

J. Sáiz Ruiz

El DSM-V y sus «espectros»

Hospital Ramón y Cajal
Universidad de Alcalá
Madrid

El vocablo «espectro» en castellano tiene una primera acepción general con el significado «fantasma; visión química, terrorífica, como la que se da en los sueños o en las figuraciones de la imaginación». Sin embargo, en la terminología psiquiátrica de los últimos años se ha hecho frecuente el uso de esta palabra para designar un conjunto de entidades nosológicas, distintas pero relacionadas, que tienen ciertos rasgos comunes, se solapan o se agrupan a lo largo de una determinada secuencia. Da idea del éxito del término y su difusión que existan ya más de 100 libros de psiquiatría que en su título incluyan la palabra *spectrum* y hasta una revista científica de impacto (*CNS Spectrums*) que fue creada en 1996. Se trata, por tanto, de un anglicismo, si bien el concepto de espectro en física, que se refiere a la distribución de la intensidad de una radiación en función de una magnitud característica, como la longitud de onda, la energía, la frecuencia o la masa, intuitivamente nos dirige al sentido que tiene en inglés como «una condición o valor que no está limitado a un conjunto de valores, sino que puede variar infinitamente a través de un *continuum*» o «una amplia gama de ideas u objetos, variados pero interconectados y afines, cuyas características individuales tienden a solaparse para formar una secuencia o serie continua». En cualquier caso ya se empleaba en medicina para designar el rango de amplitud de la serie de especies microbianas sobre las que es terapéuticamente activo un medicamento.

El concepto surge tras la introducción en la década de 1980, y la rápida expansión, de las clasificaciones basadas en la psicopatología descriptiva (DSM-III y IV; CIE-10) que utilizan criterios operativos para definir categorías diagnósticas. La contribución que estos instrumentos han supuesto para el desarrollo de la psiquiatría, facilitando un lenguaje común y sirviendo para su uso generalizado en la investigación, se pone de manifiesto con los datos de un estudio reciente¹. No obstante, hay numerosas críticas e insatisfacciones con los diagnósticos en uso, lo que ha llevado a un

intenso y extenso debate sobre el desarrollo de sus versiones futuras. La esperanza de que los avances científicos y tecnológicos (genética molecular, neuroimagen, etc.) permitieran una nueva clasificación basada en la fisiopatología y en marcadores biológicos no puede ya sostenerse, y la fragilidad de los constructos nosológicos actuales cuestiona su validez, por lo que se alzan muchas voces solicitando cambios sustanciales²⁻⁴.

La ingente iniciativa que trata de dar respuesta a esta tarea ha sido auspiciada por las instituciones que avalan el DSM-V (Asociación Psiquiátrica Americana) y la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud) y ha recibido el apoyo económico del gobierno de Estados Unidos por medio de los Institutos Nacionales de Salud. Se ha organizado una serie de 12 conferencias bajo el título «El futuro del diagnóstico en psiquiatría. Perfeccionando la agenda de investigación». Dos de ellas se dedican a cuestiones metodológicas y las otras 10 a temas monográficos sobre parcelas clínicas en discusión o con nuevas propuestas. Se pretende un consenso amplio y la mayor participación multinacional posible. Para ello se están realizando la mitad de las reuniones fuera de Norteamérica y la mitad de los participantes de todas ellas son de países distintos de Estados Unidos. También se estimula la interacción con cualquier interesado a través del proyecto DSM-V Prelude y se facilita extensa información por internet (<http://www.dsm5.org>). La preparación de esta nueva edición comenzó en 1999 y se espera que llegue a término en 2012 para el DSM-V y en 2015 para la CIE-11⁵.

Puede dar una idea de la vigencia de la concepción de espectro en este contexto que dos de las conferencias realizadas (trastorno obsesivo-compulsivo y autismo) incorporaban el término «espectro» a su título y que en otras seis (personalidad, adicciones, trastornos inducidos por estrés y circuitos del miedo, psicosis, trastornos externalizantes infantojuveniles y ansiedad-depresión) se ha manejado ubicuamente el concepto. En efecto, Maser y Paterson ya propusieron⁶ en 2002, en un documentado y extenso artículo, el «espectro», como un modelo para que la nosología del DSM-V considerase la dimensionalidad y se prestara atención a síndromas menores (subumbrales) o no incluidos en los criterios, reduciendo los problemas causados por los diagnósticos «no

Correspondencia:
Jerónimo Sáiz Ruiz
Hospital Ramón y Cajal
Universidad de Alcalá
28034 Madrid
Correo electrónico: jsaiz.hrc@salud.madrid.org

especificados» y la excesiva comorbilidad y se ajustaran mejor a las necesidades de clínicos e investigadores.

Sin embargo, su conceptualización dista mucho de ser uniforme, ya que se aplica a muy diversas enfermedades y trastornos con significados variados y sin una definición sólida. Se postula, por ejemplo, que la expresividad variable de los genotipos para los trastornos psiquiátricos puede producir un espectro de fenómenos clínicos diferentes, de modo que los trastornos que forman parte de un espectro común podrían compartir parte de los genes que confieren el riesgo para la enfermedad o modifican las manifestaciones de la misma. Otras veces se piensa que los trastornos del espectro serían manifestaciones o fases del mismo proceso subyacente de enfermedad, así que pueden compartir algunas características clínicas, pero diferir en gravedad, o ser un estadio más precoz o una forma menos evolucionada. Un punto de vista diferente es el que mantiene que los diferentes trastornos estarían distribuidos en un abanico continuo que comienza en la normalidad, sigue con los pródromos, síntomas menores, etc., hasta la enfermedad manifiesta. También hay modelos que ubican las entidades en un *continuum* antitético sobre dimensiones ortogonales con polos opuestos extremos. En general los espectros en psiquiatría se deberían caracterizar por historia familiar con heredabilidad compartida, manifestaciones clínicas (síntomatología, curso) similares, aparición comórbida, marcadores neurobiológicos comunes y respuesta a un mismo tratamiento.

Algunos de los espectros más frecuentemente propuestos son:

- El «espectro» obsesivo-compulsivo.
- El «espectro» bipolar.
- El «espectro» afectivo.
- El «espectro» autista.
- El «espectro» esquizofrénico (psicótico).
- El «espectro» externalizante.
- Otros (ansiosodepresivo, adictivo, antisocial, etc.).

Hacemos a continuación un breve comentario sobre los espectros más relevantes.

El espectro obsesivo-compulsivo ha sido defendido por Hollander⁷ y la característica que definiría el grupo (sobre una dimensión antitética obsesión [hipercontrol]-impulsión [déficit de control]) sería compartir el deseo imperioso de realizar una determinada conducta, un malestar subjetivo y objetivo crecientes que se alivian al realizar la conducta y la aparición de forma repetida de estos fenómenos. A favor de la relación entre estos trastornos⁸ estarían algunas características clínicas como que impulsividad y compulsividad tienen en común la incapacidad de inhibir o retrasar comportamientos repetitivos, que algunos enfermos obsesivos pueden llegar a manifestar síntomas impulsivo-agresivos y que es conocida la interpretación freudiana de la neurosis obsesiva a

través del incremento de la impulsión-agresión (latente) que provoca conductas compensatorias. También en algunos trastornos impulsivos pueden existir síntomas obsesivos y se ha postulado igualmente la respuesta a fármacos serotoninérgicos, aunque esto es más dudoso. Sin embargo, ni la fenomenología ni los datos procedentes de los estudios familiares y neurobiológicos apoyan esta agrupación. Así, impulsión y compulsión son fenómenos distintos. Los actos compulsivos (mentales o motores) son secundarios a patología del pensamiento, se fundamentan en la duda patológica, tienen carácter absurdo y son egodistónicos. En cambio las impulsiones son actos automáticos, incoercibles y en cortocircuito que no emergen de una duda esencial. Igualmente los hallazgos procedentes de la investigación (genética, estudios familiares, neuroimagen, neuroquímica, psiconeuroendocrinología, etc.) no favorecen la existencia del espectro. Los trastornos que compondrían el espectro serían en una visión más restrictiva: el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la enfermedad de Gilles de la Tourette, el trastorno dismórfico corporal y la hipocondría. Otro candidato a ser integrado sería la tricotilomanía, y en un enfoque más amplio múltiples trastornos impulsivos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad del clúster B, entidades aún no reconocidas (como la adicción a internet o al sexo), autismo o trastornos neurológicos como la enfermedad de Huntington. En publicaciones previas^{9,10} afirmamos que las diferencias fenomenológicas, neurobiológicas, en neuroimagen y genéticas sugieren que el TOC y los trastornos del control de los impulsos son entidades nosológicas independientes.

En cuanto al espectro bipolar se justifica su propuesta por la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz, la escasa detección en la infancia y adolescencia, los límites arbitrarios en el umbral diagnóstico (criterio temporal en hipomanía, etc.), los errores diagnósticos frecuentes (omitiendo estados mixtos o hipomanía, sobrediagnosticando depresión unipolar, etc.), los efectos perjudiciales de un tratamiento basado en un diagnóstico erróneo (antidepresivos en pacientes bipolares), la frecuente e importante comorbilidad, la presencia de la impulsividad como factor común (más controvertida) y la alta prevalencia del «espectro» bipolar (con límites extendidos multiplica por 10 su prevalencia). Se integrarían en este grupo los bipolares tipo I y II, ciclotimia, la inestabilidad afectiva (hipertimia) en respuesta a antidepresivos, estados mixtos, depresiones con edad de comienzo temprana, historia familiar de trastorno bipolar, melancolías, etc., y en otras propuestas más discutidas, trastornos impulsivos (adicciones, trastorno de conducta, trastorno explosivo intermitente, trastornos antisocial y límite de la personalidad, etc.), fobia social y trastorno de pánico¹¹, aunque existen posturas diferentes y un vivo debate sobre los límites¹²⁻¹⁴.

También hay autores¹⁵ que abogan por la existencia de un espectro afectivo en torno a la respuesta a tratamientos antidepresivos, un conjunto de variaciones genéticas heredables, la expresión a través de manifestaciones diversas en árboles familiares y la concurrencia de varios trastornos del

espectro en afectados. La propuesta inicial reunía a depresión mayor, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, bulimia nerviosa, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, colon irritable, migraña y cataplejía. Posteriormente¹⁶ se añaden distimia, fibromialgia, trastorno por estrés postraumático, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y disforia premenstrual. Otra tendencia es la de considerar dentro del mismo espectro el trastorno de ansiedad generalizada, depresión mayor, distimia y trastorno de pánico. En todo caso es patente la decepción con la clasificación actual de los trastornos afectivos¹⁷.

El espectro autista¹⁸ engloba autismo, trastorno generalizado del desarrollo (no especificado) y síndrome de Asperger. Son discapacidades del desarrollo provocadas por una anomalía en el cerebro, tienden a tener problemas sociales y de comunicación, son propensas a ciertas conductas repetitivas y no quieren cambios en sus actividades diarias, aprenden, prestan atención y reaccionan ante diferentes sensaciones de manera inusual, comienzan en la infancia y perduran durante toda la vida. Constituyen un grupo heterogéneo en cuanto a presentación clínica y pronóstico en el que es frecuente la comorbilidad médica (epilepsia, trastornos del sueño, intolerancia alimentaria, disfunción gastrointestinal, disregulación inmunitaria, etc.) y psiquiátrica (trastornos del estado de ánimo, agresividad, conducta autodestructiva, síntomas obsesivos, regresión en el desarrollo psicomotor, etc.). Probablemente es el espectro que menos controversia plantea y que ha sido mejor aceptado.

Por su parte, el espectro psicótico se caracteriza por la presencia de percepciones cognitivas aberrantes y viene precedido por el clásico concepto de «esquizotaxia» y «psicosis única». Se fundamenta en que muchos datos (no todos) son compartidos por los de esquizofrenia y trastorno bipolar. Engloba psicosis esquizoafectivas, paranoia, esquizotipia, y más dudosamente trastorno límite de la personalidad e incluso TOC. Subraya síntomas menores, de bajo grado, subumbrales, rasgos temperamentales y manifestaciones subsindrómicas¹⁹. En otras concepciones sería un eje continuo de síntomas desde la normalidad a la enfermedad, pasando por los pródromos, facilitado por un «trastorno fundamental común a todas las psicosis»²⁰.

Ha adquirido también predicamento la existencia de un espectro externalizante²¹ que englobaría el trastorno de conducta, la personalidad antisocial, la impulsividad y agresividad temperamental y el abuso y dependencia de sustancias. Todo ello dentro de un modelo dimensional y psicométrico que opone a este factor externalizante de la psicopatología otro internalizante, en el que se situarían ansiedad, depresión, quejas somáticas y problemas de relación. La aplicación de este modelo a la investigación parece ofrecer resultados prometedores^{22,23}.

Como vemos, una serie de planteamientos bastante variados y de muy diferente aceptación y alcance. Todos comparten su apuesta por la dimensionalidad y el intento

de abordar la nosología con límites más flexibles que se acoplen mejor a la realidad clínica y faciliten el progreso de la investigación. Los diagnósticos DSM/CIE se basan en clasificaciones politéticas que usan algoritmos, con síntomas que deberían ser «esenciales» y «discriminativos». El problema está en que, por desgracia, los ítems esenciales no diferencian el trastorno y los discriminativos no son esenciales. Por otro lado existe una gran heterogeneidad en los grupos de diagnóstico. Como ejemplo se obtienen hasta 90 patrones diferentes de agrupación de síntomas combinando 5 de los 9 criterios posibles para el trastorno límite de la personalidad. El hecho es que los «trastornos» son constructos frágiles, poco consistentes, con validez aparente, pero cuya validez real no acaba de sustanciarse por la fisiopatología. Esto nos limita a operar sobre los síntomas o, como mucho, sobre conjuntos de síntomas asociados que covarian a lo largo del tiempo. El modelo teórico del espectro denota la insuficiente fundamentación de la nosología psiquiátrica descriptiva y contribuye a aumentar la ambigüedad e indefinición de los «trastornos», de modo que ha de ser integrado en planteamientos más rigurosos y contrastados que aumenten la consistencia de las nuevas sistemáticas de clasificación.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Muñoz F, García-García P, Sáiz-Ruiz J, Mezzich JE, Rubio G, Vieta E, et al. A Bibliometric Study of the Use of the Classification and Diagnostic Systems in Psychiatry over the Last 25 Years. *Psychopathology* 2008;41:214-25.
2. Sadler JZ. Values in developing psychiatric classifications: a proposal for DSM-V. En: Sadler JZ, editor. *Descriptions and prescriptions: values, mental disorders and the DSMs*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2002; p. 301-22.
3. McHugh PR. Striving for coherence. Psychiatry's efforts over classification. *JAMA* 2005;293:2526-8.
4. Zachar P, Kendler KS. Psychiatric disorders: a conceptual taxonomy. *Am J Psychiatry* 2007;164:557-65.
5. Regier DA. Obsessive-compulsive behavior spectrum: refining the research agenda for the DSM-V. *CNS Spectr* 2007;12:343-4.
6. Maser JD, Patterson T. Spectrum and nosology: implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25:855-85.
7. Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum phenomena and the DSM-V developmental process. *CNS Spectr* 2008;13:107-8.
8. López-Ibor JJ Jr. Impulse control in obsessive-compulsive disorder: a biopsychopathological approach. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1990;14:709-18.
9. Blanco C, Moreyra P, Nunes EV, Sáiz-Ruiz J, Ibáñez A. Pathological gambling: addiction or compulsion? *Semin Clin Neuropsychiatry* 2001;6:167-76.
10. Saiz Ruiz J, Montes JM. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos en el control de los impulsos. En: Vallejo J, Berrios G, editores. *Estados obsesivos*. Barcelona: Elsevier-Masson, 2006; p. 635-50.
11. Akiskal HS. The emergence of the bipolar spectrum: validation along clinical-epidemiologic and familial-genetic lines. *Psychopharmacol Bull* 2007;40:99-115.

12. Benazzi F. Bipolar disorder. Focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Lancet* 2007;369:935-45.
13. Ghaemi SN, Baldessarini RJ. The manic-depressive spectrum and mood stabilization: Kraepelin's ghost. *Psychother Psychosom* 2007;76:65-9.
14. Goodwin FK. The evolution of the concept of bipolar disorder. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(Suppl. 1):40-1.
15. Hudson JI, Pope HG Jr. Affective spectrum disorder: does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *Am J Psychiatry* 1990;147:552-64.
16. Hudson JI, Mangweth B, Pope HG Jr, De Col C, Hausmann A, Gutweniger S, et al. Family study of affective spectrum disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:170-7.
17. Cole J, McGuffin P, Farmer AE. The classification of depression: are we still confused? *Br J Psychiatry* 2008;192(2):83-85.
18. Xue Ming, Brimacombe M, Chaaban J, Zimmerman-Bier B, Wagner GC. Autism spectrum disorders: concurrent clinical disorders. *J Child Neurol* 2008;23:6-13.
19. Sbrana A, Dell'Osso L, Benvenuti A, Rucci P, Cassano P, Banti S, et al. The psychotic spectrum: validity and reliability of the structured clinical interview for the psychotic spectrum. *Schizophr Res* 2005;75:375-87.
20. Blázquez R, Galarraga E. El *continuum* entre normalidad y psicosis. *Ann Psiquiatr* 2007;23:20-30.
21. Krueger RF, Markon KE, Patrick CJ, Iacono WG. Externalizing psychopathology in adulthood: a dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *J Abnorm Psychol* 2005;114:537-50.
22. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:543-52.
23. Dick DM, Aliev F, Wang JC, Grucza RA, Schuckit M, Kuperman S, et al. Using dimensional models of externalizing psychopathology to aid in gene identification. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:310-8.