Autores:

Autores: Luis Riofrío Rivera; Diana Alejandra Argoti Lima; Carlos Daniel Solano de la Sala Meneses
Obra: Fundamentos de psicopatología
Unidad: Diagnóstico
Páginas: 254 - 274
DOI del capítulo: https://doi.org/10.66646/educa-plus/10oct2609/19

Referencia APA 7

Riofrío Rivera, L., Argoti Lima, D. A., & Solano de la Sala Meneses, C. D. (2026). Agrupación sindrómica. En P. Jiménez Prado & M. I. Arévalo Vázquez (Eds.), Fundamentos de psicopatología (pp. 254 - 274). EDUCA-PLUS Editorial Académica. https://doi.org/10.66646/educa-plus/10oct2609/19



AGRUPACIÓN SINDRÓMICA

La nosología es la ciencia médica que tiene como objetivo la clasificación de los procesos patológicos y las enfermedades (Surís, A). Los sistemas de clasificación son esenciales en el área de las ciencias (Sadock, B). Donald W. Goodwin y Samuel Guze, dos nosologistas pioneros norteamericanos, dijeron que en medicina "diagnóstico es pronóstico", y que en psiquiatría esto es especialmente importante debido a que "no hay marcadores específicos para diagnosticar o diferenciar las diferentes enfermedades" (Sadock, B).

Cuando se habla de una agrupación sindrómica es importante tener en cuenta a un síndrome como un conjunto de síntomas que pueden resultar de diferentes patologías. Un diagnóstico es una opinión de un experto en cuanto a si un desorden se encuentra presente o ausente, o el progreso por el cual se decide su presencia o ausencia (Sadock, B). Una clasificación diagnóstica se refiere a una lista de diagnósticos que están relacionados y los criterios diagnósticos son reglas que se deben seguir para llegar a un diagnóstico (Sadock, B). En trastornos que tienen una fluctuación sintomatológica compleja, es un reto llegar a un diagnóstico confiable y válido (Sadock, B).

El concepto de enfermedad mental se remonta muchos años atrás, los hallazgos de trepanaciones craneales incluso sugieren que se remonta a tiempos prehistóricos (Sadock, B). A través de la historia se han descrito condiciones mentales que son reconocibles según los criterios actuales. Los filósofos griegos incluso entraron a un debate de enfoque "categórico" vs. "dimensional" (Sadock, B). Platón proponía un sistema mutuamente excluyente, mientras Aristóteles hablaba de entidades superpuestas y separadas de la normalidad arbitrariamente (Sadock, B).

En el siglo XVII existía un debate sobre la naturaleza del alma humana, sobre si era material o inmaterial, y si era inmutable como Dios o destinada a descomponerse como carne mortal (Kendler, K). Esto llevo al surgimiento de nuevas teorías en un contexto médico, teniendo como tres figuras importantes a Descartes, Wils y Locke; este último fue quien propuso que la enfermedad mental es un problema de asociaciones de ideas. (Kendler, K). En ese mismo siglo, anatomistas rastrearon los nervios hasta el cerebro, lo que llevó a descartar la teoría de Aristóteles de que la mente estaba localizada en el corazón, y jugó un papel fundamental en el desarrollo de la neurología y la psiquiatría (Kendler, K).

A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX hubo tres acontecimientos importantes que llevaron al surgimiento de la psiquiatría occidental (Kendler, K). El primero fue la consideración de la mente como una entidad con numerosas entidades, el segundo fue el rechazo de las teorías humorales de las enfermedades mentales, y el tercero fue el auge de los establecimientos de salud mental, conocidos como asilos o manicomios anteriormente (Kendler, K). El tercer acontecimiento llevó a que los profesionales que estaban más expuestos a pacientes con enfermedades mentales desarrollaran vocabulario clínico especializado, lo que condujo a nuevos sistemas nosológicos

(Kendler, K). Esto médicos empezaron a publicar historias clínicas y libros de texto y a mediados del siglo XIX los signos formales de la profesión eran evidentes en Alemania, Francia, Gran Bretaña y Estados Unidos; se habían ya generado nosologías, revistas especializadas y organizaciones profesionales (Kendler, K).

Philippe Pinel (1745-1826) fue un médico francés que revolucionó el tratamiento en psiquiatría y tuvo un rol importante en el desarrollo de la nosología en la rama (Peset, J.L, 2023). En su obra "Nosographie philosophique" propone una clasificación nosológica de las enfermedades mentales, dando paso al diagnóstico moderno en psiquiatría (Peset, J.L2023). Pinel dividió las enfermedades mentales en melancolía simple, manía, demencia, e idiocia; y dividió la manía en manía con delirio y manía sin delirio por primera vez (Pinel, P., 1803). Pinel también influenció en la legislación para el tratamiento humano de las personas con enfermedades mentales, poniendo en primer plano las causas sociales y personales de los trastornos de sus pacientes y criticando su confinamiento (Kendler, K).

En el siglo XIX, Jean-Martin Charcot (1825-1893), un neurólogo francés, explicó el trastorno neurológico funcional como una lesión psicodinámica (Galli, 2019). Tuvo un particular interés en estudiar la histeria y la definió como una afección con signos neurológicos distintivos, pero sin lesiones estructurales demostrables en autopsia (Goetz, 2016). Charcot hizo una distinción clara entre histeria y trastornos neurológicos conscientemente simulados, aun cuando ambos podrían ocasionalmente presentarse en el mismo paciente. Sus contribuciones dieron paso a estudios de trastornos neurológicos funcionales aplicables al siglo XXI (Goetz, C., 2016).

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, hubo tres figuras importantes en la psicopatología clásica en Europa: Emil Kraepelin (enfoque descriptivo), Carl Wernicke (enfoque biológico) y Karl Jaspers (enfoque fenomenológico) (Sadock, B). Emil Kraepelin fue un psiquiatra alemán, cuyo trabajo tuvo un impacto fundamental en la psiquiatría moderna (Ebert, A.D., 2010). Unos de sus logros más importantes fueron la conexión entre la patogénesis y la manifestación clínica de las enfermedades psiquiátricas, su concepto de psicosis endógena, y su extensivo trabajo en el estudio de demencias (Shorter, E., Ebert, 2010). Él diferenció dos formas de psicosis: "demencia precoz", hoy conocida como esquizofrenia, y "depresión maniaca" (Ebert, A.D., 2010) Kraepelin consideraba a la "demencia precoz" como una enfermedad biológica causada por procesos anatómicos o tóxicos, la catalogó como una enfermedad neurodegenerativa progresiva que provocaba una pérdida irreversible de las funciones cognitivas (Ebert, A.D., 2010). Por otro lado, describió a la "depresión maniaca" como un trastorno episódico sin un deterioro permanente de las funciones cerebrales (Ebert, A.D., 2010). Sus últimos años desarrolló el libro "Lehrbuch der Psychiatrie" (libro de texto de psiquiatría) y desarrolló el "Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie" (Instituto Alemán de Investigación en Psiquiatría) (Ebert, A.D., 2010). En 1922, Eugene Bleuler, un psiquiatra suizo, revivió su trabajo y cambió el nombre de "demencia precoz" a "esquizofrenia" (Ebert, A.D., 2010). Por otro lado, a principio de los años sesenta, Michel Foucault separó los trastornos mentales en cuatro síndromes principales: histeria, hipocondría, manía y melancolía; denominaciones que siguen siendo utilizadas actualmente (Sadock, B.,).

En 1894, Sigmund Freud, un psiquiatra austriaco y alumno de Jean-Martin Charcot, conocido como el padre del psicoanálisis, publicó su primera obra nosológica "The Neuro-psychoses of Defense", en donde definió tres entidades diferentes: histeria conversiva, neurosis obsesiva, y psicosis alucinatoria, que representaban intentos de afrontar o defenderse de una idea o conjunto de ideas incompatibles (Wallerstien, R., 1987). Mientras hacía esta clasificación entre las neurosis de defensa, Freud también hacía agrupaciones basadas en etiología y tratamiento (Wallerstien, R., 1987). En 1896, reconsideró los trastornos psicóticos y llamó a la paranoia psicosis de defensa.

Aunque nunca abandonó sus puntos de vista sobre las neurosis reales, en 1906 revisó su opinión sube el papel de la experiencia sexual real en la etiología de las neurosis de defensa, reconoció que se habría sobreestimado mucho la frecuencia de casos en los que la seducción sexual desempañaba el papel principal; este abandono de la hipótesis de seducción llevó a un giro en el psicoanálisis (Wallerstien, R., 1987). En su siguiente explicación nosológica en 1909 identificó a las fobias como una de las neuropsicosis, llamándola histeria ansiosa, y tres años después añadió a la hipocondría a la categoría de las neurosis (Wallerstien, R). Wallerstein subrayó que la principal preocupación diagnóstica de Freud cambió con sus artículos "Sobre el narcisismo" (1914) y "El inconsciente" (1915), en los cuales distinguió en neurosis de transferencia y neurosis narcisistas (Wallerstien, R).

Freud se adhirió a una visión dicotómica de la neurosis y la psicosis. Al analizarlas, Wallerstein enfatizó que las concepciones psicoanalíticas eran todavía muy poco sistemáticas (Wallerstien, R). Wallerstein pensó que era mejor agruparlos entre los trastornos límite o narcisistas, teniendo en cuenta las concepciones de Krenberg sobre los estados límite que no significa que existan limites claramente definidos entre los grupos nosológicos, y que en la clínica estos límites son borrosos (Wallerstien, R). Robert Michels argumentó posteriormente que era necesario encontrar una colaboración entre los psiquiatras descriptivos y dinámicos y proponía reevaluar la relativa falta de interés en el diagnostico de los psicoanalistas (Wallerstien, R).

A mediados del siglo XIX, en Estados Unidos, hubo la primera intención de registrar y catalogar a las enfermedades mentales mediante el censo de 1840 (Sadock, B). En dicho censo a más de las enfermedades físicas, se incluía la categoría de "idiotez/ locura", y en el censo de 1880, se agregaron manía, melancolía, paresia, demencia, dipsomanía y epilepsia a la lista (Sadock, B). En 1844 se creó la "Asociación Americana de Superintendentes Médicos de Instituciones para Insanos" que en 1921 cambió al nombre de Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (Sadock, B). En 1917 la institución precursora de la APA desarrolló un "Manual estadístico para el uso de instituciones para insanos" y junto con la Academia de Medicina de Nueva York la "Subsección Metal de la Guía Médica General de los Estados Unidos" (Sadock, B). En 1952 se publicó la primera edición del DSM, en la cual se enlistan 108 desordenes, muchos de los cuales correspondían a enfermedades neurológicas y médicas (Sadock, B). Fue en el DSM III, en 1980, que hubo un incremento significativo en el número y detalle de los diagnósticos psiquiátricos (Sadock, B). Robert Spitzer, quien había trabajado en la creación del DSM II, fue el delegado de liderar la creación de esta nueva versión; sin embargo, él generó un cambio sustancial en la nosología para el DSM III (Shorter, E). El cambio más importante fue la propuesta de cambiar los diagnósticos idiosincráticos del psicoanálisis como la "psico-neurosis" por diagnósticos que eran basados en consensos y no en experiencias clínicas (Shorter, E). Liderado por John Feighner, luego el St. Louis group propuso criterios específicos requeridos para el diagnóstico (Shorter, E).

En el DSM III se hizo una distinción entre los trastornos depresivos por su polaridad, introduciendo "trastorno bipolar" separado de "depresión mayor", concepto introducido por Leonhard en 1948 en su texto "Aufteilung der Endogen Psychosen" (Clasificación de las Psicosis Endógenas) (Shorter, E). En esta versión también se incluyeron nuevos diagnósticos como déficit de atención, trastorno de estrés post traumático, y algunos trastornos de ansiedad (Shorter, E). El cambio más importante fue la introducción de criterios diagnósticos para cada patología (Shorter, E). Tuvo importancia revolucionaria debido a dos cosas; primero, empezó el fin del psicoanálisis como núcleo intelectual del campo y segundo, dio paso al inicio de un acercamiento entre la psiquiatría y el resto de la medicina, ya que tenía una nosología compuesta de enfermedades específicas con criterios diagnósticos para cada una de ellas (Shorter, E).

19.1. Cambios realizados desde el DSM-IV al DSM-V

El proceso diagnóstico en patologías mentales o de agrupación sindrómica ha sido controversial desde el inicio de la sistematización de estas condiciones en los años ochenta hasta la actualidad. La búsqueda de confiabilidad en dicho proceso ha guiado los cambios y la evolución que se ha planteado en cada versión del DSM o CIE, tarea de alta complejidad debido a que la mayoría de enfermedades mentales no son entidades especificadas de forma innata, sino más bien constructos que se adaptan al estado actual de conocimiento (Möller, 2018).

Se presenta a continuación una descripción de los cambios realizados del DSM-IV-TR publicado en el 2000 al DSM-V-TR presentado en 2022, pasando por su versión anterior, el DSM-V publicado en 2013. Su última versión se plantea como un medio para facilitar la actualización de investigaciones realizadas en varios campos de la salud mental como son las neurociencias, las ciencias cognitivas y la práctica clínica; además, pretende mejorar la validez de las ediciones anteriores disminuyendo las numerosas categorías no especificadas y planteando la agrupación por espectros o dimensiones de trastornos. (Muñoz, 2015).

En el DSM-V se debe mencionar que el número de clases generales de diagnóstico de los trastornos mentales se incrementan a veintidós, cuando en la edición del DSM-IV eran diecisiete; esta clasificación se realiza con base en la afinidad de características y evolución de la sintomatología expresada, por lo que es importante resaltar la configuración en tres secciones, donde en la primera se abordan los trastornos del neurodesarrollo, en la segunda sección se encuentra un enfoque de ciclo vital, detallando los trastornos más frecuentemente diagnosticados en la infancia y en la tercera sección se encuentran los trastornos más habituales en las personas de edad avanzada, como los trastornos neurocognitivos (Rodríguez, 2014).

La meta-estructura de clasificación en el DSM-V representa una mejora indudable respecto a la peculiar disposición que el mundo había estado utilizando, ahora existe reconocimiento de las continuidades entre la niñez y la edad adulta y una nueva categoría de trastornos del neurodesarrollo. El requisito de que cualquier nuevo diagnóstico que se agregue a la clasificación debe proporcionar evidencia de las características distintivas en términos no solo de variables clínicas, sino también de antecedentes validadores como la agregación familiar, la genética y el medio ambiente variables; y además validadores concurrentes como sustratos neurales y características cognitivas que han sido bien recibidos (Goldberg, 2014).

Estos principios fueron probablemente responsables de frenar el implacable aumento del número de diagnósticos psiquiátricos reconocidos por clasificaciones anteriores. Otros cambios fueron bien recibidos, aunque constituyeron cambios menores como por ejemplo descartar los “tipos kraepelinianos” de esquizofrenia, la “distimia” se convirtió en trastorno depresivo persistente, y el trastorno disfórico premenstrual hace una aparición tardía. Nuevos especificadores para el trastorno bipolar ahora incluyen “características mixtas” y para la depresión mayor hay un “especificador de ansiedad”. Cambios más radicales, como descartar las engorrosas definiciones categóricas de los trastornos de personalidad, desorden a favor de un enfoque dimensional, no fueron adoptados (Goldberg, 2014).

Por el contrario, las diversas dimensiones de la personalidad son conceptualizadas como una extensión de cinco dimensiones principales, afecto negativo versus estabilidad emocional; desapego vs. extraversión; antagonismo versus amabilidad; desinhibición vs. escrupulosidad y psicoticismo versus lucidez. Si se hubiera introducido alguna innovación, el DSM-5 habría sido reconocido como un alejamiento radical de la imposición de categorías burdas, pero aparentemente esto fue ir demasiado lejos. Los psiquiatras y abogados forenses comparten el entusiasmo por

modelos categóricos con psiquiatras generales (Goldberg, 2014).

19.2. Trastornos del neurodesarrollo

Entre los trastornos del neurodesarrollo cabe destacar el necesario cambio del concepto de retraso mental al de trastorno del desarrollo intelectual. Además de evitar el significado peyorativo del primer término, este concepto es más consistente con las clasificaciones de la OMS (por ejemplo, Clasificación Internacional del Funcionamiento, Clasificación de Discapacidad y Salud) (APA, 2013c)

El grupo de trastornos de la comunicación incluye trastornos del lenguaje, trastornos fonológicos, trastornos del lenguaje infantil (tartamudez) y trastornos de la comunicación social (pragmáticos) (y, por tanto, pueden identificarse fuera del espectro del autismo).

El trastorno del espectro autista es una agrupación de síntomas del DSM-IV-TR con el concepto de trastornos generalizados del desarrollo, a menos que se especifique lo contrario: Trastorno de autismo, síndrome de Rett, trastorno de desorganización infantil, síndrome de Asperger y trastornos generalizados del desarrollo.

El diagnóstico se centra en dos áreas centrales (previamente divididas en tres áreas): comunicación e interacción social, y patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses y actividades. La investigación sobre el riesgo genético no logra distinguir entre categorías (King, Navot, Bernier y Webb, 2014), lo que sugiere que las nuevas clasificaciones mejoran la especificidad, pero no la sensibilidad (Volkmar y McPartland, 2014).

Para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), el DSM-5 mantiene el mismo índice de síntomas sin aumentar la precisión del trastorno (reduciendo así el número de síntomas necesarios para los adultos). Se sospecha que esto puede estar contribuyendo al aumento del número de casos de TDAH Falsos positivos (Frances, 2010). De hecho, los criterios B y C no requieren la presencia de deterioro o malestar, y comúnmente solo se menciona el criterio D en este sentido, por lo que puede estar sobrediagnosticado (Epstein y Loren, 2013) Además, en los estudios de neuroimagen no está claro si lo que estamos observando es una versión más extrema de lo normal (Shah y Morton, 2013).

No hay cambios relacionados en las categorías que agrupan las discapacidades específicas del aprendizaje (lectura, expresión escrita, matemáticas), pero algunos trastornos que estaban dispersos por todo el DSM-IV-TR se han reagrupado como trastornos del movimiento.

Diferentes categorías relacionadas con movimientos estereotipados y trastornos de tics (síndrome de Tourette, tics crónicos-persistentes-motores o vocales, y tics básicamente transitorios).

19.3. Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Este capítulo se centra en una serie de cambios relacionados con estas patologías, pero, por otro lado, las investigaciones presentan una visión más homogénea de esta clase diagnóstica, clasificándola en este sentido como un espectro que incluye el trastorno esquizotípico de la personalidad (Garety y Freeman, 2013). En la esquizofrenia, los subtipos diagnósticos (catatónico, desorganizado, paranoico, indiferenciado, persistente) tienen poca confiabilidad, validez y estabilidad diagnóstica, por este motivo fueron excluidos (APA, 2013c).

Se perdería la relevancia de los criterios diagnósticos de Schneider para los síntomas primarios, al igual que la consideración de la extrañeza de los delirios, aspectos tradicionalmente asociados a la esquizofrenia (Kesshavan, 2013). La consideración del número mínimo de indicadores para el criterio A (al menos dos síntomas) se mantiene sin cambios, pero se enfatiza que al menos uno debe ser un síntoma positivo: alucinaciones, delirios y/o audio incoherente. Por otro lado, en el diagnóstico se incluyen dimensiones (Barch et al, 2013).

Las versiones anteriores del DSM centraban sus propuestas en agrupaciones tridimensionales de síntomas: psicosis (alucinaciones/delirios), confusión y negatividad (deficiencia). La idea en ese momento era mejorar la precisión en la identificación de subtipos de esquizofrenia. Las propuestas actuales se centran en las dimensiones de los síntomas del informante (o del propio paciente) y la gravedad de los síntomas (escala Likert 0–4) (APA, 2013b) (medidas adicionales disponibles en el sitio web oficial de la APA disponibles para su consulta); de las dos preguntas sobre síntomas psicóticos, la pregunta sobre los delirios se refiere a síntomas típicos de los síntomas primarios de Schneider, por lo que las medidas del paciente o del informante merecen una mención especial.

Como ya se mencionó, si estos síntomas no son específicos y la herramienta es específica de la psicosis en general y no solo de la esquizofrenia, es cuestionable que sea una herramienta útil. En el trastorno esquizoafectivo, el componente afectivo predomina con respecto a la duración del trastorno (incluidas las fases prodrómica y residual) y cumple el criterio A de esquizofrenia. Se debe tener en cuenta que la confiabilidad aumenta incluso cuando la frecuencia de diagnóstico disminuye (Malaspina et al, 2013) Luego, debemos considerar si habrá un aumento en los diagnósticos de esquizofrenia.

Lo que es digno de mención sobre el trastorno delirante es la posibilidad (especificación) de que se incorporen contenidos extraños a los delirios. Esta pregunta es válida dada la constelación de síntomas asociados con el contenido del pensamiento en cuestión, especialmente en ausencia de funcionamiento deteriorado o comportamiento desorganizado o extraño, sin embargo, es contradictorio considerar las razones para excluir la extrañeza de los delirios esquizofrénicos Es suficiente mencionar esta posibilidad para ambos diagnósticos o indicar este aspecto en una descripción detallada de este síntoma más que como una especificación.

Por otro lado, se espera que disminuyan los diagnósticos de trastorno delirante, similar al trastorno obsesivo-compulsivo y al trastorno dismórfico corporal, pues se puede identificar la gravedad psicótica sin necesidad del doble diagnóstico (como sucedía en el DSM-IV-TR). Una de las incorporaciones más llamativas del manual DSM-5 es la separación de la catatonía de las especificaciones de otros trastornos.

Se aclara que no es una clase diagnóstica independiente (p. 119), pero se le da un lugar privilegiado, pues es identificada como especificador con los códigos y sección propia de un trastorno aparte. Desconocemos si esta reubicación responde a una presencia tan elevada como se ha dicho (10%) (Sienaert, Dhossche y Gazdag, 2013), una delimitación definitiva de su etiología (y estímulo para el desarrollo de nuevos fármacos) o porque se requiere mejorar la precisión diagnóstica (Tandon et al., 2013).

El trastorno psicótico compartido pierde su denominación clásica de Folie à deux y se reubica como la última forma de la categoría leftover, de otro trastorno especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, con la etiqueta de “Síntomas delirantes en la pareja de una persona con trastorno delirante”. Aparte de lo poco operativo que resulta el término aplicado a este trastorno (piénsese en un clínico emitiendo un informe), y aunque habría que

reconocer que no es un diagnóstico frecuente, queda limitado a los casos en los que el origen procede de personas con trastorno delirante.

El síndrome de psicosis atenuada ha sido objeto de enorme controversia. Está someramente planteado dentro de la categoría amplia de otro trastorno especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico. Los argumentos que apoyan esta incorporación se centran en que este diagnóstico se sitúa en el contexto de petición de ayuda. La mayoría de estas personas manifiestan sintomatología identificable dentro de cuadros ansiosos, depresivos o por consumo de sustancias. El hecho de que se pida ayuda alrededor de estos síntomas justifica que sean tratados sintomáticamente y eludir así el que estas personas se enfrenten al diagnóstico más traumático de esquizofrenia (Tsuang et al., 2013).

El centro de la polémica con respecto a esta nueva categoría diagnóstica radica en que se supone que se incrementará el número de diagnósticos dados, sin que se tenga una absoluta certeza de qué consecuencias puede conllevar (p. ej., estigma) pero, sobre todo, porque no existe certeza de que los antipsicóticos sirvan para prevenir el desarrollo de una psicosis y sí de que los neurolépticos atípicos favorecen el incremento ponderal (Frances, 2010). Se ha hecho énfasis en la probabilidad significativa de transición a la psicosis (de un 9 a un 33%, según criterios y lapso) a partir de la identificación de los llamados estados mentales de alto riesgo (criterios de riesgo alto o ultra alto), síntomas psicóticos atenuados, síntomas psicóticos intermitentes, limitados y breves; y factores de riesgo (Schultze-Lutter, Schimmelmann, Ruhrmann y Michel, 2013).

Se ha destacado también que en algunas iniciativas se ha reducido la presencia de suicidio, aunque no haya un tratamiento concreto probado (Carpenter y van Os, 2011). De todo lo dicho, se desprende que debería hablarse más bien de síndrome de riesgo en common (McGorry, 2010), una de cuyas posibilidades es la psicosis (en específico la esquizofrenia), pero no la única (Fusar-Poli, Carpenter, Woods y McGlashan, 2014; Fusar-Poli, Yung, McGorry y van Os, 2014; van Os, 2013). Se trata entonces de una categoría prematura y estimamos acertado que se ubique entre las propuestas futuras de investigación.

19.4. Trastorno bipolar y relacionados

Se plantea como un espectro de bipolaridad. Pero, a pesar de que en el caso de los trastornos bipolares y depresivos especificadores y episodios compartidos, además de que muchos datos de la investigación señalan la proximidad entre ambos grupos de diagnóstico, en el DSM-5 aparecen separados; en el DSM-IV-TR la gran clase diagnóstica que los reunía tiene trastornos del estado de ánimo. Desde el punto de vista de la descripción de los episodios hipomaníacos, y con respecto al trastorno ciclotímico, se indica que los numerosos periodos de síntomas hipomaníacos no cumplen los criterios de episodio hipomaníaco (tampoco del depresivo).

Esto no se decía de forma expresa en el DSM-IV-TR y resuelve una contradicción presente entre las formas bipolares no especificadas. Se indican diferentes especificadores entre los que destacamos los más novedosos: con síntomas de malestar ansioso, con síntomas mixtos, con síntomas psicóticos congruentes y síntomas incongruentes con el estado de ánimo. En el DSM-IV-TR se presentaba un episodio mixto, aplicable a los trastornos bipolares en exclusiva. La importancia del especificador con síntomas mixtos (no exclusivamente bipolares).

La clásica depresión mixta se aprecia en manifestaciones de inicio temprano y diagnóstico más claramente de trastorno bipolar II que de trastorno depresivo mayor (Benazzi, 2007). La corriente kraepeliana indica que la depresión recurrente pertenece en realidad al ámbito bipolar, si

bien desde el DSM-III se apartó este planteamiento al incluir la polaridad (Ghaemi, 2013). Por eso, el especificador de síntomas mixtos es una zona común entre dos clases que, según esta perspectiva, deberían estar unidas. Si se es coherente con este punto de partida, el DSM-5 considera que los síntomas de este especificador son la euforia, la conducta impulsiva o la grandiosidad, cuando más bien debieran ser la irritabilidad o la reactividad (Koukopoulos, Sani y Ghaemi, 2013).

Una de las cuestiones que se ha planteado es que falta un especificador de inicio, como se hace con el trastorno depresivo persistente. Esto es especialmente relevante pues aproximadamente un tercio de los casos se inician antes de los 18 años, con presencia de suicidio, y síntomas psicóticos (Colom y Vieta, 2009).

19.5. Trastornos depresivos

Un cambio notable en esta clase de trastornos es la inclusión de la designación "angustia ansiosa". Esto representa un claro reconocimiento de la combinación emocional de ansiedad y depresión (quizás reemplazando la eventual retirada de los trastornos mixtos de ansiedad y depresión). El DSM IV-TR incluía los trastornos de ansiedad a menos que se indique lo contrario. Para limitar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento del trastorno bipolar en niños, describimos el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

La irritabilidad no temporal severa es el núcleo de la organización, además de la brevedad y la recaída (Axelson et al, 2011; Towbin, Axelson, Leibenluft y Birmaher, 2013), esta irritabilidad crónica a menudo se superpone con el TDAH, y hasta en un 85% con el trastorno de oposición desafiante (caracterizado por rabietas), pero mucho menos con lo contrario (Axelson et al, 2011).

También existen dudas sobre si este trastorno es en realidad una variante grave del trastorno de oposición desafiante (Dougherty et al, 2014) (trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta). En cuanto a la categoría clásica de trastorno depresivo mayor (TDM), ya no se aplica la distinción entre episodios discretos y recurrentes. Se asumió que no todas las formas recurrentes son necesariamente crónicas, sino que ambas condiciones son etiológicamente distintas y tienen diferentes vulnerabilidades.

Se da prioridad a los cursos que integran formas crónicas de TDM (síntomas que duran más de dos años) con el trastorno de distimia (TDis) para formar el nuevo trastorno depresivo persistente (distimia-PDD).

A pesar de que se sabe que a la mayoría de las personas que cumplen los criterios diagnósticos de TDis también se les diagnostica TDM (doble depresión), este replanteamiento presenta varios problemas. Por un lado, el TDM es un diagnóstico provisional (dependiendo de si los síntomas se cronifican) y, de hecho, el criterio D no excluye el TDM del PDD.

Las especificaciones incluyen que si hay un episodio depresivo mayor presente en el momento de la evaluación se mostrará distimia (síndrome de distimia pura), episodio depresivo mayor persistente o dos síntomas intermitentes.

Por otro lado, los TDis del DSM-IV-TR mostraron una buena progresión hasta en el 50% de los casos (incluso en la depresión doble), por lo que una condición muy heterogénea cae bajo la rúbrica TDP. (Rhebergen y Graham, 2014). En definitiva, al concepto anterior de distimia se le ha dado tiempo (de ahí los paréntesis), y lo central de este nuevo trastorno es la cronicidad de los síntomas depresivos, y todos están disponibles.

Por eso se añaden especificadores para que no puedan aplicarse a síntomas puros. Sobre el síndrome de distimia, ¿se abandonará finalmente la investigación sobre la personalidad depresiva, origen de los TDis? El trastorno disfórico premenstrual ya pertenece a la primera serie de trastornos mentales (en el DSM-IV-TR era una de las formas y criterios de estudio no especificados).

Se han presentado argumentos en contra de su inclusión porque identifica a las mujeres, es perjudicial para las mujeres y es una formulación fabricada por compañías farmacéuticas (Hartlage, Breaux y Yonkers, 2014). Lo cierto es que esta investigación no es lo suficientemente concluyente y apoya la sobreestimación de muchos indicadores (Gómez-Marquez, García-García, Benítez-Hernández, Bernal-Escobar, Rodríguez-Testall, 2007); si el criterio para que se presenten síntomas es que este ocurre durante al menos dos ciclos, pero no consecutivamente, el diagnóstico es innecesariamente alto. Uno de los temas más discutidos es el del duelo y el riesgo de sobrediagnóstico

19.6. Trastornos de ansiedad

La clase de diagnóstico de trastornos de ansiedad examina características de la infancia como el mutismo selectivo y el trastorno de ansiedad por separación Este último se identifica específicamente porque también puede ocurrir en adultos, pero, de hecho, el DSM-IV-TR no excluye el diagnóstico. Quizás la limitación de esta edición anterior es que debe comenzar antes de los dieciocho años. Las investigaciones muestran que la aparición se retrasa en algunos adultos (Bögels, Knappe y Clark, 2013)

Sin embargo, su asociación con el trastorno de personalidad dependiente, así como la transición entre los distintos trastornos de ansiedad que puede provocar, pone en duda la validez de esta categoría. En el caso de las fobias específicas, y teniendo en cuenta los cambios que han llevado a que los trastornos de ansiedad relacionados con enfermedades se incluyan en una clase diagnóstica separada, es muy lamentable la falta de aclaración a este respecto, por ejemplo, en el diagnóstico diferencial con las fobias clásicas suficiente.

El término clásico “fobia social” desaparecerá y se indicará si en el futuro la clasificación con el término trastorno de ansiedad social utilizado en la literatura se refiere únicamente a la llamada ansiedad de desempeño (hablar y discutir en grupo). En cuanto al trastorno de pánico y la agorafobia, todavía está en uso. Esta clasificación lo trata como un trastorno independiente. Esto significa reconocer que la agorafobia no es necesariamente causada por el pánico, pero es igualmente cierto que existen dos diagnósticos concurrentes comunes.

En general, se debe enfatizar su papel como especificador de ataques de pánico y, de hecho, como un subsíndrome genuino que ocurre en toda la psicopatología. Actualmente, se limita a dos formas: esperado e inesperado (APA, 2013c) (en lugar de ataques inesperados, situacionales y predispuestos en el DSM-IV-TR). Informar síntomas que hayan persistido durante más de seis meses puede ser una buena medida para evitar el sobrediagnóstico de los trastornos de ansiedad. Precisamente por este motivo se debe considerar el papel de las llamadas crisis sintomáticas limitadas (menos de cuatro de trece indicadores totales).

19.7. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

La consideración de manifestaciones alrededor del concepto de obsesión-compulsión puede reconocerse como acierto. Se liga a una tradición que se inicia en los años noventa del pasado siglo (Hollander, 1998; Hollander, Kim, Braun, Simeon y Zohar, 2009; Hollander y Rosen,

2000) y se planteó como un espectro que abarcaba desde lo más compulsivo a lo impulsivo, e incluía los trastornos del control de los impulsos, adicciones, trastornos de la conducta alimentaria o la hipocondría, por ejemplo (Abramowitz, McKay y Taylor, 2007; Phillips et al., 2010).

Esta clase diagnóstica, a caballo entre los trastornos de ansiedad y los depresivos, ha quedado integrada por: el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno dismórfico corporal (TDC), el trastorno por acumulación (TAc), tricotilomanía (que anuncia la siguiente propuesta de término: trastorno de arrancarse el cabello), trastorno por excoriación (o trastorno de dañarse la piel), entre otros (como los celos obsesivos).

Se introduce la especificación del insight (buen insight o pleno, pobre, y ausente/ creencias delirantes) para el TOC, el TDC y el TAc. En particular, en el caso del TDC se observó que había pocas diferencias entre los casos con o sin delirios, e idéntica respuesta a la farmacología, por lo que era preferible especificar el insight que dar un diagnóstico adicional en el espectro psicótico (Phillips, Hart, Simpson y Stein, 2014).

También para este trastorno se añade la especificación de dismorfia muscular y, quienes presentan defectos objetivos de la apariencia, se sitúan en otro trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado especificado. Por otro lado, se ha dado respaldo a manifestaciones como el TAc (Mataix-Cols et al., 2010) y, sin embargo, se solapa claramente con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad; en el texto se señala que pueden darse ambos diagnósticos, si bien el TAc se sugiere para los casos más graves.

Por tanto, y como sucede con manifestaciones calificadas de trastorno de conducta repetitiva centrado en el cuerpo (onicofagia, morderse labios o el interior de los carrillos), estas manifestaciones pueden no tener suficiente entidad y requieren más investigación que determine si han de considerarse trastornos aislados.

19.8. Trastornos relacionados con traumas y el estrés

Durante algún tiempo se ha propuesto separar el trastorno de estrés postraumático clásico y el trastorno de ansiedad adaptativa debido a sus diferentes mecanismos patológicos.

Esta clase de trastornos incluye el trastorno de apego reactivo, el trastorno de estrés postraumático (donde los síntomas centrales se pueden diferenciar mejor de tre a cuatro indicadores, especialmente con respecto a las reacciones emocionales) y el trastorno de estrés agudo (donde los síntomas disociativos por sí solos (no significativos), y trastornos de adaptación.

19.9. Trastornos disociativos

De este grupo sobresale la inclusión de la fuga disociativa como especificador de amnesia disociativa y la inclusión del concepto de posesión en los criterios del trastorno de identidad disociativo.

La posesión ya está considerada en el DSM-IV-TR de forma no especificada en la versión del trastorno de trance disociativo (Spiegel et al, 2013), pero aquí se incluye en la definición en relación con la disociación de la identidad.

19.10. Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados

Se han realizado cambios significativos en este capítulo. Se puede sugerir que ha evolucionado desde la somatización como principio organizador hasta convertirse en un punto de referencia central para los síntomas físicos, ya sea que se expliquen médicamente o no, pero la idea es que una enfermedad sin explicación médica deslegitima la experiencia del paciente (Dimsdale y Levenson, 2013). No está claro que tratar una persona con al menos una enfermedad física tiene muestras de padecer un trastorno mental. Los resultados pueden no ser precisos (Frances y Nardo, 2013)

Tiene sentido reagrupar las categorías "trastornos de somatización", "trastornos somatomorfos indiferenciados" y "trastornos de dolor". Esto se debe a que los criterios requeridos para el primer diagnóstico son complejos y el segundo diagnóstico es vago, lo que afecta la validez de la clasificación diagnóstica, sin embargo, este grupo llamado trastornos de síntomas somáticos (TSS), se describe de manera muy poco clara.

Hay que pensar en que al menos un síntoma físico que interfiere o altera significativamente la vida diaria, acompañado de pensamientos, sentimientos o comportamientos que están relacionados y causan síntomas que son desproporcionados con el síntoma físico, puede ser un síntoma de enfermedad mental La cantidad de tiempo dedicado a pensar, sentirse ansioso o experimentar estos síntomas es una muestra, pero. Es una definición vaga: desde abarcar cualquier síntoma físico hasta referirse vagamente a una preocupación o miedo. Los estudios han demostrado que incluso después de tener en cuenta las variables emocionales y utilizar muestras grandes, el número total de síntomas es más importante que si son inexplicables o están relacionados con la discapacidad o la utilización excesiva de los servicios de salud (Tomenson,2013).

La importancia de un mayor número de indicadores entre los síntomas psicológicos respalda el enfoque del DSM-5 (Voigt et al, 2012; Wollburg, Voigt, Braukhaus, Herzog y Löwe, 2013), sin embargo, esto también significa que los síntomas polisintomáticos son más relevantes que los síntomas monosintomáticos (muchos de los cuales es poco probable que respondan a enfermedades típicas) (Rief y Martin, 2014), procesos específicos y más detallados podrían mejorar las pautas de diagnóstico.

Disfunciones cognitivas como síntomas catastróficos (interpretación de señales corporales), atribuciones persistentes, sobreutilización de los servicios de salud, evitación y disminución de la actividad o deterioro funcional (Löwe et al, 2008).

Dado que no hay ejemplos para este criterio, es fácil predecir un aumento en los diagnósticos en esta categoría. Otro punto que llama la atención es que, en el diagnóstico diferencial del TSS, la presencia de síntomas somáticos sin una etiología clara por sí sola no es suficiente para establecer este diagnóstico, y enfermedades como el síndrome del intestino irritable o la fibromialgia pueden ser tratadas de manera contradictoria.

Algunos autores han sugerido la presencia de estos trastornos, así como formas de síndrome de fatiga crónica y sensibilidades químicas múltiples al caracterizar el SSD (Rief y Martin, 2014). Aunque la diferencia entre el TSS y el trastorno de ansiedad por enfermedad (ISAD) se centra en la presencia o ausencia de la enfermedad (Starcevic, 2013), existe una disparidad entre ambas afecciones, ya que existen imprecisiones con respecto a los síntomas cognitivos o conductuales clave y mensurables (Rief y Martin, 2014).

Otra novedad del DSM-5 es que la mayoría de las personas diagnosticadas con hipocondriasis

clásica son identificadas con SST (APA, 2013b); el concepto de hipocondríaco fue retirado porque no solo era despectivo, sino que también podía afectar la relación terapéutica. Este concepto tiene dos contenidos, uno es la creencia en una enfermedad no específica (una idea sobreestimada o incluso un delirio), y la otra es el miedo a desarrollar la enfermedad (Noyes, Carney, Langbehn, 2004).

El enfoque médico se enfatiza por el concepto de trastorno de conversión (disfunción neurológica), y se enfatiza la etiología neurológica, se justifica por la baja proporción de casos en los que está comprobado. ¿Debería ubicarse la conversión entre los síntomas disociativos, como los trastornos sensoriomotores disociativos (Spiegel et al, 2013), o debería ubicarse en relación con los síntomas somáticos, que a menudo se aplican a la parálisis, pero que son peores en el caso de las convulsiones?

Muchos aspectos que estudia la psicología de la salud se entienden, así como trastornos mentales. Por ejemplo, la relación entre el estrés crónico y la hipertensión arterial, o la ansiedad y el asma. También se incluyen aquí síndromes funcionales como migrañas, síndrome del intestino irritable y fibromialgia, o síntomas médicos idiopáticos como dolor, fatiga y mareos (ya mencionados en TSS) Finalmente, la inclusión de los trastornos de facto en esta clase diagnóstica es apropiada porque también utilizan el cuerpo y la enfermedad como vehículo para comunicar malestar

Aunque la diferencia entre el TSS y el trastorno de ansiedad por enfermedad (ISAD) se centra en la presencia o ausencia de la enfermedad (Starcevic, 2013), existe una disparidad entre ambas afecciones, ya que existen imprecisiones con respecto a los síntomas cognitivos o conductuales claves y mensurables (por ejemplo, rumiación) (Rief y Martin, 2014).

19.11. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Esta sección incluye pica, trastornos de la rumiación y trastornos alimentarios evitativos/restrictivos, para este último, el concepto de disfagia funcional e histeria bulbar o su asociación con la ansiedad (evitación) se presenta con frecuencia, y por tanto su asociación con la anorexia (que puede estar precedida por anorexia) y la conversión aclara este origen traumático y las comorbilidades).

De hecho, incluso las explicaciones de las fobias señalan la posibilidad del mismo diagnóstico, sin dejar clara la distinción. Además, muchas de estas manifestaciones son limitadas y pueden no requerir intervención (Attia et al, 2013), por lo que el beneficio puede no estar claro, aunque puede haber riesgo de sobrediagnóstico. Se realizaron ajustes para la anorexia nerviosa (eliminación del requisito de amenorrea) o la frecuencia de los atracones en la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (equilibrio: al menos un atracón por semana semana durante más de tres meses) (Call, Walsh, Attia, 2013).

Varios estudios centrados en los trastornos alimentarios con los nuevos criterios respaldan las modificaciones incorporadas, a pesar de un pequeño aumento de la bulimia (0,2% en hombres y mujeres) (Stice, Marti y Rohde, 2013; Hudson, Coit, Lalonde y Papa, 2012).

Sin embargo, se ha sugerido que este trastorno implica una sobreestimación de la forma y el peso del cuerpo, lo que puede reducir la prevalencia (Grilo, 2013) y aumentar la coherencia del grupo. Por supuesto, la descripción de alguien que sufre una convulsión no la compensa, no se siente bien y no es anoréxica ni bulímica, es extraña.

19.12. Trastornos del sueño-vigilia

En el capítulo de trastornos del sueño y la vigilia entre el DSM-IV y el DSM-5-RT no hubo cambios significativos. Ambas ediciones incluyen una variedad de diez trastornos del sueño, como insomnio, hipersomnia, parasomnias, trastornos del sueño relacionados con la respiración, trastornos del sueño relacionados con el ritmo circadiano y otros.

19.13. Disfunciones sexuales y disforia de género (capítulos separados)

El DSM-V y su revisión introdujeron varios cambios en el área de los trastornos sexuales en comparación con el DSM-IV, reorganizando y eliminando algunas categorías diagnósticas como la categoría "Trastornos sexuales y de la identidad sexual" del DSM-IV que fue dividida en dos secciones separadas, "Disfunciones sexuales" y "Disforia de género". Además, se agregaron las categorías "Trastorno del interés/excitación sexual femenino" y "Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración" para abordar aspectos específicos de la función sexual. Es importante reconocer la adopción de un enfoque más global de la respuesta sexual en comparación con el DSM-IV, reconociendo la complejidad de los factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a los trastornos sexuales. En la edición más reciente, la categoría "Trastorno sexual no especificado" se eliminó, fomentando una evaluación más precisa y específica de los problemas sexuales.

Estos cambios reflejan la evolución en la comprensión de la sexualidad humana y los enfoques contemporáneos en la evaluación y el diagnóstico de los trastornos sexuales, mismos que probablemente seguirán modificándose conforme el ámbito socio cultural vigente en el tiempo.

19.14. Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

El DSM-5, publicado en 2013, realizó cambios en la categoría de trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta en comparación con el DSM-IV, la categoría se reorganizó y se realizaron modificaciones en la nomenclatura. Por ejemplo, el DSM-IV incluye trastornos como el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta, en el DSM-V, estos trastornos se colocaron bajo la categoría más amplia de "Trastornos Disruptivos, del Control de los Impulsos y de la Conducta".

Además, el DSM-5 introdujo el trastorno disruptivo del estado de ánimo como una categoría independiente, mismo que está destinado a diagnosticar a niños y adolescentes que presentan síntomas de irritabilidad y enojo crónicos, sin cumplir completamente con los criterios para trastornos del estado de ánimo más específicos. También ajustó los criterios diagnósticos del trastorno negativista desafiante, haciendo hincapié en la frecuencia y la persistencia de los comportamientos desafiantes. Otras modificaciones se realizaron en los criterios diagnósticos del trastorno de conducta, incluyendo cambios en la edad de inicio y la eliminación de la clasificación basada en la edad (anteriormente se distinguía entre el tipo infantil y el tipo adolescente); esta nueva versión eliminó la categoría "Trastorno de Conducta Infantil" que existía en el DSM-IV, integrando estos diagnósticos dentro de la categoría general de trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. Estas innovaciones reflejan los esfuerzos para mejorar la precisión diagnóstica y adaptarse a la evidencia y la investigación actual en el campo de la psiquiatría infantil y adolescente.

19.15. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

En el capítulo de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, se presenta

nueva terminología y enfoque, la versión más reciente adopta la terminología "Trastornos Relacionados con Sustancias" en lugar de "Trastornos Relacionados con Sustancias Psicoactivas". Este cambio refleja una perspectiva más amplia que abarca sustancias más allá de las psicoactivas, como los juegos de azar. Se observa además la eliminación de la categoría "Abuso de Sustancias" y "Dependencia de Sustancias"; en el DSM-IV, existían dos categorías separadas para el "Abuso de Sustancias" y la "Dependencia de Sustancias", en el DSM-V, estas categorías se combinaron en un único espectro de trastornos relacionados con sustancias.

Se habla también de un nuevo enfoque dimensional, introduciendo la evaluación de la gravedad de los trastornos relacionados con sustancias, utilizando los niveles de amenaza en leve, moderada y grave en lugar de los antiguos diagnósticos binarios de abuso o dependencia. Estos cambios reflejan la comprensión creciente de los problemas relacionados con comportamientos adictivos no sustanciales. Por otro lado, se reorganizó la clasificación de algunas sustancias, y se realizaron ajustes en los criterios diagnósticos para reflejar mejor la diversidad de los patrones de consumo de sustancias.

19.16. Trastornos neurocognitivos

En el DSM-V, los trastornos neurocognitivos reemplazaron a los trastornos neurocognitivos y del neurodesarrollo, esta reorganización refleja una conceptualización más amplia que incluye no solo a los trastornos que afectan el desarrollo neurológico, sino también aquellos que afectan funciones cognitivas en etapas posteriores de la vida. Se realiza la inclusión de la enfermedad de Alzheimer en una categoría única de trastorno neurocognitivo mayor, eliminando la distinción entre la enfermedad de Alzheimer temprana y tardía que existía en el DSM-IV y el término "demencia". Además, se introdujeron especificaciones para reflejar la etapa leve o mayor del trastorno.

El DSM-V incorpora una nueva categoría llamada trastorno neurocognitivo leve, que se utiliza para describir déficits cognitivos que son mayores que los esperados para la edad, pero que no cumplen con los criterios para un trastorno neurocognitivo mayor.

Un acápite importante es la inclusión de los trastornos neurocognitivos relacionados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como categoría separada para reconocer las complicaciones neurológicas asociadas con esta infección. Finalmente, los criterios diagnósticos específicos y los especificadores para los diferentes trastornos neurocognitivos se actualizaron y revisaron para reflejar de manera más precisa la presentación clínica y la gravedad de los síntomas. Estos cambios buscan mejorar la precisión y la utilidad clínica de la clasificación de los trastornos neurocognitivos, reflejando los avances en la comprensión de estas condiciones y proporcionando una base para una evaluación más precisa y un tratamiento efectivo.

19.17. Trastornos de la personalidad

El DSM-V, en comparación con el DSM-IV, realizó cambios significativos en la clasificación y diagnóstico de los trastornos de la personalidad, este segundo incluía diez trastornos de la personalidad agrupados en tres clústeres (A, B y C). El DSM-V mantiene la clasificación en tres clústeres, pero reduce el número de trastornos de la personalidad a seis, eliminando la distinción entre trastornos de la personalidad específicos y trastornos de la personalidad no especificados. En cambio, se introduce el concepto de "rasgos de personalidad" para describir patrones de comportamiento que no cumplen completamente con los criterios de un trastorno de la personalidad, pero que pueden ser relevantes para la evaluación clínica.

Se incorpora un enfoque dimensional para evaluar la severidad de los trastornos de la personalidad, introduciendo un modelo alternativo del DSM-V para la evaluación de la personalidad, que incluye cinco dominios (negatividad emocional, introversión, desinhibición, antagonismo y psicoticismo) para evaluar la variabilidad de la personalidad en lugar de categorías discretas.

En el trastorno de la personalidad límite (TPL) se realizaron ajustes en su descripción y criterios para reflejar mejor las características clínicas de este trastorno. En el DSM-IV, los trastornos de la personalidad se diagnostican en el Eje II, en el DSM-V, con la eliminación de los ejes, la clasificación de los trastornos de la personalidad se integra con el resto de los trastornos mentales.

Estos cambios incorporan un enfoque más dimensional y consideran la variabilidad individual en los patrones de personalidad.

19.18. Trastornos parafílicos

La edición revisada buscó una mayor precisión en la conceptualización y el diagnóstico de los trastornos parafílicos. Algunos de los cambios más destacados incluyen cambios en la terminología de "Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual" del DSM-IV a "Trastornos Parafílicos" en el DSM-V. Este cambio refleja una mayor precisión en la descripción de las características clínicas de estos trastornos. El DSM-V hizo hincapié en que tener una parafilia en sí misma no constituye un trastorno mental. Para que se considere un trastorno parafílico, se requiere que el comportamiento sexual sea atípico, cause angustia significativa o implique riesgo de daño para uno mismo o para otros.

Además, se eliminaron los diagnósticos que estaban exclusivamente basados en la orientación sexual, como la homosexualidad egodistónica del DSM-IV. Así mismo, se introdujeron nuevos trastornos parafílicos, ajustando la clasificación de algunos existentes, por ejemplo, el "Trastorno Parafílico del Dolor Sexual Persistente". que fue incluido en el DSM-V.

Estos cambios buscan reflejar una mejor y más actualizada comprensión de la diversidad sexual, con el fin de reducir la estigmatización de las personas con parafilias sin necesariamente asociarlas a un trastorno mental.

19.19. Otros trastornos mentales

En el DSM-V se eliminó el sistema de ejes utilizado en el DSM-IV, donde se utilizaban cinco ejes para proporcionar una evaluación multidimensional del paciente, abordando aspectos clínicos, sociales y otros. El DSM-V simplificó la clasificación y presentación de los trastornos al eliminar los ejes.

Se realizaron ajustes en la clasificación de algunos trastornos para reflejar una mejor comprensión de su naturaleza y presentación clínica. Por ejemplo, se hicieron modificaciones en la clasificación del trastorno dismórfico corporal y el trastorno de somatización, también, se incluyeron nuevos trastornos alimentarios, como el trastorno de la alimentación selectiva.

Se introduce la especificación de la gravedad para varios trastornos, proporcionando una mayor precisión en la descripción de la presentación clínica; esto se aplicó a trastornos como el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad social y otros. Así también, se adoptó un enfoque dimensional para algunos trastornos, reconociendo la variabilidad en la presentación

clínica y la gravedad de los síntomas. Este enfoque se aplicó, por ejemplo, al trastorno del espectro autista y al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

19.20. Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos

En el DSM-IV, se incluía una categoría específica para los trastornos motores inducidos por medicamentos, en el DSM-V, estos trastornos se integran en la categoría general de "Trastornos Motores Inducidos por Sustancias y Medicamentos". En la última edición se buscó una clasificación más integrada para abordar tanto los trastornos relacionados con sustancias como los efectos adversos de los medicamentos en una sola categoría, esto refleja una comprensión más amplia de las consecuencias psiquiátricas asociadas con el uso de sustancias y medicamentos. Es importante conocer que se presta atención a los efectos adversos de los medicamentos y se considera su impacto en los trastornos mentales y del comportamiento, reconociendo que ciertos medicamentos pueden tener consecuencias psiquiátricas que van más allá de los trastornos motores.

Se enfatiza la importancia de establecer una relación causal entre el uso de sustancias o medicamentos y la aparición de trastornos psiquiátricos. La relación temporal y la evidencia de que los síntomas están directamente vinculados al uso de la sustancia o medicamento son consideradas en el proceso diagnóstico.

19.21. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

En el DSM-IV la categoría "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica" abarcaba diversos problemas que no necesariamente eran trastornos mentales específicos. A continuación, se destacan algunos de los cambios y reorganizaciones realizados: en el DSM-V, se eliminó la categoría general y, en su lugar, se intentó clasificar los problemas en categorías más específicas y relevantes para una atención clínica más efectiva. De esta forma, los problemas que antes caían en la categoría de "Otros problemas", por ejemplo, los problemas relacionados con el estrés ahora se encuentran en la sección de "Trastornos Relacionados con Trauma y Estrés", y los problemas del sueño se tratan en la sección de "Trastornos del sueño-vigilia".

Lo que permitió introducir nuevos trastornos y condiciones, prestando más atención a la especificidad y a la adecuación de los criterios diagnósticos. También se adoptó un enfoque más dimensional en algunos casos, reconociendo la variabilidad en la presentación clínica y la gravedad de los síntomas. Por ejemplo, el espectro de la esquizofrenia ahora incluye una dimensión de sintomatología depresiva.

Todos los cambios descritos son revisados constantemente para las nuevas actualizaciones que se realizarán a los manuales diagnósticos, ya que las patologías evolucionarán de acuerdo con el contexto sociocultural y biológico que no se detiene. Por ello se debe resaltar la importancia de la actualización constante en materia de salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramowitz, J., McKay, D. y Taylor, S. (2007). *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions*. Nueva York: Elsevier.

American Psychiatric Association, APA. (2013b). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)*. Arlington, VA: APA.

American Psychiatric Association, APA. (2013c). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. *American Psychiatric Publishing*, 1–19. Disponible en http://www.psychiatry. org/dsm5

Asociación Americana de Psiquiatría: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Quinta Edición, Revisión de Texto. Washington, DC, Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2022.

Attia, E., Becker, A. E., Bryant-Waugh, R., Hoek, H. W., Kreipe, R. E., Marcus, M. D., Mitchell, J. E., Striegel, R.H., Walsh, B.T., Wilson, G.T., Wolfe, B.E. y Wonderlich, S. (2013). Feeding and eating disorders in DSM-5. The American Journal of Psychiatry, 170, 1237–1239.

Axelson, D. A., Birmaher, B., Strober, M. A., Goldstein, B. I., Ha, W., Gill, M. K., Goldstein, T. R., Yen, S., Hower, H., Hunt, J. I., Liao, F., Iyengar, S., Dickstein, D., Kim, E., Ryan, N. D., Frankel, E. y Keller, M.B. (2011). Course of subthreshold bipolar disorder in youth: Diagnostic progression from bipolar disorder not otherwise specified. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 1001–1016.e3.

Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., Van Os, J. y Carpenter, W. (2013). *Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: Relevance to DSM-5. Schizophrenia Research*, 150, 15–20.

Benazzi, F. (2007). Mixed depression and the dimensional view of mood disorders. *Psychopathology*, 40, 431–439.

Bögels, S. M., Knappe, S. y Clark, L. A. (2013). Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Psychology Review*, 33, 663–674.

Call, C., Walsh, B. T. y Attia, E. (2013). From DSM-IV to DSM-5: Changes to eating disorder diagnoses. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 532–536

Colom, F. y Vieta, E. (2009). The road to DSM-V. Bipolar disorder episode and course specifiers. *Psychopathology*, 42, 209–218.

Dougherty, L. R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Carlson, G. A., Stringaris, A., Leibenluft, E. y Klein, D. N. (2014). DSM-5 disruptivemood dysregulation disorder: Correlates and predictors in young children. *Psychological Medicine*, 1–12.

Ebert, A. D., & Bär, K. (2010). Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(2), 191. https://doi.org/10.4103/0019-5545.64591

Epstein, J. N. y Loren, R. E. (2013). *Changes in the Definition of ADHD in DSM-5: Subtle but Important. Neuropsychiatry*, 3, 455–458.

Escobar, J.I., Marin, H (2017). Classification in Psychiatry. Kaplan & Sadock's (Ed.): *Comprehensive textbook of psychiatry* (10ma ed., pp. 1151-1176). Wolters Kluwer.

Frances, A. (2010). *Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM5*. Disponible en http://www.psychiatrictimes.com/dsm-v/content/article/ 10168/1522341

Frances, A. y Nardo, J. (2013). ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. The British Journal of Psychiatry: *The Journal of Mental Science*, 203, 1–2.

Fusar-Poli, P., Yung, A., McGorry, P. y van Os, J. (2014). Lessons learned from the psychosis high-risk state: Towards a general staging model of prodromal intervention. *Psychological Medicine*, 44, 17–24.

Galli, S., Aybek, S., Chokron, S., Moulin, T., & Magnin, É. (2019). Modification of both functional neurological symptoms and neuroimaging patterns with a good anatomoclinical concordance: a case report. *BMC Neurology*, 19(1). https://doi.org/10.1186/s12883-019-1475-3

Garety, P. y Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: From the inexplicable to the treatable. The British Journal of Psychiatry: *The Journal of Mental Science*, 203, 327–33.

Ghaemi, S. N. (2013). Bipolar Spectrum: A Review of the Concept and a Vision for the Future. *Psychiatry Investigation*, 10, 218–224.

Goetz, G. (2016). Charcot, hysteria, and simulated disorders. In *Handbook of Clinical Neurology* (pp. 11–23). https://doi.org/10.1016/b978-0-12-801772-2.00002-3

Gómez-Márquez, C., García-García, M., Benítez-Hernández, M., Bernal-Escobar, L. y Rodríguez-Testal, J. (2007). Retrospective and Prospective Study of Premenstrual Symptomatology in the General Population. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 3, 41–62.

Grilo, C. M. (2013). Why no cognitive body image feature such as overvaluation of shape/ weight in the binge eating disorder diagnosis? *The International Journal of Eating Disorders*, 46, 208–11.

Hartlage, S. A., Breaux, C. A. y Yonkers, K. A. (2014). Addressing concerns about the inclusion of premenstrual dysphoric disorder in DSM-5. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 70–76.

Hollander, E. (1998). Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. *The British Journal of Psychiatry*. Supplement, 7–12.

Hudson, J. I., Coit, C. E., Lalonde, J. K. y Pope, H. G. (2012). By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder? *The International Journal of Eating Disorders*, 45, 139–141

Kendler, K. S., Tabb, K., & Wright, J. P. (2022). The Emergence of Psychiatry: 1650–1850. *American Journal of Psychiatry*, 179(5), 329–335. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21060614

Keshavan, M. S. (2013). Nosology of psychoses in DSM-5: Inches ahead but miles to go. *Schizophrenia Research*, 150, 40–41.

King, B. H., Navot, N., Bernier, R. y Webb, S. J. (2014). Update on diagnostic classification in autism. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 105–109.

Koukopoulos, A., Sani, G. y Ghaemi, S. N. (2013). Mixed features of depression: Why DSM-5 is wrong (and so was DSM-IV). *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*,203, 3–5.

Löwe, B., Mundt, C., Herzog, W., Brunner, R., Backenstrass, M.,Kronmüller, K. y Henningsen, P. (2008). Validity of current somatoform disorder diagnoses: Perspectives for classification in DSM-V and ICD-11. *Psychopathology*, 41, 4–9.

Mack, A., Forman, L., Brown, R. R., & Frances, A. (1994). A brief history of psychiatric classification. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 515–523. https://doi.org/10.1016/s0193-953x(18)30096-0

Malaspina, D., Owen, M. J., Heckers, S., Tandon, R., Bustillo, J., Schultz, S., Barch, D. M., Gaebel, W., Gur, R.E., Tsuang, M., Van Os, J. y Carpenter, W. (2013). Schizoaffective Disorder in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 21–25.

Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F., Stein, D. J., Matsunaga, H. y Wilhelm, S. (2010). Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27, 556–572.

Möller, H. (2018). Possibilities and limitations of DSM-5 in improving the classification and diagnosis of mental disorders. *Psychiatria Polska*, 52(4), 611-628. https://doi.org/10.12740/PP/91040

Muñoz, L. F. M., & Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 35(125), 111–121. https://doi.org/10.4321/s0211-57352015000100008

Noyes, R., Carney, C. P. y Langbehn, D. R. (2004). Specific phobia of illness: Search for a new subtype. *Journal of Anxiety Disorders*,18, 531–545.

Peset, J. L. (2003). La revolución hipocrática de Philippe Pinel. *Asclepio-revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 55(1), 263–280. https://doi.org/10.3989/asclepio.2003.v55.i1.97

Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B a, Barsky, A., Fineberg, N., Mataix-Cols, D., Ferrão, Y. A.,Saxena, S.,Wilhelm, S., Kelly, M.M., Clark, L.A.,Pinto, A., Bienvenu, O.J., Farrow, J. y Leckman, J. (2010). Should an obsessive compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSMV? *Depression and Anxiety*, 27, 528–555

Pinel, P. (1803). *Nosografía filosófica o Aplicación del método analítico a la medicina*.

Rief, W. y Martin, A. (2014). How to Use the New DSM-5 Somatic Symptom Disorder Diagnosis in Research and Practice: A Critical Evaluation and a Proposal for Modifications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 339–367.

Rhebergen, D. y Graham, R. (2014). The re-labelling of dysthymic disorder to persistent

depressive disorder in DSM-5: Old wine in new bottles? *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 27–31.

Rodríguez Testal, J. F., Senín Calderón, C., & Perona Garcelán, S. (2014). Del DSM-IV-TR al DSM-5: análisis de algunos cambios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 221-231.

Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., Ruhrmann, S. y Michel, C. (2013). "A rose is a rose is a rose", but at-risk criteria differ. *Psychopathology*, 46, 75–87.

Shah, P. J. y Morton, M. J. S. (2013). Adults with attention-defici thyperactivity disorder - diagnosis or normality? *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 203, 317–319.

Shorter, E. (2015). The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1), 59–67. https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.1/eshorter

Sienaert, P., Dhossche, D.M. y Gazdag, G. (2013). Adult catatonia: Etiopathogenesis, diagnosis and treatment. *Neuropsychiatry*, 3, 391-399.

Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanius, R., Vermetten, E., Simeon, D. y Friedman, M. (2013). Dissociative disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 299–326.

Starcevic, V. (2013). Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *The British Journal of Psychiatry: The Journalof Mental Science*, 202, 7–8.

Sunderland, M., Newby, J. M. y Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: Prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 202, 56–61.

Stice, E., Marti, C. N. y Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 445–57.

Tandon, R., Heckers, S., Bustillo, J., Barch, D. M., Gaebel, W., Gur R. E., Malaspina, D., Owen, M.J., Schultz, S., Tsuang, I.M., van Os, J. y Carpenter, W. (2013). Catatonia in DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 26–30.

Surís, A., Holliday, R., & North, C. S. (2016). *The evolution of the classification of psychiatric disorders. Behavioral Sciences*, 6(1), 5. https://doi.org/10.3390/bs6010005

Tomenson, B., Essau, C., Jacobi, F., Ladwig, K. H., Leiknes, K. A., Lieb, R., Meinlschmidt, G., Mcbeth, J., Rosmalen, J., Rief, W., Sumathipala, A. y Creed, F. (2013). Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 203, 373–80.

Tsuang, M. T., Van Os, J., Tandon, R., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M.J., Schultz, S. y Carpenter, W. (2013). Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 31–5.

Voigt, K., Wollburg, E., Weinmann, N., Herzog, A., Meyer, B., Langs, G. y Löwe, B. (2012). *Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder--comparison with*

DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration.Journal of Psychosomatic Research, 73, 345–350.

Wallerstein, R. S., & Peltz, M. L. (1987). Psychoanalytic contributions to Psychiatric Nosology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35(3), 693–711. https://doi.org/10.1177/000306518703500308