

# Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5

*Schizophrenia and other Psychotic Disorders: main changes in the new DSM-5*

Mar Rus-Calafell<sup>1</sup> & Serafín Lemos-Giráldez<sup>2</sup>

## Resumen

*El presente artículo tiene como objetivo resumir los principales cambios realizados en la definición y descripción de la esquizofrenia, así como de sus criterios diagnósticos, en la quinta edición del DSM. En esta edición, la nueva categoría diagnóstica en la que se recoge la esquizofrenia se titula "Trastorno del Espectro Esquizofrénico y otros Trastornos Psicóticos". Los cambios específicos en su definición incluyen la eliminación de los subtipos clásicos y del trato especial al síntoma de delirio bizarro o la alucinación de tipo "Schneideriana" (síntomas de primer orden). Se incluyen, en lugar de los subtipos, especificadores de curso según el síntoma predominante en el momento de la evaluación, que pretenden ayudar al clínico a tomar decisiones en cuanto al tratamiento apropiado de la patología en ese momento concreto. Se ofrece también una delimitación más clara entre esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo y la reconceptualización de la catatonía.*

**Palabras clave:** Esquizofrenia. DSM-5. Espectro Esquizofrénico. Subtipos clásicos. Trastorno esquizoafectivo. Catatonía.

## Summary

*The present article aims to summarize and discuss the main changes made in the definition and description of schizophrenia, and its diagnostic criteria, in the fifth edition of the DSM. In this last edition, the new diagnostic category that includes schizophrenia is entitled "Schizophrenic Spectrum Disorder and other Psychotic Disorders". Specific changes in the defini-*

---

<sup>1</sup>Department of Social Psychiatry, Institute of Psychiatry.  
King's College London

<sup>2</sup>Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo

**Correspondencia:** Dra. Mar Rus-Calafell, PhD  
Institute of Psychiatry  
at the Maudsley Hospital  
King's College London  
De Crespigny Park  
London SE5 8AF  
E-mail: maria.rus-calafell@kcl.ac.uk

tion include the elimination of the classic subtypes as well as the special treatment of bizarre delusions and Schneiderian hallucinations (first-rank symptoms). Instead of subtyping, the DSM-5 uses specifiers of the course of the illness, which are intended to allow clinicians to report current status and the previous course up to the present evaluation. Furthermore, this will help clinicians to make decisions regarding the appropriate treatment of the disorder at that particular time. This edition also provides a clearer distinction between schizophrenia and schizoaffective disorder and a reconceptualization of the relationship of schizophrenia and catatonia.

**Key words:** Schizophrenia. DSM-5. Schizophrenic Spectrum. Classical subtypes. Schizoaffective disorder. Catatonia.

## DEFINICIÓN Y CAMBIOS RESPECTO AL DSM-IV

La reciente publicación de la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V, 2013) está en expansión entre los clínicos como nueva herramienta diagnóstica, aunque su uso no está totalmente establecido. Esta nueva edición, donde la nueva categoría diagnóstica en la que se recoge la esquizofrenia, se titula “*Trastorno del Espectro Esquizofrénico y otros Trastornos Psicóticos*”, introduce algunos cambios importantes en el diagnóstico de este trastorno, respecto a ediciones anteriores del manual. Antes de pasar a comentar los principales cambios que afectan, sobre todo, a los criterios diagnósticos, debemos subrayar que la introducción del capítulo ha sido extendida para definir de manera más concreta los diferentes dominios de la psicopatología psicótica y describir más extensamente la organización de varios trastornos psicóticos (Carpenter *et al.*, 2009).

En primer lugar, se aumenta a dos los síntomas del Criterio A exhibidos por el paciente, que se requieren para establecer el diagnóstico de esquizofrenia, y además uno de estos síntomas debe ser uno de los primeros tres listados: delirios, alucinaciones y habla desorganizada. Así pues, se ha eliminado el trato especial al síntoma de delirio bizarro o la alucinación de tipo “Schneideriana” (alucinaciones auditivas experimentadas en forma de voces que pronuncian los propios pensamientos, voces que discuten y voces que comentan las propias acciones).

Al respecto, una nueva definición de delirios se introdujo al comienzo de este capítulo del DSM-

5, como “creencias fijas” que no son susceptibles de cambio a la luz de datos contradictorios, en vez de “creencias erróneas”, teniendo en cuenta que no siempre es posible determinar su carácter verídico.

Otros cambios efectuados en relación a los criterios diagnósticos de la esquizofrenia son, por una parte, la clarificación sobre síntomas negativos en el mismo criterio A y, por otra parte, la clarificación del criterio F. Los expertos han considerado que la abulia y la expresión emocional disminuida son aspectos claves de los síntomas negativos, y que esta última describe mucho mejor la naturaleza de la anormalidad afectiva, que no el aplanamiento afectivo. Así pues, la quinta característica del criterio A será síntomas negativos (como abulia o expresión emocional disminuida). El criterio F, que hacía referencia a la adición del diagnóstico de esquizofrenia, en caso de historia clínica de autismo o trastorno del generalizado del desarrollo solo si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito), se ha incluido también “cualquier trastorno de la comunicación de inicio en la infancia” como condición previa a la adición del diagnóstico.

Uno de los cambios más prominentes es la eliminación de los subtipos: no se identifican, sino que el subtipo se determina según el síntoma predominante en el momento de la evaluación. Los anteriores subtipos son ahora utilizados como “especificadores”, con el fin de detallar más el diagnóstico. Tanto la esquizofrenia como el resto de trastornos psicóticos se caracterizan por diferentes dominios psicopatológicos, cada uno con diferentes cursos, patrones de respuesta al tratamiento e implicaciones pronósticas. Los dominios sintomáticos más

relevantes incluyen distorsión de la realidad (alucinaciones y delirios), desorganización, síntomas negativos, deterioro cognitivo, comportamiento psicomotor anormal (p.ej., catatonía) y aspectos del humor (depresión y manía). La severidad de estos dominios se debe valorar en una escala de 0 (no presente) a 4 (presente y severo). La manera de puntuar estas dimensiones, según esta escala de cinco puntos, se explica en la Sección 3 del manual. Así pues, los especificadores van a añadir una medida sobre la severidad de estas dimensiones sintomáticas que se puede acompañar también de un especificador de curso (Carpenter & Tandon, 2013). Los especificadores de curso son: 1) primer episodio, actualmente episodio agudo; 2) primer episodio, actualmente en remisión parcial; 3) primer episodio, actualmente en remisión total; 4) episodios múltiples, actualmente episodio agudo; 5) episodios múltiples, actualmente en remisión parcial; 6) episodios múltiples, actualmente en remisión total; 7) continuo (gran variedad de síntomas que cumplen los criterios de los síntomas de diagnóstico de un trastorno deben estar presentes la mayoría del curso de la enfermedad con períodos de síntomas subumbral que deben ser breves en relación con el curso general); 8) inespecífico. Estos especificadores pretenden ayudar a los clínicos a tomar decisiones en cuanto al tratamiento apropiado de la patología en ese momento concreto.

Con la eliminación de la catatonía como un subtipo de esquizofrenia, su tratamiento ha cambiado por completo en esta nueva edición del manual. El mismo criterio para el diagnóstico de la catatonía es utilizado de manera consistente en todo el manual: es un especificador de varios trastornos psicóticos (incluido por supuesto la esquizofrenia) y de los trastornos del humor (trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor). También se ha incluido una categoría residual, titulada Catatonía No Especificada, que pretende clasificar a esos individuos que presenten catatonía asociada a otros trastornos psiquiátricos u otra condición médica general que no haya sido aún identificada.

Otro de los cambios realizados en un diagnóstico específico ha sido la reconceptualización del trastorno esquizoafectivo. El diagnóstico de este trastorno debe realizarse ahora de manera longitudinal y no transversal. Así pues, el cambio se ha

aplicado al criterio C (temporalidad de los síntomas afectivos) con el requerimiento de que el episodio afectivo mayor debe estar presente durante la mayor parte de la duración del trastorno. Principalmente, este cambio se ha realizado para remarcar más la diferencia entre el trastorno esquizoafectivo y otros trastornos psicóticos con presencia de síntomas afectivos.

Las limitaciones en el diagnóstico diferencial entre el trastorno delirante y algunas variantes del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastornos relacionados, trastorno de acumulación o el trastorno dismórfico corporal han sido también revisadas en esta nueva edición del DSM. Estos tres últimos trastornos tienen ahora un nuevo especificador sobre el *insight* (bueno, suficiente, pobre). En consecuencia, el trastorno delirante incluye un criterio de exclusión que especifica que los síntomas no pueden explicarse mejor por la presencia de TOC o trastorno relacionado con ausencia de *insight* respecto a la idea delirante. En otras palabras, la presencia de creencias delirantes no implica el establecimiento automático del diagnóstico de trastorno psicótico. Según la edición anterior, el DSM-IV-TR, cuando un paciente presentaba ambas condiciones, el clínico debía establecer ambos diagnósticos. En el DSM-5 estos pacientes van a recibir un solo diagnóstico: por ejemplo, si existieran características de TOC con creencias delirantes, el diagnóstico final sería: trastorno obsesivo-compulsivo con características psicóticas (Carpenter & Tandon, 2013).

Finalmente, bajo la clasificación de *condiciones emergentes bajo estudio* (Apéndice III, se trata de esas condiciones que requieren de más investigación antes de su consideración formal como trastorno), se ha incluido el diagnóstico de “*Síndrome de Psicosis Atenuada*” para identificar a aquellas personas con elevado riesgo de desarrollo de psicosis. Este nuevo síndrome es un constructo poliédrico basado en la frecuencia, duración y progresión de síntomas, asociado a disfunción social búsqueda de tratamiento y/o malestar clínicamente significativo (Fonseca-Pedrero, Pains, & Fraguas, 2013). Al igual que los demás trastornos incluidos en este capítulo, se trata de trastornos bajo estudio que aún no disponen de la suficiente evidencia empírica como para ser incluidos en el texto principal.

## IMPLICACIONES DE ESTOS CAMBIOS

Es importante destacar que la psicosis no es exclusiva de la esquizofrenia, sino que aparece en una serie de categorías diagnósticas del trastorno psicótico. Por este motivo tanto el cambio de nombre de la categoría (a destacar la inclusión de la palabra Espectro) como la extensión de la introducción del capítulo pretenden ayudar al clínico a considerar las extremadamente diferentes manifestaciones de la psicosis.

El cambio en el tratamiento especial de los síntomas de primer rango (delirios bizarros o alucinaciones auditivas comentando o conversando) constituye, desde nuestro punto de vista, un cambio acertado debido a la baja fiabilidad y especificidad del concepto “bizarro”. La definición última de este concepto es difusa y confusa, y su eliminación puede también prevenir sesgos culturales. Este cambio no debería tener un impacto muy elevado desde una perspectiva de análisis de casos, ya que menos del dos por ciento de personas que recibieron un diagnóstico de esquizofrenia, siguiendo el manual DSM-IV, estuvo basado en la presencia de un solo síntoma de delirio bizarro o alucinación (Shin *et al.*, 2013).

Algunos autores ya habían apuntado que los subtipos limitaban demasiado la estabilidad del diagnóstico, tenían baja fiabilidad y validez, y baja aplicación clínica (Peralta & Cuesta, 2003). Otro dato relevante, sobre la utilidad de los subtipos anteriormente usados en el manual DSM, es que menos del cinco por ciento de las publicaciones en esquizofrenia tienen como objetivo comparar los diferentes subtipos en relación con las variables de estudio (Braff *et al.*, 2013). Con la inclusión de los especificadores –tanto de dominios psicopatológicos como de curso– se complementa la evaluación categorial de los trastornos psicóticos, lo cual permite una evaluación más individualizada y específica de los pacientes. La inclusión de estas ocho dimensiones es, sin duda, el mayor y más clínicamente significativo cambio de los realizados por el grupo de trabajo para esta categoría diagnóstica.

Aunque el cambio en el criterio C del trastorno esquizoafectivo se realizó para mejorar la fiabilidad, validez y estabilidad del trastorno (Tandon & Carpenter, 2013), siguen sin quedar claros cuáles

son los criterios que delimitan “la mayor parte” (o parte substancial) del curso del trastorno.

Una de las críticas, que consideramos debe recibir esta nueva edición, es que finalmente no se ha incluido ningún criterio sobre los déficits neurocognitivos de la esquizofrenia. Tanto la comunidad científica como clínica reconoce que es uno de los aspectos más prominentes de la psicopatología asociada a la enfermedad. Algunos autores, como Bora, Yücel y Pantelis, incluso publicaron en 2010 su propuesta sobre las posibles alternativas para definir el deterioro cognitivo en el DSM-5: 1) su inclusión como especificador (en lugar de criterio diagnóstico); 2) una definición del déficit cognitivo como una dimensión dentro del sistema “híbrido” dimensional-categorial de esta nueva edición. No obstante, a pesar de la importancia de la función cognitiva para la comprensión de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, no se han incluido los déficits cognitivos en el criterio de “A” de la esquizofrenia, o los criterios para otro trastorno psicótico. La principal razón que han dado los miembros del grupo de trabajo es que la disfunción cognitiva no es un marcador de diagnóstico diferencial para la esquizofrenia, ya sea para distinguir un paciente de una persona sana o de una persona afectada por otros trastornos psiquiátricos (Barch *et al.*, 2013).

En resumen, la gran heterogeneidad clínica, patológica y etiológica de la esquizofrenia, así como sus borrosos límites con otros diversos trastornos psicóticos, todavía reducen la validez de contenido, la validez discriminante y la validez predictiva como constructo unitario de enfermedad. De hecho, el DSM-5 sigue todavía definiendo este síndrome por exclusión (no debido al estado de ánimo o al trastorno esquizoafectivo, ni a efectos fisiológicos de una sustancia o de otra condición médica); y la descripción sintomática que se hace en el criterio A no es exclusiva (los delirios más la abulia pueden estar presentes en la depresión mayor, las alucinaciones más el lenguaje desorganizado pueden estar presentes en la manía; los delirios más la grave conducta desorganizada pueden estar presentes en la demencia); y el deterioro funcional y los criterios de duración de al menos 6 meses pueden cumplirse también en varios estados maníacos, depresivos o demenciales. En consecuencia, los cambios introducidos en

el DSM-5 en los trastornos psicóticos representan solo leves avances en la fiabilidad y utilidad clínica, pero apenas abordan la cuestión crítica de la validez y no suponen un cambio de paradigma.

Como consecuencia de lo anterior, existen serias dudas respecto a la utilidad de los procedimientos diagnósticos actuales del constructo teórico de la esquizofrenia, a la hora de tomar decisiones prácticas, especialmente en lo que respecta al abordaje terapéutico.

Parece claro que el verdadero impacto de los cambios realizados en el DSM-5 solo podrá someterse a juicio cuando haya sido utilizado por un tiempo. Los estudios epidemiológicos ayudarán también a detectar cambios en la prevalencia y comorbilidad respecto al DSM-IV (Rieger, Kuhl, & Kupfer, 2013), incluyendo la aplicación de encuestas representativas nacionales de trastornos con alta relevancia para la salud pública en todo el mundo, como la esquizofrenia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
2. **American Psychiatric Association.** (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. **Barch, D.M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Heckers, S., Malaspina, D., 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.
4. **Bora, E., Yücel, M., Pantelis, C.** (2010). Cognitive impairment in schizophrenia and affective psychoses: implications for DSM-V criteria and beyond. *Schizophrenia Bulletin*, 36: 36-42.
5. **Braff, D.L., Ryan, J., Rissling, A.J., Carpenter, W.T.** (2013). Lack of use in the literature from the last 20 years supports dropping traditional schizophrenia subtypes from DSM-5 and ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 39: 751-753.
6. **Carpenter, W.T., Bustillo, J.R., Thaker, G.K., van Os, J., Krueger, R.F., Green, M.J.** (2009). The psychoses: cluster 3 of the proposed meta-structured for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39: 2025-2042.
7. **Carpenter, W., & Tandon, R.** (2013). Psychotic disorders in DSM-5, summary of changes. *Asian Journal of Psychiatry*, 6: 266-268.
8. **Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Fraguas, D.** (2013). DSM-5: ¿Síndrome de psicosis atenuada? *Papeles del Psicólogo*, 34: 190-207.
9. **Peralta, V., & Cuesta, M.J.** (2003). The nosology of psychotic disorders: a comparison among competing classification systems. *Schizophrenia Bulletin*, 29: 413-425.
10. **Rieger, D.A., Kuhl, E.A., Kupfer, D.J.** (2013). The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12: 92-98.
11. **Shin, A.K., Heckers, S., Ongur, D.** (2013). The special treatment of first Rank auditory hallucinations and bizarre delusions in the diagnosis of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 146: 17-21.
12. **Tandon, R., & Carpenter, W.T.** (2013) Psychotic disorders in DSM-5. *Die Psychiatrie*, 10: 5-9.
13. **Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D.M., Bustillo, J., Gur, R., Heckers, S., Carpenter, W.** (2013) Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150: 3-10.