino se liga al sujeto y conciencia en la que emergen. Incluyen la estructura pre reflexiva de la experiencia, que son las bases explícitas de la perspectiva del paciente, única forma por la cual se puede comprender e interpretar su expresión

verbal. Por último, la visión intersubjetiva se basa en dos principios: primero, que el paciente sólo puede ser correctamente entendido en su “mundo” a través de sus relaciones interpersonales, las cuales se pueden dilucidar desde los primeros encuentros entre los pacientes y terapeutas. Segundo, la mayor parte de la psicopatología, y sobre todo de los rasgos de personalidad, sólo pueden ser comprendidos a través de la interacción. Esto se opone al primer enfoque, donde el diagnóstico psiquiátrico sólo puede ser realizado en el marco de un contexto histórico y cultural. Estos enfoques involucran más al psiquiatra en una interacción dinámica y con construcción del significado. Para Fuchs, tanto el CIE como el DSM, debiesen tener como objetivo desarrollar un sistema de evaluación, diagnóstico y de clasificación que contemplen los enfoques de primera y segunda persona, de esta forma se complementaría el sistema “criteriológico” actual.

El DSM-5 ha intentado una re conceptualiza-

ción mayor de la psicopatología de la personalidad, que identifica fallas axiales en el funcionamiento de la personalidad, rasgos patológicos de la personalidad, tipos de trastornos de personalidad, dominios y facetas de rasgos patológicos, y criterios generales para TP. La postergación de su uso muestra la falta de consenso con respecto a las diversas miradas de los trastornos del EJE II, donde se contrastan las aproximaciones descriptivas con las miradas intersubjetivas.

Una de las posibles razones para postergar el uso del sistema propuesto, es su mayor dificultad de implementación en servicios ambulatorios públicos ocupados. Varios de los criterios propuestos requieren de un entrenamiento en entrevistas complejas, como la Entrevista Estructural descrita por Kernberg. La ventaja propuesta es que incorpora al flujo central de las clasificaciones psiquiátricas categorías psicoanalíticas que han resistido la prueba del tiempo y que hoy cuentan con abundante evidencia empírica.

Resumen

Este trabajo sitúa en el contexto histórico y revisa los nuevos criterios diagnósticos de trastornos de personalidad de acuerdo al DSM-5. Primero, se describen los criterios clásicos de la psiquiatría alemana, en especial los de Kurt Schneider. Segundo, se revisan los puntos de vista del psicoanálisis, en especial Otto Kernberg. Se ilustra su perspectiva con su descripción ya clásica de la estructura borderline, para señalar luego las modificaciones posteriores de John Clarkin y cols, así como las de Gunderson, Fonagy, Wagner y Linehan y Bowlbe. Luego, se contrasta la propuesta inicial del DSM-5 con lo que finalmente fue publicado en mayo de 2013. Se comparan las definiciones de Shea y cols, Costa y McRae. Se concluye revisando las ventajas y dificultades prácticas de la aplicación de los nuevos criterios.

Palabras clave: Trastornos de Personalidad, DSM5, Clasificación.

Referencias bibliográficas

1. Esbec E, Echeburúa E. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. Act Esp Psiquiatr 2010; 39: 1-11.
2. Pull, Charles B. Too Few or Too Many? Reactions to Removing versus Retaining Specific Personality Disorders in DSM-5. Curr Opin Psychiatry 2013; 26 (1): 73-8.
3. Tyrer P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: a classification of personality disorders that has had its day. Clin Psychol Psychother 2012; 19: 372-4.
4. Gargiulo P. Sobre la Desesperanza y otros Escritos

- Psicológicos. Madrid: Editorial Académica Europea, 2012.
5. Jaspers K. *Psicopatología General*. México, Fondo de Cultura Económica, 1996.
 6. American Psychiatric Association. *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-V*. American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2013.
 7. Skodol AE, Bender DS, Morey LC, Alarcón RD, Siever LJ, Clark LA, *et al.* Proposed Changes in Personality and Personality disorder Assessment and Diagnosis for DSM-5 Part I: Description and Rationale. *Personal Disord* 2011; 2: 4-22.
 8. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol I: Attachment*. Nueva York: Basic Books, 1969.
 9. Wagner AW, Linehan MM. Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: Implications for emotion regulation? *J Per Disord* 1999; 13: 329-44.
 10. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, *et al.* The relationship of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 22-31.
 11. Shea MT, Glass D, Piljonis PA, Watkins J, Doherty JP. Frequency and implications of personality disorders in a sample of depressed inpatients. *J Pers Disord* 1987; 1: 27-42.
 12. Westen D, Shedler J. Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American J Psychiatry* 1999; 156: v 258-72.
 13. Costa PT Jr, McRae RR. *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI) and NEO Five Facet Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources Inc.
 14. Cloninger CR. A practical way to diagnosis personality disorders: a proposal. *J Pers Dis* 2000; 14: 99-108.
 15. Horowitz M. *States of the Mind: Configurational Analysis of Individual Psychology*. New York: Plenum Press, 1979.
 16. Kernberg OF. *Severe Personality Disorders*. Nueva Haven, Ct: Yale University Press, 1984.
 17. Kohut H. *The Analysis of the Self*. Nueva York: International Universities Press, 1971.
 18. Fuchs T. Subjectivity and Intersubjectivity in Psychiatric Diagnosis. *Psychopathology* 2010; 43: 268-74.

Correspondencia:

Ramón Florenzano U.

Napoleón 3565 Of 1405

Teléfono: 22037158

E-mail: rflorenzano@gmail.com

Los trastornos ansiosos en el DSM-5

Juan Maass V.¹

Among the most significant changes in DSM-5, are those of their global structure to a more dimensional nosological concept. This of course touches the whole construct categorical DSM-5 and Disorders Chapter Eager, one of those wins that cosmetic text, but without putting much proof already known categories anxious itself. Less has happened in other pictures as eager Obsessive Compulsive Disorders or Post Traumatic Disorders. In summary, the above disorders Anxiety DSM IV have been shifted to the dimensional categorical preserving what their criteria, definitely shedding in this 5th Review Obsessive Compulsive Disorders, Acute Stress Disorder and Post Traumatic. Furthermore dimensional vision, has homogenizing and simplifying the section including the unification into a single chapter-Disorders Anxious as such-primary forward frames with a common neurobiology (AFAIK) of others, such as Disorders Obsessive Compulsive Disorders Acute Stress Disorder and Post Traumatic, with features related to each other in terms of the existence of a series of diagnostic validators, and the clinical utility of grouping them in a chapter.

Key words: Anxious Disorders, Obsessive Compulsive Disorders, Acute Stress Disorder and Post Traumatic Disorders.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014; 52 (Supl 1): 50-54

Trastornos de ansiedad

El DSM III (1980) definió los elementos centrales de lo que será desde entonces la doctrina de la clínica moderna de la ansiedad, dividiendo las clásicas neurosis y transformándolas en trastornos. El mismo texto transforma una de las neurosis más frecuentes de la práctica clínica, la neurosis de angustia en un capítulo de categorías y sub categorías: trastorno de pánico (con y sin agorafobia a partir del DSM III-R (1987) y trastorno de ansiedad generalizada y neurosis fóbicas en trastornos por agorafobia, fobia social y fobias simples (específicas desde el DSM-IV, 1994). La

neurosis obsesiva pasa a llamarse trastorno obsesivo compulsivo. Las neurosis traumáticas se pasan a llamar trastorno por estrés agudo y trastornos post traumáticos. Los cuadros neuróticos histéricos y depresivos adquieren sus propias denominaciones categoriales y el concepto de neurosis tiende a desvanecerse hasta que es rescatado (en parte) por el CIE-10, que lo reincorpora como capítulo F4 o (F40-49) trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, que no obstante basado en el nuevo constructo del DSM, retoma su origen histórico. El DSM-5 vuelve a intentar un aire dimensional, pero no hace más que desahuciar lo ya abandonado (neurosis).

El autor no presenta ningún tipo de conflicto de interés.

1

Lo primero que llama la atención al revisar la versión 5ª de los Trastornos de ansiedad es que hoy trastornos obsesivos compulsivos y trastornos por estrés agudo y trastorno post traumáticos, ya no están en el capítulo de los trastornos de ansiedad (como en el DSM-IV y TR). Estos han pasado a ser categorías independientes (junto a trastornos disociativos y trastornos afines por síntomas somáticos). Sin embargo, se mantiene un orden secuencial de los capítulos que refleja las relaciones existentes entre ellos.

Los trastornos de ansiedad DSM-5

Trastornos de ansiedad

- Tr. Por ansiedad de separación.
- Tr. Por mutismo selectivo.
- Tr. Pánico.
- Agorafobia.
- Fobia específica.
- Tr. Ansiedad social.
- Tr. Ansiedad generalizada.
- Tr. Ansiedad inducida por sustancias/medicamentos.
- Tr. Ansiedad atribuible a otras condiciones médicas.
- Otros trastornos específicos de ansiedad.
- Trastorno de ansiedad no especificado.

Lo segundo en esta nueva versión es, la unificación dimensional en un solo capítulo (a través del desarrollo) de todos los trastornos ansiosos primarios, por lo que los trastornos ansiosos infantiles, trastornos de ansiedad de separación y mutismo selectivo, anteriormente incorporados en el capítulo “otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia” son hoy parte de este capítulo. El trastorno de ansiedad de separación y el mutismo selectivo ahora son clasificados como trastornos de ansiedad (en vez que los trastornos de inicio temprano). La revisión reciente incluye cambios en criterios de duración y eliminación del requisito de edad de inicio en el trastorno de ansiedad por separación.

El trastorno de pánico se ha simplificado y hoy se describe separado de la agorafobia, y de coincidir se incorpora como segundo diagnóstico. La

mayoría de los trastornos de esta sección tienen pequeñas variaciones en redacción, algunas de las cuales veremos más adelante. El trastorno de pánico y la agorafobia se transformaron en dos trastornos separados en el dsm-5.

Los criterios de edad se han eliminado y el tiempo ha sido revisado para la agorafobia, trastorno de ansiedad social y fobia específica. Las últimas incorporan especificadores diagnósticos, pero no fueron modificadas de otra manera. El criterio específico para trastorno de ansiedad social (anteriormente, fobia social) fue cambiado a favor de sólo un criterio de funcionamiento (p. ej., oratoria de público o de funcionamiento público). En esta versión 5ª para varias formas de fobias y desórdenes de ansiedad, se quita la exigencia que el sujeto (anteriormente, mayor de 18 años) “reconozca que su miedo y ansiedad son excesivos o irrazonables”. También, la duración de al menos 6 meses ahora se aplica a cada uno (no sólo a niños).

Por último, a los actuales criterios de ansiedad se han añadido también trastorno de ansiedad inducido por sustancias, trastorno de ansiedad atribuible a otra afección médica, otros trastornos específicos de ansiedad y trastorno de ansiedad no especificado.

Los trastornos obsesivo compulsivos DSM-5

Este capítulo incluye trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos afines.

El capítulo de los trastornos obsesivo-compulsivos y afines, que es nuevo en el DSM-5, refleja la evidencia creciente que estos cuadros están relacionados entre sí en términos de la existencia de una serie de validadores diagnósticos, así como la utilidad clínica de la agrupación de éstos en un mismo capítulo.

Los nuevos subgrupos que se incluyen en el capítulo son:

- Trastorno de acumulación.
- Trastorno por excoriación (*skin-picking*).
- Trastornos por uso obsesivo compulsivo de sustancias y medicamentos y afines.
- Trastorno obsesivo compulsivo y afines debido a otras condiciones médicas.

El diagnóstico DSM-IV de tricotilomanía (*hair-pulling disorder*) ha pasado ahora desde una clasificación dentro de los trastornos del control de impulsos a otra clasificación dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos y afines del DSM-5.

En el DSM-5 los especificadores (de los criterios diagnósticos) del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos afines se han perfeccionado para permitir una distinción entre las personas con mejor o regular “insight” e “insight ausente/delirantes” (es decir completa convicción de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivos son verdaderas).

Análogos especificadores para “*insight*” han sido incluidos en trastorno dismórfico corporal y trastorno de acumulación.

Estos especificadores están destinadas a mejorar el diagnóstico diferencial, haciendo hincapié en que las personas con estos dos cuadros pueden presentarse con un amplio rango de ideas o convicciones que incluye “insight/convicciones delirantes”. Este cambio también hace hincapié en que la presencia o ausencia del rango “insight/convicciones delirantes” permite el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo o afines en lugar de espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

El especificador relacionado a “TIC” para el trastorno obsesivo-compulsivo refleja la creciente literatura sobre la validez diagnóstica y utilidad clínica de la identificación de las personas con un trastorno de tics comórbido, actual o pasado, porque esta comorbilidad puede tener importantes implicaciones clínicas.

Trastorno dismórfico corporal

En el DSM- 5 al trastorno dismórfico corporal, se ha añadido un criterio diagnóstico que describe las conductas repetitivas o actos mentales en respuesta a las preocupaciones por los defectos percibidos o defectos en la apariencia física, de acuerdo con los datos que indican la prevalencia y la importancia de este síntoma.

El especificador “con dismorfia muscular” ha sido añadido para reflejar la creciente literatura sobre la validez diagnóstica y clínica de utilidad para hacer esta distinción en los individuos con trastorno dismórfico corporal.

La variable delirante del trastorno dismórfico corporal (que identifica a personas que están completamente convencidos de que sus vicios o defectos percibidos son verdaderamente anormales) ya no se codifica como trastorno delirante tipo somático, y el mismo, en el DSM 5, incluye especificador para trastorno dismórfico corporal, “sin ideas delirantes”/“con ideas delirantes”.

Trastorno por acaparamiento

Dentro del mismo capítulo el trastorno por acaparamiento es un nuevo diagnóstico en el DSM- 5. El DSM -IV ya señala que la acumulación extrema puede ocurrir en el trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, los datos disponibles no indican que la acumulación es una variante del trastorno obsesivo-compulsivo o de otro trastorno mental. En cambio, hay evidencia de la validez diagnóstica y utilidad clínica de un diagnóstico independiente del trastorno de acumulación, lo que refleja la persistente dificultad subjetiva para separarse de las posesiones debido a una necesidad percibida de guardar los elementos y el malestar asociado a desecharlos. Los trastorno de acumulación pueden tener correlatos neurobiológicos únicos y se asocian con un deterioro significativo, y puede responder a la intervención clínica.

La tricotilomanía

Se incluyó en el DSM -IV, aunque “el trastorno de arrancarse el pelo” se ha añadido al nombre del trastorno, en el DSM- 5.

El trastorno por excoriación

(*Skin-Picking*) Se acaba de agregar a la DSM-5, con una fuerte evidencia de su validez diagnóstica y utilidad clínica.

Los trastornos obsesivo-compulsivos inducidos por sustancias o medicamentos y trastornos obsesivo compulsivos y relacionados con otras condiciones médicas

Dado que los trastornos obsesivo-compulsivos y afines son ahora una categoría distinta, el DSM-5 incluye nuevas categorías para el trastorno obsesivo

compulsivo y trastornos obsesivo compulsivos y afines con otras condiciones médicas. Este cambio es coherente con la intención del DSM y refleja el reconocimiento de que las sustancias, medicamentos y condiciones médicas pueden presentarse con síntomas similares a los trastornos obsesivo-compulsivos y afines primarios.

Otros trastornos especificados y no especificados obsesivo-compulsivos y afines

El DSM-5 incluye los diagnósticos “otros trastornos obsesivos compulsivos y relacionados, que pueden incluir condiciones como trastornos corporales centrados en el comportamiento repetitivo y los celos obsesivos, o trastornos obsesivo-compulsivos y afines no especificado. Trastorno de comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo, caracterizado por comportamientos que no sean recurrentes como tirar del pelo y la piel “*picking*” (por ejemplo, morderse las uñas, morderse los labios, la masticación de la mejilla) y los repetidos intentos para disminuir o detener los comportamientos. Celos obsesivos particularmente con preocupación no ilusoria por la infidelidad percibida en su pareja.

Los trastornos post traumáticos DSM-5

Este capítulo incluye trastorno post traumático y trastorno por estrés agudo (el cual incluye con trauma y trastorno por estresores afines).

Trastorno por estrés agudo

En el DSM-5, el criterio del factor estresor (Criterio A) para el trastorno de estrés agudo varía respecto al DSM -IV. El criterio requiere ser explícito en cuanto a si califican a eventos traumáticos que se experimentaron directamente, presenciaron o experimentaron indirectamente. Además, el Criterio A2 del DSM-IV con respecto a la reacción subjetiva frente al evento traumático (por ejemplo, “la respuesta de la persona involucrada: miedo intenso, desamparo u horror”) ha sido eliminado.

Basado en la evidencia de que las reacciones postraumáticas agudas son muy heterogéneas y que el énfasis de DSM -IV en los síntomas disociativos es demasiado restrictiva, los individuos pue-

den satisfacer los criterios diagnósticos del DSM- 5 para el trastorno de estrés agudo si presentan cualquiera de los 9 de 14 síntomas enumerados en estas categorías: intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación, y exaltación.

Trastornos de adaptación

En el DSM-5, los trastornos de adaptación se re-conceptualizan como un conjunto heterogéneo de síndromes de respuesta al estrés que se producen después de la exposición a un evento doloroso (traumática o no traumática), en lugar de como una categoría residual para los individuos que exhiben malestar clínicamente significativo sin cumplir los criterios para una trastorno más discretos (como en el DSM- IV). Los subtipos del DSM-IV marcados por el estado de ánimo deprimido, síntomas ansiosos o trastornos de conducta se han conservado, sin cambios.

Trastorno por estrés postraumático

En el DSM- 5 los criterios para el trastorno de estrés postraumático difieren significativamente de los del DSM- IV. Como se ha descrito anteriormente para el trastorno de estrés agudo, el criterio de estresor (Criterio A) es más explícito en cuanto a cómo un evento es experimentado individualmente en forma “traumáticas”. También, el Criterio A2 (reacción subjetiva) ha sido eliminado.

Mientras hubo tres grandes grupos de síntomas en el DSM-IV- re-experimentación, evitación/embotamiento y excitación, se mantuvo el predominio del cuadro ansioso, pero en la actualidad hay cuatro grupos de síntomas en el DSM-5, debido a que el “*cluster*” para atenuar la evitación se divide en dos grupos distintos: de evitación y alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo. Esta última categoría, conserva la mayor parte de los síntomas que entumescen el DSM -IV, también incluye síntomas nuevos a re-conceptualizar, como los llamados “estados emocionales negativos persistentes”. De la exaltación y reactividad -conserva la mayor parte de los síntomas de del DSM-IV. También incluye un comportamiento irritable o agresivo y el comportamiento imprudente o autodestructivo. El trastorno de estrés

postraumático es ahora el desarrollo sensible en que los umbrales de diagnóstico se han reducido para los niños y adolescentes. Por otra parte, se han añadido criterios separados para niños de 6 años o menos, con este trastorno.

Trastorno reactivo de la vinculación

El diagnóstico de la niñez trastorno de vinculación reactiva DSM-IV tiene dos subtipos: retirado emocionalmente/inhibidos, e indiscriminadamente sociales/desinhibido. En el DSM-5, estos subtipos se definen como trastornos distintos: trastorno reactivo de la vinculación y el compromiso social con trastorno des-inhibido. Ambos trastornos son el resultado de la negligencia social u otras situaciones que limitan la oportunidad de un niño

pequeño para crear vínculos selectivos.

A pesar de compartir esta vía etiológica, los dos trastornos se diferencian en aspectos importantes. El Trastorno de Vinculación Reactiva se asemeja más a los trastornos de internalización, esencialmente equivalente a la falta “o accesorios preferidos incompletamente formados en los adultos de cuidado”. Por el contrario, el trastorno de compromiso social desinhibido se asemeja más a TDAH, ya que puede ocurrir en los niños que no carecen necesariamente de estos y pueden haber establecido incluso apegos seguros. Los dos trastornos se diferencian en otros aspectos importantes, como la correlación, la evolución y la respuesta a la intervención, y por estas razones se consideran trastornos separados.

Resumen

Entre los cambios más relevantes del DSM-5, están los de su estructura global hacia una concepción nosológica más dimensional. Esto por supuesto toca a todo el constructo categorial de DSM-5 y es el capítulo de trastornos ansiosos, uno de los que ha sufrido esa cosmética del texto, pero sin poner mucho a prueba las ya conocidas categorías ansiosas en sí. Menos ha ocurrido en otros cuadros ansiosos como los trastornos obsesivos compulsivo o trastornos post traumáticos. En síntesis, los anteriores trastornos de ansiedad del DSM IV han sido desplazados hacia lo dimensional conservando lo categorial de sus criterios, desprendiéndose definitivamente en esta 5ª Revisión de los trastornos obsesivos compulsivos, trastornos por estrés agudo y trastorno post traumáticos. Por otro lado, la visión dimensional, ha homogenizando y simplificando la sección que incluye la unificación en un solo capítulo -los trastornos ansiosos propiamente tal- de cuadros ansiosos primarios con una neurobiología común (hasta donde se sabe) de otros, como los trastornos obsesivos compulsivos, trastornos por estrés agudo y trastorno post traumáticos, con características relacionadas entre sí en términos de la existencia de una serie de validadores diagnósticos, así como la utilidad clínica de la agrupación de éstos en un mismo capítulo.

Palabras clave: Trastornos ansiosos, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos por estrés agudo y trastorno post traumáticos.

Referencias bibliográficas

1. APA (American Psychiatric Association) DSM-5, Diagnostic Criteria. Anxiety Disorders (2013).
2. APA (American Psychiatric Association) DSM-IV, Diagnostic Criteria. Anxiety Disorders. (1994).
3. APA (American Psychiatric Association) Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5.

www.DSM5.org(2013) www.dsm5.org/proposedrevision/pages/anxietydisorders.aspx
<http://www.psych.org/practice/dsm/dsm5>

Correspondencia:

Juan Mass V.

E-mail: juan.maasspi@gmail.com

DSM-5. Análisis y controversias

DSM-5. Analysis and controversies

Sonia Jerez C.¹ y Hernán Silva I.^{1,2}

The publication of DSM-5 has been surrounded by various analyzes and controversies. This paper discusses some of the issues that have aroused the greatest controversy. Firstly the historical evolution of this classification system is analyzed in order to understand the contributions and limitations of the new version. Then we discuss the various ways to conceptualize what we call mental disorders and the risk of overdiagnosis in the DSM-5. Compatibility of the new classification with the needs and challenges of neuroscience research is discussed. Finally, we discuss possible biases in the process of developing the manual and criticism that has given rise.

Key words: DSM-5, mental disorder, psychiatric diagnosis, nosology.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014; 52 (Supl 1): 55-61

Introducción

La aparición del DSM-5 ha estado rodeada de intensas controversias. El manual diagnóstico y estadístico de la American Psychiatric Association tiene una enorme relevancia, en la medida en que es ampliamente empleado en todo el mundo y tiene un gran impacto en la investigación, la enseñanza, el tratamiento, el financiamiento de las prestaciones de salud y en la toma de decisiones políticas y forenses. Las controversias surgidas giran en torno a aspectos tales como la conceptualización de los trastornos mentales, los límites entre lo psíquico normal y lo patológico, el abordaje categorial o dimensional de las clasificaciones y aspectos relacionados a los mecanismos para elaborar el manual. Para poder apreciar debidamente estas controversias es necesario tener en cuenta la evolución histórica de este sistema de clasificación

y su relación con el avance en el conocimiento sobre los trastornos mentales.

Evolución histórica del DSM

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la World Health Organization (WHO) es la más antigua y su primera versión data de 1893 (Paris, 2013). Esta clasificación terminó siendo eclipsada por la de la American Psychiatric Association, por ser más detallada y sistemática.

La primera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I) fue publicada en 1952. Los trastornos mentales estaban divididos en dos grandes grupos. Uno de ellos comprendía condiciones asociadas a presuntas causas mentales orgánicas, como intoxicación, trauma u otras enfermedades. El otro grupo incluía

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Departamento de Psiquiatría Norte. Hospital Clínico. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

² Biomedical Neuroscience Institute (BNI).

condiciones presuntamente resultantes de estresores socio-ambientales e incapacidad del sujeto de adaptarse a ellas. Este último grupo incluía desde psicosis, como esquizofrenia y trastorno maníaco depresivo, hasta psiconeurosis, con ansiedad, depresión y trastornos de personalidad. Esta clasificación fue fuertemente influida por el psiquiatra suizo-americano Adolf Meyer (1866-1950), quien ponía el acento en los factores etiológicos ambientales. Asimismo fue fuertemente influida por el psicoanálisis, que era el movimiento prevaleciente en esa época. Esto se refleja en el empleo del término “neurosis” para clasificar diversos trastornos cuyo origen se encontraría en conflictos inconscientes. Incorpora el concepto de “reacción”, como por ejemplo la “reacción esquizofrénica”, poniendo el acento en los factores psicológicos y ambientales.

La segunda edición, el DSM-II fue publicada en 1968 y siguió reflejando la tradición psicodinámica dominante. En una tendencia que se siguió repitiendo en las sucesivas ediciones del manual, amplió el número de trastornos mentales, incluyendo casos más leves presentes en la población general y que pudieran llegar a requerir atención psiquiátrica. Asimismo, ya en esa edición se intentó que existiese una coordinación con la International Classification of Diseases, 6ª revisión (ICD-6) de la World Psychiatric Association.

La tercera edición, el DSM-III (1980), representó un cambio revolucionario. Liderado por Robert Spitzer se propuso ser una clasificación que acercara a la psiquiatría al resto de las especialidades médicas. En el momento de su aparición confluyeron una serie de factores que determinaron este cambio. Uno de ellos fue la crítica de que los trastornos mentales no constituían verdaderas enfermedades como las de otras especialidades, quedando la psiquiatría fuera de la corriente principal de la medicina. Asimismo se asistía a la declinación del psicoanálisis como corriente dominante, la que no otorgaba una importancia mayor a las clasificaciones de los trastornos mentales. Por otra parte, comenzaba a cobrar importancia una nueva corriente de orientación más biológica, conocida como neo Kraepelinismo. A ella se agregó el desarrollo de instrumentos de evaluación cuantitativa y listados

de síntomas orientados a objetivar el diagnóstico. Al mismo tiempo, se empezaba a extender el uso de los primeros medicamentos psicotrópicos y se estimulaba la investigación psicofarmacológica¹.

El DSM-III adoptó una postura ateórica respecto a la etiología de los trastornos mentales, dejando de lado presunciones respecto a la misma. Se emplean criterios diagnósticos precisos para definir las entidades, las que son vistas como categorías definidas y separadas entre sí. Aquí se refleja la influencia de los “neo Kraepelinianos”, un grupo de influyentes autores que adscriben al punto de vista de Kraepelin (1856-1926) de que los diagnósticos psiquiátricos deben basarse en procesos biológicos. Por el momento estos no son conocidos. Pero, mientras se descubren marcadores específicos, las categorías deben basarse provisionalmente en signos y síntomas, curso clínico, pronóstico y respuesta al tratamiento. Los criterios diagnósticos del DSM-III se incorporaron a los programas de formación de especialistas y residentes y su empleo prácticamente constituyó un requisito para la publicación en revistas especializadas. Asimismo la aprobación de nuevos medicamentos por la FDA requería que fuera demostrada su eficacia para tratar diagnósticos específicos de acuerdo al DSM.

El sistema DSM experimentó escasos cambios en los últimos 30 años. Las siguientes ediciones (DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR) han ampliado el número de entidades nosológicas que incluyen (Tabla 1)². Uno de sus principales problemas es la elevada comorbilidad, es decir, la elevada frecuencia con la que un paciente cumple los criterios para más de una de las entidades definidas por el

Tabla 1. Resumen de cambios en el DSM según edición (modificado de ref. 2)

Versión	Año publicado	n de diagnósticos	n de páginas
DSM-I	1952	106	130
DSM-II	1968	182	134
DSM-III	1980	265	494
DSM-IV	1994	297	886
DSM-IV-TR	2000	365	943

manual. Se ha señalado la existencia de cinco cambios mayores durante la evolución del DSM: 1) Un cambio teórico en la conceptualización de los trastornos mentales, desde un modelo bio-psico-social a uno médico y basado en la investigación; 2) El desarrollo de un sistema diagnóstico multiaxial (ahora abandonado en el DSM-5) que integra los hallazgos médicos en relación a los cinco ejes; 3) La inclusión de nuevos trastornos y la expansión de muchos de los ya existentes; 4) Una reorganización de los trastornos en categorías amplias, discretas, con la aparición de nuevos trastornos y la eliminación de otros; 5) Un paradigma neo Kraepeliniano que refuerza la orientación descriptiva, somática, con una acentuación del modelo médico³.

Se estima que el DSM-5 representaría el cambio más importante desde la aparición del DSM-III. Se propuso incorporar la influencia del desarrollo, género y cultura en la presentación de los trastornos. Asimismo busca una mayor armonía con la clasificación de la OMS, por ejemplo en la estructura de sus capítulos, que ahora comienzan con aquéllos en los cuáles las influencias del neurodesarrollo producen trastornos de comienzo precoz en la infancia⁴. Anteriormente los trastornos de la infancia estaban incluidos en un capítulo separado. Asimismo propone una aproximación más dimensional al diagnóstico psiquiátrico. El empleo de umbrales definibles que existen en un continuo con la normalidad está presente en otras áreas de la medicina general, como es el caso de la presión arterial o de los niveles de colesterol. El DSM-5 proporciona un modelo reconocible por los médicos no psiquiatras y que puede ayudarles a un mejor diagnóstico y tratamiento⁴. La desaparición de los cinco ejes que conservaba el DSM-IV precisamente busca igualar la clasificación a otras de la medicina, además de poner en un mismo nivel que al resto los trastornos de personalidad y la incapacidad intelectual. A estos cambios generales se suman los de diversos diagnósticos específicos.

Se esperaba que el DSM-5 integrara nuevas aproximaciones dimensionales (constelaciones de dimensiones de síntomas más que categorías de trastornos) incorporando los resultados de la investigación neurobiológica reciente. No obstante, este

esfuerzo se frustró. Poco antes de la publicación del manual la idea fue desechada, considerando que dicho cambio era prematuro y que los resultados de la investigación no proveían una base suficiente como para dar ese paso⁵.

El concepto de trastorno mental

Existen diversas maneras de entender lo que llamamos trastorno mental⁶. Una primera aproximación supone la existencia de entidades que poseen existencia real, la que es posible llegar a conocer mediante la investigación científica. Esa fue la opinión predominante dentro de la psiquiatría biológica hasta hace pocos años. No obstante, hoy es vista como una forma engañosa de reduccionismo. A medida que han progresado las neurociencias, se ha hecho evidente la enorme complejidad del funcionamiento cerebral.

Una segunda perspectiva considera, desde un punto de vista epistemológico, que los trastornos mentales sólo constituyen construcciones heurísticas útiles. Este es el punto de vista actualmente predominante entre los investigadores biológicos. Por ejemplo el prototipo "esquizofrenia" describe a un grupo heterogéneo de trastornos, con múltiples determinantes genéticos, que provisoriamente consideramos como una sola entidad.

Un tercer punto de vista sostiene que los trastornos mentales sólo son constructos sociales. Este es el punto de vista adoptado por las corrientes de la antipsiquiatría. Para los autores de esta orientación, representan modos de ejercer control social sobre algunos grupos de personas, como los disidentes políticos.

Una cuarta aproximación adopta una perspectiva pragmática. Considera que la definición de trastorno mental está sujeta a los fines que se desea servir. Los trastornos mentales sólo son construcciones útiles, las enfermedades mentales no serían entidades reales e independientes, con límites claros. Sólo a futuro, en la medida en que se conozcan verdaderas etiologías, será posible establecer verdaderas enfermedades.

El DSM intenta lidiar con el hecho de que las clasificaciones de los trastornos mentales son

construcciones falibles y transitorias, pero que actualmente constituyen el mejor medio posible para la comunicación científica, en la medida en que se empleen adecuadamente y se tengan en mente sus limitaciones.

La definición de trastorno mental resulta crucial para evaluar los síntomas psiquiátricos al momento de hacer el diagnóstico. El DSM-III introdujo la noción de “significación clínica” para elevar el umbral a partir del cual se puede hacer un diagnóstico psiquiátrico. La alteración funcional y el estrés significativo se convirtieron en los criterios clave para considerar la existencia de un trastorno mental. No obstante, el criterio de significación clínica ha resultado problemático y no tiene soporte empírico. Según diversos autores, el criterio de “clínicamente significativo” es impreciso y no se puede medir de una manera estandarizada⁷. Otros consideran que es un hecho positivo dejar la determinación en las manos del clínico. Pero al no existir una definición operacional de lo que es un síntoma clínicamente significativo, cada uno tiene su propio criterio al respecto. Dicho criterio es dimensional, por lo que cada uno puede decidir dónde situar el punto de quiebre, bajo el cual el estrés y la alteración funcional no son significativos. El DSM-5 mantiene este criterio discutible, como una manera de compensar la actual carencia de biomarcadores objetivos. Pero al no existir consenso respecto a como debiera ser operacionalizado dicho criterio, continuará siendo uno de los dilemas que enfrenta la definición de trastorno mental.

Los límites de los trastornos mentales

Uno de los peligros que con más insistencia se ha señalado a propósito de la aparición del DSM-5 es el riesgo del sobrediagnóstico. Se ha sostenido que, en la actualidad, la normalidad sería una especie en vías de extinción⁶. El National Institute of Mental Health (NIMH) estima que, en un año, el 25% de la población de Estados Unidos cumple los criterios para ser diagnosticado de un trastorno mental⁸. Estudios prospectivos encuentran que en 32 años el 50% de la población general puede ser

diagnosticado de un trastorno de ansiedad, un 40% de depresión y un 30% de abuso o dependencia de alcohol⁹.

El aumento de los trastornos mentales puede deberse a un mejor reconocimiento de los mismos. Del mismo modo como gran parte de la población sufre de algún tipo de enfermedad física, sería esperable que también fuese aquejada de algún trastorno psíquico. Pero también se ha argumentado que las modas diagnósticas pueden ser culpables de verdaderas epidemias de trastornos psiquiátricos. Existirían algunas fuerzas contextuales que favorecerían esta tendencia. Una de ellas sería que los diagnósticos del DSM se han popularizado entre el público general y que los umbrales para que un cuadro sea incluido como un trastorno mental son demasiado bajos. Otras presiones provendrían de la industria farmacéutica y de su interés en aumentar los diagnósticos y los tratamientos farmacológicos asociados. La Internet y los medios de comunicación también actuarían como fuerzas propagadoras de la moda de los trastornos mentales, por ejemplo difundiendo los trastornos reales o imaginarios de las celebridades.

La difusión de los límites entre patología y normalidad, llevaría a la inflación diagnóstica. En años recientes ha habido una creciente identificación de condiciones como trastorno bipolar, trastorno de déficit atencional, autismo y trastorno de ansiedad generalizada. Así, muchas fluctuaciones anímicas pueden ser consideradas como trastorno bipolar, la impulsividad y distractibilidad como déficit atencional y la tendencia a preocuparse en exceso como trastorno de ansiedad generalizada¹⁰. El DSM habría estimulado a los clínicos a identificar tales condiciones como trastornos mentales y eso habría llevado a un creciente número de diagnósticos falsos positivos. A su vez, esto acarrea el peligro de la medicación innecesaria.

En el DSM-5 los criterios diagnósticos para algunos trastornos han cambiado y nuevos trastornos han sido incluidos. Por ejemplo, fue eliminado el criterio de exclusión del duelo para poder diagnosticar un episodio depresivo, lo que ha sido criticado como la medicalización y patologización de la experiencia humana normal del duelo. Se in-

trodijeron nuevas entidades como el trastorno por atracones de comida, los trastornos cognitivos leves y el trastorno disruptivo de regulación emocional en la infancia. Estas decisiones han sido fuertemente criticadas, por el riesgo del sobrediagnóstico y de la medicación innecesaria⁵.

Las neurociencias y el DSM-5

Poco antes del lanzamiento del DSM-5 Thomas Insel, actual director del mayor instituto de investigación a nivel mundial -el National Institute of Mental Health (NIMH)-, declaró que la principal debilidad del DSM-5 es su falta de validez. A diferencia de la isquemia cardíaca, el linfoma o el SIDA, los diagnósticos del DSM están basados en consensos acerca de la agrupación de síntomas clínicos, sin ninguna medición objetiva de laboratorio. En el resto de la medicina eso equivaldría a crear sistemas diagnósticos basados en la naturaleza del dolor de pecho o en las características de la fiebre. Los diagnósticos basados en síntomas, que una vez fueron comunes en otras áreas de la medicina, han sido reemplazados en el último medio siglo en la medida en que ha quedado en claro que sólo excepcionalmente los síntomas orientan la mejor elección del tratamiento.

Por este motivo el NIMH reorientará la investigación, dejando de lado las categorías del DSM. La razón es que la investigación no tendrá éxito si se continúan empleando las categorías del DSM como el *“gold standard”*. El sistema diagnóstico debe basarse en los datos emergentes de la investigación, no en las categorías actuales basadas en síntomas. La situación actual sería como decidir que el electrocardiograma no es útil porque muchos pacientes con dolor al pecho no tienen cambios en ese examen. Esto es lo que habría ocurrido durante décadas, cuando se han rechazado biomarcadores debido a que no detectan categorías del DSM. Por lo tanto es necesario recolectar datos genéticos, cognitivos, fisiológicos, de neuroimágenes -y no sólo los síntomas-, para ver cómo se agrupan y cómo se relacionan a la respuesta a tratamientos¹¹.

En otros términos, la psiquiatría no ha sido

capaz de desarrollar ninguna prueba de laboratorio objetiva para uso clínico porque el desarrollo actual de dichas pruebas está basado en criterios superficiales (síntomas) y no en la estructura causal explicativa subyacente. Por consiguiente, es difícil obtener progresos basándose en un sistema diagnóstico descriptivo y probablemente erróneo.

Pero también existen otras razones para explicar el lento progreso de la psiquiatría biológica. Muchos estudios tienen poco poder estadístico, debido al escaso número de sujetos (o animales) incluidos, como ocurre con muchos estudios genéticos. Además la replicación de muchos trabajos es sólo aproximada, con métodos, técnicas o paradigmas, diferentes, lo que hace difícil la comparación. Otro punto es que los hallazgos estables sólo son observables en las comparaciones extremas, por ejemplo entre pacientes y controles, siendo más relevante la comparación entre poblaciones de pacientes. Todas estas limitaciones debieran ser abordadas por los investigadores.

El NIMH ha propuesto el empleo de los Research Domain Criteria (RDoC) como una alternativa para investigar los trastornos mentales y desarrollar nuevas clasificaciones basadas en la conducta observable y en mediciones neurobiológicas. Se basa en tres presunciones: 1) Probablemente los trastornos mentales son trastornos de los circuitos cerebrales; 2) Las herramientas de las neurociencias, como las neuroimágenes, la neurofisiología, y nuevos métodos para medir conexiones pueden ser empleados para identificar disfunciones de circuitos cerebrales; 3) Los datos de la investigación genética y de la neurociencia clínica proporcionarán señales biológicas que se agregarán a los síntomas y signos clínicos para orientar la intervención terapéutica. Incluye procesos del desarrollo y la interacción con el ambiente.

Los RDoC incluyen cinco dominios de funcionamiento mental: sistemas de valencia negativa, sistemas de valencia positiva, sistemas cognitivos, sistemas de procesos sociales y sistemas de atención/activación. Por ejemplo, los sistemas de valencia negativa incluyen amenaza activa (miedo), amenaza potencial (ansiedad), amenaza constante, pérdida y ausencia de recompensa. Los sistemas

cognitivos incluyen: atención, percepción, memoria de trabajo, memoria declarativa, conducta verbal y control cognitivo. Los cinco dominios tienen a su vez niveles de organización definidos como: genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, conducta, auto-reportes y paradigmas.

La ventaja de esta conceptualización es que está basada en la investigación a diferentes niveles, lo que permite caracterizar al paciente dimensionalmente y no categorialmente y que se encuentra abierta a la aparición de nuevas evidencias. Si bien no puede sustituir al DSM, que está basado en una larga experiencia clínica, puede ayudar a una clasificación basada en la ciencia a diversos niveles y a la larga puede identificar subgrupos de pacientes con constelaciones características útiles para la categorización, tratamiento y manejo de los pacientes⁵.

El proceso de elaboración del DSM-5

La elaboración de un manual diagnóstico está a cargo de un grupo de personas, quienes tienen la tarea de analizar e interpretar del mejor modo posible los resultados de la investigación disponibles. Esto requiere que los participantes tengan una visión neutral, balanceada y objetiva, en el proceso de revisión y de interpretación de la información. Se ha señalado que el proceso de revisión crítica efectuada por el grupo que elaboró el DSM-5 no fue lo suficientemente sistemático, amplio y bien documentado⁶. No se habría solicitado suficientes críticas y opiniones de personas ajenas al proceso de elaboración del manual, las que deberían haber sido incorporadas a los documentos de trabajo.

El manual diagnóstico se basa en las recomendaciones de expertos, los que generalmente poseen una amplia experiencia en investigación. Sin embargo, no siempre ésta se traduce bien en las exigencias prácticas del mundo real. Los clínicos poseen menos experticia en investigación y disponen de menos tiempo para el estudio de poblaciones de pacientes menos seleccionados y, por lo tanto, más difíciles de diagnosticar. Asimismo los expertos suelen estar sesgados por la necesidad de detectar los falsos negativos, es decir, los casos que teniendo el trastorno no alcanzan a cumplir con los

criterios diagnósticos exigidos. En cambio serían indiferentes al problema mucho más serio de los casos falsos positivos, los que reciben diagnósticos, tratamientos y estigmatización innecesarios. Se ha señalado que tales expertos muchas veces ignoran la magnitud de su propio desconocimiento de la práctica diaria, los efectos de sus decisiones en el mercadeo de la industria farmacéutica, la asignación de los gastos de salud, el mal uso forense de los diagnósticos y otras repercusiones prácticas de la clasificación⁶.

La elaboración del manual diagnóstico se complementa con estudios de campo, destinados a evaluar la confiabilidad de los diagnósticos. Estos permiten estudiar como la aplicación de los criterios diagnósticos a pacientes del mundo real, efectivamente detectan los casos afectados y evita los diagnósticos falsos positivos. Los estudios de campo realizados durante la preparación del DSM-5 habrían sido insuficientes, lo que puede acarrear riesgos insospechados. Durante la elaboración del DSM-IV se efectuaron estudios de campo rigurosos y aún así no se pudieron predecir las falsas epidemias de déficit atencional y de trastornos ansiosos y bipolares⁶.

Comentario

La publicación del DSM-5 ha suscitado la aparición de una serie de comentarios, análisis y cuestionamientos. A pesar de sus notables diferencias respecto al DSM-IV-TR, el DSM-5 no representa un cambio de paradigma. Una revisión radical de la nosología psiquiátrica sólo es posible en la medida en que exista un conocimiento mucho mayor acerca de la etiología de los trastornos mentales. Pero hasta ahora eso no ha sido logrado y los diagnósticos psiquiátricos siguen siendo sólo sindromáticos. Los progresos en neurociencias no han podido modificar el modo como conceptualizamos los trastornos mentales. La observación clínica y el consenso de expertos siguen siendo el método para construir las clasificaciones psiquiátricas. Entre los peligros que se han señalado frente a la aparición de la nueva clasificación, destaca el de la excesiva

ampliación de los diagnósticos y la consecuente patologización de conductas normales. La carencia de marcadores biológicos favorece esta tendencia. La utilización juiciosa del manual puede reducir ese riesgo.

Debemos tener presente que el DSM-5 sólo

representa una etapa más en el camino de la psiquiatría para llegar a clasificaciones basadas en etiologías o mecanismos etiopatogénicos conocidos. Es de esperar que el creciente progreso de las neurociencias nos acerque pronto a ese objetivo.

Resumen

La publicación del DSM-5 ha estado rodeada de variados análisis y controversias. En este trabajo se discuten algunos de los temas que han suscitado mayor polémica. Primero se analiza la evolución histórica de este sistema de clasificación, para entender los aportes y limitaciones de la nueva versión. Luego se discuten las diversas maneras de conceptualizar lo que llamamos trastornos mentales y los riesgos del sobrediagnóstico en el DSM-5. Se analiza la compatibilidad de la nueva clasificación con las necesidades y desafíos de la investigación en neurociencias. Por último, se discuten los posibles sesgos en el proceso de elaboración del manual y las críticas a que ha dado origen.

Palabras clave: DSM-5, trastorno mental, diagnóstico psiquiátrico, nosología.

Referencias bibliográficas

1. Kawa S, Giordano J. A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philos Ethics Humanit Med.* 2012 Jan 13;7:2. doi: 10.1186/1747-5341-7-2.
2. Halter MJ, Rolin-Kenny D, Grund F. DSM-5: Historical perspectives. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2013; 51(4): 22-9.
3. Rogler LH. Making sense of historical changes in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Five propositions. *J Health Soc Behav* 1997; 38 (1): 9-20.
4. Kupfer DJ, Kuhl EA, Regier DA. DSM-5-the future arrived. *JAMA* 2013; 309 (16): 1691-2.
5. Walter H. The third wave of biological psychiatry. *Front Psychol* 2013; 4: 582.
6. Frances AJ, Widiger T. Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annu Rev Clin Psychol* 2012; 8: 109-30. Kecmanovic D. The DSM-5 definition of mental disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2013; 47 (4): 393-4.
7. Kessler RC, Wang PS. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu Rev Public Health* 2008; 29:115-29.
8. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Kokaua J, Milne BJ, *et al.* How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med* 2010; 40: 899-909.
9. Paris J. *The intelligent clinician's guide to DSM-5.* Oxford University Press. New York, 2013.
10. Casey BJ, Craddock N, Cuthbert BN, Hyman SE, Lee FS, Ressler KJ. DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research? *Nat Rev Neurosci* 2013; 14 (11): 810-4.

Correspondencia:

Hernán Silva I.

Fono: 22190151

E-mail: hsilva@med.uchile.cl

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

(Actualización: Octubre de 2008)

1. Formato general.- Los trabajos deben ser originales e inéditos, estar escritos en español y ajustarse a las normas de publicación de la Revista. Todo trabajo deberá ajustarse a las siguientes instrucciones, preparadas considerando el estilo y naturaleza de la Revista y los “Requisitos Uniformes para los Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas”, establecidos por el *International Committee of Medical Journal Editors*, actualizados en octubre de 2008 www.icmje.org. Información editorial adicional, se encuentra en la página Web de la World Association of Medical Editors, www.wame.org. Todo el material debe ser enviado al Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, incluyendo el material para suplementos.
2. Arbitraje por expertos pares.- Los trabajos que cumplan con los requisitos formales serán sometidos a arbitraje por dos expertos pares que no son parte interesada del comité editorial. Las opiniones de los expertos serán transmitidas al editor asociado o al editor y luego serán informadas al autor en forma anónima. Si la opinión de los árbitros, sobre la pertinencia de publicar el trabajo en evaluación fuese dispar y uno aprobara y el otro rechazara, el comité editorial tomará la decisión final al respecto. Cuando existan sugerencias de los expertos sobre la necesidad de realizar algunas modificaciones en la presentación un trabajo para su publicación, el comité editorial revisará las futuras versiones para evaluar el cumplimiento de los cambios solicitados. La Revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original. La nómina de revisores árbitros consultados se publica en el primer número del año siguiente.
3. Forma de envío del material.- Debe remitirse una (1) copia del trabajo en su versión definitiva en un CD o vía correo electrónico, usando programa Microsoft Word, versión para PC y en lo posible de forma impresa (incluyendo originales de tablas y figuras). Se solicita a los autores conservar copia de su trabajo. La forma impresa deberá tener el siguiente formato: papel blanco, tamaño carta (21,5 x 27,5 cm), hojas numeradas en el ángulo superior derecho, comenzando en la página del título, sin membretes, escritas sólo por un lado, márgenes de 3 cm en todos sus bordes, doble espacio, fuente Times New Roman de 12 puntos y justificada a la izquierda.

La extensión del texto y elementos de apoyo considera límites máximos según el tipo del trabajo: artículos de revisión hasta 3.500 palabras, 80 referencias y 5 Tablas o Figuras; trabajos de investigación hasta 3.000 palabras, 40 referencias y 5 Tablas o Figuras; casos clínicos hasta 2.500 palabras, 20 referencias y 4 Tablas o 2 Figuras; club del artículo hasta 2.000 palabras, 10 referencias y 3 Tablas o Figuras; las cartas al Editor hasta 1.500 palabras, incluyendo hasta 6 referencias y 1 Tabla o Figura.

4. Página inicial.- Se escribirá el título del trabajo en forma breve informativa, en español y en inglés. Se debe señalar a los autores con nombre de pila, apellido paterno, inicial del apellido materno. Quienes deseen usar su apellido materno en forma completa podrán poner un guión entre ambos apellidos. Señale el nombre de la o las secciones, departamentos, servicios e instituciones a las que perteneció cada autor durante la ejecución del trabajo; fuente de apoyo financiero, si lo hubo, en forma de subsidio de investigación (grants), equipos, drogas, o todos ellos. Debe declararse toda ayuda financiera recibida, especificando si la organización que la proporcionó *tuvo* o *no tuvo* influencia en el diseño del estudio; en la recolección, el análisis o la interpretación de los datos; en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito (ver conflicto de intereses en punto 13). Señale con letras minúsculas en «superíndices» a los autores que no sean médicos y use dichos superíndices para identificar su título profesional o su calidad de alumno de una determinada escuela universitaria. En forma separada se explicitará el nombre, dirección postal, dirección electrónica y teléfono del autor que se ocupará de la correspondencia relativa al manuscrito y del contacto con el comité editorial. Al pie de esta página debe mostrarse un recuento computacional de palabras, contadas desde el comienzo de la Introducción hasta el término de la Discusión (se excluyen para el recuento, la página inicial, el Resumen, los Agradecimientos, las Referencias, Tablas y Figuras).
5. Segunda página.- Debe incluir un resumen en español de no más de 250 palabras. El formato debe incluir explícitamente: Introducción, método, resultados y conclusiones. No emplee abreviaturas no estandarizadas. Los autores deben proponer al menos 3 palabras clave o *key words* (en español e inglés), que deben ser elegidas en la lista del Index Medicus (*Medical Subjects Headings*). Se recomienda a los autores que proporcionen su propia traducción del título y resumen al inglés.
6. Formato ético.- Cuando se incluyan experimentos en seres humanos, explicitar que los procedimientos respetaron las normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (1975), actualizadas en el 2008 y adjuntar la aprobación del *Comité de Ética* de la institución en que se efectuó el estudio. Cuando se informe de experimentos en animales, los autores deben indicar explícitamente si se siguieron las guías institucionales y nacionales para el cuidado y uso de los animales de laboratorio.
7. Formato de artículos y unidades de medida.- Los autores no están obligados a un formato uniforme, aunque en los artículos de observación y experimentales se recomienda el empleo de secciones que llevan estos encabezamientos: introducción, métodos, resultados y discusión. Cuando se trate de un trabajo de investigación, en la sección método describa: la selección de los sujetos estudiados: Pacientes o animales de experimentación, órganos, tejidos, células, etc., y sus respectivos controles. Identifique los métodos, instrumentos o aparatos y procedimientos empleados, con la precisión adecuada para permitir a otros observadores que reproduzcan sus resultados. Si se emplearon métodos bien establecidos y de uso frecuente (incluso los estadísticos), límitese a nombrarlos y cite las referencias respectivas. Cuando los métodos han sido publicados pero no son bien conocidos, proporcione las referencias y agregue una breve descripción. Si son nuevos o aplicó modificaciones a métodos establecidos, descríbalas con

precisión, justifique su empleo y enuncie sus limitaciones. Identifique los fármacos y compuestos químicos empleados, con su nombre genérico, sus dosis y vías de administración. Identifique a los pacientes mediante números correlativos, pero no use sus iniciales ni los números de fichas clínicas de su hospital. Indique siempre el número de pacientes o de observaciones, los métodos estadísticos empleados y el nivel de significación elegido previamente para juzgar los resultados. Las medidas de longitud, altura, peso y volumen se deben expresar en unidades métricas (metros, kilogramos, o litros) o sus múltiplos y decimales. La temperatura se debe expresar en grados Celsius. La presión sanguínea en milímetros de mercurio. Respecto de los resultados, preséntelos en una forma clara y lógica dejando la discusión para la sección correspondiente. Las conclusiones deben estar relacionadas con los objetivos del estudio evitando hacer afirmaciones y conclusiones que no se fundamenten en los resultados.

8. Tablas.- Las tablas se presentan en hojas separadas, indicando la posición aproximada que les corresponde en el texto, se identifican con números arábigos y texto en su borde superior. Enumere las Tablas en orden consecutivo y asígneles un título que explique su contenido sin necesidad de buscarlo en el texto del manuscrito (Título de la Tabla). Sobre cada columna coloque un encabezamiento corto o abreviado. Separe con líneas horizontales solamente los encabezamientos de las columnas y los títulos generales. Las columnas de datos deben separarse por espacios y no por líneas verticales. Cuando se requieran notas aclaratorias, agréguelas al pie de la Tabla. Use notas aclaratorias para todas las abreviaturas no estandarizadas. Cite cada Tabla en su orden consecutivo de mención en el texto del trabajo.
9. Figuras.- Denominamos “Figura” a cualquier ilustración que no sea Tabla (Ej: gráficos, radiografías, registro EEG y EMG, etc.). Los gráficos deben ser dibujados por un profesional, o empleando un programa computacional adecuado. Envíe 1 reproducción fotográfica de cada Figura, en blanco y negro, en tamaño 9 x 12 cm. Los títulos y leyendas no deben aparecer en la fotografía sino que se incluirán en hoja aparte, para ser compuestos por la imprenta. Al reverso de cada fotografía debe anotarse, con lápiz de carbón o en una etiqueta pegada, el número de la Figura, el nombre del autor principal, y una flecha indicando su orientación espacial. Los símbolos, flechas o letras empleados en las fotografías de preparaciones microscópicas, deben tener un tamaño y contraste suficientes para distinguirlas de su entorno. Cite cada Figura en el texto, en orden consecutivo. Si una Figura reproduce material ya publicado, indique su fuente de origen y obtenga permiso escrito del autor y del editor original para reproducirla en su trabajo. Envíe las Figuras protegidas en un sobre grueso de tamaño apropiado. Las fotografías de pacientes deben cubrir parte(s) de su rostro para proteger su anonimato. Las Figuras que muestren imágenes (radiografías, histología, etc.) deben entregarse en copias fotográficas, no como fotocopias. Presente los títulos y leyendas de las Figuras en una página separada. Identifique y explique todo símbolo, flecha, número o letra que haya empleado para señalar alguna parte de las ilustraciones. En la reproducción de preparaciones microscópicas, explicita la ampliación y los métodos de tinción empleados. El envío en formato electrónico de estas figuras debe tener la calidad que permita su reproducción. La publicación de Figuras en colores debe ser consultada con la *Revista*, su costo es fijado por los impresores y deberá ser financiado por los autores.
10. Referencias.- Las referencias bibliográficas deben limitarse a los trabajos citados en el texto, no exceder las 40 (salvo los trabajos de revisión en que el comité editorial podrá aceptar hasta 80, si lo considera necesario) y numerarse consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. En el texto, en los cuadros y en los pies de epígrafes de las ilustraciones, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas solamente en cuadros o ilustraciones se numeran siguiendo una secuencia que se establecerá por la primera mención que se haga en el texto de ese cuadro o esa figura en particular.
11. Formas de citar.- Detalles de formatos y ejemplos sobre el modo correcto de citar los diversos tipos de referencias se encuentran en “Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas”. www.icmje.org. A continuación se ilustran algunas de las formas de más frecuente uso:

I. Revistas

a. Artículo estándar

Formato: Autor(es), título del trabajo, nombre de la revista según abreviatura del Index Medicus, seguido del año; volumen: páginas inicial y final con números completos. (Hemos optado por omitir el número, dentro del volumen). Se listan sólo los seis primeros autores; si el número de estos es superior a seis, deben indicarse los primeros seis y añadir la expresión *et al.* en cursiva.

Brink G. Trastornos de la vigilia y el sueño. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1965; 4: 14-21.

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, *et al.* Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996; 73: 1006-1012.

b. Organización como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-284.

c. *Volumen con suplemento*

Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2002; 40 Supl 2: 20-34.

d. *Numeración de páginas con números romanos*

Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. Hematol Oncol Clin North Am 1995; 9: xi-xii.

II. Libros y monografías

Formato: autores, título del libro, ciudad en la que fue publicado, editorial y año. Limite la puntuación a comas que separen los autores entre sí.

a. *Autor(es) de la obra en forma integral*

Matte I. Estudios de psicología dinámica. Santiago de Chile: Ediciones de la Universidad de Chile, 1995

b. *Editor(es) compilador(es) como autor(es)*

Pumarino H, Pineda G, editores. Hipotálamo e Hipófisis. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello; 1980

c. *Capítulo de libro*

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-478.

III. Otras fuentes

a. *Material audiovisual*

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

b. *Material electrónico*

Revista on-line

Tsui PT, Kwok ML, Yuen H, Lai ST. Severe acute respiratory syndrome: clinical outcome and prognostic correlates. Emerg Infect Dis [serial online] 2003 Sept [date cited]. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no9/03-0362.htm>
Documento en sitio Web de organización International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. Updated October 2008. Disponible en URL: <http://www.icmje.org/>

12. Agradecimientos.- Exprese sus agradecimientos sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo.

13. Documentos asociados.- Guía de exigencias para los manuscritos, declaración de responsabilidad de autoría, transferencia de derechos de autor y declaración de conflicto de intereses. Los cuatro documentos deben ser entregados junto con el manuscrito, cualquiera sea su naturaleza: Artículo de investigación, caso clínico, artículo de revisión, carta al editor, u otra, proporcionando los datos solicitados y la identificación y firmas de todos los autores. En la *Revista* se publican facsímiles para este propósito, pudiendo agregarse fotocopias si fuera necesario. Cuando la revisión editorial exija una nueva versión del trabajo, con cambios sustantivos, los Editores podrán pedir que los autores renueven la Declaración de responsabilidad de autoría.

GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN DE EXIGENCIAS PARA LOS MANUSCRITOS

Deben ser aplicadas al recibir el trabajo. En caso de que no se cumplan algunos de los puntos, se devolverá el artículo al autor para que haga las modificaciones pertinentes.

1. Este trabajo es original e inédito (salvo resúmenes de congresos) y no se enviará a otras revistas mientras se espera la decisión del Comité Editorial de esta Revista.
2. El texto está escrito a doble espacio, en tamaño carta, letra Times New Roman de 12 puntos.
3. Se respeta el límite máximo de longitud de 12 páginas y 15 para los trabajos de revisión.
4. Tiene título en español y en inglés.
5. Tiene un resumen "estructurado" en inglés y en español, de no más de 250 palabras con palabras clave y key words.
6. Las citas bibliográficas no sobrepasan las 40 (80 si es una revisión) y están de acuerdo al formato exigido por la Revista. Se cita por orden de aparición en el texto.
7. Las tablas y figuras están en hojas aparte, las figuras tienen identificación y marca de orientación al dorso y lecturas en hojas ad hoc, la calidad es buena y permite la necesaria reducción en la imprenta. Se adjunta 1 ejemplar de c/u.
8. Si se reproducen tablas o figuras de otras publicaciones, éstas se acompañan de la autorización escrita de los autores para su reproducción.
9. Se indican números telefónicos, fax y correo electrónico del autor.
10. Están completas las declaraciones de autoría y de transferencia de derechos de autor.

DECLARACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD DE AUTORÍA Y TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE AUTOR

El siguiente documento debe ser completado por todos los autores de manuscritos. Si es insuficiente el espacio para las firmas de todos los autores, pueden agregar fotocopias de esta página.

TÍTULO DEL MANUSCRITO

DECLARACIÓN: Certifico que he contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la génesis y análisis de sus datos, por lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él y acepto que mi nombre figure en la lista de autores.

En la columna «Códigos de Participación» anote personalmente todas las letras de códigos que designan/identifican mi participación en este trabajo, elegidas de la siguiente Tabla:

Códigos de Participación

- | | |
|--|--|
| A Concepción y diseño del trabajo | G Aporte de pacientes o material de estudio |
| B Recolección/obtención de resultados | H Obtención de financiamiento |
| C Análisis e interpretación de datos | I Asesoría estadística |
| D Redacción del manuscrito | J Asesoría técnica o administrativa |
| E Revisión crítica del manuscrito | K Otras contribuciones (definir) |
| F Aprobación de su versión final | |

Los autores certifican que el artículo arriba mencionado es trabajo original y no ha sido previamente publicado, excepto en forma de resumen. Una vez aceptado para publicación en la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, los derechos de autor serán transferidos a esta última. Asimismo, declaran que no ha sido enviado en forma simultánea para su posible publicación en otra revista. Los autores acceden, dado el caso, a que este artículo sea incluido en los medios electrónicos que el Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, considere conveniente.

NOMBRE Y FIRMA DE CADA AUTOR, CÓDIGOS DE PARTICIPACIÓN

Nombre y Apellidos	Profesión	Código participación	Firma
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha:

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Esta declaración debe ser completada por separado, por cada uno de los autores de un artículo

Existe un conflicto de intereses toda vez que un interés primario (tales como el bienestar de los pacientes, o la validez de una investigación científica) pueda verse afectado por un interés secundario (tales como una ganancia o rivalidades personales).

El Comité Editorial de la Revista de Neuro-Psiquiatría ha estimado necesario solicitar a los autores que presenten trabajos para su publicación, que informen mediante una declaración sobre los denominados conflictos de intereses. El objetivo es entregar al equipo editor, revisor árbitro y lector, los antecedentes necesarios para juzgar apropiadamente un artículo presentado para su consideración.

Por favor responda las siguientes preguntas

1. ¿Ha aceptado usted a título personal algunos de los siguientes beneficios, de instituciones que pudiesen de algún modo verse afectadas monetariamente por las conclusiones de su artículo?

- Apoyo económico para asistir a un congreso o actividad educativa.
- Honorarios por dictar una charla.
- Fondos para investigación
- Fondos para contratar alguno de sus colaboradores
- Honorarios por consultoría

2. ¿Ha tenido usted alguna relación laboral con alguna organización que pudiese de algún modo verse beneficiada o perjudicada económicamente por la publicación de su artículo (o carta)?

- Sí
- No

3. ¿Posee usted acciones u otros intereses económicos en alguna organización que pudiese de algún modo verse beneficiada o perjudicada económicamente por la publicación de su artículo (o carta)?

- Sí
- No

4. ¿Ha actuado usted como parte en algún conflicto legal, en el tema al cual se refiere su publicación?

- Sí
- No

5. ¿Tiene usted algún otro conflicto de intereses que estime debe ser declarado?

- Sí
- No

En caso afirmativo, por favor especifíquelo a continuación: Si Usted ha contestado afirmativamente alguna de las cinco preguntas precedentes, por favor escriba una breve declaración, la que será publicada junto con su artículo, al final del texto y antes de las referencias (espacio de agradecimientos). Un modelo de declaración se entrega a continuación:

Conflicto de intereses: R X ha recibido ayuda económica de parte del Laboratorio XX para asistir a congresos de la especialidad. Ha recibido, además, honorarios por su participación en actividades de educación y promoción organizadas por la misma empresa.

Si ninguna de sus respuestas fue afirmativa, se publicará el siguiente párrafo junto a su artículo:

El autor no declaró posibles conflictos de intereses. Los autores no declararon posibles conflictos de intereses.

Si bien este formulario se centra a conflictos de intereses de carácter económico, usted puede declarar conflictos de cualquier otra naturaleza, que puede juzgar necesario informar a los lectores.

Elija una de las dos alternativas siguientes:

1. Por favor inserte "ningún conflicto por declarar" en la declaración de conflictos de intereses.
2. Por favor inserte la siguiente declaración de conflictos de intereses:

Título del Artículo:

Nombre del autor:

Firma:

Fecha:

Adaptado del formulario de declaración de conflictos de intereses adoptado por el *British Medical Journal*.

Disponibile en URL: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/317/7154/291/DC1>