

Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 Y CIE-11

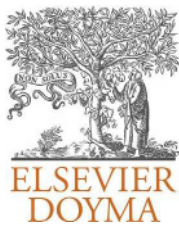


Letalop® (Quetiapina)

Cortesía

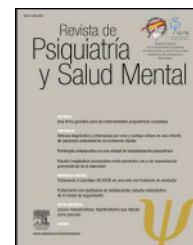


INFORMACIÓN:
suporte@sncpharma.com
+58 241 - 8243339
241 - 8249323



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



REVISIÓN

Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11



Consuelo de Dios^{a,*}, Jose Manuel Goikolea^b, Francesc Colom^b,
Carmen Moreno^c y Eduard Vieta^b

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital General Universitario La Paz, IDIPAZ, CIBERSAM, Universidad Autónoma, Madrid, España

^b Programa de Trastorno Bipolar, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, España

^c Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense, IISGM, CIBERSAM, Madrid, España

Recibido el 27 de abril de 2014; aceptado el 2 de julio de 2014

Disponible en Internet el 17 de octubre de 2014

PALABRAS CLAVE

Trastorno bipolar;
Depresión;
Trastornos afectivos;
Clasificación
en Psiquiatría;
Diagnóstico

Resumen Las clasificaciones DSM-5 y CIE-11, esta última en elaboración, pretenden armonizar los diagnósticos de los trastornos mentales. En este artículo hacemos una revisión crítica de los puntos que pueden aproximar y aquellos que pueden dificultar la convergencia de los trastornos bipolares, así como de aquellas condiciones clínicas —incluidas dentro de los trastornos depresivos— con especial relevancia para los trastornos bipolares (p. ej., episodio depresivo mayor). Las principales novedades agregadas comprenden la incorporación de parámetros dimensionales para la evaluación de los síntomas, la posibilidad de diagnosticar cuadros subumbrales del espectro bipolar, la consideración de nuevos especificadores de curso como los síntomas mixtos, la desaparición del diagnóstico de episodio mixto, y el aumento del umbral para el diagnóstico de hipo/manía.

Las convergencias destacables son la inclusión del trastorno bipolar II en la CIE-11 y la exigencia adicional, además de la euforia o la irritabilidad, de un aumento de la energía o de la actividad para el diagnóstico de hipo/manía en ambas clasificaciones. El mantenimiento del diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo, del duelo como criterio de exclusión de depresión mayor, o el diagnóstico de episodio mixto en el trastorno bipolar, son algunas de las principales divergencias en la versión beta de la CIE-11 respecto al ya editado DSM-5.

Conclusión: Dado que el DSM-5 ya ha sido publicado, serán necesarios cambios en el borrador de la CIE-11 o modificaciones del DSM-5.1 para armonizar los diagnósticos psiquiátricos.

© 2014 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: consuelo.dios@salud.madrid.org (C. de Dios).

KEYWORDS

Bipolar disorder;
 Depression;
 Affective disorders;
 Psychiatric
 classification;
 Diagnosis

Bipolar disorders in the new DSM-5 and ICD-11 classifications

Abstract The DSM-5 and ICD-11 classifications, the latter still under development, are aimed at harmonizing the diagnoses of mental disorders. A critical review is presented of the issues that can converge or separate both classifications regarding bipolar disorders, and those conditions – included in depressive disorders – with special relevance for bipolar (e.g. major depressive episode). The main novelties include the incorporation of dimensional parameters to assess the symptoms, as well as the sub-threshold states in the bipolar spectrum, the consideration of new course specifiers such as the mixed symptoms, the elimination of mixed episodes, and a more restrictive threshold for the diagnosis of hypo/mania.

The most noticeable points of convergence are the inclusion of bipolar II disorder in ICD-11 and the additional requirement of an increase in activity, besides mood elation or irritability, for the diagnosis of hypo/mania in both classifications. The main differences are, most likely keeping the mixed depression and anxiety disorder diagnostic category, maintaining bereavement as exclusion criterion for the depressive episode, and maintaining the mixed episode diagnosis in bipolar disorder in the forthcoming ICD-11.

Conclusion: Since DSM-5 has already been published, changes in the draft of ICD-11, or ongoing changes in DSM-5.1 will be necessary to improve the harmonization of psychiatric diagnoses.

© 2014 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Después de más de 15 años sin cambios significativos en las clasificaciones de los trastornos mentales y del comportamiento, finalmente se ha publicado el nuevo Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, DSM-5¹, mientras que la undécima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11) está en elaboración y su publicación está prevista para el año 2017. Aunque no van a coincidir en su publicación, existe la intención de armonizar los diagnósticos de ambas clasificaciones².

La controversia y la polémica han acompañado al DSM-5 tanto durante su elaboración como en el momento de su publicación oficial, siendo quizá destacable las críticas recibidas desde el National Institute of Mental Health³.

Tal como se especificó en sus objetivos iniciales⁴, se ha dado prioridad a la utilidad clínica de los diagnósticos, aun a costa de no mejorar finalmente la validez de los mismos. Otros objetivos, como el fundamentar los cambios respecto al DSM-IV a partir de la evidencia científica, se han cumplido solo parcialmente. Esto ha sido objeto de crítica tanto por verse a priori como un objetivo fatuo dadas las limitaciones actuales del conocimiento científico⁵ como por el resultado final, demasiado conservador, priorizando el pragmatismo en detrimento de una clasificación más científica⁶. El proceso de elaboración final fue abierto al público y a los profesionales a través de procesos de revisión de los borradores y de la posibilidad de mandar sugerencias a través de la página web de la American Psychiatric Association. Ignoramos qué porcentaje final de dichas propuestas –valoradas de forma indiscriminada, independientemente de su procedencia– entraron en el debate final. Con anterioridad a su publicación, se realizaron asimismo estudios de campo para evaluar la viabilidad, utilidad clínica, fiabilidad y validez de los criterios propuestos⁷⁻⁹. El resultado final es que el DSM-5, como otras clasificaciones, no es sino fiel reflejo del sistema cultural del que emerge,

adaptándose a los sistemas de seguros médicos, de reembolso y a los sistemas reguladores vigentes en EE. UU.¹⁰.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, en este proceso de revisión de su clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento en el que se encuentra inmersa, pide la colaboración de expertos y usuarios a través de la página <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>.

No es la primera vez que se intenta homogeneizar las 2 clasificaciones, y, una vez que el DSM-5 ya ha visto la luz, la tarea no parece fácil, e incluso se han levantado voces en contra de que ello finalmente se produzca¹¹.

En esta revisión analizamos los puntos que pueden aproximar y aquellos que pueden dificultar la convergencia de los trastornos bipolares y de aquellos trastornos –incluidos dentro de los trastornos depresivos–, con especial relevancia para los trastornos bipolares (p. ej., episodio depresivo mayor).

Métodos

Revisión de los criterios diagnósticos del manual DSM-5. En el caso de la CIE-11, hemos revisado la información contenida en la versión beta de la clasificación (<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>, acceso Junio de 2014), así como en el suplemento especial² y diversos artículos dedicados al tema de la revista *World Psychiatry*. Por tanto, en lo que se refiere a la CIE-11, la versión final puede cambiar sustancialmente respecto a lo presentado en esta revisión.

DSM-5, CIE-11 y trastornos del estado de ánimo

La [tabla 1](#) ofrece un resumen de las principales diferencias y similitudes entre el DSM-5 y la versión beta de la

Tabla 1 Esquema de las principales diferencias y similitudes entre el DSM-5 y la versión beta de la CIE-11: Trastornos del estado de ánimo en general

Trastornos del estado de ánimo		
	DSM-5	CIE-11 (versión beta)
Taxonomía	Dos categorías separadas para trastornos depresivos y trastornos bipolares	Una categoría (trastornos del ánimo) subdividida en depresivos y bipolares
Medidas dimensionales	Se incluyen para complementar el diagnóstico y facilitar seguimiento (p. ej., depresión/ira/ansiedad/abuso de sustancias)	No se contemplan
Trastorno mixto ansioso-depresivo	No se incluye en la versión final (mala fiabilidad en los estudios de campo). Pero, se puede usar la «ansiedad» como especificador	Se mantiene Se contempla establecer un dominio principal y el segundo como especificador
Duelo	Se retira como criterio de exclusión para el diagnóstico de depresión mayor	Se mantiene como criterio de exclusión para depresión mayor
Depresión «mixta»	Se puede diagnosticar depresión con especificador de mixto en depresión unipolar	No se incluye
Rabietas	Nueva categoría diagnóstica: Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDA)	No se incluye (se contempló una categoría similar en un inicio)

CIE-11 en lo que se refiere a los trastornos del estado de ánimo en general. La organización de los diagnósticos en una y otra clasificación ya ofrece la primera divergencia, lo que quizá es reflejo de diferencias en el ámbito científico acerca del lugar que deben ocupar y la forma de organizar la asistencia a los pacientes que presentan estos complejos trastornos¹². Aunque en sus primeros borradores tanto el DSM como la CIE separaban los trastornos depresivos de los bipolares, una vez publicado el DSM-5 la versión beta de la CIE-11 ofrece una única categoría diagnóstica, «trastornos del ánimo», subdividida en trastornos bipolares y trastornos depresivos. El DSM-5 crea 2 secciones diferenciadas, una para los «trastornos depresivos» y otra para los «trastornos bipolares y relacionados».

Introducción de la autoevaluación y de medidas dimensionales

En la sección III, en el DSM-5 se ofrece la posibilidad de evaluar los distintos dominios psicopatológicos transversales a distintas categorías diagnósticas, como complemento a la realización inicial de un diagnóstico categorial o para ayudar en el seguimiento terapéutico. Se evaluarán en un primer nivel (completado por el propio paciente o por un cuidador) distintos dominios como la depresión, la ira, la ansiedad, los síntomas somáticos o el uso de sustancias, entre otros, cumplimentando un cuestionario de 23 preguntas en el que se tiene además en cuenta la gravedad y la frecuencia del síntoma. En un segundo nivel la evaluación debe ser hecha por un clínico, ofreciendo distintos instrumentos para evaluar los síntomas depresivos, maníacos, o los síntomas psicóticos. La adopción de medidas dimensionales no parece contemplarse por el momento en la futura CIE-11¹³.

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Aunque en el borrador inicial del DSM-5 se incluía el trastorno mixto ansioso-depresivo como nueva categoría, en

la versión final ha desaparecido. A las críticas recibidas previamente¹⁴ hay que añadir los pésimos resultados de fiabilidad obtenidos para esta categoría diagnóstica en los estudios de campo⁷, lo que quizá explique su eliminación final. A cambio, se incluye el especificador «con síntomas de ansiedad», tanto para los trastornos depresivos como para los bipolares. Esta posibilidad permitirá sin duda disminuir las altas tasas de comorbilidad –posiblemente artefactual– entre trastornos ansiosos y del estado del ánimo, al tiempo que permite la necesaria evaluación de las manifestaciones de ansiedad en el trastorno bipolar, que a veces contribuyen a la descompensación afectiva¹⁵. El diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo, sin embargo, continúa siendo ampliamente utilizado por el conjunto de profesionales que atienden problemas de salud mental en todo el mundo, lo que justificaría su presencia en la actual CIE-10. Se ha propuesto para la CIE-11 codificar el trastorno predominante con un especificador del aspecto contrario¹⁶, solución finalmente adoptada en el DSM-5 para la depresión, pero no para la ansiedad.

Eliminación del duelo como criterio de exclusión en el episodio depresivo mayor

Una de las cuestiones que más polémica ha suscitado se refiere a la retirada del duelo como criterio de exclusión para el diagnóstico de episodio depresivo mayor en el DSM-5. Quienes introdujeron el duelo en el DSM-IV, lo hicieron para evitar falsos positivos (el duelo normal). Su retirada aviva el temor de que el DSM-5 facilite el que se valoren como patológicas, y por tanto susceptibles de ser tratadas, condiciones humanas en sí mismas no patológicas, con fines no estrictamente relacionados con el buen hacer clínico¹⁴. Sus defensores no obstante argumentan que, en el caso de personas en situación de duelo que presentan síntomas depresivos graves, la posibilidad de recibir el diagnóstico de depresión mayor les ofrece la oportunidad de ser adecuadamente tratadas, y el consiguiente reembolso de los gastos en

Tabla 2 Esquema de las principales diferencias y similitudes entre el DSM-5 y la versión beta de la CIE-11: Trastornos bipolares

	DSM-5	CIE-11 (versión beta)
Trastornos bipolares		
<i>Convergencias</i>		
↑de actividad o energía como criterio diagnóstico de hipo/mania	Se incluye (como requisito), a diferencia del DSM-IV	Se incluye (como requisito) (a diferencia de la CIE-10)
Trastorno bipolar tipo II	Se mantiene	Se incluye como categoría específica (a diferencia de la CIE-10)
Trastorno bipolar tipo I, episodio maníaco único	Se mantiene	Se adopta (a diferencia de la CIE-10)
Manía inducida por tratamientos (AD, TEC...)	Se incluye (a diferencia del DSM-IV)	Se mantiene
<i>Divergencias</i>		
Episodio mixto	Desaparece. Se convierte en especificador	Se mantiene
Espectro bipolar	Se operativizan criterios («otros trastornos bipolares»)	No se contempla
Otros especificadores	No se han incluido	Se añade el especificador «de inicio en la infancia»

determinados sistemas sanitarios, lo cual no implica necesariamente un tratamiento farmacológico. Argumentos como estos alejan, para bien o para mal, al DSM de la ortodoxia de las clasificaciones científicas.

En sendos artículos sobre el tema, algunos de los autores implicados en el proceso de revisión de la CIE-10 afirman que «este puede ser uno de los puntos de discrepancia que dificulte homogeneizar las 2 clasificaciones», pues argumentan que no se dispone de evidencia científica que justifique la retirada del duelo^{17,18}.

Síntomas hipomaniacos en la depresión mayor

En el DSM-5 se contempla la inclusión del especificador «con síntomas mixtos» para los episodios depresivos de la depresión mayor unipolar recurrente. Por tanto, se podrá realizar el diagnóstico de depresión unipolar con síntomas hipomaniacos subsindrómicos, sin que no obstante se considere que el paciente presenta un trastorno bipolar. Todos estos cambios se han considerado en la revisión de la CIE-10¹⁹, pero no aparecen incorporados en el borrador al menos en su fase actual.

Rabietas

Aunque finalmente no se ha incluido en el capítulo de los trastornos bipolares sino en el de trastornos depresivos, vamos a comentar brevemente la adición de una nueva categoría diagnóstica para los niños, ya que su origen está relacionado con la detección previa de un aumento del diagnóstico de trastorno bipolar en la infancia observado en EE. UU.²⁰, y parece ser un intento de evitar el exceso de diagnósticos en niños que presuntamente no tienen un trastorno bipolar y que corrían el riesgo de ser erróneamente diagnosticados. Se trata del «trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo». El trastorno se podrá

diagnosticar en niños menores de 10 años que presenten rabietas frecuentes y graves no cíclicas junto a irritabilidad crónica persistente, que se producen en más de un entorno, al menos durante un año. La CIE-11 contemplaba una categoría con criterios muy similares, el «trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo con disforia»²¹, pero no aparece como tal en el último borrador del documento. Un estudio epidemiológico pone de manifiesto la dificultad de diferenciar esta nueva categoría del trastorno desafiante oposicionista y del trastorno de conducta, cuestiona su estabilidad diagnóstica, y no observa una asociación con historia familiar de trastornos del ánimo o por ansiedad. La conclusión de los autores es que dudan de la utilidad de este nuevo diagnóstico en población clínica²². La baja fiabilidad diagnóstica de esta categoría se ha confirmado en los estudios de campo⁹.

DSM-5, CIE-11 y trastornos bipolares

La [tabla 2](#) recoge las principales diferencias y similitudes entre el DSM-5 y la versión beta de la CIE-11 en lo que se refiere a los trastornos bipolares.

Criterios diagnósticos de hipo/mania

En el DSM-5, para el diagnóstico de manía o de hipomanía se incluye el criterio de «aumento de la energía o de la actividad orientada a objetivos respecto a lo habitual en el sujeto» —tal como exigían diversas autoridades en el campo²³⁻²⁵—, pero no como criterio independiente sino añadido a la elevación del estado de ánimo. Por tanto, se eleva el umbral para el diagnóstico, mejorando probablemente la especificidad pero disminuyendo la sensibilidad del mismo. El aumento de la actividad se recoge también como criterio diagnóstico en la versión beta de la CIE-11.

El diagnóstico de trastorno bipolar y trastornos del espectro bipolar

Dos de las principales diferencias entre el DSM-5 y la CIE-10 se refieren a la ausencia de reconocimiento del trastorno bipolar tipo II en esta última, así como el no considerar dentro del trastorno bipolar I a los pacientes con un único episodio maníaco o a los pacientes con manía unipolar. Ambas diferencias parecen haber sido superadas en la versión beta de la CIE-11, en la que sí está definido el trastorno bipolar tipo II, y donde el trastorno bipolar tipo I se define por la presencia de «uno o más episodios de manía o mixtos» a lo largo de la vida del sujeto.

Asimismo en el DSM-5 por primera vez se considera que los pacientes sin antecedentes previos de trastorno bipolar en tratamiento antidepressivo (farmacológico, terapia electroconvulsiva, etc.) que desarrollen un síndrome maníaco de intensidad y duración suficientes, pueden ser considerados como pacientes con trastorno bipolar. Esto sin duda ayudará a converger con la CIE-11²⁶.

El DSM-5 introduce criterios para el diagnóstico de estados clínicos pertenecientes al espectro bipolar que previamente no estaban especificados y por tanto no eran diagnosticables. Por ejemplo, bajo el epígrafe «Otros trastornos bipolares específicos y condiciones relacionadas», se incluye la posibilidad de identificar a personas que han padecido a lo largo de su vida episodios depresivos mayores y episodios hipomaniacos que, o bien no cumplen el número exigido de síntomas de hipomanía, o bien presentan síntomas suficientes para el diagnóstico de hipomanía pero esta solo dura 2 o 3 días. Hay otras situaciones contempladas dentro del espectro, como los episodios de hipomanía sin antecedentes de depresión, o la ciclotimia de corta duración. Esta reducción del umbral para el diagnóstico de los trastornos del espectro bipolar ha generado respuestas tanto negativas²⁷ como positivas entre los expertos²⁸. Dentro de este apartado para los síntomas subsindrómicos, cabe resaltar la inclusión —en la categoría diagnóstica de «condiciones depresivas no clasificadas en otro lugar»— de pacientes recuperados de un episodio depresivo mayor pero que en la actualidad sufren síntomas que no llegan a cumplir los criterios para un episodio depresivo. Asimismo, dentro de los epígrafes «que requieren estudios posteriores» se incluyen los «episodios depresivos con hipomanías de duración breve».

En lo que se refiere a las decisiones que se tomarán para la CIE-11, algunos autores comprometidos en el proceso de revisión dudan de la fundamentación científica del concepto de espectro, por lo que rechazan incluirlo en la clasificación²⁶.

De otra parte hay que señalar, en esta revisión sobre ambas clasificaciones, que en el borrador actual de la CIE-11 se mantiene la posibilidad de diagnóstico de episodio mixto para los trastornos bipolares, uno de los cambios más relevantes que se han producido en este campo en el DSM-5.

Especificadores de curso

Una de las novedades más difundidas respecto a los trastornos afectivos en el DSM-5 se refiere a la desaparición de la categoría de episodio mixto en los trastornos bipolares.

El carácter mixto de los episodios afectivos pasa a ser un especificador de curso. Se podrá aplicar tanto a los episodios depresivos del trastorno bipolar como a la depresión unipolar, y tanto a los episodios maníacos como a los hipomaniacos. A pesar de reconocerse la necesidad de cambiar los estrictos criterios previos, la decisión de excluir síntomas comunes como la irritabilidad, la distraibilidad o la agitación psicomotriz, ha sido criticada como poco científica y carente de validez²⁹. Los revisores de la CIE-10 dudan de su utilidad diagnóstica y contemplan mantener sin cambios los criterios de episodio mixto y no adoptar los criterios del DSM¹⁹.

Cabe también destacar, en lo que se refiere a especificadores de curso, la adición del patrón estacional para su aplicación también en los episodios de hipo/manía (previamente solo se contemplaba para los episodios depresivos).

Cambios que no se han hecho en el DSM-5

En los últimos años, diversos grupos de expertos y sociedades científicas (p. ej., la International Society for Bipolar Disorders [ISBD]) habían hecho propuestas diversas encaminadas a definir el concepto de espectro bipolar, así como sugerencias dirigidas a mejorar los criterios diagnósticos o distintos aspectos para la mejor caracterización del paciente con trastorno bipolar, que en parte han sido recogidas en el manual. Destacamos a continuación las propuestas rechazadas que nos parecen más relevantes:

No se modifica el criterio de duración del episodio hipomaniaco. Desde distintos sectores expertos se había recomendado acortar el tiempo requerido para el diagnóstico^{25,30}. A cambio, se acepta que los pacientes con síntomas de duración breve se puedan encuadrar en la categoría de «otros trastornos bipolares», como ya se ha comentado.

No se diferencia la depresión bipolar de la unipolar. Cabe destacar el modelo previo sugerido desde la ISBD para ayudar a diferenciar la depresión bipolar I de la depresión unipolar³¹, que no parece haber encontrado el apoyo necesario para ser incorporado a los criterios diagnósticos.

No se elimina el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, como también se había propuesto previamente³². Por el contrario, se sigue incluyendo en el capítulo de «Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos». Los nuevos criterios pretenden ser algo más restrictivos al exigir la presencia de síntomas afectivos en la mayor parte del curso del trastorno. Sin embargo, la ausencia final de un criterio temporal objetivo probablemente acabe perpetuando la ambigüedad del DSM-IV.

En lo que se refiere a los especificadores de curso, algunos autores habían sugerido previamente la adición de aspectos como el inicio precoz o la polaridad predominante, dado que diferencian subgrupos diagnósticos e influyen en el pronóstico y en el tratamiento³³. En la CIE-11 sin embargo sí parece que se contemplará el especificador de inicio en la infancia³⁴.

Fiabilidad de las categorías diagnósticas propuestas para el DSM-5

Con anterioridad a la publicación del manual, se divulgaron los resultados de los estudios de campo realizados en

EE, UU. y Canadá. En lo que atañe a los trastornos analizados en esta revisión, la concordancia en el diagnóstico es moderada³⁵ para el trastorno bipolar tipo I (kappa: 0,56), algo menor para el tipo II (kappa: 0,40) y aún más baja en la depresión mayor (kappa: 0,28). Cabe destacar la baja fiabilidad de nuevas categorías propuestas, como el trastorno disruptivo de la regulación del estado de ánimo en la infancia (kappa: 0,25).

Conclusiones

El objetivo formulado por la comunidad científica de aunar y homogeneizar criterios de las 2 principales clasificaciones de las enfermedades mentales es legítimo y necesario.

En esta revisión de las nuevas propuestas para los trastornos afectivos recogemos los cambios establecidos en el DSM-5 y señalamos las posibles directrices que parece van a seguirse en la futura CIE-11.

Sin duda, una de las principales innovaciones se produce en el capítulo de la valoración de los síntomas mixtos como especificador de curso que es necesario investigar en cuanto a su prevalencia, influencia en el pronóstico y respuesta a los tratamientos. Algunos autores han expresado su temor de que facilite el error en el diagnóstico del trastorno bipolar³⁶.

A nuestro juicio, incluir los síntomas subumbrales y otros trastornos considerados dentro del espectro del trastorno bipolar permitirá mejorar y ampliar la escasa investigación actual en este controvertido pero importante campo, y optimizar el tratamiento de estos pacientes que en la actualidad no son identificados o no reciben un tratamiento adecuado.

Los datos acerca de la fiabilidad de los diagnósticos confirman la limitación de estos criterios, quizá en parte porque el diagnóstico psiquiátrico es un proceso continuo que en muchos casos no puede realizarse a partir de una única entrevista³⁷. Hay otras variables que el clínico debe tener en cuenta en el proceso diagnóstico³³, como son en el caso de los trastornos bipolares los antecedentes familiares o el inicio precoz del episodio afectivo. Tomar en consideración estos aspectos, junto a los criterios diagnósticos propuestos, aumenta de forma significativa la fiabilidad diagnóstica^{38,39}.

Queremos subrayar la distancia existente entre algunos de los criterios y modificadores presentes en el DSM-5 y la evidencia empírica. Y lo que es peor: la práctica clínica. Así sí, p. ej., tomamos el caso de la evaluación del riesgo suicida, 2 de los marcadores de riesgo más sólidamente usados por los clínicos –y refrendados por la literatura– son la muerte por suicidio de un familiar de primer grado y los antecedentes personales de intentos autolíticos. Ni uno ni otro –insistimos, suficientemente basados en la evidencia– quedan incluidos en el DSM, que sí contiene modificadores absolutamente carentes de evidencia tras de sí, como sería el escaso impacto pronóstico o terapéutico del marcador «post parto» en la depresión bipolar³³.

La CIE-11 y las futuras revisiones del DSM-5 en el campo de los trastornos bipolares deberán estar más abiertos a la incorporación de nuevos indicadores y marcadores que ayuden no solo a aumentar la validez de los diagnósticos, sino también a mejorar la predicción de la respuesta a los tratamientos de los pacientes. Los avances que se han producido en la última década en neurobiología, neuroimagen y genética no han sido finalmente incorporados como

criterios de ayuda al diagnóstico en la clasificación DSM-5, y desconocemos en qué medida lo serán en sucesivas revisiones –recordemos que ha nacido con la vocación de ser un «documento vivo»–, o en la futura CIE-11. Probablemente, como afirma Kapur⁴⁰, esto todavía no es posible, y será necesario introducir algunos cambios en la metodología de la investigación para encontrar un concepto de enfermedad (para las enfermedades psiquiátricas) estable y biológicamente válido que posibilite pruebas biológicas con utilidad clínica que complementen nuestras clasificaciones convencionales.

Conflicto de intereses

Sin conflictos de intereses para este artículo.

Bibliografía

1. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. American Psychiatric Association. 2013.
2. Maj M, Reed AM. The development of the ICD-11 classification of mood and anxiety disorders. *World Psychiatry*. 2012;11 Suppl 1:3–6.
3. Insel T. Director's blog: Transforming diagnosis. 2013; abril 29.
4. DSM-5_Task_Force, 2010, Why is DSM being revised? on frequently asked questions page [consultado 8 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.dsm5.org>
5. Frances A. Whither DSM-V? *Br J Psychiatry*. 2009;195:391–2.
6. Ghaemi SN. Taking disease seriously in DSM. *World Psychiatry*. 2013;12:210–2.
7. Clarke DE, Narrow WE, Regier DA, Kuramoto SJ, Kupfer DJ, Kuhl EA, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part I: Study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *Am J Psychiatry*. 2013;170:43–58.
8. Narrow WE, Clarke DE, Kuramoto SJ, Kraemer HC, Kupfer DJ, Greiner L, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part III: Development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2013;170:71–82.
9. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, Kuramoto SJ, Kuhl EA, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2013;170:59–70.
10. Berk M. The DSM-5: Hyperbole, hope or hypothesis? *BMC Med*. 2013;11:128.
11. Frances AJ, Nardo JM. ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. *Br J Psychiatry*. 2013;203:1–2.
12. Vieta E. Tertiariism in psychiatry: The Barcelona clinic bipolar disorders programme. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2011;4:1–4.
13. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*. 2011;10:86–92.
14. First MB. DSM-5 proposals for mood disorders: A cost-benefit analysis. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24:1–9.
15. Goodwin GM, Holmes EA. Bipolar anxiety. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2009;2:95–8.
16. Paykel E, Andrade LH, Njenga F, Phillips M. Changes needed in the classification of depressive disorders: options for ICD-11. *World Psychiatry*. 2012;11 Suppl 1:37–42.
17. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry*. 2012;11:1–2.
18. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: Does the empirical evidence support the

- proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry*. 2012;11:3–10.
19. Maj M. Mixed states and rapid cycling: Conceptual issues and options for ICD-11. *World Psychiatry*. 2012;11 Suppl 1:65–8.
 20. Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:1032–9.
 21. Leibenluft L, Uher R, Rutter M. Disruptive mood dysregulation with dysphoria disorder: A proposal for ICD-11. *World Psychiatry*. 2012;11 Suppl 1:77–81.
 22. Axelson D, Findling RL, Fristad MA, Kowatch RA, Youngstrom EA, Horwitz SM, et al. Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study. *J Clin Psychiatry*. 2012;73:1342–50.
 23. Akiskal HS, Benazzi F. Optimizing the detection of bipolar II disorder in outpatient private practice: Toward a systematization of clinical diagnostic wisdom. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:914–21.
 24. Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois ML, Azorin JM, Sechter D, Allilaire JF, et al. Toward a refined phenomenology of mania: Combining clinician-assessment and self-report in the French EPIMAN study. *J Affect Disord*. 2001;67:89–96.
 25. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rossler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: Epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord*. 2003;73:133–46.
 26. Strakowski S. Bipolar disorders in ICD-11. *World Psychiatry*. 2012;11 Suppl 1:31–6.
 27. Zimmerman M. Would broadening the diagnostic criteria for bipolar disorder do more harm than good? Implications from longitudinal studies of subthreshold conditions. *J Clin Psychiatry*. 2012;73:437–43.
 28. Hoertel N, le Strat Y, Angst J, Dubertret C. Subthreshold bipolar disorder in a U.S. national representative sample: Prevalence correlates and perspectives for psychiatric nosography. *J Affect Disord*. 2012;146:338–47.
 29. Koukopoulos A, Sani G, Ghaemi SN. Mixed features of depression: Why DSM-5 is wrong (and so was DSM-IV). *Br J Psychiatry*. 2013;203:3–5.
 30. Benazzi F. Is 4 days the minimum duration of hypomania in bipolar II disorder? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;251:32–4.
 31. Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF, Hirschfeld RM. Diagnostic guidelines for bipolar depression: A probabilistic approach. *Bipolar Disord*. 2008;10 1 Pt 2:144–52.
 32. Malhi GS, Green M, Fagiolini A, Peselow ED, Kumari V. Schizoaffective disorder: Diagnostic issues and future recommendations. *Bipolar Disord*. 2008;10 1 Pt 2:215–30.
 33. Colom F, Vieta E. The road to DSM-V. Bipolar disorder episode and course specifiers. *Psychopathology*. 2009;42:209–18.
 34. Miklowitz D, First M. Specifiers as aids to treatment selection and clinical management in the ICD classification of mood disorders. *World Psychiatry Suppl*. 2012;1:11–6.
 35. Landis JR, Koch GG. An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*. 1977;33:363–74.
 36. Malhi GS. Diagnosis of bipolar disorder: Who is in a mixed state? *Lancet*. 2013;381:1599–600.
 37. Freedman R, Lewis DA, Michels R, Pine DS, Schultz SK, Tamminga CA, et al. The initial field trials of DSM-5: New blooms and old thorns. *Am J Psychiatry*. 2013;170:1–5.
 38. Ketter TA, Citrome L. Addressing challenges in bipolar diagnosis: What do good clinicians already do?: An editorial comment to Phelps J, Ghaemi SN 'The mistaken claim of bipolar 'overdiagnosis': solving the false positives problem for DSM-5/ICD-11'. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;126:393–4.
 39. Phelps J, Ghaemi SN. The mistaken claim of bipolar 'overdiagnosis': Solving the false positives problem for DSM-5/ICD-11. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;126:395–401.
 40. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry*. 2012;17:1174–9.