

Tras largos años de retraso según su propio calendario, la *American Psychiatric Association* acaba de presentar el borrador de la quinta edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5, con la intención de publicar su versión definitiva en mayo del año 2013. Dicho borrador se encuentra disponible en la página web desarrollada al efecto, www.dsm5.org.

Además de las propuestas específicas para introducir nuevos diagnósticos o para cambiar criterios diagnósticos, se pretende proponer la adición de una forma de “valoración dimensional” en las evaluaciones diagnósticas, de tal manera que permitan valorar no sólo la presencia, sino también la gravedad del síntoma, así como considerar los “síntomas transversales”, aquellos que pueden estar presentes en diferentes diagnósticos. Se pretende con ello superar el modelo de “cumple / no cumple criterios diagnósticos”, no “perder” los síntomas presentes en el paciente pero ausentes en la lista de criterios de su trastorno principal, y permitir una evaluación más cuantitativa, que contemple la gravedad del trastorno en el paciente concreto y no sólo su presencia o ausencia.

Otra “sensibilidad psicopatológica” que se pretende contemplar y desarrollar es la perspectiva del desarrollo y su influencia en las manifestaciones de los distintos trastornos mentales. Así, se trata de cubrir, por un lado, la influencia que la edad del paciente pueda tener en sus síntomas, valorando la aplicabilidad en la infancia, o la necesidad de adaptación en su caso, de los criterios de trastornos mentales definidos para adultos pero también presentes en niños y adolescentes (léase depresión, esquizofrenia...); y por otro, la existencia de “subtipos diagnósticos” cambiantes para cada edad, es decir, establecer distintos criterios diagnósticos para un mismo trastorno en función del momento evolutivo del paciente, valorando la aplicabilidad en la vida adulta, o la necesidad de adaptación en su caso, de los criterios de trastornos mentales definidos para niños y adolescentes pero también presentes en adultos (léase TDAH, Autismo...).

En cuanto a las modificaciones específicas que se proponen para los llamados “Trastornos de inicio habitual en la infancia, niñez o adolescencia”, las propuestas más destacables son:

• **Posibles nuevos diagnósticos:**

- Trastorno de estrés postraumático en preescolares;
- Trastorno por disregulación del temperamento con disforia;
- Trastorno de Conducta insensible, cruel o carente de emociones;
- Discapacidades del aprendizaje;
- Autolesiones sin intención suicida;
- Autolesiones sin intención suicida no especificadas.

• **Posibles reclasificaciones en otras categorías diagnósticas:**

- Pica (en Trastornos de la conducta alimentaria);
- Rumiación (en Trastornos de la conducta alimentaria);
- Trastorno de la ingesta alimentaria en la infancia/niñez (en Trastornos de la conducta alimentaria, renombrado como trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria);
- Ansiedad de separación (en Trastornos de ansiedad, y redefiniendo sus criterios para su aplicación en adultos).

• **Posibles desapariciones del DSM:**

- Síndrome de Rett

• **Posibles desapariciones por inclusión en otros diagnósticos:**

- Trastorno de la expresión escrita (en discapacidades del aprendizaje);
- Trastorno del aprendizaje no especificado (en discapacidades del aprendizaje);
- Trastorno desintegrativo (en Trastornos del espectro autista);
- Síndrome de Asperger (en Trastornos del espectro autista);
- Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado (en Trastornos del espectro autista);

• **Cambio de los Trastornos Generalizados del Desarrollo por Trastornos del Espectro Autista;**

• **Mantenimiento de los diversos Trastornos de tics o traslado a la categoría de los Trastornos de ansiedad y obsesivo-compulsivos;**

• **Cambio del nombre “Retraso Mental” por “Discapacidad Intelectual”;**

• **“Dislexia” por “Trastorno de la Lectura”, y “discalculia” por “Trastorno del cálculo”;**

- **Modificación y reagrupación de criterios en el Trastorno Opositor Desafiante;**

- **Trastorno de déficit de atención / hiperactividad:**

- Cambios en la estructura general: mantener los actuales criterios, pero sin subtipos y con un solo código diagnóstico; o eliminar los subtipos predominantemente inatento e hiperactivo-impulsivo y desarrollar un nuevo diagnóstico independiente de “Trastorno por Déficit de Atención”;
- Cambios en la codificación del déficit de atención: mantener el subtipo inatento, pero con no más de dos criterios de hiperactividad; o desarrollar un nuevo diagnóstico independiente;
- Cambios en los criterios diagnósticos: añadir cuatro nuevos criterios de impulsividad;
- Cambios en la edad de inicio: ampliar el posible

inicio hasta los 12 años, y/o cambiar el concepto “inicio” por el de “desajuste significativo”, o “presencia de síntomas”.

- Especificar los criterios para su diagnóstico en adultos (reducir el número exigido de 6 a 3);
- Elaborar más las descripciones de los criterios;
- Modificar los criterios de exclusión (quitar los trastornos generalizados del desarrollo como excluyentes para el diagnóstico).

Así pues, cambios para todos los gustos, de más o menos importancia, y, en apariencia, con pocas (o ninguna) sorpresa. En cualquier caso, habrá que ir siguiendo el proceso, aún a 3 años de completarse. Recuerden: www.dsm5.org.

Atentamente

Óscar Herreros
Director de la Revista