

El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5

Obsessive-compulsive spectrum in DSM 5

Tomás Castelló Pons¹

Resumen

Uno de los cambios diagnósticos más notorios con respecto al anterior DSM consiste en la extracción del Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de los Trastornos de ansiedad y la creación de un grupo nuevo de trastornos (un espectro obsesivo), agrupados todos ellos bajo el epígrafe de "TOC y trastornos relacionados". En el presente artículo de revisión se abordan las características más llamativas de cada uno de los trastornos incluidos en esta categoría y, finalmente, se discute sobre la idoneidad o no de dichos cambios.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo. Trastorno por exoriación. Trastorno por acumulación.

Summary

One of the most notorious diagnostic changes from the previous DSM involves the removal of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) from Anxiety Disorders and the creation of a new group of disorders (an obsessive spectrum) all grouped under the epigraph of "OCD and related disorders." In this article we review the most striking features of each of the disorders included in this category, and finally question the suitability of these changes.

Key words: Obsessive-Compulsive Disorder. Excoriation (Skin-Picking) Disorder. Hoarding Disorder.

¹Servei de Salut Mental i Addiccions, Consorci Sanitari de l'Anoia. Igualada (Barcelona)

e-mail: tcastello@csa.cat

INTRODUCCIÓN: DEFINICIÓN Y CAMBIOS EN RELACIÓN AL DSM-IV

El DSM 5, aunque los resultados no se han correspondido del todo a las expectativas iniciales con respecto a las modificaciones esperadas, sí que ha supuesto un cambio, más importante en algunos grupos diagnósticos que en otros, como ha sucedido por ejemplo en el espectro de los trastornos obsesivos.

Uno de los cambios diagnósticos más notorios con respecto al anterior DSM (DSM-IV y IV-R) consiste en la extracción del Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de los Trastornos de ansiedad y la creación de un grupo nuevo de trastornos (un espectro obsesivo), agrupados todos ellos bajo el epígrafe de TOC y trastornos relacionados. Dentro de esta agrupación se han ubicado: (a) TOC; (b) trastorno dismórfico corporal (TDC) (anteriormente incluido en trastornos somatomorfos); (c) tricotilomanía (en DSM-IV incluida en los trastornos por control en los impulsos); (d) trastorno por excoiación (nuevo trastorno); (e) trastorno por acumulación (también nuevo trastorno); (f) TOC y trastornos relacionados inducidos por otra enfermedad médica; (g) TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias; (h) otros TOC y trastornos relacionados especificados; (i) otros TOC y trastornos relacionados no especificados.

Estos cambios han obedecido a toda una serie de evidencias en cuanto a similitudes en comorbilidad, neurobiología, circuitos cerebrales implicados, respuesta al tratamiento, que han determinado la conceptualización del TOC y trastornos afines como formando parte de un nuevo espectro fuera de los trastornos de ansiedad.

Otro cambio importante ha consistido en la aparición de los especificadores en los diferentes trastornos propuestos por el DSM 5, que ayudan a una mayor aproximación y delimitación de la situación clínica actual y promueven una visión más dimensional de todo el proceso del trastorno.

El DSM 5 también ha introducido nueva información procedente de estudios efectuados desde la publicación del DSM-IV; se contemplan aspectos etiopatogénicos (factores de riesgo) y de pronóstico en los distintos trastornos.

Vamos a detenernos en cada diagnóstico en con-

creto y tratar las diferencias más llamativas de cada uno de ellos en relación a ediciones anteriores del DSM.

Trastorno obsesivo-compulsivo

En función del grado de conciencia de enfermedad, el DSM 5 establece las siguientes especificaciones: con introspección buena o aceptable, con poca introspección y con ausencia de introspección/creencias delirantes (esta especificación aportaría información sobre aquel grupo de pacientes obsesivos que se asemejan a la psicosis y reflejaría, por tanto, la proximidad, que se da en algunos casos, entre ambos grupos de diagnóstico). En DSM-IV únicamente se establecía la especificación de “con poca conciencia de enfermedad”.

Otro aspecto que nos parece importante es el énfasis del DSM 5 en la frecuente asociación del TOC con los trastornos por tics (en torno a un 20-30 %), fundamentalmente en el TOC de inicio en la infancia. En relación con esto, numerosos estudios han establecido razones para considerar dos grupos dentro del TOC en base a la edad de inicio del trastorno: un grupo de inicio juvenil (en torno a los 10 años) y otro que se inicia en la edad adulta (en torno a los 20 años). Las características del primero con respecto al segundo serían: más frecuentemente varones, con una más alta prevalencia de TOC en familiares de primer grado, una mayor duración y gravedad de la enfermedad, una mayor asociación con tics y trastorno de Tourette, y probablemente con otros trastornos del espectro obsesivo (Janowitz *et al.*, 2009; Taylor, 2011; Wang *et al.*, 2012;)

Trastorno dismórfico corporal (TDC)

Otro de los grandes cambios ha sido la inclusión de este trastorno en el grupo de los trastornos obsesivos (anteriormente incluido en trastornos somatomorfos). Criterios en base a similitudes fenomenológicas, etiopatogénicas y de comorbilidad, así como de respuesta a tratamientos, aproximan más esta tipología diagnóstica al espectro obsesivo que al somatomorfo (Frare, Perugi, Ruffolo & Toni, 2004).

Trastorno de acumulación

Se trata de un trastorno nuevo, no referido en

DSM anteriores, ni siquiera propuesto para estudio. Descrito por una necesidad percibida por el sujeto de guardar cosas y por una dificultad en desprenderse de ellas, ocasionando una acumulación de objetos (periódicos, revistas, ropa vieja, bolsas, libros, material electrónico, papeles...) que congestionan o abarrotan zonas habitables, restringiendo su uso previsto (ver Tabla 1).

En anteriores ediciones de DSM, la acumulación excesiva de tipo compulsivo era considerada como un síntoma dentro del TOC o en el contexto de un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo. Los trabajos efectuados sobre la acumulación excesiva han aportado suficiente evidencia para recomendar la creación de un diagnóstico nuevo (Pertusa, Fullana, Singh, Alonso, Menchón & Mataix-Cols, 2008; Mataix-Cols *et al.*, 2010; Pertusa *et al.*, 2010; Mataix-Cols & Pertusa, 2012; Tolin *et al.* 2012; Hall, Tolin, Frost & Steketee, 2013). Muchos autores coinciden en que algunos casos de este trastorno se asimilarían más a un TOC, pudiendo crear dificultades de diagnóstico diferencial entre los profesionales. Otros autores (Mataix-Cols *et al.*, 2010) no tenían claro si eran tan evidentes las similitudes de trastorno por acumulación con los otros trastornos del espectro obsesivo, y proponían su inclusión en el apéndice de grupos de criterios propuestos para estudios posteriores.

Este nuevo diagnóstico se puede prestar a confusión con el conocido síndrome de Diógenes; este síndrome no tiene una categoría diagnóstica

específica en el DSM, siendo el resultado de una serie de circunstancias, entre ellas, el estrés psicosocial asociado al envejecimiento y la existencia de patología psiquiátrica de base (rasgos de personalidad de tipo esquizo-paranoide, psicosis, etilismo crónico o trastornos neuropsiquiátricos como demencias). La diferencia residiría en que el paciente con Síndrome de Diógenes no solo acumula objetos, sino además suciedad, alimentos y desperdicios, y normalmente va acompañado todo ello de un deterioro personal y/o cognitivo en dicho paciente, que conlleva un abandono y negligencia en los auto-cuidados básicos.

Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) (TTM)

La inclusión de este trastorno en el grupo de los trastornos obsesivos ha supuesto también un importante cambio con respecto a DSM precedente. Se han documentado toda una serie de elementos etiopatogénicos que justifican la mayor cercanía de este trastorno al espectro obsesivo que al impulsivo: el trastorno es más frecuente en sujetos con TOC y en sus familiares de primer grado que en la población general (Jaisooriya, Reddy & Srinath, 2003; Ferrao, Miguel & Stein, 2009).

Además la tricotilomanía, fenomenológicamente, se encuentra más cercana a la compulsión (alivio de tensión al arrancarse el pelo) que al impulso (este aportaría más placer que alivio de tensión). No obstante, a pesar de esta consideración,

Tabla 1
Criterios diagnósticos del trastorno de acumulación

- | |
|--|
| <p>A. Dificultad persistente de deshacerse o renunciar a las posesiones, independientemente de su valor real.</p> <p>B. Esta dificultad es debida a una necesidad percibida de guardar cosas y al malestar que se siente cuando uno se deshace de ellas.</p> <p>C. La dificultad de deshacerse de las posesiones da lugar a la acumulación de cosas que congestionan y abarrotan las zonas habitables y alteran en gran medida su uso previsto. Si las zonas habitables están despejadas solo es debido a la intervención de terceros.</p> <p>D. La acumulación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo o los demás).</p> <p>E. La acumulación no se puede atribuir a otra afección médica (p.ej.: lesión cerebral, enf. cerebro vascular...).</p> |
|--|

existen estudios recientes cuyos resultados desmitifican esta radicalidad clásica en la diferenciación entre compulsividad e impulsividad como dos polos opuestos de un *continuum*. Estos estudios demuestran una frecuente concurrencia de conductas impulsivas con compulsivas, lo cual puede contribuir a un peor pronóstico del cuadro (Kashyap *et al.*, 2012; Hollander, 2014).

La mayor parte de las personas con tricotilomanía pueden presentar otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo: pellizcarse la piel, morderse los labios...

Trastorno por excoriación (trastorno de rascarse la piel) (TE)

Se trata de un trastorno nuevo no incluido en anteriores DSM (ver Tabla 2). Las localizaciones más frecuentes de rascado son la cara, brazos y las manos. Los pacientes pueden rascarse la piel sana o rascarse sobre lesiones o irregularidades menores (granos, callosidades, costras de anteriores rascados). El trastorno, al igual que sucede con la tricotilomanía, puede ir precedido o acompañado de diferentes estados emocionales.

Se ha evidenciado una mayor frecuencia en comorbilidad entre TTM y TE, y también con el TOC; mayor asociación, también de estos diagnósticos, en los familiares de primer grado de los pacientes (Snorrason, Belleau & Maderas, 2012).

TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos; TOC y trastornos relacionados debidos a otra enfermedad médica

Los criterios diagnósticos serían similares al DSM-IV y la diferencia residiría en que en este

último se hablaba de forma genérica de trastornos de ansiedad inducidos, al estar incluido el TOC en estos últimos trastornos.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan síntomas característicos de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, pero que no cumplen todos los criterios de un trastorno en particular. Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que el cuadro no cumple todos los criterios de alguno de los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados. Se incluyen: (a) trastorno del tipo dismórfico corporal con imperfecciones reales; (b) trastorno del tipo dismórfico corporal sin comportamientos repetidos; (c) trastorno de comportamientos repetidos centrados en el cuerpo (morderse las uñas, morderse los labios...); (d) celos obsesivos; (e) *Shubo-Kyofu*: miedo excesivo a tener una deformidad corporal; (f) *Koro*: episodio súbito de ansiedad intensa de que el pene se retraerá en el cuerpo y causará la muerte; (g) *Jikoshu-kyofu*: miedo a tener un olor corporal desagradable (síndrome de referencia olfativo).

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan síntomas característicos de un TOC y trastornos relacionados, pero que no cumplen todos los criterios de alguno en concreto. Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento

Tabla 2
Criterios diagnósticos del trastorno de excoriación

- | |
|--|
| <p>A. Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas.</p> <p>B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel.</p> <p>C. Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>D. El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna).</p> <p>E. El hecho de rascarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p.ej., delirios, estereotipias o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).</p> |
|--|

de los criterios de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados determinado, e incluye situaciones en las que no existe más información para hacer un diagnóstico más específico (*p.e.*, en urgencias)

¿HA SUPUESTO EL DSM-5 UN CAMBIO ACERTADO?

Como apuntábamos al principio, aunque los resultados no se han correspondido del todo a las expectativas iniciales que se tenían con la llegada del tan esperado DSM 5, en líneas generales los cambios que ha introducido, bajo la humilde opinión de quien suscribe el presente artículo, han sido positivos, en tanto que aportan una mayor consistencia fenomenológica y tienden a buscar patrones etiológicos, etiopatogénicos y neurobioquímicos cada vez más homogéneos.

Los trastornos que originariamente fueron propuestos para su inclusión en el espectro obsesivo, junto con el TOC, fueron: el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, el trastorno de Tourette y otros trastornos por tics, la corea de Sydenham, el PANDAS, la tricotilomanía, el trastorno dismórfico corporal, el autismo, los trastornos alimentarios, las enfermedades de Parkinson y Huntington, así como adicciones y trastornos en el control de impulsos. Los que han acabado incluidos es porque comparten muchas características con el TOC, tanto en fenomenología como en comorbilidad y características familiares y genotípicas, así como alteraciones en circuitos cerebrales y respuesta a tratamientos (Hollander, Kim, Braun, Simeon & Zohar, 2009).

Repasando las distintas categorías diagnósticas, con respecto al TDC, como se ha comentado más arriba, características fenomenológicas, etiopatogénicas y de comorbilidad hacen más adecuada la inclusión de esta categoría en el espectro obsesivo que en el somatomorfo, por lo que el cambio podría ser considerado un acierto.

Otro acierto, a nuestro juicio, sería la especificación en los trastornos del grado de introspección, considerando un subgrupo en los que esta introspección sería nula o inexistente y por tanto asimilaría la fenomenología obsesiva a la delirante, reflejando un aspecto del TOC, que es su proximidad en algunos pocos casos a la psicosis,

aspecto no raras veces observado en la práctica clínica.

Creemos que la inclusión de la tricotilomanía en el espectro obsesivo es un avance, pues como decíamos, comparte más elementos fenomenológicos con la compulsión que con la impulsividad (donde estaba ubicada en el DSM-IV), además de compartir aspectos de comorbilidad con otros diagnósticos del espectro obsesivo.

En cuanto al trastorno de acumulación, como decíamos, hay suficiente evidencia a través de los estudios efectuados para haber optado por la creación de esta nueva categoría, lo cual ayudará a que en el futuro se siga investigando en estas presentaciones clínicas de tan difícil aceptación y comprensión social y de tan complejo manejo clínico, y a que nuevos trabajos aporten más luz que permita una mayor comprensión y tratamiento clínicos.

En referencia a la nueva categoría del trastorno por excoriación, por un lado se podría pensar por qué crear un nuevo diagnóstico con las excoriaciones y no con otras conductas repetidas centradas en el cuerpo, como morderse las uñas o los labios. Pensamos que su inclusión como nueva categoría es importante por sus posibles relaciones/diagnóstico diferencial con los comportamientos autolesivos (sin finalidad suicida) muchas veces solapados y/o integrados en otras categorías diagnósticas, como el trastorno límite.

En resumen, el DSM 5 ha supuesto un cambio importante, además de por todo lo comentado, porque aporta un punto de partida de nuevos enfoques hacia la enfermedad mental, con unas características más dimensionales y con un punto de mira más dirigido a elementos etiopatogénicos y neurobioquímicos que nos aproximen a conceptualizaciones más consistentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª ed. Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona: Masson, 1998).
2. **American Psychiatric Association.** (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Arlington, VA: APA. (trad. cast.: Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014).

-
3. **Ferrao YA, Miguel E & Stein DJ.** (2009). Tourette's syndrome, trichotillomania, and obsessive-compulsive disorder: how closely are they related?. *Psychiatry Research*, 170: 32-42.
 4. **Frare F, Perugi G, Ruffolo G & Toni C.** (2004). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *European Psychiatry*, 19: 292-298.
 5. **Hall BJ, Tolin DF, Frost RO & Steketee G.** (2013). An exploration of comorbid symptoms and clinical correlates of clinically significant hoarding symptoms. *Depression and Anxiety*, 30: 67-76.
 6. **Hollander E, Kim S, Braun A, Simeon D & Zohar J.** (2009). Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry Research*, 170: 3-6.
 7. **Hollander E.** (2014). Compulsivity and impulsivity personal reflections: Why now and why here?. *CNS Spectrums*, 19: 6-7.
 8. **Jaisoorya TS, Reddy YC & Srinath S.** (2003). The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders: results from an Indian study. *Comprehensive Psychiatry*, 44: 317-23.
 9. **Janowitz D, Grabe HJ, Ruhrmann S, Esttelt S, Buhtz F, Hochrein A et al.** (2009). Early onset obsessive-compulsive disorder and comorbidity. *Depression and Anxiety*, 26: 1012-1017.
 10. **Kashyap H, Fontenelle LF, Miguel EC, Ferrao YA, Torres AR, Shavitt RG et al.** (2012). Impulsive compulsivity in obsessive-compulsive disorder: a phenotypic marker of patients with poor clinical outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 46: 1146-1152.
 11. **Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, Clark LA, Saxena S, Leckman JF et al.** (2010). Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V?. *Depression and Anxiety*, 27: 556-72.
 12. **Mataix-Cols D & Pertusa A.** (2012). Annual research review: hoarding disorder: potential benefits and pitfalls of a new mental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53: 608-618.
 13. **Pertusa A, Fullana MA, Singh S, Alonso P, Menchón JM, Mataix-Cols D.** (2008). *American Journal of Psychiatry*, 165: 1289-98.
 14. **Pertusa A1, Frost RO, Fullana MA, Samuels J, Steketee G, Tolin D et al.** (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 30: 371-86.
 15. **Snorrason I, Belleau EL & Maderas DW.** (2012). Relationship between trichotillomania and skin picking disorder. A review of comorbidity evidence, similarities and shared etiology. *Clinical Psychology Review*, 32: 618-29.
 16. **Taylor S.** (2011). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*, 31: 1083-100.
 17. **Tolin DF, Stevens MC, Villavicencio AL, Norberg MM, Calhoun VD, Frost RO et al.** (2012). Neural mechanisms in make decisions in hoarding disorder. *Archives of General Psychiatry*, 69: 832-41.
 18. **Wang X, Cui D, Wang Z, Fan Q, Xu H, J Qiu et al.** (2012). Cross comparison of clinical features in early onset and late onset obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136: 498-504.