

ACTUALIDAD

UNA PANORÁMICA DE LOS CAMBIOS EFECTUADOS EN EL DSM-IV. REVISIÓN DEL TEXTO (DSM-IV-TR)¹

Enrique Esbec Rodríguez²

Audiencia Provincial de Madrid. Universidad Complutense de Madrid

Olga Fernández-Sastrón

Universidad Complutense de Madrid

Resumen

No se han efectuado cambios sustanciales en los distintos criterios, ni se ha realizado ninguna propuesta para la inclusión de nuevas categorías de trastornos mentales, nuevos subtipos, ni cambios en el estatus de las categorías de los apéndices. La mayoría de los cambios se efectúan en las siguientes secciones: Síntomas y trastornos asociados (Que incluye el apartado "Hallazgos de Laboratorio"); Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo; Prevalencia; Curso y Patrón familiar. Para un número de trastornos, la sección de diagnóstico diferencial ha sido ampliada.

Abstract

No substantial changes have been made with respect to the different criteria, and neither have there been any proposed additions of new categories of mental disorders, new subtypes, or changes in the appendix categories. The majority of changes have occurred in the following areas: Symptoms and associated disorders (which includes laboratory findings); Symptoms related to culture; age and gender; prevalence; course and family models. The differential diagnosis section has been further developed for a number of disorders.

¹ El resumen de los cambios efectuados a la anterior edición del DSM-IV que se expondrá a continuación, proviene del *Apéndice C* del DSM-IV-TR (APA, 2000). Como tal, es tan solo una panorámica de las modificaciones que introduce esta nueva edición y no pretende ser una descripción exhaustiva de las mismas. Se omite toda alusión a modificaciones en el vocabulario (en general con carácter aclaratorio) así como expansiones en las secciones de diagnóstico diferencial de los distintos trastornos.

² *Correspondencia:* Enrique Esbec. Dpto. Psicología Clínica, Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223, Madrid.

Introducción

El intervalo de tiempo entre el DSM-IV y la aparición del DSM-V parece estar prolongándose en mayor medida que en el caso de ediciones anteriores. Teniendo en cuenta el amplio volumen de investigación que se lleva a cabo cada año sobre los diversos temas, se corre el riesgo de que la información recopilada en el texto (preparada desde 1992) quede obsoleta. De modo que, para crear un “puente” entre el DSM-IV y DSM-V, se acomete la revisión del DSM-IV. Las metas de esta edición son las siguientes: 1) Corregir los errores identificados en el texto del DSM-IV 2) Revisar la información del DSM-IV para asegurarse de que aún está al día. 3) Realizar los cambios necesarios para reflejar la información nueva disponible desde la revisión llevada a cabo 1992. 4) Realizar mejoras que potencien su valor didáctico 5) Actualizar los códigos CIE-9-CM. (A.P.A., 2000)

En mayor o menor medida, se han efectuado cambios en todas las categorías incluidas en los ejes I y II. En cuanto al eje V, en lo que concierne a la **evaluación multiaxial**, se ha ampliado la sección de instrucciones para completar la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), incluyendo un método en cuatro pasos para evitar la posible omisión de algún elemento de la escala.³

EJE I

1) Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.

Se han actualizado distintas secciones de numerosos trastornos en esta categoría. Entre los cambios más importantes cabe destacar:

A) La modificación del texto en los criterios diagnósticos del trastorno **autista** de cara a enfatizar las dificultades en lo relativo a los aspectos pragmáticos del lenguaje,

³ Cuatro pasos para completar la **Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)**:

- 1) Empezando por el nivel superior, evalúe cada rango formulándose la pregunta: ¿Es la severidad de la sintomatología del sujeto o el nivel de funcionamiento peor que el indicado en la descripción del rango?
- 2) Siga progresando a lo largo de la escala hasta alcanzar el rango que mejor se ajuste a la severidad de los síntomas del individuo o a su nivel de funcionamiento (siempre el que sea peor)
- 3) Compruebe el rango inmediatamente inferior para asegurarse de no haber elegido prematuramente. Este rango debería ser demasiado severo tanto para la gravedad de la sintomatología como para el nivel de funcionamiento. Si así es, eligió el rango adecuado. Sino, vuelva al paso 2 y continúe avanzando a lo largo de la escala.
- 4) Para determinar la Actividad Global específica dentro del rango de 10 puntos seleccionado, considere si el individuo está funcionando en el límite inferior o superior de la escala. Por ejemplo, considere un sujeto que oye voces sin que éstas influyan en su comportamiento (sería el caso de un esquizofrénico “veterano” que acepta sus alucinaciones como parte de su vida). Si las voces se dieran de forma relativamente infrecuente (una vez a la semana o menos) una puntuación de 39-40 sería la más apropiada. Sin embargo, si las oye continuamente, sería más adecuada una puntuación de 31-32.

especialmente relevante a la hora de evaluar las funciones superiores de los sujetos. B) Se corrigen también los criterios diagnósticos para los **trastornos de tics**, eliminando la exigencia de que provoquen “malestar o deterioro clínicamente significativo”. Este criterio ha sido problemático en los Trastornos de tics por una serie de razones, incluyendo el hecho de que resulta discrepante con la experiencia clínica (Por ejemplo, la mayoría de los niños **Trastorno de la Tourette** no experimentan malestar o deterioro significativo). Otros cambios en este apartado incluyen una descripción más exhaustiva de los distintos tipos de tics, y una extensión de la sección de diagnóstico diferencial que distingue entre tics y otro tipo de movimientos, así como la actualización de otras secciones. C) Se añade texto que refleja el descubrimiento de que algunos casos del **Síndrome de Rett** están asociados a una mutación genética específica. D) Se lleva a cabo una revisión exhaustiva del **trastorno de Asperger**, y se presentan ejemplos específicos de cara a distinguir con mayor claridad este trastorno del trastorno autista. E) Se modifica la definición del **Trastorno generalizado del desarrollo no especificado** de cara a subsanar un error que en el pasado permitió diagnosticar a sujetos cuando existía deterioro en tan solo *un* área del desarrollo. La definición actual, requiere la existencia de deterioro en la interacción social recíproca que generalmente va asociada a un deterioro en las habilidades de comunicación o a la presencia de intereses, actividades o conductas estereotipadas. F) En cuanto al **trastorno por déficit de atención e hiperactividad**, la mayoría de los cambios enfatizan las diferencias entre los subtipos. G) Se añade información sobre la predisposición fisiológica de la **encopresis** y de los mecanismos subyacentes al tipo exclusivamente diurno de la **eneuresis**. H) Se actualiza la información sobre los síntomas y trastornos asociados, así como la prevalencia y curso del **trastorno de ansiedad por separación** y el **trastorno reactivo de la vinculación**. I) Cabe destacar, por último, que en el **trastorno de movimientos estereotipados** la conducta patológica de “pincharse la piel” ha sido eliminado de la lista de ejemplos, ya que podría considerarse más bien un trastorno del control de los impulsos (Esta conducta podría darse en sujetos que no presentaran retraso en el desarrollo).

2) *Delirium, Demencia, Trastornos Amnésicos y otros Trastornos Cognoscitivos.*

En el caso del **delirium**, se modifica la sección de *síntomas y trastornos asociados* para enfatizar la presencia de dos variedades de delirium: El hiperactivo y el hipoactivo. Se actualizan así mismo otras secciones de este trastorno.

En cuanto al **delirium debido a enfermedad médica**, se reorganiza y actualiza la lista de condiciones médicas generales asociadas y se amplía el texto para clarificar que el comienzo y cese del **delirium Inducido por sustancias** puede verse afectado por numerosos factores.

Las modificaciones más importantes de esta sección se dan probablemente en las **demencias**: a) Se cambian los códigos diagnósticos (a excepción de la demencia vascular que mantiene su código anterior) siendo ahora el 294.10 para el subtipo “sin alteración de la

conducta” y 294.11 “con alteración de la conducta”. b) Los subtipos codificables aplicables a la **demencia tipo Alzheimer** ya no se aplican (Por ej. Con estado de ánimo deprimido). c) Por el contrario, el correspondiente trastorno mental debido a enfermedad médica (p.ej. 293.83 Trastorno del ánimo debido a enfermedad de Alzheimer) debería ser codificado en el Eje I. d) La lista de causas de demencia ha sido actualizada, reflejando que la segunda causa más frecuente tras la enfermedad de Alzheimer es otro proceso neurodegenerativo: La **demencia por cuerpos de Lewy** o degeneración frontotemporal (dos etiologías que no estaban contempladas específicamente en el DSM-IV). e) Se sigue considerando la demencia de tipo Alzheimer como un diagnóstico por exclusión ya que aún no existen marcadores biológicos válidos para el diagnóstico de este trastorno. f) Se ha llevado a cabo una actualización en la sección de patrón familiar para incluir la información más novedosa en lo referente a la carga cromosómica y el papel del marcador genético APOE4 como un factor de riesgo para el desarrollo de casos tardíos. g) Un dato importante a tener en cuenta es que se añade información referente a el contagio entre especies de infecciones por priones , reflejando el surgimiento de una variante humana de la encefalopatía esponjiforme bovina en el Reino Unido a mediados de los 90.

3) *Trastornos Mentales debidos a enfermedad médica.*

Sólo un cambio se efectúa para corregir un error en los criterios de exclusión que no permitía el diagnóstico de **Transformación de la personalidad debido a enfermedad médica** de forma comórbida con la demencia. Este criterio proviene del DSM-III-R, donde se excluía la transformación de la personalidad en presencia de una demencia ya que ésta estaba incluida en los criterios diagnósticos para la demencia. Los síntomas clínicos significativos co-ocurrentes con la demencia, se diagnostican mediante la codificación del trastorno mental específico debido a enfermedad médica en el Eje I junto con la demencia. De ésta forma se ha eliminado la exclusión permitiendo, por ejemplo, un diagnóstico comórbido a un individuo con Alzheimer que ha desarrollado una transformación de la personalidad : “Transformación de la personalidad debido a enfermedad de Alzheimer”

4) *Trastornos relacionados con sustancias.*

En general se incluyen las investigaciones más recientes de cara a actualizar y ampliar, en especial, las secciones de prevalencia y curso de los trastornos relacionados con los distintos tipos de sustancias. En lo que se refiere a la dependencia de sustancias, secciones como la de *Sintomatología sociada* han sido actualizadas para hacer hincapié en que varios tipos de tolerancia pueden ser desarrollados a los distintos efectos en el sistema nervioso central de una sustancia, que se puede desarrollar tolerancia a la fencilelidina y que una historia de tolerancia o desintoxicación está asociada a un peor pronóstico. se aclara, por otro lado, que individuos con un mayor riesgo de alcoholismo (por una historia familiar de

alcoholismo) no presentan necesariamente un mayor riesgo de dependencia a otras sustancias.

5) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

La *introducción* ha sido modificada para enfatizar el hecho de que los síntomas psicóticos no son considerados necesariamente síntomas centrales de los trastornos incluidos en esta sección, ni siquiera que dichos trastornos tengan, necesariamente, una etiología común. En ésta sección predominan las actualizaciones del texto en lo que se refiere a prevalencia y *curso* de los trastornos incluidos en esta categoría. Se ha incluido en esta revisión información sobre la anosagnosia relacionada con la **esquizofrenia**, factores de riesgo en conductas violentas y autolíticas, así como comorbilidad con otros trastornos mentales. En cuanto al *patrón familiar*, se introduce el concepto de “*espectro de esquizofrenia*” (rango de trastornos más frecuentes en parientes de sujetos esquizofrénicos). En esta misma línea se incluye una breve sección en la que se enfatiza el posible incremento en el riesgo de padecer esquizofrenia por parte de los parientes de sujetos con **trastorno esquizofreniforme**.

6) Trastornos del estado de ánimo.

Los *hallazgos de laboratorio* en lo que concierne al **Episodio Depresivo Mayor** incluyen alteraciones neurobiológicas adicionales (como por ejemplo alteraciones en los niveles de neuropéptidos y otras hormonas en respuesta a ciertos tipos de tests) y resultados en neuroimagen cerebral. Se enfatiza que el curso del **Trastorno Depresivo Mayor** empeora por la comorbilidad con algún tipo de enfermedad médica. Así mismo, en la sección *patrón familiar* se incluye el dato de que existe un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad por parte de los descendientes de sujetos que padecen depresión. En el caso del **Trastorno Distímico**, se actualiza la sección de *curso y desarrollo*, para enfatizar que el pronóstico es significativamente mejor si se lleva a cabo un tratamiento activo. Se incluye información sobre la frecuencia de ciertos tipos de lesiones cerebrales en sujetos con trastorno Bipolar I, así como la comorbilidad de éste y otros trastornos por abuso de sustancias, y de la relación entre los Trastornos Bipolares I y II y disfunciones tiroideas. En el caso del Trastorno Bipolar no especificado, se añade un ejemplo adicional para aclarar que los individuos que padecen distimia crónica y que también experimentan episodios hipomaniacos ocasionales no reúnen los criterios diagnósticos ni de Trastorno Distímico, ni de **Trastorno ciclotímico**⁴. En esta revisión del texto se incluye también un análisis de las causas de la catatonía y se enfatiza la necesidad de tratamiento activo para los individuos con sintomatología melancólica, dada la baja tasa de respuesta al placebo.

⁴ Ya que en el primer caso se descarta por la presencia del episodio hipomaniaco, y en el segundo, los episodios son considerados demasiado infrecuentes.

7) *Trastornos de ansiedad.*

En el caso de los **trastornos de pánico**, se ha actualizado la información relacionada con la naturaleza de los desencadenantes de los **ataques** en cuestión, se ha ampliado la lista de condiciones médicas relacionadas y se ha añadido en el apartado de diagnóstico diferencial aquellas situaciones en las que la persona puede no ser capaz de identificar las claves desencadenantes de los ataques. Se amplía, así mismo, información en diversas secciones como *comorbilidad y frecuencia relativa de otros trastornos* como la **fobia social** y **fobias específicas**. En cuanto **Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)**, destaca fundamentalmente el incremento en datos relativos a la prevalencia de éste en la infancia. Se añade un breve apartado de patrón familiar para el **Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)** describiendo la evidencia de un componente hereditario en la transmisión del trastorno y la relación entre antecedentes de depresión en parientes de primer grado y un incremento en la vulnerabilidad en el desarrollo del TEPT. Se añaden también datos sobre la prevalencia, curso y patrones familiares de otros trastornos como el **Trastorno por Estrés Agudo** y el **Trastorno por Ansiedad Generalizada**.

8) *Trastornos somatomorfos.*

Se trata de aclarar en la sección de condiciones médicas generales que algunos sujetos con **trastornos de somatización** padecen también signos objetivos que son parte de una condición médica comórbida. Se actualizan otros datos sobre el **trastorno de conversión**, **Trastorno por dolor** e **Hipocondría**. Respecto al **Trastorno dismórfico corporal**, se añaden a la lista de preocupaciones corporales la musculatura y la halterofilia (o “body building”).

9) *Trastornos facticios.*

Los únicos cambios relevantes giran en torno al **Síndrome de Munchausen** (el más severo y crónico entre los de esta categoría) y una mejor distinción entre éste y otras formas más leves y pasajeras de trastornos facticios.

10) *Trastornos disociativos.*

El texto ha sido modificado para resaltar que se han documentado casos de **Trastorno de identidad disociativo** en una gran variedad de culturas alrededor del mundo. Las secciones de *síntomas y trastornos asociados* y *curso* han sido actualizadas para el **Trastorno de despersonalización**.

11) *Trastornos sexuales y de la identidad sexual.*

Lo más destacable de esta sección es que se han revisado los criterios de *significación clínica* en el caso de las **parafilias**, aclarando que: A) En el caso de **Paidofilia, Voyeurismo, Exhibicionismo y Frotteurismo**, si el sujeto ha actuado impelido por una urgencia, o dicho impulso o las fantasías sexuales asociadas causan un malestar significativo o dificultades interpersonales, por definición será “*clínicamente significativo*”. B) En el caso de **sadismo sexual**, se cumpliría el criterio de “*Significación clínica*” si el sujeto actúa impelido por la urgencia con alguien que no consiente, o si el impulso o fantasías causan un malestar acusado o dificultades interpersonales. C) En el caso de las restantes parafilias, el criterio se cumple si la conducta, impulsos sexuales o fantasías causan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.

En cuanto al **trastorno de la identidad sexual**, se amplía el texto para indicar que los subtipos difieren en términos de *curso* y sintomatología asociada.

12) *Trastornos de la alimentación.*

Cabe destacar en este apartado que la sección de *síntomas y trastornos asociados* a la anorexia han sido actualizados para incluir la comorbilidad con ciertos trastornos de la personalidad. La sección de *prevalencia* ha incluido los datos disponibles sobre la figura masculina. Se ha tratado de aclarar en la sección de *curso* la relación entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Sobre esta última, se ha ampliado la información sobre las consecuencias a largo plazo.

13) *Trastornos del sueño.*

En general en ésta sección se limita a actualizar la información sobre los distintos trastornos, especialmente en relación con el *curso* y *hallazgos de laboratorio*. En el caso de **Disomnia sin especificar**, se incluyen descripciones más exhaustivas sobre síndromes como el de “piernas inquietas”.

14) *Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.*

Se añade una sección de *patrón familiar* para indicar aquellos trastornos que resultan más frecuentes entre parientes en primer grado de sujetos que padecen este trastorno, comparados con la población general y se actualizan distintas secciones de otros trastornos como la **Cleptomanía, Juego Patológico y Tricotilomanía**.

15) Trastornos adaptativos.

La sección de “*Síntomas y Trastornos asociados*” ha sido actualizada para establecer la comorbilidad con otros trastornos, y en lo referente a la *prevalencia* se incluye la tasa infantil. La sección de “*curso*” incluye ahora información sobre el riesgo de progresión a otros trastornos.

EJE II

1) Trastornos de personalidad.

No ha habido ningún cambio en los trastornos de Personalidad del grupo A (**Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico**). En cuanto al **trastorno antisocial** de la personalidad, se indica que los criterios que formaban parte del concepto tradicional de psicopatía podría ser mejores predictores de reincidencia en contextos en que los actos criminales tiendan a ser inespecíficos. Por otro lado, se resalta que ,contrariamente a lo que se ha venido pensando, el pronóstico del trastorno **límite de la personalidad** es bueno. Por último, se trata de esclarecer la relación entre trastornos de ansiedad (especialmente el Trastorno Obsesivo-Compulsivo) y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la personalidad.

2) Retraso mental.

Se ha añadido información adicional sobre la asociación entre ciertos factores etiológicos y ciertos síntomas y trastornos comórbidos (P.ej. El síndrome del cromosoma x frágil y Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.)

Tabla 1. Localización de las principales modificaciones en el DSM-IV-TR

SECCIÓN	LOCALIZACIÓN DE LAS PRINCIPALES MODIFICACIONES
TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA.	Retraso Mental; T. de la comunicación; T. autista; T. De Rett; T de Asperger; T. Generalizado no especificado; T. Por déficit de atención con hiperactividad; T. De comportamiento perturbador no especificado; T. Negativista desafiante; Pica; T. De ingestión alimentaria; T. De tics; Encopresis; Enuresis; T. De ansiedad por separación; T. Reactivo de la vinculación en la niñez o la infancia; T. De movimientos estereotipados.
DELIRIUM, DEMENCIAS, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS T. COGNOSCITIVOS	Delirium; Delirium debido a enfermedad médica; Delirium inducido por sustancias; Demencia tipo Alzheimer; Demencia debido a la enfermedad de Parkinson's/Pick; enfermedad de Creutzfeld-Jakob
TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA	Cambio de personalidad debido a enfermedad médica
T. RELACIONADOS CON SUSTANCIAS	Dependencia; Abuso; Intoxicación ; Abstinencia; Trastornos inducidos por sustancias (Anfetaminas, caféina, cannabis, cocaína, alucinógenos, Inhalantes, nicotina, opioides, Fenciclidina Sedantes, hipnóticos, ansiolíticos); polidependencia
ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS	Esquizofrenia (subtipos); T. Esquizofriforme; T. Esquizoafectivo; T. Delirante; T. Psicótico breve; T. Psicótico debido a enfermedad médica)
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	Episodio Depresivo mayor; T. Depresivo mayor; T. Distímico; T. Bipolar I y II; T. Bipolar no –especificado; Síntomas catatónicos; Síntomas melancólicos; Síntomas atípicos; Depresión post-parto; Ciclos rápidos.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD	Ataques de pánico; T. De pánico; Fobia específica; Fobia Social; TOC; TPET; T. Por estrés agudo; TAG.
TRASTORNOS SOMATOFORMES	T.de somatización; T. De conversión; T. Por dolor; Hipocondría; T. Dismórfico corporal
TRASTORNOS FACTICIOS	T. Facticio
TRASTORNOS DISOCIATIVOS	T. de identidad disociativo; T. de despersonalización
TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL	Disfunciones sexuales; parafilias; T. de la identidad sexual.
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	Anorexia Nerviosa; Bulimia Nerviosa.
TRASTORNOS DEL SUEÑO	Insomnio primario; Hipersomnias; Narcolepsia; T. del sueño relacionado con la respiración; T. del ritmo circadiano ; Disomnias no especificadas; Pesadillas; Sonambulismo; T. del sueño relacionados con otro T. mental
TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	T. Explosivo Intermitente; Cleptomanía; Juego Patológico; Tricotilomanía.
TRASTORNOS ADAPTATIVOS	En general...
T. DE PERSONALIDAD (EJE II)	Antisocial; Límite; por Dependencia; Obsesivo-Compulsivo
RETRASO MENTAL (EJE II)	(Ver 1: T. de inicio en la infancia...)
Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (EJE V)	4 pasos para completar la EEAG