

DSM-5: avances en la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales

ALBERTO GONZÁLEZ ROBLES
al117136@uji.es

AZUCENA GARCÍA PALACIOS
azucena@psb.uji.es

GUADALUPE MOLINARI
molinari@uji.es

EVA DEL RÍO GONZÁLEZ
eva.delrio@uji.es

Resumen

Uno de los aspectos más relevantes en Psicopatología es la clasificación de los trastornos mentales. La caracterización de los distintos problemas psicopatológicos en manuales diagnósticos estandarizados como los DSM publicados por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) o las Clasificaciones Internacionales de las Enfermedades (CIE) publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene una influencia fundamental en aspectos relevantes en la psiquiatría y la psicología clínica como el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento o la investigación. La publicación del DSM-5 va a suponer uno de los hitos más importantes en el ámbito de la salud mental en los últimos años. La revisión del DSM-IV ha puesto en cuestión diferentes aspectos fundamentales de las clasificaciones psiquiátricas vigentes (p. ej., estructura de la clasificación, enfoque prototípico, cuestiones relacionadas con la etiología, etc.). Fruto de esta revisión se han producido importantes modificaciones en algunos de estos aspectos. El objetivo de este trabajo es llevar a cabo una revisión general de los cambios que implica la sustitución del DSM-IV por el nuevo DSM-5. Estos cambios han sido especialmente sustanciales en la clasificación de los trastornos de personalidad (TP). Por ello, a fin de ejemplificar las modificaciones sufridas por el DSM, nos centramos en este grupo de trastornos. Finalizamos el artículo con una reflexión acerca de las repercusiones de la publicación del DSM-5.

Palabras clave: psicopatología, clasificación diagnóstica, DSM-5, trastornos de personalidad.

Abstract

One of the most important topics in Psychopathology is the classification of mental disorders. The description of different psychopathological problems in standardized

diagnostic manuals such as the DSM, published by the American Psychiatric Association (APA), or the ICD, published by the World Health Organization (WHO), strongly affects central aspects related to psychology and psychiatry, such as diagnosis, prognosis, treatment and research. The next publication of DSM-5 is expected to become an important milestone in mental health. The review has questioned several major aspects of current psychiatric classifications (e.g. classification framework, prototypical approach, different questions about etiology, etc.). As a result, important changes in some of these aspects have been done. The aim of this paper is to carry out a general review of the modifications that involves the replacement of DSM-IV by the new DSM-5. These changes have been especially important in the classification of personality disorders. For this reason, as an example, we will focus on the changes undergone by personality disorders. As a conclusion, we end our article with a reflection about the implications of the publication of DSM-5.

Keywords: Psychopathology, Diagnostic classification, DSM-5, Personality disorders.

Introducción. Sistemas de clasificación en psicopatología

Uno de los aspectos más relevantes en psicopatología es la clasificación de los trastornos mentales. La caracterización de los distintos problemas psicopatológicos en manuales diagnósticos estandarizados como el DSM, publicado por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), o la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene una influencia fundamental en aspectos relevantes en la psiquiatría y la psicología clínica como son el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento o la investigación. Ya ha transcurrido más de un siglo desde la elaboración de las primeras clasificaciones psicopatológicas. Dentro de este movimiento, cabe mencionar que una figura que ha ejercido una gran influencia en los sistemas de clasificación es sin duda Emil Kraepelin (1856-1926). Kraepelin, tras un enorme trabajo de ordenación y análisis de miles de historias clínicas, llegó a estructurar las categorías fundamentales de los trastornos mentales con tal fidelidad que la actual nomenclatura de las clasificaciones en psicopatología se basa aún, en gran medida, en sus primeras clasificaciones (Mesa, 1986).

En primer lugar, ¿qué entendemos por un sistema de clasificación diagnóstica? Belloch *et al.*, (2008) definen la clasificación como cualquier procedimiento utilizado para construir agrupaciones o categorías y para asignar entidades a dichas categorías, de acuerdo con atributos o relaciones comunes. Cuando pensamos acerca de los trastornos mentales, probablemente no nos detengamos a pensar cuál es el interés en organizar el conocimiento acerca de la psicopatología en categorías diagnósticas. Como indican los mismo autores, la clasificación de los fenómenos psicopatológicos no es más que un caso particular de un proceso más amplio de categorización natural, mediante el cual organizamos el ambiente externo y establecemos una visión coherente del mundo. La tarea de clasificar es propia no solo de cualquier actividad científica, sino de la misma necesidad humana de encontrar, o de imponer, orden en la realidad (Caballo, Salazar y Carrobbles, 2011). Así, la organización de los trastornos psicopatológicos en sistemas clasificatorios no se trata únicamente de una necesidad, sino que pone de manifiesto la inclinación del ser humano por hacer la realidad cognoscible y conceptualmente más manejable.

El fin de la clasificación psicopatológica sería la realización de un adecuado diagnóstico que nos permitiese asignar adecuadamente un individuo concreto a una determinada categoría diagnóstica a la cual supuestamente pertenece. Además, la clasificación de los trastornos mentales cumple otras importantes funciones (Caballo *et al.*, 2011):

- a) *Organizar la información.* Una etiqueta clasificatoria permite manejar la información disponible del paciente de un modo conciso. Afirmar que «M. tiene un trastorno bipolar», por ejemplo, nos sirve como un esquema que guía la observación y filtra la información que recibimos. No obstante, esta ventaja económica está intrínsecamente asociada con una contrapartida: ignorar información importante idiosincrásica que pudiera resultar relevante a la hora de caracterizar al individuo clasificado (Muñoz, 2003). Saber de un individuo su etiqueta diagnóstica nos permite conocer muy poco sobre sus metas, necesidades, funcionamiento o historia personal.
- b) *Facilitar la comunicación.* Seguramente esta es la función más importante y la que justifica mejor que cualquier otra la existencia y uso de esquemas clasificatorios. El uso de términos comunes y relativamente unívocos permite la comunicación entre diferentes profesionales.
- c) *Predecir el curso clínico y la respuesta al tratamiento.* Disponer de una etiqueta debería servir para poder predecir el curso probable del trastorno y orientar así hacia un determinado tratamiento, favoreciendo la creación de programas de intervención estandarizados. En medicina probablemente esto es así, aunque no tanto en psicología ni en psiquiatría: las estrategias de intervención psicológica, por el contrario, han de valerse de mucha más información adicional sobre el paciente, y se requieren formulaciones más complejas y detalladas del problema de cada paciente concreto.
- d) *Clarificar la etiología de la alteración.* La organización en grupos diferentes de sujetos con elementos covariantes compartidos debería, en teoría, facilitar la posibilidad de averiguar vías y nexos comunes en el desarrollo de la alteración. Pero la especulación sobre teorías causales en psicopatología es aún, desgraciadamente, muy elevada.
- e) *Facilitar el desarrollo teórico.* La clasificación ayuda a organizar y dirigir la investigación. No obstante, también es verdad que los propios sistemas diagnósticos y las etiquetas usadas pueden comprometer seriamente dicho desarrollo. Por ejemplo, los avances en nuestro conocimiento de la esquizofrenia se ven limitados y viciados desde el propio punto de partida, ya que los diferentes criterios que pueden legítimamente emplearse para su diagnóstico no ofrecen resultados coincidentes (Cuesta, Peralta y Zarzuela, 2007, citado por Caballo *et al.*, 2011).

A pesar de las evidentes ventajas de los sistemas de clasificación, el conocimiento acerca de los sistemas clasificatorios no progresaría si se ignoraran las limitaciones que estos presentan. En este sentido, un punto de partida importante para comprender mejor la naturaleza de la clasificación y el diagnóstico en psicopatología es reconocer que las etiquetas diagnósticas «no son realidades en sí mismas», sino construcciones teóricas que intentan, en un momento histórico dado, dotar de un orden a la gran variedad de la realidad. Las categorías diagnósticas en psicopatología no son «hechos», sino, fundamentalmente, nombres que utilizamos para organizar la realidad. El coste de esta organización se traduce, por ejemplo, en la necesidad de añadir un determinado número de categorías mixtas o «cajones de sastre» para incluir a un elevado número de sujetos que no logran cumplir los criterios para un trastorno dado (p. ej., «Trastorno de ansiedad no especificado»), o en que el número de categorías

suele ser muy inferior al de las diferencias interindividuales apreciadas en la práctica diaria (Millon, 1991).

Otro hecho que revela la imperfección de los sistemas de clasificación es que las categorías psiquiátricas son provisionales y cambiantes. De una edición del DSM o la CIE a la siguiente se introducen nuevas etiquetas y desaparecen otras. Estos cambios se fundamentan en la investigación empírica, pero también reciben la influencia de presiones culturales, económicas y sociales (Caballo *et al.*, 2011). Además, los sistemas diagnósticos pueden tener consecuencias negativas en el plano de las relaciones sociales, tales como el estigma social asociado al uso (y abuso) de etiquetas diagnósticas («depresivo», «esquizofrénico», «maníaco», etc.) y el que se impone el propio individuo que lo recibe.

Por otra parte, en el pasado, la mayoría de psiquiatras asumía que los trastornos mentales eran también entidades discretas, separados unos de los otros y de la normalidad, tanto por la identificación de distintas combinaciones de síntomas como por la demostración de etiologías distintas; en realidad esto se ha demostrado válido para un reducido número de enfermedades (p. ej.: el síndrome de Down, la fenilcetonuria, la enfermedad de Alzheimer y la corea de Huntington) (Kupfer *et al.*, 2004). Sin embargo, en los últimos veinte años se ha cuestionado cada vez más la asunción de enfermedad como entidad, a medida que se han acumulado pruebas de que trastornos mentales prototípicos como el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia y el trastorno bipolar parecen fundirse imperceptiblemente unos con otros y con la normalidad (Kendler y Gardner, 1998), sin poderse demostrar límites naturales o entornos peculiares entre ellos. Así, constantemente se observa la existencia de tasas de comorbilidad muy elevadas entre muchos trastornos. Esta comorbilidad es difícil de explicar en muchos casos. Para algunos, esto puede ser debido a que muchos trastornos comparten etiologías comunes (Andrews, Slade y Issakidis, 2002; Krueger, 1999), pero igualmente puede ser debido, en parte importante, a las propias debilidades e insuficiencias de los sistemas diagnósticos actuales (p. ej., criterios poco claros, criterios que permiten solapamientos, semejanza excesiva en la definición de cuadros diferentes, etc.).

¿Sistemas dimensionales o sistemas categoriales?

La polémica acerca de la conveniencia de utilizar sistemas categoriales frente a sistemas dimensionales ha estado presente en prácticamente toda la historia de los sistemas de clasificación. Existe una gran divergencia de opiniones en la comunidad de psiquiatras y psicólogos respecto a cuál de estos enfoques resulta más adecuado, debida fundamentalmente a que ambos presentan una serie de ventajas e inconvenientes que dificultan que un sistema se acabe imponiendo sobre el otro.

Un modelo categorial, como el DSM o la CIE, supone una clasificación cualitativa de carácter dicotómico. Según esto, un individuo pertenece o no pertenece a una determinada clase o categoría (p. ej., o se tiene una «fobia social» o no se tiene), de modo que su adscripción a dicha categoría se determina en función de su semejanza respecto a un tipo ideal o prototipo diagnóstico que se refleja en el sistema clasificatorio (Caballo *et al.*, 2011).

Un modelo dimensional asume que las personas presentan distintos perfiles de las mismas variables subyacentes. Es decir, no asigna a los individuos a categorías según criterios disyuntivos de pertenencia o no pertenencia, sino que los clasifica a lo largo de un conjunto de dimensiones (representadas, idealmente, de forma métrica). Esta clasificación es cuantitativa, y utiliza un criterio continuo acerca del grado en que se representa una determinada característica en nuestro objeto de clasificación (p. ej., gravedad del estado de ánimo deprimido que presenta una persona).

¿Cuáles son las ventajas de los sistemas categoriales? Facilitan la comunicación entre profesionales gracias al uso de etiquetas diagnósticas, otorgan un sentido de la psicopatología más unitario y favorecen diseños de investigación y tratamiento más estandarizados. Otras ventajas de los sistemas categoriales son (Lorr, 1986, citado por Belloch *et al.*, 2008): ser fácilmente memorizables, responder mejor a las exigencias de una organización institucional asistencial, en los aspectos que tienen que ver con la administración y archivo de historias clínicas, con la planificación de servicios o con la realización de estudios epidemiológicos.

Por su parte, los sistemas dimensionales ofrecen la ventaja de permitir combinar diversos atributos clínicos a la vez, con una menor pérdida de información y favoreciendo una deseable interpretación de la psicopatología y la normalidad como extremos de un mismo continuo y no como fenómenos separados y excluyentes. Además, facilita una mayor individualización del tratamiento.

Las clasificaciones actuales son eminentemente categoriales, aunque se está realizando un esfuerzo importante en incluir las ventajas de la aproximación dimensional en las nuevas versiones de los sistemas de clasificación diagnóstica.

Diagnóstico multiaxial: cuestionando la continuidad de los ejes I y II

Una evaluación diagnóstica completa del DSM-IV es una evaluación multiaxial. Mediante el diagnóstico multiaxial los pacientes son evaluados a lo largo de cinco ejes o dominios de información. Estos ejes incluyen, a modo general, información acerca del posible diagnóstico (síndromes clínicos, trastornos de personalidad y retraso mental), presencia de enfermedades médicas, estresores psicosociales y factores contextuales que puedan estar influyendo en el trastorno y una evaluación del funcionamiento global del paciente, que aporta información acerca de la gravedad de los síntomas y/o del grado de interferencia causado por el trastorno.

Pese a ser el sistema diagnóstico más empleado por una gran parte de los clínicos, en los últimos años algunos investigadores se han preguntado si el sistema multiaxial es un modo adecuado de reflejar el diagnóstico psicopatológico. Un trabajo relevante relacionado con esta línea de investigación es el llevado a cabo por Krueger (2005). En su estudio se cuestionan los fundamentos sobre los que se sustenta la diferenciación entre los trastornos pertenecientes al Eje I y aquellos que se deben codificar en el Eje II, identificando diversas fuentes de evidencia empírica que contradicen esta distinción. Las características que constituyen la base de esta diferenciación son, según Krueger (2005), seis: estabilidad, edad de inicio, respuesta al tratamiento, *insight* o conciencia de enfermedad, comorbilidad y especificidad de los síntomas, y etiología.

En primer lugar, se presupone una mayor estabilidad de los trastornos de personalidad (codificados en el Eje II) frente a los síndromes clínicos (codificados en el Eje I). Sin embargo, la evidencia muestra que no existen grandes diferencias en la estabilidad entre trastornos de personalidad y síndromes clínicos.

Otra de estas características es la edad de inicio. Uno de los criterios del DSM-IV es que la edad de inicio de un trastorno de personalidad debe ser la adolescencia o el principio de la edad adulta, mientras que para la mayoría de síndromes clínicos no se realizan especificaciones acerca de la edad de inicio. La evidencia empírica analizada hace suponer que esto no es así en realidad, y que tanto los trastornos de personalidad como los síndromes clínicos aparecen ambos en personas jóvenes. Por ejemplo, algunos datos sobre la prevalencia de los síndromes clínicos en la población sugieren que estos trastornos son realmente más prevalentes en la gente joven (Kessler *et al.*, 1994).

En relación a la respuesta al tratamiento, históricamente se ha asumido que los trastornos de personalidad son menos susceptibles de tratamiento que los síndromes clínicos. Ha habido también otra asunción histórica y relacionada con la anterior, que afirma que los trastornos de personalidad requieren intervenciones psicoterapéuticas, mientras que los síndromes clínicos se tratarían mejor desde un enfoque psicofarmacológico. Sin embargo, tanto los primeros como los segundos pueden ser tratados con psicoterapia (Perry y Bond, 2000; Piper y Joyce, 1999, citado por Krueger, 2005) como con el uso de fármacos (Markovitz, 1999, 2004, citado por Krueger, 2005).

Los trastornos de personalidad se conceptualizan como trastornos mentales en los cuales el enfermo presenta un *insight* pobre (baja conciencia de enfermedad), mientras que se asume que en los síndromes clínicos el *insight* es mayor. Sin embargo, no se pueden hacer afirmaciones concluyentes acerca del rol del *insight* en los trastornos de personalidad ya que los estudios empíricos existentes sobre este aspecto son muy escasos (Krueger, 2005).

En relación a la comorbilidad y la especificidad de los síntomas, los trastornos de personalidad y los síndromes clínicos podrían ser diferenciados por su relativa independencia y la especificidad de sus síntomas. Partiendo de esta idea estas dos clases de trastornos tenderían a producirse separadamente y a mostrar una sintomatología muy diferenciada, en vez de tender a darse de manera conjunta y presentar síntomas comunes (Krueger, 2005). Un ejemplo que resulta inconsistente con esta idea puede hallarse en el modelo cognitivo-comportamental para la ansiedad en la fobia social de Rapee y Heimberg (1997). Estos autores sostienen que la fobia social y el trastorno de personalidad por evitación se situarían en un continuo de ansiedad, con el rasgo de timidez en un extremo, el trastorno de personalidad en el otro extremo y la fobia social entre ambos. Esta aproximación sugiere que la única diferencia entre estas tres condiciones estaría en la intensidad y/o gravedad de los síntomas, y no en la naturaleza de los mismos.

Además, se ha constatado la co-ocurrencia de síntomas (comorbilidad) en una amplia variedad de trastornos: entre el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad y la Esquizofrenia; entre el Trastorno Paranoide de la Personalidad y el Trastorno Delirante; entre los Trastornos del Estado de Ánimo y el Trastorno Límite de la Personalidad, entre los Trastornos del Control de los Impulsos y el Trastorno Límite de la Personalidad; y entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad. Asimismo, hay trastornos de ansiedad o del estado de ánimo de inicio precoz absolutamente indistinguibles de un TP, lo que plantea la posibilidad de considerar a los TP como variantes de inicio precoz de trastornos del Eje I (Esbec y Echeburúa, 2011).

Por último, puede apreciarse una tendencia entre los clínicos a atribuir a los síndromes clínicos una etiología más genética y, por consiguiente, más susceptible de tratamiento farmacológico, y una etiología más ambiental a los trastornos de personalidad, lo cual los haría más susceptibles de tratamiento psicológico. Sin embargo, la evidencia empírica tampoco parece apoyar esta idea (Krueger, 2005). Sabemos que existen factores de vulnerabilidad biológicos (alto afecto negativo y bajo afecto positivo) que pueden subyacer a diversos trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, como las fobias o la depresión mayor. Sin embargo, en muchos casos estos trastornos no aparecen sin un desencadenante ambiental claro.

De los trastornos de personalidad, por su parte, tampoco podemos afirmar que su etiología sea únicamente de origen ambiental. El modelo teórico propuesto por Crowell, Beauchaine y Linehan (2009) sobre el Trastorno Límite de la Personalidad, postula que en el origen de este trastorno existe una vulnerabilidad *biológica* que interactúa con un *ambiente invalidante*. Esta vulnerabilidad biológica da lugar a una disfunción emocional (o incapacidad para regular las emociones) y a una alta impulsividad, mientras que el ambiente invalidante se traduce en la invalidación de emociones, el entrenamiento inadecuado de las emociones y un refuerzo de

la expresión emocional aversiva o negativa. Así, lo que acabaría originando el trastorno sería la interacción entre ambos tipos de influencias. Por lo tanto, no debe cometerse el error de atribuir un síndrome clínico solo a causas genéticas, o un trastorno de la personalidad únicamente a causas ambientales, porque en la mayoría de casos estos trastornos son el resultado de una compleja interacción de factores ambientales y biológicos.

Los aspectos expuestos hasta ahora (polémica relativa a la conveniencia de emplear sistema categoriales vs. dimensionales, sentido de la diferenciación de los ejes I y II del DSM) han sido centrales y responsables de la reflexión sobre la adecuación del DSM. El cuestionamiento de estos elementos surge de los hallazgos de la investigación en psicopatología que, junto a la experiencia clínica, ha puesto de manifiesto la necesidad de una revisión del DSM. En el próximo apartado se resumen los principales cambios propuestos para el DSM-5.

Propuestas para el DSM-5

Los cambios más relevantes que ha supuesto el proceso de revisión del DSM-IV son los que se exponen a continuación:

1. La desaparición del diagnóstico multiaxial y su sustitución por un sistema no axial con dos bloques de información acerca del paciente (Cassels, 2012).
 - a) Un primer bloque que combina los anteriores ejes I, II y III, y que contiene información acerca de síndromes clínicos, trastornos de personalidad y enfermedades médicas.
 - b) Un segundo bloque con los factores psicosociales y contextuales relacionados con el problema, así como el grado de incapacidad producido por el mismo. Este bloque se correspondería con los ejes IV y V del actual sistema de ejes.
2. Una mayor presencia del componente dimensional. Por ejemplo, en la nueva definición de los trastornos de personalidad se propone la evaluación de una serie de rasgos y dimensiones de personalidad mediante el uso de escalas dimensionales. Asimismo, en la mayoría de categorías diagnósticas se incluye la evaluación de la gravedad de los casos por medio de escalas dimensionales.
3. Cambios en la estructura de diversos capítulos. Por ejemplo, el capítulo de Trastornos de ansiedad presente en el DSM-IV, se divide en tres capítulos en el DSM-5, a saber, Trastornos de ansiedad, Trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados, y Trastornos relacionados con el trauma y estrés. Otro cambio significativo que afecta a la estructura es que los Trastornos de inicio en la infancia ya no estarán recogidos en un capítulo y se distribuirán en los distintos capítulos del DSM-5 en función de su naturaleza (Trastornos del estado de ánimo, Trastornos de ansiedad, etc.).
4. Cambios en los criterios diagnósticos de algunos trastornos tales como el Trastorno bipolar, los Trastornos de personalidad, los Trastornos psicóticos, etc.
5. La eliminación y/o pérdida de entidad de algunas categorías diagnósticas. Por ejemplo, el Trastorno de identidad de género desaparece de la clasificación diagnóstica y el Asperger deja de constituir una categoría diagnóstica para quedar subsumido en el Trastorno del espectro autista. Asimismo, el trastorno adaptativo ya no constituirá una capítulo y se incluirá en el capítulo de Trastornos relacionados con el trauma y estresores.

El proceso de revisión del DSM no ha estado exento de críticas. Una de los aspectos más criticados ha sido la propuesta de nuevas categorías diagnósticas, tales como el trastorno psicótico atenuado, que, según algunos autores implicarían la disminución del umbral para diagnosticar un trastorno, con los perjuicios que ello conlleva (administración de medicación innecesaria, estigmatización de la persona diagnosticada del trastorno, etc.). Estas críticas y algunos resultados empíricos han llevado a las comisiones del DSM-5 a no aceptar la inclusión de, por ejemplo, el trastorno psicótico atenuado.

Por otro lado, la revisión del DSM no ha afectado a todas las categorías diagnósticas por igual. Hay trastornos que no han sufrido ninguna modificación o solo ligeras modificaciones (p. ej., Trastorno depresivo mayor, Trastorno de pánico), y otros cuya revisión ha supuesto una modificación sustancial de diversos aspectos. De todos los trastornos, un ejemplo paradigmático de transformación profunda lo constituyen los Trastornos de personalidad. Vamos a ver en el siguiente apartado cuáles han sido estos cambios y en qué razones se fundamentan los mismos.

Cambios propuestos para los trastornos de personalidad en el DSM-5

Al revisar la literatura acerca de los trastornos de personalidad podemos apreciar que entre los autores hay un acuerdo sustancial en señalar cuáles son las limitaciones que presenta tanto la definición como la clasificación vigente de estos trastornos. Dichas carencias son las que se presentan, de manera resumida, a continuación (Widiger y Trull, 2007): *a*) la excesiva coocurrencia de distintos trastornos de personalidad en el mismo individuo; *b*) una falta de adecuada cobertura de la patología de la personalidad, de manera que los criterios diagnósticos son insuficientes para caracterizar la patología de personalidad de los pacientes, lo que tiene como consecuencia que el trastorno de personalidad más diagnosticado sea el trastorno de la personalidad no especificado; *c*) el establecimiento de límites arbitrarios entre el funcionamiento normal y patológico (solo el Trastorno límite de la personalidad, el Trastorno de la personalidad esquizotípico y el Trastorno antisocial de la personalidad cuentan con bases lógicas con base empírica suficiente); *d*) el problema de la heterogeneidad entre las personas diagnosticadas del mismo trastorno de personalidad o, lo que es lo mismo, que individuos con perfiles sintomatológicos muy distintos entre sí son asignados a la misma categoría diagnóstica.

En relación a la revisión de los trastornos de personalidad, uno de los aspectos centrales y que más polémica ha generado es la eliminación de algunos de los diferentes tipos de trastornos de personalidad, pasando de los diez tipos que recoge el DSM-IV a un número de seis en el DSM-5. Así, está previsto que la futura clasificación de los trastornos de personalidad esté constituida por los siguientes tipos o categorías: trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno evitativo de la personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y trastorno narcisista de la personalidad. Desaparecen, por lo tanto, el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno esquizoide de la personalidad, el trastorno histriónico de la personalidad y el trastorno dependiente de la personalidad. En cuanto al trastorno narcisista de la personalidad cabría señalar que, en el proceso de revisión del DSM-IV, fue propuesto para su eliminación de la clasificación de los TP, pero que finalmente va a permanecer en la lista prevista de los seis TP para el DSM-5 (Ogrodniczuk, 2013).

La definición de los Trastornos de la Personalidad también ha cambiado. Las características de la nueva definición global de los Trastornos de la Personalidad propuesta por la APA para el DSM-5 podrían resumirse en los siguientes puntos (Skodol *et al.*, 2011):

- a) El individuo presenta un deterioro significativo del *self* o identidad, y/o del funcionamiento interpersonal.
- b) Están presentes uno o más dominios o facetas de personalidad patológicas.
- c) El deterioro en el funcionamiento de la personalidad y en la expresión de rasgos patológicos:
 - es relativamente estable a lo largo del tiempo y consistente a través de las situaciones,
 - no se explica mejor por la etapa evolutiva en la que se encuentra la persona o por el entorno sociocultural y
 - no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia psicoactiva o de una enfermedad médica.

Por otro lado, la revisión propuesta sugiere modificar el «patrón dominante de pensar, sentir y comportarse» (DSM-IV) por el de «fracaso en la adaptación», desde dos puntos de vista: deterioro significativo del *self* o identidad y/o del funcionamiento interpersonal. De este modo, los trastornos de personalidad representan la incapacidad de desarrollar un sentido de identidad personal (con déficits en el autoconcepto y en el autocontrol) y de establecer unas relaciones interpersonales adaptativas en el contexto de las normas culturales del individuo y de las expectativas creadas, con alteraciones específicas en el ámbito de la empatía, de la intimidad y de la cooperación interpersonal. Esta incapacidad es estable en el tiempo y de origen temprano (Esbec y Echeburúa., 2011).

Debido a que puede haber un mayor o menor grado de perturbación, cada paciente debe ser evaluado en una escala de 0 a 4 en los siguientes niveles de funcionamiento (Skodol *et al.*, 2011):

- En el *Área Personal* se contemplan distintos niveles de funcionamiento: *Identidad, Auto-concepto y Auto-dirección*. El área personal o de la identidad incluye la experiencia del sí mismo como único, con límites claros entre uno mismo y los demás; la estabilidad de la autoestima y la precisión del auto-concepto; y la capacidad de regular la experiencia emocional.
- En el *Área Interpersonal* se contemplan distintos niveles de funcionamiento: *Empatía, Intimidad y Cooperación, y Complejidad e Integración de las representaciones de los otros*. El área interpersonal abarca la capacidad de comprensión y de aprecio de las experiencias y las motivaciones de los demás; la tolerancia para con las perspectivas que difieren de las propias; y la comprensión de los efectos de la propia conducta sobre otras personas. Además, también incluye aspectos como la profundidad y la duración de una conexión positiva con los otros; el deseo y la capacidad de estar cerca de los demás; y la cooperación en la conducta interpersonal.

A la hora de evaluar los TP debemos realizar una valoración dimensional por dimensiones y rasgos de personalidad. De hecho, uno de los aspectos más relevantes en la revisión de los trastornos de personalidad, es la asunción del modelo de los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1999) como una de las bases de la nueva definición de los trastornos de personalidad. En concreto, la nueva definición de los trastornos de personalidad contempla estos trastornos como variantes patológicas de los factores y facetas de este modelo. De manera análoga al modelo, se distinguen entre 25 rasgos o facetas, organizados en 5 factores de orden superior, a saber (Trull, 2012): Afectividad negativa (labilidad emocional, ansiedad, ansiedad

de separación, perseveración, sumisión, hostilidad, déficit en restringir el afecto, depresión y suspicacia); Esquizotipia (afecto restringido, depresión, suspicacia, aislamiento, anhedonia y evitación de la intimidad); Antagonismo (hostilidad, manipulación, engaño, grandiosidad, búsqueda de atención e insensibilidad/crueldad); Desinhibición (irresponsabilidad, impulsividad, déficit en rigidez perfeccionista, distraibilidad y asunción de riesgos); y Psicoticismo (creencias y experiencias inusuales, excentricidad, y disregulación perceptual y cognitiva).

Como puede apreciarse, las diferencias en la conceptualización y definición de los trastornos de personalidad con respecto al DSM-IV son muy sustanciales. Estos cambios han sido más profundos que en la mayoría de trastornos objeto de revisión. A modo de resumen, estas diferencias son: la desaparición de cuatro de los diez tipos (paranoide, esquizoide, histriónico y dependiente), manteniéndose de este modo seis (esquizotípico, límite, narcisista, antisocial, evitativo y obsesivo-compulsivo); la modificación de la definición general de los trastornos de personalidad y de algunos de sus criterios diagnósticos (p. ej., se introduce el criterio según el cual el sujeto debe presentar uno o más dominios de personalidad patológica); la introducción de los *Niveles de funcionamiento de la personalidad* y su evaluación en una escala dimensional; y la valoración dimensional de dimensiones y rasgos de personalidad basada en el modelo de los Cinco Grandes (McCrae y Costa, 1999).

Conclusión

Para finalizar, vamos a reflexionar brevemente sobre algunos de los aspectos que hemos revisado, no sin antes señalar que, pese a sus desventajas y su imperfección, los sistemas clasificatorios son fundamentales tanto en la práctica clínica como en el desarrollo teórico y la actividad investigadora. No olvidemos la utilidad y las importantes funciones que cumplen (organizar la información, facilitar la comunicación, asignación del tratamiento más adecuado, etc.). Además, también proporcionan un marco práctico y conceptual en el cual los investigadores podemos basarnos a fin de desarrollar modelos teóricos para la comprensión de los diferentes trastornos psicopatológicos, y para la construcción de instrumentos de evaluación y de intervenciones adecuadas.

No obstante, cabe señalar que, pese a que los sistemas clasificatorios cada vez están más basados en la evidencia empírica, en su desarrollo sigue siendo importante la influencia de factores culturales, sociales y económicos (p. ej., los intereses económicos o el papel de los factores psicosociales y contextuales en los diferentes trastornos emocionales considerados desde el punto de vista de las sociedades desarrolladas).

Por otro lado, hemos podido ver como la evidencia presentada por Krueger (2005) hace que se tambaleen los principios sobre los que se asienta la distinción entre Eje I y Eje II. Esto no implica que estas dos modalidades de trastornos no difieran, pero se debe llevar a cabo más investigación para dilucidar las verdaderas bases sobre las que se asienta esta diferenciación. De hecho, el diagnóstico multiaxial tal como lo conocíamos desde el DSM-III va a desaparecer en el DSM-5, hecho que probablemente esté reflejando el posicionamiento según el cual entre los Trastornos de Personalidad y los Síndromes Clínicos existan más similitudes que diferencias (Krueger, 2005). Esto constituye un cambio muy sustancial en este aspecto si tenemos en cuenta que el diagnóstico multiaxial ha estado presente desde el DSM-III. Si ha sido una decisión adecuada solo el tiempo, la práctica y las investigaciones surgidas a raíz del uso del nuevo manual harán posible que lo sepamos.

¿Qué más podemos decir acerca del DSM-5? Si el paso del DSM-III al DSM-IV consistió en la adición de nuevas categorías y la eliminación de otras, el cambio de algunos criterios diagnósticos, etc., la sustitución del DSM-IV por el DSM-5, se va a caracterizar, además de estos

cambios, por un mayor cuestionamiento de los sistemas categoriales e intentos más notables de introducir la dimensionalidad en el DSM-5. Estos intentos se han traducido en cambios como la valoración por rasgos y dimensiones propuesta para los Trastornos de la Personalidad o la introducción de escalas de gravedad en distintos trastornos mentales.

Ahora bien, lejos de desaparecer, es una realidad que el diagnóstico categorial seguirá presente en los sistemas clasificatorios. Si bien la mayor presencia del componente dimensional supone un avance con respecto a los sistemas clasificatorios previos, todavía hay muchas cuestiones que la investigación no consigue resolver. No estamos defendiendo que el enfoque categorial deba desaparecer de los sistemas de clasificación psicopatológica ya que presenta diversas ventajas (p. ej., facilitación de la comunicación entre profesionales, creación de protocolos de tratamiento estandarizados, etc.), pero hay muchos aspectos que la investigación todavía debe dilucidar (problemas graves en cuanto a la definición operativa de los trastornos mentales, la clasificación, la valoración de gravedad o prototipicidad, la distinción entre el Eje I y el Eje II, la heterogeneidad en los mismos diagnósticos, la relación con los rasgos de personalidad, la comorbilidad, el punto de corte entre normalidad y anormalidad, la validación de distintos trastornos en estudio, tales como el trastorno depresivo de la personalidad, el pasivo-agresivo—, etc.) para acercarnos más a la verdadera naturaleza de los trastornos mentales.

Además, ya hemos comentado que la revisión del DSM-5 no ha estado exenta de críticas y que una de las más frecuentes es la introducción, en algunos casos, de requisitos más laxos a la hora de diagnosticar un trastorno mental. Esto nos lleva una vez más a preguntarnos acerca de cuál debe ser el punto de corte entre la normalidad y la anormalidad. Recordemos que un exceso de patologización puede acarrear consecuencias como la administración de tratamientos innecesarios y el estigma social que muchas veces sufren las personas diagnosticadas de trastornos psicológicos.

No nos gustaría terminar sin comentar que, aunque es común señalar que estos sistemas son ateóricos, en realidad esta propiedad proviene más bien de la propia impotencia declarada por la psiquiatría y la psicología para poder formular un sistema diagnóstico basado en causas, como existe en disciplinas como la medicina (enfermedades víricas, bacterianas, debidas a traumatismos, etc.). Este hecho nos lleva inmediatamente a la reflexión de la ingente cantidad de trabajo que la investigación en psicopatología debe llevar a cabo para seguir avanzando en el conocimiento de los trastornos mentales, y coloca al estudio de la etiología de los trastornos psicopatológicos como una de las áreas de investigación que más frutos puede proporcionar en las próximas décadas.

En suma, este estado de cambio constante en los sistemas diagnósticos refleja que la psicopatología es una disciplina en constante desarrollo, y que el saber científico acerca de la misma dista aún mucho de ser definitivo.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Andrews, G., Slade, T. & Issakidis, C. (2002). Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *British Journal of Psychiatry*, 181, 306-314.
- Artigas-Pallarés, J. (2011). ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM-V. *Revista de Neurología*, 52, S59-69.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología (Edición revisada)*. Madrid: McGrawHill.

- Caballo, V., Salazar, I. & Carrobles, J. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Cassels, C. (2012). DSM-5 Gets APA's Official Stamp of Approval. Recuperado el 6 de enero de 2013, de: <http://www.medscape.com/viewarticle/775496>.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1999). *Manual técnico del NEO PI-R*. Madrid: TEA.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P. & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135 (3), 495-510.
- Cuesta, M. J., Peralta, V. & Zarzuela, A. (2007). Empirical validation of competing definitions of schizophrenia: a poly-diagnostic study of cognitive impairment in non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*, 95, 39-47.
- Esbec, E. & Echeburúa, E. La reformulación de los trastornos de personalidad en el DSM-V (2011). *Actas españolas de Psiquiatría*, 39 (1), 1-11.
- Harrison, P. (2012). Controversial New Diagnosis in DSM-5 May Be Faulty. Recuperado el 7 de enero, 2013, de: <http://www.medscape.com/viewarticle/772757?src=emailthis>.
- Kendler, K. S. & Gardner Jr., C. O. (1998). Boundaries of major depression: An evaluation of DSM-IV criteria. *The American Journal of Psychiatry*, 155(2), 172-177.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 921-926.
- Kupfer, D. J., First, M. B. & Regier, D. A. (2004). *Agenda de Investigación para el DSM-V*. Barcelona: Masson.
- Levy, Meehan, Carin, Ellison & Ogradniczuk (2013). Understanding and treating pathological narcissism. En Ogradniczuk, J. S. (ed.) *Narcissism in the DSM* (pp. 45-62). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Maldonado, G., Saldívar, A., Llanes, A. & Sánchez, I. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Mental*, 34, 367-378.
- Mesa, P. J. (1986). *El marco teórico de la psicopatología*. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Millon, T. (1991). Classification in psychopathology: Rationale, alternatives and standars. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 245-261.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.
- Rapee, R. M. & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (8), 741-756.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Oldham, J. M., Alarcon, R. D. et al. (2011). Personality Disorder types Proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25 (2), 136-169.
- Trull, T. J. (2012). The Five-Factor Model of Personality Disorder and DSM-5. *Journal of Personality*, 80: 6.
- Widiger, T. A. & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 66 (2), 71-83.