

El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro

Gerardo García Maldonado,^{1,2} Atenógenes H. Saldívar González,¹ Arturo Llanes Castillo,¹
Indira Guadalupe Sánchez Juárez¹

Actualización por temas

SUMMARY

Throughout its history, one of the most fascinating topics of psychiatry has been that of the causes and consequences of mental disorders. The desire to strengthen the reliability of diagnosis in this area has led to significant advances in two important fields: psychopathological description and the formulation of an integral diagnosis. Classifications allow the definition of categories and in the case of the two most read taxonomies in the field of mental health, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) and the *International Classification of Diseases* (ICD), these provide the most commonly used criteria for diagnosis. The revised fourth edition of the DSM is now insufficient to cover the ever greater clinical challenges and research. For over ten years, work has been carried out on the structure of DSM-V (the fifth edition), but despite the planning, organization, prediction, and the contributions of guest experts, it is feared that all the requirements of modern psychiatry will not be met. The first edition of DSM was published in the 1950s. It was based on the terminology developed by William Meninger. This version of the manual and the following, published several years later, reflected the psychodynamic psychiatry which prevailed at the time. The third edition was published in 1980 and its revised edition seven years later. The emphasis here was on descriptive and syndromic considerations. The fourth edition appeared several years later. The most striking change in this edition was the inclusion of variables resulting from empirical studies. A later edition was published in the year 2000.

The first attempts to put together DSM-V started in 1999. From 1999 until 2007 work was done on the planning of the investigation and technical documentation of DSM-V and the inclusion of the so called investigation schedules. The second phase of the project, known as «the refinement of the research program for DSM-V», was carried out between 2004 and 2007. A pilot test was undertaken between January and May 2010, among different segments of the population and different settings, to evaluate the revisions proposed by the working teams. Between March and April 2011, as a result of the field tests, the proposed criteria for diagnosis were reviewed. The dimensional measurements and the criteria for diagnosis will be reviewed again during the rest of 2011. The year 2012 will see the preparation of the final version of the text, and finally, in May 2013, DSM-V will be presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association in San Francisco, California.

Several external and independent authors have offered numerous proposals on topics related to psychopathology in general

to the working groups formed for the preparation of DSM-V. Only some of these are mentioned below. One of the first factors to be taken into consideration in the revision of the manual is the need to distinguish between empirical questions or approaches and those of a more conceptual or philosophical nature, which should, by no means, be excluded. Another point to be evaluated is the advisability of defining phases according to the development of the condition, which would ideally create a schema focused on prevention. One of the expectations of psychiatry is that eventually laboratory criteria of diagnosis could be established, which could be measurable and would lead to clear statistics of psychiatric pathologies. As far as somatiform disorders are concerned, many practitioners agree that the current terminology and the systems of classification are inaccurate. One proposal is that this category should be eliminated altogether and that diagnoses should be made using an additional multidimensional description. One of the most interesting features of DSM is that it has had to accommodate changes brought about by new technologies. These advances go hand in hand with a new series of pathologies which need to be classified, as is the addition to Internet.

Undoubtedly, one of the greatest dilemmas facing DSM is how to classify eating disorders, as many people feel that the rather simplistic distinction between nervous anorexia and bulimia is not altogether convincing. There are two interesting proposals to consider in DSM-V: one is known as night eater syndrome and obesity, as in this case there is a compulsive consumption of food and an inability to limit this intake, in spite of a desire to do so. With regard to the compulsive, obsessive disorder, most experts believe that it is necessary to see the disorder as a spectrum, but defining criteria. Undeniably, a grave current problem which makes no distinctions is suicide. Different researchers recommend that suicidal behavior be considered and documented as a separate diagnosis in a sixth axis of the multiaxis schema. Another important aspect concerns the giving of quality attention to patients. This has led to the proposal to expand DSM-V to include indicators for situations which could eventually be a cause for treatment. The proposal is to structure something different from what can be found in axis IV. In the case of paraphilias, it is deemed necessary that DSM-V should deal not only with the strictly descriptive aspect, but also with the semantic and linguistic. The importance of post-traumatic stress has been described, but there exists the doubt whether it is necessary to experience an adverse incident for this to be triggered. There has been a suggestion that the term «pre-traumatic» stress disorder be included in DSM-V to diagnose this condition. In the case of anxiety disorders, some authors advise

¹ Departamento de Investigación. Facultad de Medicina de Tampico «Dr. Alberto Romo Caballero», Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.

² Servicio de Psiquiatría Infantil. Hospital Psiquiátrico de Tampico. Secretaría de Salud. Tamaulipas, México.

Correspondencia: Gerardo García Maldonado. Hospital Psiquiátrico de Tampico. Ejército Mexicano 1403, col. Allende, 89130, Tampico, Tamaulipas. México. Tel. (833) 213 1862 y 17 0679. E-mail: ggarciamaldonado@gmail.com

Recibido primera versión: 19 de junio de 2008. Segunda versión: 7 de abril de 2011. Aceptado: 15 de abril de 2011.

the creation of a category known as «disorders caused by stress and fear», which would allow linking the diagnostic classification with etiology and thus define a «true» anxiety nosology. It would be advisable that the DSM-V included a category for «seasonal affective disorder» as such, and not simply as a variant in the «specification of the seasonal pattern» of depression. In the field of substance consumption, it has been argued that it is necessary to establish a classification which is not only categoric but also dimensional so as to improve its taxonomic usefulness. The organization of mental disorders in DSM-IV-TR and ICD-10 (tenth edition) is complex and this has led to exploring the feasibility of developing a meta-structural system of classification based on risk and clinical factors. For disorders originated in infancy, childhood and adolescence, it has been suggested that the disorder known as «temperament disorder by disphoria» be included in the forthcoming taxonomy, as well as the use of the terms insensitive/emotionless for behavioral disorders, among others. In the case of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), the current criteria are considered insufficient and it has been suggested that the starting age for this disorder be increased from 7 to 12 years of age. It is suggested that autism be considered autistic spectrum, thus eliminating the other disorders covered in this section, including Asperger syndrome.

The question as to whether this taxonomic-diagnostic system, to be implemented world-wide, will be both valid and reliable enough to cover all variations and particular characteristics of different cultures, ethnic groups, social groups and geographical regions in Mexico is another matter of concern, due to the lack of tools available for daily clinical work, except for the International Classification of Diseases of the World Health Organization. There are, at present, a number of doubts and queries which will need to be laid open and evaluated in all seriousness in order to obtain concrete and integral answers, given that the manual will continue to be used for clinical purposes in different parts of the world. The challenge will be to find the best way to apply diagnostic criteria, avoiding omissions and oversimplifications and taking into account the cultural and social context worked in.

Key words: DSM-V, disorders, background, proposals, criteria.

RESUMEN

Un tema de gran interés a lo largo de la historia de la psiquiatría, ha sido el relacionado a los sistemas diagnósticos. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), integran los criterios diagnósticos comúnmente utilizados en la práctica psiquiátrica. El DSM en su cuarta edición revisada, es ya insuficiente para el trabajo clínico actual, por lo que se ha estado trabajando en la configuración de lo que será el DSM-V (quinta edición); no obstante, aún y con toda la planeación, se teme que no se logren cubrir todas las necesidades de la psiquiatría moderna. La primera edición del DSM fue publicada en la década de 1950; esta versión

del manual, y la subsiguiente, reflejaban la psiquiatría psicodinámica de esa época. En la década de 1980 se publicó la tercera edición y su versión revisada, en las que predominaban las consideraciones descriptivas y sindrómicas. Años después fue publicada la cuarta versión y una revisión posterior de este manual en el año 2000. Los primeros esfuerzos para iniciar el proceso de integración del DSM-V se iniciaron desde 1999. Desde ese año, hasta el 2007, se planificó la investigación y la documentación técnica por medio de un programa de investigación. Del año 2004 al 2007 se llevó a cabo la segunda fase del proyecto denominada «perfeccionamiento del programa de investigación para el DSM-V». De enero a mayo del 2010 se efectuó una prueba piloto con diferentes poblaciones y las revisiones propuestas por los grupos de trabajo. En el 2011 se revisarán los criterios diagnósticos propuestos y las medidas dimensionales. En el año 2012 se preparará el proyecto de texto final, y en mayo del 2013 se planea presentar el DSM-V en la Reunión Anual de la Asociación Psiquiátrica Americana, en San Francisco, California. Han sido numerosas las propuestas de autores externos e independientes para el desarrollo del DSM-V, como es el caso de la conveniencia de definir estadios de acuerdo a la progresión de la enfermedad o bien establecer criterios diagnósticos de laboratorio, e incluso favorecer una estadificación clara de las patologías psiquiátricas. En cuanto a los trastornos somatomorfos, muchos clínicos están de acuerdo en eliminar esta entidad y elaborar los diagnósticos con una descripción multidimensional adicional. Algunos expertos proponen integrar un diagnóstico denominado «adicción al Internet». Diferentes investigadores recomiendan que el comportamiento suicida sea considerado como un diagnóstico separado y documentado en un sexto eje del esquema multiaxial. Hay dos propuestas interesantes para el DSM-V, una es el síndrome del comedor nocturno y la otra la obesidad, al existir en estos casos un consumo compulsivo de alimentos y una dificultad para restringirlos, lo que podría tener implicaciones adictivas. En el caso de las parafilias se plantea la necesidad de que se trabaje en el aspecto descriptivo, semántico y lingüístico. Se ha descrito la importancia del estrés postraumático, pero se sugiere también un trastorno de estrés «pre-traumático» como diagnóstico en el DSM-V.

En los trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia, se ha planteado incluir en la próxima taxonomía el denominado «trastorno por disregulación del temperamento con disforia». En lo referente al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se considera que los criterios actuales son insuficientes, y se propone incrementar la edad de inicio del trastorno. Para el autismo se sugiere considerarlo como espectro autista, eliminando el trastorno de Asperger. Finalmente en opinión de los autores de este trabajo, existe por el momento una diversidad de cuestionamientos que deberá valorarse con seriedad, toda vez que el manual evidentemente seguirá siendo de uso clínico continuo en diferentes latitudes. El desafío será establecer la mejor forma de aplicar los criterios diagnósticos tomando en cuenta el contexto cultural y social en el que se trabaja, lo que, por lo revisado, sigue siendo un punto pendiente para los encargados de revisar la próxima versión del manual.

Palabras clave: DSM-V, trastornos, historia, propuestas, criterios.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la psiquiatría, un tópico de gran interés ha sido el relacionado a las causas y consecuencias de los trastornos mentales. El estudio de las consecuencias ha sido, sin duda, un tema ampliamente abordado lo que ha permitido obtener un amplio cuerpo de conocimientos

a través de los años. Con respecto a las causas subyacentes de los trastornos mentales, los avances han sido más lentos pero no por ello menos importantes. De hecho, el advenimiento de las neurociencias ha favorecido el entendimiento de estos trastornos desde una perspectiva biológica. De la mano de estos conocimientos se destaca, sin lugar a dudas, el desarrollo de taxonomías, las cuales son herramien-

tas fundamentales para identificar y clasificar los trastornos psicopatológicos y que son de uso cotidiano en las tareas clínicas y de investigación;^{1,2} una clasificación es entonces válida cuando predice el máximo posible de variables en relación a un tópico determinado.³

Para entender mejor este punto de vista, es conveniente recordar que hace algunos años no había acuerdos para elaborar clasificaciones diagnósticas. Esta es una de las razones principales por la que los trastornos mentales no eran descritos objetivamente. A la luz de los avances en el conocimiento de las enfermedades, un sistema de clasificación puede ser sindromático, patogénico o etiológico, sin embargo, por el momento ninguna clasificación psiquiátrica integra estos tres niveles de conocimiento en forma conjunta.

La implementación de un diagnóstico constituye una tarea prioritaria de los profesionales en el campo de la medicina. Éste requiere ser preciso y específico, pero también válido y confiable.^{4,5} El interés para fortalecer la fiabilidad de los sistemas diagnósticos en psiquiatría ha llevado a significativos avances en dos importantes áreas: la descripción psicopatológica y la formulación diagnóstica integral.⁶ En cuanto a la primera, es importante resaltar el énfasis sindromático, especialmente con el uso de criterios diagnósticos específicos, que han facilitado el diseño y uso de entrevistas estructuradas y semiestructuradas.⁷ Como fundamento de este logro debemos citar los estudios pioneros de José Horwitz y John Feighner⁸ quienes propusieron en su momento los denominados «criterios operacionales», que sirvieron como base para algunos trastornos incluidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su tercera edición (DSM-III por sus siglas en inglés). Si comparamos los enfoques diagnósticos tradicionales con los actuales, es claro que estos últimos son denotativos además de que toman en cuenta diversas variables de inclusión.⁹ La otra área de interés es la formulación diagnóstica integral; desde este punto de vista, el factor clave de los sistemas de clasificación es el uso de esquemas multiaxiales, los cuales, sin duda, han permitido el desarrollo de formas más completas de comunicación, organización e información clínica.¹⁰ El modelo multiaxial toma en cuenta algunos aspectos críticos de la condición del paciente, los cuales son evaluados a través de puntos altamente informativos llamados ejes, que los describen dentro de su complejidad clínica y desde una perspectiva biopsicosocial. Los ejes propuestos contienen escalas categóricas y dimensionales que permiten entender los procesos de salud y enfermedad. Todas estas contribuciones han sido de utilidad para el ejercicio clínico de la psiquiatría biológica y la psicología cognitiva.

A lo largo de la historia de la psiquiatría ha sido clara la necesidad de clasificar los trastornos mentales. Para Kerlinger, clasificar es la forma más elemental de medir y saber si un elemento pertenece a una categoría.¹¹ Fue Emil Kraepelin quien implementó un sistema de clasificación más

trascendente. Su contribución tuvo el mérito de haber sido el primer sistema de clasificación no solamente basado en postulados teóricos sino también en la observación, seguimiento y medición de las psicopatologías.^{12,13} Las clasificaciones también permiten definir categorías, que en el caso de las dos taxonomías de mayor uso en el campo de la salud mental, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), auspiciado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), integran los criterios diagnósticos comúnmente utilizados.¹³ A pesar de las inconsistencias o deficiencias que puedan tener, un hecho irrefutable es que son ampliamente utilizados, están basados en estrictos criterios descriptivos y proporcionan un apoyo para hablar un lenguaje común en el campo de la psiquiatría. No obstante, un motivo de discusión siempre ha sido cuáles enfermedades deberían ser incluidas y cómo tendrían que ser organizadas.¹⁴

Existe, además, otro problema: los avances que se logran día a día en diferentes terrenos de investigación científica, ya sean básicos o clínicos, dejan rezagada cualquier taxonomía. Es claro entonces que el DSM, en su cuarta edición revisada (IV-TR), es ya insuficiente para enfrentar los cada vez mayores retos clínicos y de investigación. Desde hace más de 10 años se ha estado trabajando en la configuración de lo que será su quinta edición (el DSM-V); no obstante, aun y con toda la planeación, organización, anticipación y con los expertos invitados a participar, se teme que no se logren cubrir todas las necesidades que la psiquiatría moderna requiere. Expertos en diferentes campos de la salud mental, no invitados a participar directamente en la elaboración del próximo DSM, se han pronunciado con opiniones, recomendaciones y sugerencias sobre diferentes tópicos dentro del campo clínico con la finalidad de mejorar y enriquecer esta titánica tarea, esperando ser escuchados.¹⁵ Al mismo tiempo, numerosos investigadores han realizado múltiples trabajos sobre diferentes líneas psicopatológicas, cuyos resultados cuestionan algunos conceptos y descripciones vertidas en la actual edición del DSM; se espera también que estos resultados sean tomados en cuenta para la reforma del manual.¹⁶ Al ser estas circunstancias de notable interés para el ejercicio diario de la labor clínica y de investigación en psiquiatría, se consideró relevante revisar este tema de actualidad.

Los objetivos de este trabajo son, en primer término, mencionar muy brevemente la forma en cómo se fue estructurando el DSM desde su primera edición. Aunque será muy superficial este apartado, los autores no consideramos que sea innecesario, pues no se puede hablar del futuro o presente sin recordar el pasado. El segundo objetivo es conocer en forma sucinta los tópicos revisados por los diferentes grupos de trabajo seleccionados para la conformación del DSM-V y describir las estrategias implementadas para lograrlo. Señalar las propuestas y consideraciones que

están haciendo diferentes autores sobre diversos aspectos inherentes a la psicopatología que requieren de un mayor escrutinio, será el objetivo principal de esta revisión. Finalmente los responsables de este trabajo expresaremos nuestra opinión sobre la implicación y trascendencia del DSM-V.

METODOLOGÍA

Se efectuó una búsqueda computarizada de información utilizando las bases de datos electrónicas EbscoHost, PubMed y OvidSP. Se utilizaron como palabras clave los términos DSM, fases históricas, DSM-V, perspectivas, temas, argumentos, interrogantes, expectativas, impacto, cualidades, propuestas, desacuerdos, recomendaciones, trabajo de campo. Los criterios cualitativos de selección del material fueron: artículos originales, revisiones, meta-análisis o editoriales en idioma inglés publicados desde enero de 1995 hasta enero del 2011, trabajos con una estricta metodología científica y editoriales con estructura en el contenido y aportaciones concretas. Cuando se identificó información importante anterior al año 1995, por medio de un consenso entre los investigadores se dictaminó la conveniencia o no de incluir el material. Los autores de este proyecto seleccionamos, de todo el material revisado, un total de 81 referencias en función de su relevancia y también con base en un consenso grupal.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM): Fundamentos históricos

La primera edición del DSM fue publicada en la década de 1950. Se basó en una nomenclatura desarrollada por William Meninger, con la idea de clasificar los trastornos experimentados por ex-combatientes de la Segunda Guerra Mundial. Se complementó con los resultados de encuestas aplicadas en hospitales psiquiátricos y por opiniones de expertos de la APA de esa época. Esta versión del manual, y la subsiguiente que fue publicada varios años después, reflejaban la predominante psiquiatría psicodinámica de esa época, donde los síntomas se consideraban consecuencia de conflictos subyacentes disfuncionales o «reacciones» secundarias a los problemas cotidianos de la vida.¹⁷

En la década de 1970 se tomó la decisión de publicar una tercera edición del DSM. El objetivo principal era establecer una nomenclatura similar a la utilizada por la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS y mejorar la confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos.¹⁸ Este nuevo manual se fundamentó, por primera vez, en consideraciones descriptivas; las entidades psicopatológicas se definieron como síndromes, se abandonó el enfoque psicodinámico y se consideró un modelo biomédico para tratar de clarificar la diferencia entre lo normal y anormal.¹⁹ Fueron introducidas muchas categorías nuevas de los trastornos. Sin embargo, surgió una controversia con respecto

a la cancelación del término «neurosis», un término relacionado con el psicoanálisis pero considerado impreciso y no científico. Esta situación generó una tremenda oposición, al grado que no es exagerado decir que esta versión del DSM estuvo en riesgo de no ser aprobada por la APA, a menos que el término «neurosis» fuera incluido de una u otra manera. Se decidió entonces volver a insertar el término entre paréntesis, después de la palabra «trastorno» en algunos casos. En la década de 1980, y con un intervalo de siete años, se publicaron la tercera edición y su versión revisada. En esta última algunas categorías fueron reorganizadas nuevamente junto con cambios significativos en varios criterios. Diagnósticos polémicos como el trastorno dismórfico premenstrual o la personalidad masoquista, por citar solo algunos, fueron eliminados. Años después se publicó la cuarta versión.²⁰ El cambio en esta edición fue la inclusión de un criterio clínico relevante para la esfera social y ocupacional y se incorporaron hallazgos de investigaciones empíricas de tipo epidemiológico y clínico.¹ Una revisión de este manual fue publicada en el año 2000. Las categorías diagnósticas y la mayoría de los criterios se mantuvieron intactos, se actualizaron algunas secciones y códigos para mantener el objetivo de preservar la coherencia con la Clasificación de la Organización Mundial de la Salud. Algunos detalles de cada una de las ediciones del DSM se describen en el cuadro 1.

Estrategias implementadas para la conformación del DSM-V.²⁷

Los primeros esfuerzos para iniciar el proceso de integración y elaboración del DSM-V se iniciaron en 1999. Los primeros proyectos fueron patrocinados por la APA y el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés). Entre las estrategias establecidas se acordó formar seis grupos de trabajo, cada uno examinaría un tema específico. Los temas designados y los aspectos a considerar en cada uno, se señalan en el cuadro 2. Del año 1999 al 2007 se planificó la investigación y documentación técnica.

Cuadro 1. (DSM): Revisión panorámica de su evolución histórica

DSM	Año de publicación	No. de páginas	Categorías psicopatológicas incluidas
DSM-I ²¹ (1a. edición)	1952	130	106
DSM-II ²² (2a. edición)	1968	134	182
DSM-III ²³ (3a. edición)	1980	494	265
DSM-III-R ²⁴ (3a. edición revisada)	1987	567	292
DSM-IV ²⁵ (4a. edición)	1994	886	297
DSM-IV-TR ²⁶ (4a. edición revisada)	2000	943	297
DSM-V (5a. edición)	2013	-----	-----

Cuadro 2. Temas designados para los grupos de trabajo

Nomenclatura
• Simplificación, validez y confiabilidad de los criterios diagnósticos • Clasificación categórica, pero con un enfoque tridimensional
Neurología y genética
• Identificación de los genes relacionados con la enfermedad • Estudios con el uso de técnicas de imagen cerebral y post-mortem
Desarrollo
• Prevención e intervención temprana • Enfoque dinámico en la evaluación psiquiátrica • Estudios epidemiológicos, genéticos y del desarrollo neurológico
Personalidad
• Mejorar el método para el diagnóstico categórico y agregar uno dimensional • Utilizar el concepto de espectro
Discapacidades
• Evaluación de los factores que contribuyen a la discapacidad y al curso natural de la enfermedad mental
Cultura
• Considerar las diferentes culturas

ca del DSM-V, por medio de un programa de investigación. Se elaboraron además las denominadas agendas de investigación para el DSM-V, publicadas en el 2002, 2007 y otra más por publicarse. Del año 2004 al 2007 se llevó a cabo la segunda fase del proyecto a la que se le denominó «perfeccionamiento del programa de investigación para el DSM-V» a través de una serie de conferencias auspiciadas por la NIMH, la OMS y la APA. De enero a mayo del 2010 se llevó a cabo una prueba piloto con diferentes poblaciones y en diversos entornos para poner a prueba las revisiones propuestas por los grupos de trabajo. La primera fase de los ensayos de campo propiamente dichos se inició en mayo de 2010 y tuvo una duración de 10 meses. Durante este tiempo se efectuaron también estudios de casos que se publicarán como libros después de la aparición del DSM-V.

Los resultados de la revisión de los criterios diagnósticos propuestos se pondrán a prueba en una segunda fase de trabajo de campo. En el transcurso del año 2011 se revisarán nuevamente las medidas dimensionales y los criterios diagnósticos; aparentemente tomarán en cuenta los resultados de trabajos de investigación externos. En el año 2012 se preparará el proyecto de texto final y se presentará ante los miembros de la APA. Se tiene contemplado dar un margen de nueve meses para eventuales cambios o modificaciones, todo lo cual deberá quedar concluido para septiembre del mismo año. En octubre y noviembre se efectuarán las últimas revisiones a los criterios diagnósticos. En diciembre del 2012 se espera la aprobación por parte de la Junta de Síndicos de la APA, para enviar el manuscrito final a la editorial. Finalmente en mayo del 2013 se planea presentar el DSM-V en la Reunión Anual de la APA, en San Francisco, California.

Propuestas y recomendaciones de otros autores para la estructuración del DSM V

Una primera consideración en cuanto a la revisión del próximo DSM, es la necesidad de distinguir entre preguntas o planteamientos empíricos, donde se pueden aplicar hipótesis, y aquellos que son más de tipo conceptual o filosófico en su naturaleza, pero que no por ello deben ser excluidos.²⁸ El enfoque científico que va de la mano con las neurociencias, ha favorecido que en la actualidad los aspectos empíricos sean más ponderados. Si bien con el tiempo se vio que los planteamientos conceptuales eran inconsistentes e ineficientes, lo cierto es que en la actualidad se han desarrollado métodos de análisis más confiables para este tipo de consideraciones.

Otro punto de interés a valorar en el futuro DSM debería ser la conveniencia de definir estadios de acuerdo a la progresión de la enfermedad,²⁹ lo que idealmente crearía un esquema orientado a la prevención, además de que permitiría entender la patogénesis del trastorno para así poder evaluar la intervención más apropiada según el caso. Al haber aún elementos por definir en la psicopatología, es difícil estructurar una estadificación que permita, por ejemplo, identificar pródromos de trastornos como la esquizofrenia, lo que significaría adelantarse a un eventual cuadro psicótico de primera vez o al deterioro cognitivo que se da a largo plazo en estos casos.

Cuando un paciente refiere su problema en la consulta, en muchas ocasiones engloba su percepción y experiencia acerca de la patología, lo cual puede ser orientador para el diagnóstico. Para algunos autores,³⁰ desarrollar criterios diagnósticos para el DSM-V basados en las percepciones subjetivas de los pacientes, generaría menores cambios en el manual en comparación con la situación habitual de formular muchas sugerencias constantemente.

En la clasificación de los trastornos mentales siempre se ha buscado crear un grupo de criterios que puedan englobar de la mejor forma las características psicopatológicas. Muchos criterios diagnósticos en el DSM-IV-TR, sin embargo, son extensos y difíciles de recordar, como es el caso del trastorno depresivo mayor. Se considera que si se simplificaran se podría reducir el uso, con frecuencia inapropiado, de la categoría «no especificado», que a veces se establece por el olvido de la mayoría de los criterios para esta entidad.³¹ Permitir la simplificación de los criterios diagnósticos es una tarea que sería de ayuda para el trabajo clínico de los psiquiatras, aunque paradójicamente esto tenga que ir de la mano de una mayor estructura y rigidez de los mismos.

Una de las expectativas en psiquiatría es que eventualmente se pudieran establecer criterios diagnósticos de laboratorio y que pudieran además favorecer una estadificación clara de las patologías psiquiátricas.³² Por el momento no se ha logrado alcanzar esta meta. En el pasado algunas observaciones señalaron la hipercortisolemia como un hallazgo

en pacientes severamente deprimidos, sobre todo con síntomas melancólicos, pero no en sujetos con algún otro trastorno mental.³³ La anormalidad desaparecía con la remisión y reaparecía con la recaída. Sin embargo, al intentar aplicar este criterio para la depresión mayor en el DSM-III, la falta de especificidad, sensibilidad y valor predictivo de la prueba de supresión con dexametasona obligó a descartarla, aunque, para muchos, tal vez prematuramente. Con estudios futuros se podría intentar establecer la utilidad de esta prueba, si no como criterio diagnóstico propiamente tal vez como un criterio de estadificación.

Un aspecto importante en los pacientes con psicopatología es el ámbito en el cual se han desarrollado, sobre todo en función de las relaciones interpersonales con sus familiares y amistades. Pero ¿qué pasa cuando esta relación es el problema? Se ha propuesto la inclusión de un «trastorno relacional»,³⁴ el cual se podría definir como «un patrón persistente y doloroso de sentimientos, comportamientos y percepciones que involucran a dos o más en una relación interpersonal significativa». Sin embargo, por el momento esta consideración sólo forma parte del eje V del esquema multiaxial, ya que no reúne criterios para una definición diagnóstica de trastorno como tal.

Para Balon³⁵ es necesario reclasificar algunas patologías psiquiátricas para una mejor comprensión, pero evitando la creación excesiva de nuevos grupos dimensionales que a veces no aportan nada nuevo. Así mismo señala que en el caso de la disfunción sexual, por ejemplo, sería conveniente separarla de alteraciones transitorias del comportamiento sexual relacionadas con el estrés de la vida diaria, problemas interpersonales o por otros trastornos.

En cuanto a los trastornos somatomorfos, muchos clínicos están de acuerdo en que la terminología actual y el sistema de clasificación están mal realizados. Los principales problemas son: la terminología es inaceptable para los pacientes, la categoría es dualista, los distintos diagnósticos no forman una categoría coherente, son incompatibles con algunas culturas, existe una ambigüedad en los criterios de exclusión establecidos, las subcategorías son poco creíbles, carecen claramente de un umbral definido y causan confusión en disputas legales.³⁶ En otras palabras, la categoría diagnóstica y la terminología no son concluyentes. Una propuesta para esta categoría en el DSM-V es eliminarla, adoptar nuevos términos, reasignarlos a otras partes de la taxonomía y elaborar los diagnósticos con una descripción multidimensional adicional.

Uno de los rasgos interesantes del DSM, es que ha tenido que adecuarse a través del tiempo a los cambios que han surgido en la sociedad por influencia de la globalización y la creación de nuevas tecnologías. Estos avances traen de la mano una nueva serie de patologías que necesitan ser clasificadas, como es el caso de la adicción al Internet; que se considera actualmente como un trastorno del espectro compulsivo-impulsivo.³⁷

Sin duda uno de los más grandes conflictos respecto al DSM es cómo clasificar los trastornos de la alimentación, ya que en opinión de algunos la manera simplista y sencilla de distinguir entre la anorexia nerviosa y la bulimia no ha convencido. Para complicar aún más estos hechos, se ha reportado en estudios de cohortes la presencia de diagnósticos cruzados entre estos dos trastornos. Todo esto plantea la siguiente interrogante: ¿es realmente necesario distinguir entre dos tipos distintos de diagnóstico, cuando probablemente sólo existe un trastorno que cursa por distintas etapas de su curso natural? Kamryn et al.³⁸ proponen que la transición de anorexia nerviosa a bulimia sólo es un cambio en el estadio de la enfermedad.

Sin duda, un gran problema de actualidad que no hace distinciones es el suicidio. La falta de acuerdos para categorizarlo, sobre todo porque no es un diagnóstico, ha hecho difícil su valoración y estructuración más integral, lo que no permite su adecuada identificación. Esto favorece consideraciones equivocadas en los pacientes, asignación de otros términos para este fenómeno, a veces con el fin de evitar «etiquetas» o en el peor de los casos valoraciones incompletas o insuficientes aun por el mismo personal de salud mental. Ante estas realidades que afectan el pronóstico de un paciente con este problema, diferentes investigadores recomiendan que el comportamiento suicida sea considerado como un diagnóstico separado documentado en un sexto eje del esquema multiaxial.³⁹

Es frecuente en el ámbito epidemiológico que se hagan predicciones a varios años sobre la evolución de ciertas enfermedades. Esta estrategia ha permitido formular concepciones acerca del daño que puede hacer una enfermedad a futuro. Tal es el caso de la obesidad, que se sabe es multifactorial. Hay dos propuestas interesantes para considerar este problema en el DSM-V, una es el denominado síndrome del comedor nocturno, que se define por dos criterios: hiperfagia nocturna y/o ingesta de alimentos al despertar por lo menos tres veces por semana. La propuesta es incluir este síndrome como trastorno psiquiátrico, al ser un camino alternativo para llegar a la obesidad.⁴⁰ La otra propuesta es incluir a la obesidad como un trastorno cerebral derivado de alteraciones en las vías de regulación nerviosa para el control de la ingesta de alimentos. Al existir en los obesos entonces un consumo compulsivo de alimentos y una dificultad para restringirlos a pesar de desearlo, muy parecido a lo que se observa en la adicción a drogas, debería considerarse como una adicción a los alimentos.⁴¹

Otro aspecto importante que no solamente afecta a la psiquiatría sino a la medicina en general, es lo referente a proporcionar atención de calidad a los enfermos, lo cual es una preocupación constante de las autoridades sanitarias. Se ha propuesto expandir el DSM-V, para incluir una lista general de problemas (riesgo de autodaño o impulsividad, por ejemplo) y problemas psicosociales o ambientales es-

pecíficos, que podrían utilizarse como indicadores para situaciones que eventualmente pudieran ser foco de intervención. La propuesta es estructurar algo diferente a lo que se expresa en el eje IV y que reforzaría la calidad en la atención a sujetos con riesgos previamente determinados.⁴²

Con respecto al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), Mataix et al.⁴³ realizaron una encuesta en donde se preguntaba a diversos expertos su opinión acerca del trastorno. Más de la mitad estuvo a favor de eliminar esta categoría del rubro de trastornos de ansiedad. La mayoría considera necesario entender al trastorno como un espectro, pero definiendo los criterios. Es necesario también considerar subtipos de inicio temprano, aunque hay desacuerdo sobre cuál es la mejor edad para un punto de corte.⁴⁴ Finalmente, es prioritario establecer criterios diagnósticos dimensionales para este trastorno tan heterogéneo.

Un punto que ha afectado el desarrollo del DSM ha sido la inclusión, en los criterios diagnósticos, de términos o palabras que se interpretan de otra manera causando confusión, errores diagnósticos o malestar en diversos sectores de la sociedad, incluso religiosos. Tal es el caso de las parafilias cuyos criterios diagnósticos desde el DSM-III-R hasta el DSM-IV-TR se han modificado, sin lograr de cualquier manera una aceptación en consenso. Esto plantea la necesidad de que en el DSM-V no sólo se trabaje en el aspecto estrictamente descriptivo o dimensional, sino también en el semántico y lingüístico para la psicopatología en general y las parafilias en particular.⁴⁵

Desde hace muchos años se ha descrito la importancia del estrés postraumático, pero hay duda acerca de si es necesario sufrir un evento adverso o si sólo es suficiente con manifestar temor a ser víctima de un suceso traumático, para desencadenar el trastorno en sí. La experiencia cotidiana de ver en los medios de comunicación noticias de tragedias diversas, presentadas algunas veces en forma alarmista, pueden generar en individuos susceptibles estados de ansiedad y preocupación intensos y franco deterioro funcional que den lugar a manifestaciones de estrés postraumático. La pregunta en estos casos sería ¿dónde está el evento directo para denominarlo postraumático? Se ha propuesto entonces el término trastorno de estrés «pre-traumático» como diagnóstico en el DSM-V.⁴⁶ Rosen y Spitzer insisten en la necesidad de incluirlo en la taxonomía, aunque lo cierto es que esta circunstancia debe ser más estudiada desde diferentes perspectivas clínicas.

Con respecto a los trastornos de ansiedad, se considera que sus categorías no han sido asignadas en forma sencilla, coherente y clara en el DSM. Algunos autores discuten la conveniencia de establecer una categoría a la que se denominaría «trastornos inducidos por estrés y miedo» que se compondría de cuatro entidades, para las cuales el estrés o el miedo sería un factor común subyacente: trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, fobia social y fobia simple; la intención de los autores es vincular la clasifi-

cación diagnóstica con la etiología y definir una nosología «verdadera» de la ansiedad.⁴⁷

De acuerdo con algunos trabajos de Kanayama et al.⁴⁸ la necesidad de separar a los trastornos relacionados con los esteroides anabólicos androgénicos (EAA) es fundamental, tomando en cuenta las diferencias con otro tipo de sustancias y considerando las características muy particulares de los usuarios de estos productos. Proponen los autores la necesidad de estructurar una categoría definida y separarlos del rubro «otras sustancias», tal y como se presenta en el DSM-IV-TR. Para los autores, tal vez la diferencia más importante con los EAA es que no son ingeridos para alcanzar un estado inmediato de intoxicación aguda, sino, por el contrario, son consumidos sobre un curso preplaneado de muchas semanas para alcanzar una recompensa retardada de incremento de la musculatura.

Ya antes se había mencionado la necesidad de acotar los criterios diagnósticos para la depresión en particular. La situación, sin embargo, es más complicada ya que se ha encontrado una franca relación entre los cambios estacionales y los síntomas afectivos en algunos individuos.⁴⁹ Sería conveniente que en el DSM-V se considerara la categoría de trastorno afectivo estacional como tal, en lugar de sólo considerar esta variable como «especificación del patrón estacional», siempre y cuando existiera evidencia empírica disponible. Un hecho real es que esta circunstancia es más frecuente de lo que se piensa.

En el terreno del consumo de sustancias se ha discutido la necesidad de una clasificación que no sólo sea categórica, sino que sea también dimensional para mejorar la utilidad taxonómica. Hay evidencia de que el abuso y dependencia de sustancias, incluyendo al alcohol, no son categorías distintas, por lo que se sugiere que la adicción a sustancias se defina por un solo criterio y ambas categorías (abuso y dependencia) sean vistas como un problema de gravedad unidimensional.⁵⁰⁻⁵² Por otra parte, las revisiones sobre las adicciones se han multiplicado en los últimos años y se han enfocado a circunstancias como: 1) diagnóstico categórico vs. dimensional, 2) bases neurobiológicas de los trastornos por uso de sustancias, 3) perspectivas sociales y culturales, 4) comorbilidad, 5) subtipos de trastornos, 6) particularidades en adolescentes, 7) criterios para sustancias específicas y 8) trastornos adictivos por circunstancias diferentes al uso de sustancias.⁵³ De manera complementaria, el diagnóstico y el tratamiento de los síndromes psiquiátricos que ocurren de forma concomitante con el uso de sustancias es un tema que genera controversia. En el DSM-IV-TR se debe diferenciar a los trastornos por consumo, de los inducidos por sustancias, en donde se incluyen los pacientes con síntomas psiquiátricos clínicamente significativos y que ocurren durante el curso del uso de sustancias.⁵⁴ En la práctica diaria, sin embargo, esta diferencia puede ser muy poco precisa por lo que se deben clarificar los criterios y hacerlos más específicos.

Además de lo ya mencionado, es preciso considerar también que en la población adolescente es necesario establecer guías específicas que tomen en cuenta la edad de inicio de consumo como predictor del curso y pronóstico del trastorno por uso o dependencia de sustancias.⁵⁵ Es necesario también diferenciar casos de consumo de múltiples sustancias, por las implicaciones en la intensidad de los problemas y en el pronóstico. En cuanto al consumo de alcohol, se sugiere usar un diagnóstico que considere los síntomas de abuso y dependencia de forma conjunta pues se ha visto que muchas personas con diagnóstico de abuso, en ocasiones tienen problemas más graves que aquellas con dependencia.^{56,57}

El DSM-IV-TR considera a la inquietud/irritabilidad como un criterio en el trastorno de juego patológico. En el estudio de Cunningham⁵⁸ se encontró que el 41 % de los sujetos con este problema experimentan preponderantemente sentimientos de enojo, culpa y decepción. Se sugiere tomar en cuenta estos síntomas como criterios adicionales.

En muchas ocasiones, los trastornos afectivos se acompañan de alteraciones de la función sexual. En cuanto a la eyaculación precoz, por ejemplo, el DSM la ha definido de forma descriptiva basándose en supuestos históricos; sin embargo a lo largo del tiempo esta definición ha sido modificada, lo que ha impactado adversamente en su prevalencia.⁵⁹ Algunos autores proponen formular una nueva definición funcional, dándole un enfoque sindromático y definiendo tres tipos distintos que incluyan la cuantificación del tiempo para la eyaculación, la incapacidad para el control de la misma y una descripción de su gravedad.⁶⁰

La organización de los trastornos mentales en los diferentes capítulos del DSM-IV y del CIE-10 es compleja y está basada en la presentación clínica, por lo que se ha explorado la factibilidad de realizar un sistema de clasificación meta-estructural basado en factores de riesgo y clínicos.⁶¹ Con este sistema la mayoría de los trastornos se incluyeron en uno de cinco grupos, los cuáles se formaron después de una revisión exhaustiva de la bibliografía por un grupo de expertos.

Los grupos finales fueron: el *Neurocognitivo* (identificado por anormalidades en el sustrato neural que producen prominentes síntomas cognitivos), posterior a un desarrollo cerebral normal.⁶² El del *Neurodesarrollo* (identificado principalmente por un temprano y continuado déficit cognitivo), se incluyeron aquí trastornos como el retraso mental, los trastornos de aprendizaje, los motores y los de comunicación, y el trastorno generalizado del desarrollo.⁶³ El de los *Trastornos psicóticos* (identificado por características clínicas y biomarcadores de déficits para procesar información), se tomaron en cuenta las entidades clasificadas como esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los trastornos limítrofes, el trastorno bipolar y el trastorno esquizotípico de la personalidad.⁶⁴ En el caso del trastorno bipolar y en el de la esquizotipia hay controversia.⁶⁵ Existe evidencia de que los síntomas psicóticos atenuados se pue-

den usar para identificar sujetos con un mayor riesgo de desarrollar un síndrome psicótico completo.⁶⁶ *Trastornos afectivos* (caracterizados por el antecedente de un temperamento y emocionalidad negativos), los definiría una afectividad negativa y aunque hay diferencias entre los trastornos que se incluyen en este grupo, hay también similitudes que soportan su factibilidad.⁶⁷ Finalmente, el grupo de los trastornos donde predomina la *Externalización* (identificado por el antecedente de un temperamento desinhibido), incluyen la dependencia a sustancias, el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno de conducta.⁶⁸

Para los expertos en el tema de los trastornos de personalidad, los criterios diagnósticos en la actualidad constituyen más un reto diagnóstico que un apoyo clínico, por lo que recomiendan implementar para el futuro DSM-V un enfoque dimensional. En un estudio realizado por McGlashan et al.⁶⁹ en el cual evaluaron la prevalencia y estabilidad del diagnóstico de trastorno de personalidad (límite, evitativo, esquizotípico y obsesivo-compulsivo), encontraron rasgos que son relativamente fijos, los cuales pueden considerarse como rasgos-tipo, mientras que otros son criterios relativamente intermitentes y que están más relacionados a un comportamiento reactivo. También se ha propuesto establecer un modelo jerárquico de estructura de personalidad, ya que hay evidencia de que existen perfiles de personalidad que se asocian con trastornos internalizados.^{70,71}

En lo referente a los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia,⁷² se espera que se den cambios sustanciales para el mejor abordaje diagnóstico de un grupo etario que requiere cada vez más eficacia y confiabilidad en los tratamientos. Una de las circunstancias que más se destacan en este rubro, es la propuesta de incluir en la próxima taxonomía el denominado «trastorno por disregulación del temperamento con disforia». Es importante mencionar, sin embargo, que aún hay controversia al respecto sobre todo por considerar que tiene mucha relación con los trastornos afectivos. Asimismo la aplicación de los especificadores insensible/sin emoción para los trastornos de conducta está siendo cuidadosamente examinado.

En lo referente a los trastornos de la alimentación de la infancia y la niñez temprana se está proponiendo el diagnóstico de «trastorno en la ingesta de alimento de tipo evitativo/restrictivo», lo cual está en estudio por el grupo encargado de revisar los criterios para estas entidades. El trastorno por estrés postraumático en preescolares, discapacidad en el aprendizaje, auto-lesión no suicida, emergencia tardía del lenguaje, alteraciones del lenguaje específicos, trastornos en la comunicación social y trastornos de la voz, son alteraciones no incluidas actualmente en el DSM-IV-TR y que se proponen para el DSM-V. Otras recomendaciones se aprecian en el cuadro 3.

En lo referente al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), en particular, se considera que los criterios actuales son insuficientes, dando lugar a diversos

Cuadro 3. Trastornos diagnosticados en la infancia, la niñez y la adolescencia (propuestas para el DSM-V)²⁷

Trastornos de la infancia propuestos para reclasificación en otra categoría diagnóstica

- Pica
- Trastorno de Rumiación
- Trastorno de la Alimentación en la Infancia
- Trastorno de Ansiedad de Separación

Trastornos de la infancia propuestos para retirarlos del DSM

- Trastorno Expresivo del Lenguaje
- Trastorno Mixto del Lenguaje Receptivo-Expresivo
- Trastorno de la Comunicación no especificado
- Trastorno de Rett

Trastornos de la infancia que se propone sean incluidos en nuevas categorías diagnósticas

- Trastorno de Vinculación Reactiva de la Infancia o la Niñez

Trastornos de la infancia que se propone clasificar bajo otras categorías diagnósticas

- Trastorno de la Expresión Escrita
- Trastorno del Aprendizaje no especificado
- Trastorno Desintegrativo de la Niñez
- Trastorno de Asperger
- Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado

Trastornos de la infancia, sin cambio del DSM-IV

- Mutismo Selectivo
- Trastorno de la Infancia o la Adolescencia no especificado
- Encopresis

Trastorno de Déficit de Atención y Trastornos Disruptivos

- Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad
- Trastorno Oposicionista Desafiante
- Trastorno del Comportamiento Perturbador no especificado
- Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad
- Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad no especificado

Trastorno de la Comunicación

- Trastorno Fonológico
- Tartamudeo

Trastorno de Eliminación

- Enuresis (no debida a una enfermedad médica)

Trastorno del Aprendizaje

- Trastorno de la Lectura
- Trastorno del Cálculo

Retraso mental

- Retraso mental, gravedad no especificada

Trastorno de las habilidades motoras

- Trastorno de Coordinación del Desarrollo

Otros trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia

- Trastorno de Movimientos Estereotípicos

Trastornos generalizados del desarrollo

- Trastorno Autista

Trastornos de Tics

- Trastorno de Gilles de la Tourette
- Trastornos de Tics Motores o Vocales Crónicos
- Trastorno de Tic Transitorio
- Trastorno de Tics no especificado

obstáculos en la práctica clínica, por ejemplo en lo referente a las diferencias de género, la estabilidad de los síntomas a lo largo de la vida, así como en variables socio-ambientales, familiares y culturales.^{72,73} También se sugiere extender el

criterio de edad de inicio de los síntomas de siete a 12 años, ya que no hay evidencia empírica de que el inicio específico a los siete años tenga utilidad diagnóstica. En un estudio de cohortes se concluyó que la prevalencia, las características clínicas y cognitivas y el perfil de deterioro, no se afectan si se extiende el criterio de edad de inicio.⁷⁴

En lo que respecta al trastorno de conducta se está considerando la posibilidad de incluir algunos elementos en el protocolo diagnóstico, por ejemplo: historia psiquiátrica familiar, rasgos de insensibilidad emocional, criterios específicos para mujeres, criterios específicos para edad pre-escolar, uso temprano de sustancias, biomarcadores genéticos y de neuroimagen y un subtipo limitado a la infancia.⁷⁵ Se reconoce, sin embargo, que aún falta mucha información por sistematizar.

La agresión relacional se ha utilizado en investigaciones del desarrollo psicopatológico. Se ha insistido en que esta eventualidad sea incluida en los trastornos del comportamiento disruptivo en el DSM-V, ya que con regularidad se traslapa con el trastorno desafiante oposicionista y con el trastorno de conducta.⁷⁶

En otro orden de cosas, un trastorno que en gran medida siempre está sujeto a controversia y a cuestionamientos de profesionales de otras especialidades médicas, pacientes y familiares, es el trastorno de conversión. En éste se describen síntomas que no son atribuibles a una condición médica general y que se consideran asociados a factores psicológicos. La hipótesis de la conversión tal y como la plantea la teoría psicoanalítica carece de sustento empírico, por lo tanto se considera indispensable buscar un término que evite la inútil dicotomía cerebro/mente. Además, muchas veces es imposible probar la presencia de síntomas fingidos o la ausencia de éstos, tal y como se recomienda en el DSM-IV. Los autores proponen el término «trastorno neurológico funcional».⁷⁷

Históricamente la razón más convincente para buscar factores de riesgo comunes subyacentes a los trastornos mentales es la alta frecuencia de comorbilidad, o bien las altas tasas de coocurrencia de algunos trastornos. Se han hecho importantes contribuciones analizando la comorbilidad por pares. Por ejemplo, se ha encontrado que el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor tienen factores de riesgo genéticos y ambientales superpuestos, que pueden explicar por qué tantos pacientes tienen ambos trastornos. De estos análisis surgió la hipótesis de los factores de responsabilidad, que explican las relaciones no sólo entre pares de trastornos, sino también entre grupos de trastornos como los internalizados o los externalizados.⁷⁸

Implicaciones y trascendencia del DSM-V. Opinión personal

La publicación de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, planeada para

mayo del 2013, será sin lugar a dudas uno de los eventos más importantes en el ámbito de la salud mental.

Es importante mencionar que los trabajos de campo efectuados y los que estarán en proceso, son posteriores a la recolección de una diversidad de opiniones y comentarios públicos enviados por más de 8000 investigadores, clínicos e incluso pacientes y familiares, además de lo aportado por los grupos de trabajo designados. Los enfoques sustantivos han sido y serán la medición de la gravedad de los síntomas y la evaluación en forma dimensional y transversal de aquellos que se presentan en una amplia variedad de diagnósticos.⁷⁹ Se buscará también que los criterios proporcionen información útil a clínicos e investigadores y que sirvan para determinar el progreso de un tratamiento. Los ensayos de campo están siendo desarrollados en ambientes académicos y clínicos y serán conducidos por 1400 psiquiatras seleccionados en forma aleatoria y 3500 clínicos voluntarios incluyendo otros psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Diez centros médicos y académicos de la Unión Americana y un centro de adicciones de la ciudad de Toronto, en Canadá, participarán en esta tarea.²⁷ A pesar del innegable esfuerzo que se está haciendo para cumplir con los objetivos de esta monumental tarea y del optimismo de los organizadores, debemos mencionar que algunas voces han señalado una serie de errores en las estrategias para alcanzar dichos objetivos. En este sentido se habla de secretismo innecesario, ambiciones riesgosas, métodos desorganizados y fechas de término irreales.⁸⁰ Si bien las tres primeras críticas podrían no ser del todo ciertas, lo real es que la última se apoya en las dos ocasiones en que se ha pospuesto la fecha tentativa de publicación y presentación del manual. Por el momento, ya están disponibles por vía electrónica²⁷ algunas secciones del primer borrador del DSM-V. Al respecto es decepcionante observar la deficiente calidad y estructuración de lo escrito. No es justificable que no se tratara de presentar la información con más claridad y cuidado. Otro aspecto que genera duda es lo referente a los diversos criterios diagnósticos propuestos o modificados; ¿realmente se discutieron en forma exhaustiva antes de iniciar los trabajos de campo? De otra manera existe el riesgo de proponer criterios mal elaborados que pudieran ocasionar resultados falsos positivos o falsos negativos, lo que sería grave si tomamos en cuenta que el DSM es una de las dos únicas herramientas diagnósticas con que contamos en la práctica clínica.⁸¹ Es importante mencionar también que los grupos de trabajo del DSM-V están haciendo diversas propuestas para implementar los siguientes diagnósticos: síndrome de riesgo de psicosis, trastorno mixto de ansiedad-depresión, trastorno cognitivo menor, trastorno disfuncional del carácter con disforia, trastorno coercitivo parafilico, trastorno de hipersexualidad, adicciones conductuales, la pedohebefilia, además de proponer cambios en lo referente a las adicciones, al trastorno de atención e hiperactividad, y al autismo, el cual específicamente quedaría como «trastor-

no del espectro autista». Con tantas propuestas y cambios surgen varios cuestionamientos: ¿Habrá entonces una enfermedad para todos? ¿quedarán personas sanas a nuestro alrededor? es decir, ¿todo será ya prácticamente patológico? El tiempo dará las respuestas.

No podemos dejar de citar otro punto que se aborda poco en la bibliografía, y es lo referente a las implicaciones de utilizar el DSM-V en países socio-culturalmente diferentes como el nuestro. La inquietud nace de la incertidumbre de no saber si un sistema taxonómico-diagnóstico que intentará usarse en todo el mundo, en ocasiones más allá de la actual clasificación de enfermedades de la OMS, tendrá la validez y confiabilidad para cubrir todas las variaciones y características particulares de diversas culturas, etnias, grupos sociales y zonas geográficas, específicamente las de nuestro país. ¿Los diferentes criterios y dimensiones serán capaces de tomar en cuenta o descartar percepciones, creencias, usos y costumbres e interpretaciones que son muy comunes en muchas regiones y ambientes culturales de la provincia mexicana? Por ejemplo, ¿se podrá considerar con certeza un cuadro esquizofrénico de inicio muy temprano o un espectro autista, en menores originarios de zonas rurales o urbanas? La hiperactividad, ¿podrá ser considerada de igual manera en niños de la zona norte o del sureste? ¿Las circunstancias sociales que se viven en algunas zonas de nuestro país en algunos rubros, podrían marcar diferencias para el diagnóstico de cuadros depresivos o de ansiedad en diferentes grupos de edad? O en un plano más general ¿se podrá diagnosticar con certeza un trastorno mental en sujetos orientales, sudamericanos o europeos bajo la perspectiva del DSM-V? Estas y otras preguntas son temas que están sobre las mesas de discusión y diálogo, y para las cuales no parece haber respuestas y soluciones inmediatas. El riesgo que se corre entonces es favorecer en cuanto a los diagnósticos una homogenización precipitada y conclusiones categóricas si se dan respuestas afirmativas a estos cuestionamientos, pero en caso contrario, el riesgo es la omisión o «negligencia» diagnóstica, lo cual tampoco es ético ni constituye una alternativa, sobre todo si no se cuenta con otras herramientas. Desafortunadamente, al no haber una «taxonomía mexicana», además de no contar con marcadores biológicos para los diagnósticos psiquiátricos, tendremos que seguir recurriendo a criterios diagnósticos importados de otro país. El desafío será entonces establecer la mejor forma de aplicar los criterios en nuestro medio evitando omisiones o sobreestimaciones, además de considerar que, como ha sucedido con los antecesores del próximo manual, la temporalidad es un factor que habrá que tomar en cuenta, es decir, ¿el DSM-V saldrá a la luz en el mejor momento? Si ese es el caso, ¿cuánto tiempo pasará antes de considerar que ya no es suficiente? o ¿cuánto tiempo pasará antes de que aparezcan las primeras críticas ya en función de su uso cotidiano? Como se puede apreciar sigue habiendo más preguntas que respuestas. Por el momento habrá que esperar su presentación para que

con actitud crítica y reflexiva y por medio de un análisis programático, podamos contestar con mayor certeza la pregunta formulada en este trabajo en relación a la suficiencia del DSM-V para el trabajo clínico diario en nuestro contexto. De acuerdo a la revisión hecha por este grupo de trabajo y con base en la evidencia, diríamos que hay avances, y fundamentales, pero hay insuficiencias que dan lugar a considerar que sólo parcialmente se tomará en cuenta la diversidad socio-cultural. En mayo de 2013 saldremos de dudas.

REFERENCIAS

- Hyman SE. Can neuroscience be integrated into the DSM-V?. *Nat Rev Neurosci*.2007;8(9):725-732.
- Pine DS, Alegria M, Cook EH, Costello EJ, Dahl RE, Koretz D, et al. Advances in developmental science and DSM-V, in A Research Agenda for DSM-V. Kupfer DJ, First MB, Regier DA, editores. Washington DC: American Psychiatric Association;2002.
- Widiger TA, Clark LA. Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychol Bull*. 2000;126(6):946-963.
- Berganza CE, Mezzich JE, Otero-Ojeda AA, Jorge MR, Villaseñor-Bayardo SJ, Rojas-Malpica C. The Latin American Guide for psychiatric diagnosis: a cultural overview. *Psychiatry Clin North Am*.2001;24(3):433-446.
- First MB, Pincus HA. Classification in psychiatry: ICD-10 vs. DSM-IV, a response. *Br J Psychiatry*. 1999;175:205-209.
- Horwitz AV, Mayes R. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci*. 2005;41(3):249-267.
- Samuel DE. Diagnosis Is categories or dimensions? One question for a future edition of DSM. 5ª Ed. *J Abnorm Psychol*.2005;114(4):494-504.
- Fabrega H, Kleinman A, Parrón DC. Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSM-IV Perspective. 1ªed. Washington: American Psychiatric Press;1996.
- Costello EJ, Pine DS, Hammen C, March JS, Plotsky PM, Weissman MM, et al. Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry*.2002;52(6):529-542.
- Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen U. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). *Int. J. Methods Psychiatr Res*.1998;7(4):171-185.
- Kerlinger FN, Lee HB. Investigación del comportamiento. 3ª ed. México: McGraw Hill Interamericana;1988.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorder: in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*.2005;62:617-627.
- Horwitz AV, Mayes R. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci*. 2005;41(3):249-267.
- Pine DS. Research review: a neuroscience framework for pediatric anxiety disorders. *J Child Psychol Psychiatry*.2007;48:631-648.
- Beees K, Bittner A, Pine DS, Stein MB, Hofler M, Lieb R, et al. Incidence of social anxiety disorder and the risk for secondary depression in the first three decades of life. *Arch Gen Psychiatry*.2007;64(8):903-912.
- Tanja MB, Wittchen HU, Hofler M, Pfister H, Schneider S, Lieb R. Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: results from a community study. *Psychother Psychosom*.2007;76:47-56.
- First MB, Pincus HA. Classification in psychiatry: ICD-10 vs. DSM-IV, a response. *Br J Psychiatry* 1999;175:205-209.
- ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization: Geneva, Italy; 1992.
- Pine DS, Klein RG. Anxiety disorders, in Rutter's Child and Adolescent: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biol Psychiatry*.2002;51:519-531.
- Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Yuju M. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescent with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*.1998;55:56-64.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1952.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1968.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1980.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised. Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Text Revised. Washington DC, American Psychiatric Association,2000.
- DSM-5 Development[web site].American Psychiatric Association;2010 [access 18 February 2011]. By Kupfer DJ, Regier DA. Proposed Draft Revisions to DSM Disorder and Criteria.Avaliable:<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- Kendler KS, Appelbaum PS, Bell CC, Ghaemi SN, Schaffner KF, Waterman GS, et al. Issues for DSM-V : DSM-V should include a conceptual issues work group. *Am J Psychiatry*.200 8;165:(2)174-175.
- Mcgorry PD .Issues for DSM-V: Clinical stangin: A Heuristic Pathway to Valid Nosology and Safer, More Affective Treatment in Psychiatry. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6)859-860.
- Flanagan EH, Davidson L, Strauss JS. Issues for DSM-V: Incorporating patients subjective experiences. *Am J Psychiatry*.2007;164(3):391-392.
- Andrews G, Slade T, Sunderland M, Anderson T. Issues for DSM-V to enhance utility: The case of major depressive disorder. *Am J Psychiatry*.2007;164(12)1784-1785.
- Fink M, Taylor MA. Issues for DSM-V: The medical diagnostic model. *Am J Psychiatry*.2008;165(7):799.
- Parker G, Fink M, Shorther E, Taylor MA, Akiskal H, Berrios G, et al. Issues for DSM-5: Whiter Melancholia? The Case for Its, Classification as a Distinct Mood Disorder. *Am J Psychiatry*.2010;167(7):745-746.
- Denton WH. Issues for DSM-V : Relational Diagnosis: An Essential Component of Biopsychosocial Assessment. *Am J Psychiatry*.2007;164(8):1146-1147.
- Balon R, Segreaves RT, Clayton A. Issues for DSM-V: Sexual Dysfunction, Disorder, or Variation Along Normal Distribution: Toward Rethinking DSM Criteria of Sexual Dysfunctions. *Am J Psychiatry*.2007;164(2):198-200.
- Mayou R, Kirmayer LJ, Greg Simon, Kroenke, Sharpe M. Somatoform disorders: Time for new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry*.2005;162(5):847-855.
- Block JJ. Issues for DSM-V: Internet Addiction. *Am J psychiatry*.2008;165(3):306-307.
- Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahlilani K,Thompson-Brenner HT, Herzog DB. Diagnostic Crossover in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Implications for DSM-V. *Am J Psychiatry*.2008;165(2):245-249.
- Oquendo MA, Baca-García E, Mann JJ, Giner J. Issues for DSM-V: Suicidal Behavior as a Separate Diagnosis on separate axis. *Am J Psychiatry*.2008;165(11):1383-1384.
- Stunkard A, Allison K, Lundgren J. Issues for DSM-V: Night Eating Syndrome. *Am J Psychiatry*.2008;165(4):424.
- Volkow ND, O'Brien CP. Issues for Dsm -V: Should Obesity Be Included as a Brain Disorder?. *Am J Psychiatry*.2007;164(5):708-710.
- First MB, Pincus HA, Schoenbaum M. Issues for DSM-V: Adding Problem Codes to facilitate Assesment of Quality of Care. *Am J Psychiatry*.2009;166(1):11-13.
- Mataix-Cols D, Pertusa A, Leckman JF. Issues for DSM-V: How Should Obsessive-Compulsive and Related Disorders Be Classified?. *Am J Psychiatry*.2007;164(9)1313-1314.

44. Storch EA, Abramowitz J, Goodman WK. Where does obsessive-compulsive disorder belong in DSM-V?. *Depress Anxiety*.2008;25(4):336-347.
45. First MB, Frances A. Issues for DSM-V: Unintended Consequences of Small Changes: The Case of Paraphilias. *Am J Psychiatry*.2008;165(10):1240-1241.
46. Rosen GM, Spitzer RL, McHugh PR. Problems with the post-traumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM-V. *Br J Psychiatry* 2008;192(1):3-4.
47. Andrews G, Charney DS, Sirovatka PJ, Regier DA. Stress-Induced and Fear Circuitry Disorders: Advancing the Research Agenda for DSM-V.1ªed. Washington DC: American Psychiatric Publishing;2009.
48. Kanayama G, Brower KJ, Wood RI, Hudson JL, Pope HG. Issues for DSM-V: Clarifying the Diagnostic Criteria for Anabolic-Androgenic Steroid Dependence. *Am J Psychiatry*.2009;166(6):642-644.
49. Rosenthal NE. Issues for DSM-V: Seasonal Affective Disorder and Seasonality. *Am J Psychiatry*.2009;166(8):852-853.
50. Martin CS, Chung T, Langenbucher JW. How should We revise Diagnostic Criteria for substance use Disorders in the DSM-V?. *J Abnorm Psychol*.2008;117(3):561-575.
51. Helzer JE, Bucholz KK, Gossop M. A dimensional option for the diagnosis of substance dependence in DSM-V. *Int J Methods Psychiatr Res*.2007;16(1):24-33.
52. Helzer JE, Vanden BW, Guth SE. Should there be categorical and dimensional criteria for the substance use disorders in DSM-V? *Addiction*.2006;101(1):17-22.
53. Saunders JB, Schuckit MA. The development of a research agenda for substance use disorders diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition(DSM-V). *Addiction*.2006;101(1):1-5.
54. Nunes EV, Rounsaville BJ. Comorbidity of substance use with depression and other mental disorders: from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition(DSM-IV) to DSM-V. *Addiction*.2006;101(1):89-96.
55. Crowley TJ. Adolescents and substance-related disorders: Research agenda to guide decisions on diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-V). *Addiction*.2006;101(1):115-124.
56. Helzer JE, Bucholz KK, Bierut LJ, Regier DA, Schuckit MA, Guth SE. Should DSM-V include dimensional diagnostic Criteria for Alcohol Use Disorders?. *Alcohol Clin Exp Res*.2006;30(2):303-310.
57. Schuckit MA, Saunders JB. The empirical basis of substance use disorders diagnosis: Research recommendations for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-V). *Addiction*.2006;101(1):170-173.
58. Cunningham-Williams RM, Gattis MN, Dore PM, Shi P, Spitznagel EL. Towards DSM-V: considering other withdrawal-like symptoms of pathological gambling disorder. *Int J Methods Psychiatr Res*.2009;18(1):13-22.
59. Waldinger MD, Schweitzer DH. The use of Old and Recent DSM Definitions of Premature Ejaculation in Observational Studies: A Contribution to the Present Debate for a New Classification of PE in the DSM-V. *J Sex Med*.2008;5(5):1079-1087.
60. Waldinger MD, Schweitzer DH. Changing Paradigms from a Historical DSM-III and DSM-IV View toward an Evidence-Based definition of Premature Ejaculation. Part II- Proposals for DSM-V and ICD-11. *J Sex Med*.2006;3(4):693-705.
61. 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.
62. Sachdev P, Andrews G, Hobbs MJ, Sunderland M, Anderson TM. Neurocognitive disorders: cluster 1 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med*. 2009;39(12):2001-2012.
63. Andrews G, Pine DS, Hobbs MJ, Anderson TM, Sunderland M. Neurodevelopmental disorders: cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med*.2009;39(12):2013-2023.
64. 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):2025-2045.
65. Goldberg DP, Andrews G, Hobbs MJ. Where should Bipolar disorder appear in the Meta-structure?. *Psychol Med*.2009;39(12):2071-2081.
66. Carpenter W. Conceptualizing Schizophrenia Trough Attenuated Symptoms in the Population. *Am J Psychiatry*.2010;167(9):1013-1015.
67. Goldberg DP, Krueger RF, Andrews G, Hobbs MJ. Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med*.2009;39(12):2043-2059.
68. Krueger RF, South SC. Externalizing disorders: Cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med*.2009;39:2061-2070.
69. McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG, et al. Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. *Am J Psychiatry*.2005;162(5):883-889.
70. Tackett JL, Quilty LC, Sellbom M, Rector NA, Bagdy RM. Additional Evidence for a Quantitative hierarchical Model of Mood and Anxiety disorders for DSM-V: The context of Personality Structure. *J Abnorm Psychol*.2008;117(4):812-825.
71. Krueger RF, Skodol AE, Livesley WJ, Shrout PE, Huang Y. Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V Axis II. *Int J Methods Psychiatr Res*.2007;16(1):65-73.
72. Stefanatos GA, Baron IS. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a neuropsychological perspective towards DSM-V. *Neuropsychol Rev*.2007;17(1):5-38.
73. Ramtekkar UP, Reversen AM, Todorov AA, Todd RD. Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-V and ICD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.2010;49 (3):217-228.
74. Polanczyk G, Caspi A, Houston R, Kollins SH. Implications of extending the ADHD age-of-onset criterion to age 12: results from a prospectively studied birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.2010;49(3):205-207.
75. Moffitt TE, Arseneault L, Jaffe SR, Kim-Cohen J, Koenen KC, Odgers CL, et al. Research review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *J Child Psychol Psychiatry*.2008;49(1):3-33.
76. Keenan K, Coyne C, Lahey BB. Should relational aggression be included in DSM-V?. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.2008;47(1):86-93.
77. Stone J, LaFrance WC, Levenson JL, Sharpe M. Issues for DSM-5: Conversion disorder. *Am J Psychiatry*.2010;167(6):626-627.
78. Hyman SE. Grouping Diagnoses of Mental Disorders by Their Common Risk Factor. *Am J Psychiatry*. 2011;168(1):1-3.
79. Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF, Wittchen H-U, Sirovatka PJ, Regier DA, et al. Dimensional Approaches in Diagnostic Classification: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association;2008.
80. The New York Times [database on line]. New York.[update in February 2011;access February 22,2011]. Available:<http://www.nytimes.com/2010/08/15/opinion/15france.html>
81. Kraemer HC, Kupfer DJ, Narrow WE, Clarke DE, Regier DA. Moving Toward DSM-5: The Fields Trials. *Am J Psychiatry*.2010;167(10):1158-1160.

Artículo sin conflicto de intereses