

BREVE REFLEXIÓN SOBRE LA VALORACIÓN FORENSE DE LAS ENFERMEDADES MENTALES Y DSM-5

BRIEF REFLECTION ON THE FORENSIC ASSESSMENT OF MENTAL ILLNESS AND DSM-5

Adam A.
Departamento de Medicina Legal y Forense.
Universitat de València.
España.

Correspondencia: aurora.adam@uv.es

Resumen: Desde hace casi dos años contamos con una nueva versión, la quinta, del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, o DSM-5. Esta nueva edición del manual, editado por la Asociación Americana de Psiquiatría, ha dado una vuelta de tuerca al diagnóstico de las enfermedades mentales, con significativos cambios en la clasificación de las mismas. Ello ha supuesto una lluvia incesante de críticas desde muchos sectores de la Psiquiatría Clínica, mientras que desde la propia asociación autora se defiende la mayor simplificación en pro de ayudar a simplificar el diagnóstico y la investigación de estas dolencias. Sin embargo, la rama clínica de la psiquiatría no es la única que se ha podido ver afectada por estos cambios. Desde el ámbito forense se puede llegar a vivir una importante revolución con una serie de consecuencias que todavía están por ver. Se pretende analizar cómo afectan estos cambios al ámbito de la Medicina Forense en España, teniendo en cuenta que no se ha producido un cambio paralelo en el otro manual de referencia, el CIE-10, y si el DSM-5 aporta soluciones o, en cambio, puede llegar a complicar la tarea del psiquiatra forense

Palabras clave: DSM-5, CIE-10, enfermedad mental, medicina forense, psiquiatría forense, imputabilidad.

Abstract: For almost two years ago we had a new version, the fifth, of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, or DSM-5. This new edition of the handbook, published by the American Psychiatric Association, gave a twist to the diagnosis of mental illness, with significant changes in their classification. This has been a relentless barrage of criticism from many sectors of Clinical Psychiatry, while the author association itself defends the simplification in order to simplify the diagnosis and investigation of these complaints. However, the clinical branch of psychiatry is not the only one that has been affected by these changes. From the forensic field you can live a major revolution with a series of consequences that are yet to be seen. I analyze how these changes affect the field of Forensic Medicine in Spain, given that there has been a parallel shift in the other reference manual, ICD-10, and if the DSM-5 provides solutions or, instead, it leads to complicate the task of the forensic psychiatrist.

Key words: DSM-5, ICD-10, mental illness, forensic medicine, forensic psychiatry, imputability.

INTRODUCCIÓN

El 22 de mayo de 2013 se recibió con una gran expectativa la nueva edición, la quinta ya, del Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales (en adelante, DSM-5) (1), que venía a sustituir a la edición anterior, el DSM-4-TR (2), utilizado desde el año 2000.

Este tipo de manuales suponen una clasificación que puede denominarse como categorial, donde todos los individuos que la componen se suponen homogéneos, algo que es evidente que no sucede en psiquiatría ya que hay pocos pacientes "puros" con una psicopatología claramente delimitada, pero en este caso se usan criterios politéticos, donde solo se precisa el cumplimiento de un número concreto de síntomas de una lista para poder ser diagnosticados, además de tratar de compensar la falta de exhaustividad con la introducción de la posibilidad de los "trastornos no especificados" en casi todas las categorías (3).

Sin duda era necesaria una nueva revisión de la clasificación y desde diversos sectores médicos se venían pidiendo ajustes para una mejora del diagnóstico de los trastornos mentales. Lo que no era tan esperado, aunque sí se sospechaba, era

la enorme revolución que se avecinaba con el nuevo manual.

El primer gran cambio, que suponía un auténtico vuelco en la forma de diagnosticar estas patologías, era la eliminación del diagnóstico multiaxial, presente en la clínica psiquiátrica desde muchas ediciones anteriores, concretamente desde el DSM-3 en 1980 (4).

Esta forma de diagnosticar, a través de varios ejes, había sido también adoptada por la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en la que nos encontramos en la décima edición (en adelante, CIE-10) (5), y que viene utilizando la forma multiaxial desde 1993.

El diagnóstico multiaxial permite, según sus propios autores (4, 5, 6), realizar una evaluación integral del individuo, de modo que se aborde su estado de salud, tanto desde un punto de vista físico, psíquico, social y una evaluación de su capacidad de funcionamiento en diferentes áreas según su edad, su condición académica y social.

Sin embargo se ha decidido eliminar esta forma diagnóstica por una evaluación que utilice puramente criterios diagnósticos, donde se evalúe la enfermedad mental de forma independiente a otros factores, pero sin dejar de lado los factores sociales, contextuales y de discapacidad que se evalúan aparte. Este cambio fundamental se realizó por que, según la experiencia clínica, la mayor parte de los psiquiatras únicamente prestaban atención a los dos primeros ejes (7).

Sin embargo, desde este trabajo no se pretende criticar los fundamentos y utilidades clínicas del nuevo DSM-V, sino observar qué perspectivas presentan los cambios realizados en la utilización del manual en la práctica forense.

Otro de los grandes cambios sufridos con el nuevo manual es el aumento significativo del número de tipos de trastornos, que han hecho pasar de 106 enfermedades en el DSM-3 a 2016 en la nueva edición (1, 4). Algunos autores consideran que no es que se haya mejorado el diagnóstico y redefinido las categorías clínicas con mayor exactitud en estos años, sino que tal vez se están tratando como patologías problemas comunes que suceden en la vida de una persona que son mal asumidos por un posible déficit en la tolerancia a la frustración (8).

Desde este trabajo se pretende analizar algunos cambios significativos en el nuevo manual y su repercusión en el ámbito forense, utilizando algunos ejemplos, como las parafilias o los trastornos de personalidad.

LA UTILIZACIÓN DEL DSM EN MEDICINA LEGAL

La Psiquiatría Forense es una de las subespecialidades de la Medicina Legal que más interés despierta, especialmente por su extensa utilidad para el Derecho. Para la comprensión de las enfermedades mentales por parte de un tribunal o un juez es necesaria la intervención de un perito médico que, a través de su experiencia, de sus conocimientos científicos y de su capacidad comunicativa, ayuda a la comprensión de conceptos específicos del campo de la Psiquiatría y su relación con aspectos del derecho, por parte de personas que no tienen esos conocimientos, de forma que puedan entender y utilizar la información en la resolución de diferentes problemáticas legales.

Para facilitar dicha comprensión se hace especialmente importante basar la exposición pericial en datos contrastados. En el caso de la Psiquiatría no son pocas las ocasiones en que se pide al perito que explique cuáles son los síntomas que presenta y su significado, en definitiva, cómo se ha llegado a un determinado diagnóstico y cómo éste cuadro clínico afecta al sujeto.

En este sentido, la utilización de manuales como el DSM o el CIE pueden ser de gran utilidad, ya que definen los criterios necesarios para llegar al diagnóstico de una determinada enfermedad mental.

Es una evidencia el extenso uso de los mismos, ya que, por ejemplo, para la realización de un informe pericial es necesario consultar la información clínica que conste del sujeto, donde se ha realizado un diagnóstico con la codificación

que se indica en estos manuales y siguiendo sus criterios diagnósticos.

Incluso, es posible que el primer diagnóstico sea realizado por el propio médico forense y que no constasen antecedentes previos, como por ejemplo en el caso de una drogodependencia o un trastorno de personalidad, pudiendo ser de gran ayuda la utilización de los manuales estadísticos, algo que después deberá ser expuesto y aclarado ante un tribunal.

La APA, con cada nueva edición advierte que en la definición del trastorno mental "se redactó para satisfacer las necesidades de los clínicos, los profesionales de la salud pública y los investigadores, antes que para las necesidades técnicas de los juzgados y los profesionales que prestan servicios legales" (1).

El manual también advierte que el diagnóstico a través del mismo "no implica que un individuo con dicha afección cumpla los criterios legales de existencia de un trastorno mental ni los de una norma legal concreta" (1), poniendo como ejemplos la esquizofrenia, el retraso mental o la pedofilia.

En cualquier caso, es trascendental el informe pericial psiquiátrico para ayudar a resolver cuestiones que atañen a la responsabilidad del sujeto con una posible patología psíquica cuando ha cometido unos hechos delictivos. Y la importancia que han adquirido estos manuales a nivel clínico hace que esta se traslade inmediatamente a los tribunales y a la resolución de este tipo de cuestiones.

LOS CAMBIOS Y SU IMPORTANCIA FORENSE

Sin duda el cambio más sustancial y evidente que ha supuesto el DSM-5 ha sido la retirada del diagnóstico multiaxial para conseguir una mejor y más sencilla aproximación clínica a los pacientes, sin embargo todo cambio en uno de los dos manuales estadísticos de referencia no significa que venga aparejado del mismo en su coetáneo. El CIE sigue en su versión décima, a la espera de concretar la onceava. La eliminación del sistema multifactorial no es el único cambio sustancial, que todavía no se ha implantado en CIE, por lo que nos encontramos en una etapa extraña, en la que tenemos dos clasificaciones estadísticas con enormes diferencias entre ellas.

En España está ampliamente generalizado el uso del DSM como referencia, al contrario de otros países europeos, donde el CIE de la OMS es la referencia. El uso de uno u otro manual puede conllevar algunas incongruencias, también a nivel forense. Lo que en un manual es considerado un trastorno, en el otro no. Las definiciones de los mismos también pueden ser distintas, así como los criterios en los que se sustentan.

La huida del sistema multiaxial ha afectado en gran medida a los trastornos de la personalidad, donde había un eje únicamente para estos. En cambio, reciben una categorización propia e incluida entre el resto de patologías mentales. Se ha destacado la fina línea que separaba los dos primeros ejes, por lo que su fusión había sido reclamada (9). Para la práctica forense no se han dado cambios sustanciales (10), pues se siguen los mismos criterios que con las ediciones anteriores, suponiendo que los problemas en la evaluación de los mismos tampoco van a cambiar.

Una de las demandas que se llevan realizando desde hace años al respecto es el consenso sobre la diferenciación entre el trastorno de personalidad antisocial y la psicopatía, ya que existen modelos empíricos, especialmente realizados con la herramienta PCL-R (11, 12), en los que se haya diferencias sustanciales que permitirían su diferenciación. Pero este consenso sigue esperándose, de forma que el DSM-5 ha optado por la fusión de sus conceptos.

Una de las principales críticas al modelo estadístico es que es posible que sea el causante de la enorme comorbilidad de los trastornos de personalidad. En el caso de estas patologías es necesario ver al sujeto como un todo, por lo que, aunque el modelo estadístico sea útil, es necesaria alguna herramienta más (13).

Por otro lado, no deja de sorprender que el propio DSM-5 advierta de que es posible que no se cumplan los mismos

critérios en un diagnóstico clínico que en una intervención legal, poniendo como ejemplo la pedofilia, incluida entre las parafilias ya en el DSM-4 (2), cuya mera existencia y diagnóstico supone un delito, y que eran esperables ciertas modificaciones en el nuevo manual y que no han sido las previstas. En la versión cuarta se hablaba de "parafilias", mientras que en la edición presente se ha cambiado la calificación a "trastornos parafilicos", modificando a su vez la pedofilia por trastorno pedofilico. Este cambio, aunque parezca ínfimo, en realidad es sustancial. Se pasa de describir una conducta anormal, poco frecuente o excesiva a describirla como trastorno, es decir, a considerarla un elemento que provoca malestar en el sujeto.

La introducción de la parafilia en versiones anteriores ya fue criticada, por que el objeto de la excitación sexual parafilica también puede serlo en un individuo sin psicopatología, siendo necesario el diagnóstico de la personalidad para establecer el grado de sintonía o distonía que comporta en el sujeto esa manifestación sexual (3).

En este sentido, la pretensión del DSM-V con el cambio de las parafilias a los trastornos parafilicos era la de excluir de la psicopatología los patrones sexuales atípicos, pero desde el ámbito legal este cambio puede llevar a una gran confusión (14). Si tenemos en cuenta el ejemplo citado del trastorno pedofilico, los criterios que deben ser cumplidos para diagnosticarse son (1):

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños prepúberes (generalmente menores de 13 años).

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar importante o problemas interpersonales.

C. El individuo tiene como mínimo 16 años y es al menos cinco años mayor que el niño/niños del Criterio A.

Mientras que en el DSM-4 la pedofilia recibía los siguientes criterios (2):

A. Durante un periodo de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos).

B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños del Criterio A.

Cabe plantearse, por tanto, si es factible la diferenciación entre "excitación sexual intensa y recurrente" y "fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes", que desde el punto de vista clínico pueden serlo, pero desde el punto de vista legal no son en ningún caso sencillas de explicar, pues ello conlleva ser considerado un trastorno o no.

Como también cuesta entender cómo puede hacer un perito una diferenciación entre el criterio clínico y el legal a la hora de hablar de la afectación de la voluntad del sujeto pedófilo al cometer unos hechos delictivos, cuando los deseos que presenta son "irrefrenables", según el criterio clínico. No es posible ni adecuado obviar las implicaciones legales que tiene este criterio y la posibilidad real de la adecuación de sujetos con otras motivaciones, como el poder, a este trastorno, existiendo el peligro de la introducción de falsos positivos, con las consecuencias penales que ello tendría.

Siguiendo con este ejemplo, el propio manual también indica que, aunque la disminución de la capacidad de control del propio comportamiento sea una característica de la enfermedad y haya sido diagnosticado de la misma, no significa que en un momento dado tenga disminuida esa capacidad de control, haciendo una clara referencia al concepto de imputabilidad. Pero el manual no aclara cómo interpretar esa alteración en el control si el criterio califica de "irrefrenables"

los deseos del sujeto con un trastorno pedofilico.

Teniendo en cuenta que para ser diagnosticado de dicho trastorno el sujeto debe haber concurrido en un delito, deberá determinarse si es responsable del mismo o no. En este punto es necesario recordar el eximente que aparece en el artículo 20.1 del Código Penal (15): "El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión".

En este caso es inevitable preguntarse, el sujeto que comete pedofilia, ¿entiende los hechos que causa?, pero ¿es capaz de actuar conforme a esa comprensión? o, a causa de este ya definido como trastorno mental, ¿puede controlar su voluntad de forma plena?

Es una pregunta que se ha planteado constantemente a los peritos con respecto a otros trastornos, como los trastornos de personalidad. Una pregunta que ya planteaba dudas con la parafilia y que no resuelve el trastorno parafilico.

Aunque quede claro que DSM-V no pretende solucionar problemas legales, pero cabe preguntarse si los puede llegar a crear, teniendo en cuenta que en la práctica judicial sí es un manual ampliamente utilizado y referido constantemente por los abogados.

Precisamente para evitar tales problemas, fue rechazado en 2011 la inclusión de la violación a través del llamado Paraphilic Coercitive Disorder, en este apartado del DSM-5 que por entonces se preparaba. Aunque algunos autores reclamaban su inclusión (16) por que permitiría una mejor identificación de estos agresores sexuales, se observó que tendería a considerar a la mayor parte de los violadores como enfermos mentales y se les sometería a internamiento involuntario, teniendo en cuenta que la violación es un atentado contra los derechos humanos y no debe haber ningún tipo de ambigüedad al respecto (17). Este es un criterio que, evidentemente, no se ha seguido con la pedofilia.

El hecho de la inclusión como Trastorno Mental de elementos como la pedofilia puede generar una ola de recursos por parte de abogados defensores para tratar de conseguir un eximente, completo o incompleto, a través de la aplicación del ya nombrado artículo 20.1 del código penal. Así como tampoco puede descartarse la simulación de delincuentes pedófilos del malestar necesario para concurrir en los criterios diagnósticos, cuando en realidad sus motivaciones no son patológicas.

Ello debe llevar a plantearse si este manual debe ser capaz de, al menos, arrojar luz acerca de algunas de estas cuestiones relacionadas con la Justicia, especialmente en relación a la responsabilidad en los delitos. Profundizar en el hecho de que el trastorno mental no siempre supone una modificación de las bases psicobiológicas de la imputabilidad.

CONCLUSIONES

No siempre es sencillo abordar las cuestiones que atañen a los trastornos mentales desde el punto de vista forense, ya que no siguen los mismos parámetros que las enfermedades somáticas, ni en su patogenia, curso, tratamiento, pero tampoco en su juicio diagnóstico, en constante cambio y evolución.

Pero no puede obviarse la necesidad de este abordaje por las graves implicaciones que tiene el diagnóstico en los aspectos jurídicos. Tampoco se puede dejar toda valoración en manos de los criterios que sigue la jurisprudencia, sino que la necesidad de establecer unos criterios claros es cada vez más evidente.

Conseguir estos criterios es una tarea extremadamente complicada pero no se debe cesar en el empeño de su consecución. Es seguro que esto es lo que pretende la AAP y su DSM-5, aunque tal vez no haya sido el resultado el esperado.

Aunque a través de cada revisión se insiste en que la motivación del manual no es la de esclarecer elementos de la práctica jurídica, ya que se trata de una simple clasificación de enfermedades, es necesario asumir su importancia y tal vez

optar por un modelo que, tanto desde el punto de vista clínico, como desde el punto de vista forense, satisfaga las necesidades del profesional. También es necesario abordar claramente la evidencia del enorme aumento de trastornos que se han categorizado en las últimas ediciones. Debemos estar seguros de no estar convirtiendo en patológicas circunstancias que simplemente son inusuales u otras que son problemas normales que surgen en la vida del sujeto.

La Justicia es otro ámbito que sufre este problema, con constantes demandas y recursos que tratan de demostrar que una conducta delictiva y completamente responsable es en realidad fruto de una patología que impide el control o el conocimiento de los hechos por parte del sujeto, cuando en la mayor parte de las ocasiones no es así.

Es necesario el estudio del comportamiento para establecer correctamente la responsabilidad, pero también con efectos sobre la reducción de la reincidencia. Pero no puede achacarse a una enfermedad cualquier comportamiento antisocial. Si este problema no se asume, puede que ello nos esté abocando a un sobreuso de la Psiquiatría en el ámbito de la Justicia.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
3. Romi JC. Las Perturbaciones sexuales. Críticas a su inclusión como trastornos mentales en el DSM IV TR. Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP. Marzo 2008. Año 15; Vol. 6, nº1 (21). Pág. 24-49.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
5. Organización Mundial de la Salud: Trastornos mentales y del comportamiento. En: Clasificación Internacional de Enfermedades. 10º edición (CIE-10). Ed. Meditor, Madrid, 1993.
6. Campo Arias A. Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial. MEDUNAB. 2003; 6(16): 32 - 35.
7. Sandín B. DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2013; 18(3): pp. 255-286.
8. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Sáez, M. Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. Terapia Psicológica. 2014; 32 (1): 65-74.
9. Esbec E, Echeburúa E. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. Actas Españolas de Psiquiatría. 2011; 39 (1): 1-11.
10. Trestman R. DSM-5 and Personality Disorders: Where Did Axis II Go? Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online. 2014; 42: 141-5.
11. Loomans M, Tulen J, Van Marle H. The startle paradigm in a forensic psychiatric setting: Elucidating psychopathy. Criminal Behaviour and Mental Health. February 2015; 25 (1): 42-53.
12. Torrubia R, Cuquerella A. Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense. Revista Española de Medicina Legal. 2008; 34 (1): 25-35.
13. López-Santín J.M, Molins F, Litvan L. Trastornos de personalidad en el DSM-5. Una aproximación crítica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2013; 33 (119): 497-510.

14. First M. DSM-5 and Paraphilic Disorders. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online. 2014; 42: 191–201.
15. Código Penal (LO 10/1995, de 23 de noviembre). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
16. Stern P. Paraphilic Coercive Disorder in the DSM: the right diagnosis for the right reasons. Archives of Sexual Behavior. December 2010; 39(6): 1443-7.
17. Frances A. Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM 5. 2010. Disponible en: <http://www.psychiatrytimes.com/dsm-v/content/article/10168/1522341>.