

DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?

DSM-5. Substance use disorders. ¿Are the new changes problematic in the forensic field?

G. Portero Lazcano

Médico Forense y Psicólogo Clínico. Jefe de los Servicios Clínicos del Instituto Vasco de Medicina Legal del País Vasco. Subdirección Bizkaia. Bilbao.

Correspondencia:
Guillermo Portero Lazcano
E-mail: portero.g@aju.ej-gv.es

Fecha de recepción:
28.ABR.2015

Fecha de aceptación:
05.JUN.2015

Resumen

La reciente publicación del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su 5ª edición (DSM-5) por la *American Psychiatric Association* ha supuesto varios y significativos cambios, así como encendidos debates y críticas. Este artículo se centra en el trastorno por consumo de sustancias. Uno de los principales cambios en relación a este trastorno es el enfoque dimensional. Las categorías de abuso y dependencia se incluyen dentro de un trastorno, y se aplica a cada una de las sustancias requiriendo dos o más de los once síntomas especificados. Se incluye el *craving* y han desaparecido los “problemas legales” porque han mostrado una pobre discriminación para el diagnóstico. La desaparición de las categorías del abuso y la dependencia puede causar cierta confusión entre los operadores judiciales. A partir de ahora, los peritos tendrán que hacer un esfuerzo para explicar a los tribunales las características específicas de acuerdo a los ítems aprobados en el DSM-5.

Palabras clave: DSM-5. Trastorno por consumo de sustancias. Área forense.

Abstract

The recently released *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition (DSM-5) by the American Psychiatric Association has supposed several and significant changes and it has raised heated debates and criticisms. This paper focus on substance use disorders. One of the principal changes regarding this disorder is the dimensional approach. The abuse and dependence categories have been merged into one disorder applied to each substance and requiring two or more out of eleven specified symptoms. Craving criterion is included and “legal problems” had disappeared because they have showed poor discrimination for diagnosis. The disappearance of abuse and dependence categories might cause some confusion between judicial workers. From now on the forensic experts will have to make an effort to explain to the court the specific features according to items endorsed in DSM-5.

Key words: DSM-5. Substance use disorders. Forensic field.

Introducción

El 18 de mayo de 2013 se publicó la 5ª edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de la *American Psychiatric Association* (APA), y a finales de 2014 apareció la traducción en español: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5)¹.

Desde su primera edición (DSM-I) en 1952 hasta la actual DSM-5 se han producido una serie de cambios que han supuesto la inclusión y la exclusión de categorías diagnósticas. En general, hay una tendencia al aumento de las categorías en cada nueva edición, pero también ha habido una evolución conceptual y de perspectiva que han sido desiguales^{2,3}. Probablemente los tres cambios más significativos han sido los introducidos en la DSM-I, por ser la primera, la DSM-III y la presente DSM-5. Las demás, entre ellas dos revisiones (DSM-III-R y DSM-IV-TR), han sido evoluciones más lineales, menos disruptivas. Un aspecto significativo de este sistema de clasificación ha sido el tratar de converger con el sistema de clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE). Sin embargo, esta aspiración ha sido en ocasiones convergente y en otras divergente. La actual edición confía en una significativa convergencia con la futura CIE-11, aún pendiente de publicarse.

Centrándonos ahora en el DSM-5 y comparándolo con su edición anterior (DSM-IV-TR) y las previas, advertimos una primera diferencia ya en el título. En lugar de utilizar números romanos (debiera corresponder el V) utiliza el número arábigo 5 para significar que es un documento vivo que puede cambiar según se produzcan nuevas aportaciones: DSM-5.1, 5.2, etc. La organización es diferente, los títulos de los capítulos son también distintos y algunos trastornos se reagrupan y pueden estar en diferentes capítulos. Desaparece el sistema multiaxial (Wakefield)⁴.

El DSM-5 se estructura en tres secciones¹. La Sección I es una introducción sobre la finalidad, la estructura, el contenido y la utilización del DSM-5. Se incluyen las advertencias de uso del manual en el contexto forense.

La Sección II es la actualización del texto asociado a los mismos criterios que existían en el DSM-IV-TR. En esta sección, la distribución de los capítulos pretende seguir el desarrollo y el curso vital: trastornos que aparecen en las fases iniciales de la vida (trastornos del neurodesarrollo, esquizofrenia...) seguidos por los que se manifiestan en la adolescencia y la juventud (trastornos bipolares, depresivos, de ansiedad...), y finaliza con los diagnósticos de la edad adulta y de

etapas más tardías, como por ejemplo los trastornos neurocognitivos). Otra forma de estudiar la organización del DSM-5 es a través de los criterios de internalización (trastornos de ansiedad, depresión y somáticos) y los de externalización (síntomas prominentes de impulsividad, conductas disruptivas y consumo de sustancias). Desde este punto de vista, la organización sería: trastornos del neurodesarrollo, trastornos de internalización, trastornos de externalización, trastornos neurocognitivos y otros trastornos.

Por último, la Sección III es una propuesta y un modelo de investigación para los trastornos de personalidad; por lo tanto, los trastornos de personalidad aparecen tanto en la Sección II como en la Sección III. También es significativa la inclusión en esta sección de diversas medidas de evaluación, así como de una revisión del contexto cultural con su entrevista de formulación cultural. Por último, se formulan nuevos trastornos que son focos de investigación.

El manual finaliza con un Apéndice que recoge los cambios más destacados entre el DSM-IV y el DSM-5, un glosario de términos técnicos, otro de conceptos culturales y los índices alfabéticos y numéricos de la DSM y la CIE.

Una gran novedad es la aportación de la perspectiva dimensional frente a la categorial (mantenida en ediciones anteriores desde el DSM-III), que tan criticada ha sido por carecer de validez a la luz del conocimiento acumulado, si bien la perspectiva categorial permanece en la presente edición. Se introducen los "espectros" formados por entidades distintas, pero relacionadas por tener rasgos en común: síntomas, factores de riesgo genéticos y ambientales, o sustratos neurológicos. Guimón⁵ los define como agrupaciones sindrómicas con marcadores comunes. Presentan inicio precoz, cronicidad e inexistencia de un umbral claro de diferencia entre normal y patológico, etiología común y respuesta semejante a tratamientos específicos. Mejor que considerar espectros aislados sería conceptualizar espectros múltiples que se solapan (Guimón, 2004, 2005a, 2005b).

Todo ello venía determinado por la evidencia de frecuentes comorbilidades. Aparecen de forma explícita los trastornos del espectro autista y los del espectro de la esquizofrenia, donde por cierto se incluye el trastorno esquizotípico, que también persiste dentro de los trastornos de personalidad. No obstante, el grupo de trabajo de espectros del DSM-5 ha trabajado sobre 11 indicadores¹ y ha propuesto hasta seis espectros candidatos⁶: trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad basados en el miedo, esquizofrenia, autismo y trastornos adictivos.

Otra aportación de la nueva edición del DSM es el énfasis en los aspectos culturales y el sexo. En el tema cultural, sustituye el constructo de los síndromes relacionados con la cultura por tres conceptos: síndrome cultural, expresión cultural de malestar y explicación cultural o causa percibida, que están desarrollados en la Sección III y en el Apéndice. En relación a las diferencias de género, aborda la cuestión desde una perspectiva en la que se integran el sexo biológico y el concepto de género como autorrepresentación del individuo, si bien en ocasiones las diferencias son puramente biológicas, y en otras es una combinación de ambas.

Sin embargo, la publicación del DSM-5 ha estado inmersa en importantes debates y críticas. Artigas Pallarés y Paula-Pérez⁷ citan como fuentes críticas al NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental), que declaró que no serían financiados los proyectos de investigación basados exclusivamente en los criterios DSM, ya que el punto débil es la falta de validez de los diagnósticos por carecer del soporte de pruebas biológicas objetivas. Otra fuente de críticas viene determinada por Allen Frances, a quien posteriormente haremos referencia, y por último por el colectivo de psiquiatras afines al movimiento de la antipsiquiatría. Abordan dos falacias: la de la categorización (el DSM-5 sigue contemplando el abordaje categorial, aunque ha pretendido introducir aspectos de lo dimensional) y la de la comorbilidad (un individuo puede cumplir al mismo tiempo criterios para más de un trastorno), lo que dificulta la investigación, por ejemplo en el campo genético, ya que los mecanismos genéticos no son específicos para los trastornos mentales basados en el DSM, lo cual implicaría que los grupos objeto de estudio no son homogéneos. Los autores recogen la propuesta del NIMH sobre el proyecto RDoC (*Research Domain Criteria*), el cual es un cambio de paradigma que parte de la relación entre conductas observables y parámetros biológicos (neurofuncionales y genéticos).

Laurent⁸ también recoge las críticas del NIMH al DSM-5, pero a su vez también lo critica ya que aún estamos lejos de poder correlacionar los comportamientos con los circuitos neuronales. El DSM, continúa el autor, no ha llevado a cabo ningún descubrimiento en los 30 años de curso, pero el proyecto científico relevo del RDoC sigue en el limbo. Tras admitir la invalidación de las categorías por parte de la ciencia, también critica lo dimensional al no establecer límites claros entre lo normal y lo patológico (*“los pacientes psiquiátricos no son más que personas un poco menos “normales” que los otros” – Demazeux, 2013*).

Echeburúa *et al.*⁹, tras hacer un repaso a las novedades del nuevo manual, dedican un apartado a las insuficiencias. Recogen las críticas de muchos autores sobre su validez, ya que está más basado en criterios de consenso que en pruebas científicas. Critica el modelo categorial y para ello propone como ejemplo los síntomas de ansiedad y depresión, que se dan en muchas categorías distintas. Hace referencia a la práctica inexistencia de pacientes con un diagnóstico puro (lo frecuente es la comorbilidad); el recurso al diagnóstico de “no especificados”; y por último, recoge los nuevos diagnósticos que pueden suponer una medicalización de conductas normales, coincidiendo en gran medida con lo referido por Frances.

Allen Frances, el que fuera presidente del comité del DSM-IV, ha sido una de las voces más críticas con el DSM-5. Probablemente, con una cierta dosis de resentimiento (no ha formado parte de los grupos de trabajo en el DSM-5) ha apuntado aspectos significativos a tener en cuenta. El autor¹⁰ utiliza el término “modas” en el diagnóstico psiquiátrico para referirse al incremento en las categorías diagnósticas producto de la ausencia de pruebas biológicas y de definiciones claras que distingan la normalidad de los trastornos mentales, dependiendo, entonces, el diagnóstico psiquiátrico, de juicios subjetivos fácilmente influenciados. *“Siempre que se produce un gran aumento de un trastorno mental, lo más probable es que se trate de una moda. Estas modas surgen cuando una autoridad poderosa les otorga fuerza y legitimidad”* (como es el caso del DSM). Los medios de comunicación e Internet alimentan las modas, pero sobre todo la mayor influencia se debe al marketing de la industria farmacéutica. Todo nos conduce a una “psiquiatrización” de la vida cotidiana. Si las definiciones del DSM son imprecisas, se rebajan los criterios diagnósticos o el grado de discapacidad que producen, se corre el riesgo de que el malestar, la tristeza, la timidez, el estrés, etc., habituales en la vida de las personas, se conviertan en trastornos mentales, y ello a su vez lleva implícito el aumento en las prescripciones de psicofármacos con el consiguiente negocio lucrativo para las compañías farmacéuticas, sin olvidar los efectos secundarios que estos fármacos, algunos graves, pueden ocasionar a personas que son “normales”.

Frances cita como modas del pasado (finales del siglo XIX) la neurastenia, la histeria y el trastorno de personalidad múltiple, habiendo contribuido a ello neurólogos carismáticos como Beard y Charcot. Entre las modas del presente, y en cuya génesis está el propio DSM-IV, al que hace una tibia crítica, cita el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno bipolar infantil, el autismo, la fobia

social, la depresión mayor, el trastorno por estrés postraumático y la disfunción sexual eréctil. Advierte asimismo de la manipulación que se ha hecho de la psiquiatría en los ámbitos forenses sobre la violación, ya que si se encuentra un trastorno mental subyacente, la legislación norteamericana permitiría, en aras a la “peligrosidad”, el internamiento involuntario ilimitado en el tiempo. Ciñéndose al DMS-5, vaticina para el futuro las siguientes modas: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno neurocognoscitivo menor, el trastorno por déficit de atención en el adulto, el duelo (que puede incluirse en la depresión mayor, si aparecen determinados especificadores), las aficiones y pasiones por determinadas actividades que corren el riesgo de ser incluidas en las adicciones, y la calificación de enfermedades médicas como psiquiátricas al incluir el trastorno por somatización por falta de definición precisa y práctica. Todo ello va a determinar una hiperinflación diagnóstica.

Antes de la publicación del DSM-5, Frances¹¹ ya publicó un artículo crítico advirtiendo de los peligros que se avecinaban.

El trastorno por consumo de sustancias en el DSM-5

En el tema de las drogas, el DSM-5 ha supuesto cambios significativos en relación a su predecesor. Ahora el capítulo pasa a llamarse *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos*¹. Sin embargo, cuando trata los trastornos por consumo de sustancias, explícitamente, rehúsa utilizar el término “adicción”, por lo que habría que deducir que, o bien reserva el término de “trastorno adictivo” para el juego patológico incluido en este capítulo y a futuros trastornos adictivos conductuales, o bien es un “olvido” del título, ya que en los trabajos previos se estaba utilizando ese término¹². La *American Society of Addiction Medicine* (ASAM) y la *American Academy of Pain Medicine* (AAPM), tal como recogen Fainsinger *et al.*¹³ y Saunders y Latt¹⁴, prefieren utilizar el término “adicción” más que el de “dependencia”, pero exhortaban al grupo de trabajo del DSM-5 a ser más concreto en sus definiciones. Esas sociedades habían llegado al acuerdo de definir la “adicción” como “una enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en sus manifestaciones. Se caracteriza por conductas que incluyen uno o más de los problemas en el control en el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño y craving”. La

“dependencia física” la entienden como “un estado de adaptación que se manifiesta para cada tipo de droga por un síndrome de abstinencia que se puede producir por un cese abrupto, reducción rápida de la dosis, disminución de los niveles de la droga en sangre y/o administración de un antagonista”.

El capítulo se estructura en dos grandes grupos: los *trastornos relacionados con sustancias*, que incluyen los trastornos por consumo de sustancias (diez clases de sustancias, excepto la cafeína), y los trastornos inducidos por sustancias que a su vez quedan divididos en intoxicación, abstinencia y trastornos mentales inducidos por sustancias que aparecen específicamente en su capítulo correspondiente; y el otro grupo que es el ya aludido de juego patológico, que aparece dentro del epígrafe *Trastornos no relacionados con sustancias*. Excluye otras adicciones comportamentales, como el trastorno de juego por Internet, ya que necesita de más investigación y aparece en el apartado *Afecciones que necesitan más estudio*.

En el presente trabajo nos vamos a centrar exclusivamente en el trastorno por consumo de sustancias (TCS) en su parte general, sin entrar en los 10 trastornos específicos a los que hace referencia. Un resumen de los principales cambios lo podemos encontrar en Becoña¹⁵. Nosotros, en este trabajo, nos vamos a ceñir a los más relevantes para nuestro propósito, que es su relación en el área forense.

El cambio sin duda más relevante es la desaparición de las categorías de “abuso” y “dependencia”, que eran mutuamente excluyentes en las anteriores versiones del DSM, pasando a una conceptualización dimensional donde existe una única dimensión subyacente a los trastornos por consumo de sustancias.

Para establecer ese diagnóstico es necesario, como mínimo, cumplir dos ítems de los 11 propuestos. También se advierte la dimensionalidad al tratar la severidad del cuadro, estableciendo un continuum de leve (dos o más síntomas), moderado (cuatro o cinco síntomas) y grave (más de seis síntomas).

La desaparición del modelo categorial de las anteriores versiones del DSM ya venía fraguándose en estudios previos, pero no está exenta de críticas e intensos debates. Muchos de los estudios que avalan el modelo dimensional proceden de modelos de tipo estadístico y psicométrico. García-Velázquez *et al.*¹⁶ hacen una revisión sobre el tema, y los diversos estudios encontrados siguen o bien el análisis de clases latentes (las respuestas de los sujetos son indicadores observables de una variable latente, en este caso la severidad de la dependencia), el análisis factorial

exploratorio y confirmatorio (reducen el conjunto de variables a factores latentes) o por último los modelos TRI (Teoría de la Respuesta al Ítem), cuyo concepto central es la curva característica del ítem que relaciona la probabilidad de respuesta a un ítem con el nivel de habilidad de las personas (hay modelos con uno, dos o tres parámetros). Los resultados, aunque con ciertas discrepancias, encajan mejor en el modelo dimensional. Sin embargo, también advierten que esos estudios pueden adolecer de cierta artificialidad fruto de los tests y de las técnicas estadísticas que se aplican. Hasin *et al.*¹⁷ propugnan la dimensionalidad para el alcohol, el cannabis, la cocaína y la heroína usando el modelo TRI. Saha *et al.*¹⁸ y Gelhorn *et al.*¹⁹, utilizando también modelos TRI, validan el modelo dimensional para la severidad en el consumo de alcohol cuestionando la validez de las categorías del DSM-IV. Slade *et al.*²⁰ llegan a similares conclusiones con estudios taxométricos. De igual modo, Saha *et al.*²¹ lo hacen para la amfetamina y la cocaína.

Hasin²², que fue miembro del grupo de trabajo para el trastorno por uso de sustancias para el DSM-5, hace una crítica al modelo categorial de las ediciones anteriores: a) la fiabilidad y la validez de la categoría de “abuso” son peores que para la “dependencia”; b) por definición, un síndrome requiere más de un síntoma, pero la mitad de los diagnósticos de abuso se hacen con uno solo; c) aunque se asume que el abuso es una categoría menos fuerte que la dependencia, algunos criterios del abuso indican problemas severos; y d) algunas asunciones clínicas acerca de la relación entre abuso y dependencia son incorrectas, como por ejemplo que el abuso es una condición prodrómica para la dependencia. También critica que el DSM-IV tuviera muchos diagnósticos huérfanos. Sin embargo, plantea cuestiones que están aún sin contestar, como: ¿cuál es la fiabilidad test-retest para el TCS del DSM-5 y su comparación con la dependencia del DSM-IV? ¿Cuál es la evidencia para la validez comparativa del TCS en el DSM-5 con la dependencia/abuso del DSM-IV, incluyendo antecedentes y validez concurrente y predictiva? ¿Cuál es la evidencia para la validez y fiabilidad del TCS en el DSM-5 con relación a algunos diagnósticos como los relacionados con los opioides cuando aparecen grupos como aquellos pacientes que toman opioides prescritos, por ejemplo, para el dolor crónico? ¿Son necesarios los 11 criterios? ¿Cuál es la relación del TCS del DSM-5 en cuanto a los rasgos que podrían estar incluidos en los RDoC?

Por último, citemos el trabajo de Katz *et al.*²³ en el que, a través de un estudio donde se valora el peso de los abusos de alcohol y drogas y de dependencia de alcohol y drogas sobre los factores de internaliza-

ción (con dos subfactores: ansiedad-pena y miedo) y externalización, en los que cargan diversos trastornos mentales primarios, encuentran que las poblaciones de los abusadores de alcohol y drogas son distintas que las correspondientes a los dependientes, con patrones de comorbilidad distintos, lo que nos conduciría a etiologías subyacentes distintas para ambos grupos, y todo ello tendría como consecuencia enfoques distintos tanto para la investigación como para el tratamiento.

Los defensores del modelo dimensional para los TCS apuntan otra virtualidad: captar los “diagnósticos huérfanos”. Serían aquellas personas con problemas por consumir drogas que cumplen uno o dos criterios para la dependencia, pero no tres (requisito fundamental para cumplir el criterio de dependencia en el DSM-IV-TR), y que tampoco cumplen criterios de abuso. De esta forma, estaríamos ante personas que consumen drogas y tienen algún tipo de problema relacionado con ellas, pero carecen de diagnóstico. Con el DSM-5 serían diagnosticados de TCS. Degenhardt *et al.*²⁴ se refieren principalmente a los que consumen derivados del cannabis y alcohol. En su estudio, una de cada ocho personas que reportaron consumir cannabis en el pasado año fue clasificada como diagnóstico huérfano. Con respecto al alcohol, recogen el estudio de Kaczynski-Pollock y Martín (1999), en el que se estima que un 31% de los bebedores son diagnósticos huérfanos.

Otro cambio, donde no parece haber significativas discrepancias, aunque en mi opinión sí es relevante, al menos en nuestro medio, es la desaparición del ítem relativo a los problemas legales. Hasin *et al.*¹⁷ consideran que tiene un escaso valor discriminativo para el alcohol, el cannabis, la cocaína y la heroína. Fitzgerald y Morgan¹² consideran que tiene poco valor informativo para el diagnóstico, pero admiten que es un índice para la recuperación en el trabajo clínico. Kelly *et al.*²⁵ aprecian que, para el alcohol, la eliminación de los problemas legales supone que un 40% tendrían un diagnóstico con el DSM-IV y no lo tendrían con el DSM-5.

Para finalizar este apartado de cambios y críticas sobre el TCS del DSM-5, me referiré a la “compatibilidad” de los criterios de dependencia del DSM-IV y los correspondientes a los del TCS en el DSM-5. Compton *et al.*²⁶ encuentran una buena correspondencia cuando se dan los criterios de moderada severidad para alcohol, cocaína y opioides, o de severidad para el cannabis. Sin embargo, se necesitaría más investigación para las personas con criterios de menor intensidad o severidad. Esto implicaría que, probablemente, con los nuevos criterios para el TCS

del DSM-5 aparecerán más diagnósticos que no estarían en la edición anterior.

Discusión

Los cambios introducidos en el DSM-5 en el tema que tratamos van a suponer una modificación en la mentalidad de los operadores jurídicos, incluidos los peritos médicos, los psiquiatras y los psicólogos que han de evaluar a personas con este tipo de trastornos, sobre todo aquellos con el diagnóstico de “trastorno por consumo de sustancias”.

Desde la publicación del DSM-III en 1980 hasta la del DSM-5 han pasado 35 años, en los que se ha asentado un esquema categorial según el cual se diferenciaba, por un lado, el abuso de sustancias, y por el otro la dependencia a sustancias.

Aunque quizás algo simplista, el esquema imperante ha sido que, en el abuso, el sujeto no había perdido la libertad frente a la droga. Básicamente se trataba de un uso no aprobado, peligroso, desadaptativo o perjudicial. Por el contrario, en la dependencia sí había una pérdida de libertad frente a la droga. La propia APA y la OMS destacaban que *“la dependencia da lugar a una pérdida total de la libertad, pues la persona se encuentra supeditada, controlada, en definitiva esclavizada por la sustancia psicoactiva, en otras palabras, la droga se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del sujeto”*²⁷.

Dado que desaparece la categoría de dependencia, por supuesto tampoco se aborda la distinción entre dependencia fisiológica y psíquica, también clásica en el imaginario tanto de clínicos como de peritos, aunque en la presente edición se haya incluido el ítem de *craving* o deseo intenso de consumir la sustancia, síntoma más evidente de la dependencia psicológica.

Bajo este entorno dicotómico en relación a la “libertad” frente a la sustancia es donde en el ámbito judicial se han utilizado las categorías de abuso y dependencia. Esta diferenciación ha sido fundamental en la evaluación psiquiátrica/psicológica forense, por ejemplo en los casos denominados de “delincuencia funcional” que Elzo *et al.*²⁸ definen como *“los realizados por un drogodependiente con la finalidad de procurarse la sustancia que necesita y evitar los efectos indeseables de la retirada. Los delitos característicos serán los de apoderamiento lucrativo (robo con fuerza en las cosas o con violencia o intimidación a las personas...) y ocasionalmente delitos de falsedades (por ejemplo, falsificación de recetas)”*.

Entonces, en estos tipos delictivos, si se trataba de un drogodependiente, en general se aplicaba la eximente incompleta o atenuante del art. 21.2 del C.P.: *“La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2.º del artículo anterior”*, ya que se entiende que la persona drogodependiente tenía alteradas sus facultades volitivas. Este criterio ha sido ampliamente refrendado por nuestra jurisprudencia. Así, por ejemplo, la Sentencia de la Sala de 29 de mayo de 2000 (RJ 2000, 6097) declaró que lo característico de la drogadicción, a efectos penales, es que incida como un elemento desencadenante del delito, de tal manera que el sujeto activo actúe impulsado por la dependencia de los hábitos de consumo y cometa el hecho, bien para procurarse dinero suficiente para satisfacer sus necesidades de ingestión inmediata o trafique con drogas con objeto de alcanzar posibilidades de consumo a corto plazo y al mismo tiempo conseguir beneficios económicos que le permitan seguir con sus costumbres e inclinaciones. Esta compulsión que busca salida a través de la comisión de diversos hechos delictivos es la que merece la atención del legislador y de los tribunales, valorando minuciosamente las circunstancias concurrentes en el autor y en el hecho punible.

Por el contrario, en los casos de abuso, sobre este mismo tipo de delitos no sería de aplicación el mencionado artículo del C.P. precisamente porque los sujetos de esa categoría (abuso de la sustancia) no tendrían afectadas sus capacidades volitivas.

Norko y Fitch²⁹ plantean también las dificultades que en el campo clínico legal van a suponer la desaparición de las categorías de abuso y dependencia, si bien se centran en la posibilidad del tratamiento alternativo a la prisión de la que se beneficiaban los acusados diagnosticados de “dependencia” según los estatutos de algunos estados de EE.UU. El Estado de Connecticut respondió rápidamente ante la publicación del DSM-5 y redefinió la dependencia cuando se cumplía el criterio de moderado o severo del grado del trastorno por consumo de sustancias del nuevo DSM-5; es decir; si se cumplen más de cuatro ítems. Sin embargo, la rapidez de la respuesta a los cambios se topó con que la APA fue posponiendo la transición del DSM-IV al DSM-5 para hacerla coincidir con la implementación de la CIE-10.

Los autores hacen algunas propuestas para ser tenidas en cuenta en las futuras legislaciones al respecto, y analizan también las desventajas. Concretamente, proponen tres. La primera es adecuar las definiciones legales de dependencia y adicción, que no son tratadas en el DSM, a una nomenclatura de tipo clínico.

La segunda sería definir puntos de corte o umbrales según lo establezca la ley (lo hecho en el Estado de Connecticut), y la tercera sería identificar mediante evaluaciones clínicas individuales un trastorno por consumo de sustancias con su grado de severidad y que los tribunales establezcan la decisión.

Así pues, donde hasta ahora había claridad, es probable que a partir de la utilización del DSM-5 aparezca la confusión. Sin embargo, tendríamos que tener en cuenta dos aspectos que pueden aclarar esta situación. Por un lado, existe un núcleo conceptual en el DSM-5 que se refiere al énfasis en lo dimensional, y por otro, la desaparición de los términos de “abuso” y “dependencia”. Es este aspecto sobre el que centraré la atención.

Que no aparezcan esos términos como tales no significa que no existan. Persisten de forma operativa en la descripción de los ítems incluidos en el mencionado diagnóstico. Simplemente, los descriptores de esas “categorías” aparecen ahora en un *continuum* dando un formato dimensional al diagnóstico del TCS (Tabla 1). Así, el antiguo “abuso” ahora estaría contemplado en los ítems 5, 6 y 8 (ha desaparecido el criterio correspondiente a los problemas legales repetidos que sí formaban parte en el DSM-IV). El resto corresponde a los antiguos criterios de “depen-

dencia”, siendo los primeros cuatro los más propios de la dependencia psicológica. El que no aparezcan los criterios de abuso al principio del *continuum* no es azaroso, y es probable que ello obedezca a la idea de que el antiguo criterio de abuso no es un preludio de la dependencia o un cuadro menor.

Ahora bien, esta distribución de los ítems puede implicar manejar al mismo tiempo un sistema categorial y dimensional para este diagnóstico. Este riesgo lo expone con acierto Helzer³⁰ cuando se refiere a este problema, pero matiza que “*algunas diferencias en las opciones diagnósticas entre un enfoque categorial y otro dimensional pueden resultar inevitables; un ejemplo es la distinción entre abuso de alcohol y dependencia a este (...)*”, si bien continúa diciendo que “*desde el punto de vista cuantitativo el trastorno por consumo de alcohol parece ser un solo continuo de enfermedad más que dos síndromes distintos*”.

Nuestra propuesta, a diferencia de la llevada a cabo por el Estado de Connecticut²⁹, no es el criterio cuantitativo (usar el punto de corte de cuatro o más ítems para establecer lo equivalente a la dependencia) sino un criterio cualitativo. A efectos periciales sería, entonces, necesario no sólo establecer el diagnóstico de trastorno por consumo de una sustancia (si se cumplieran, al menos, dos de los criterios requeridos

Tabla 1.
Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de sustancias.

Control deficitario	Consumo de grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado de lo previsto. Deseos insistentes de dejar o regular su consumo y relata esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar este. Inversión de gran parte del tiempo intentando conseguir la droga, consumiéndola o recuperándose. Deseo intenso de consumo.
Deterioro social	El consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos. Puede seguir consumiendo a pesar de los problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo. Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.
Consumo de riesgo	Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones en las que provoca un riesgo físico. La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo.
Criterio farmacológico	Tolerancia. Abstinencia.

durante un periodo de 12 meses, y si fueran más los criterios, también la gravedad del mismo), sino que, además, sería imprescindible especificar qué ítems en concreto cumple el sujeto explorado para poder traducir si ellos conllevan o no una pérdida de libertad frente a la droga, lo cual, probablemente, nos conduciría a reutilizar la descartada nomenclatura de “dependencia” y “abuso”, y estaríamos como antes de la publicación del DSM-5. No podemos olvidar que, desde el punto de vista pericial, la valoración del hecho delictivo, según tiene asentado el Tribunal Supremo (Sentencia núm. 856/2014 de 26 diciembre. RJ 2015\89), hay que ponerla en relación no sólo con el diagnóstico psiquiátrico (requisito biopatológico) sino también con los aspectos psicológicos, intelectivos y volitivos (requisito psicológico), en el momento de la comisión del hecho delictivo (requisito temporal o cronológico).

Para ilustrar lo anteriormente señalado pondremos dos ejemplos utilizando criterios DSM-5. El primero sería el de una persona que cumple el criterio A del diagnóstico de trastorno por consumo de una sustancia X, siendo positivos los ítems 5 (consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar) y 8 (consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico). Una segunda persona también cumple el criterio A del diagnóstico de trastorno por consumo de la misma sustancia X, siendo positivos los ítems

1 (consumo de grandes cantidades de sustancia o durante un tiempo más prolongado de lo previsto), 10 (tolerancia) y 11 (abstinencia) –probablemente en este caso se cumplirían más criterios que los señalados y, por lo tanto, sería más grave–, pero a los efectos que nos interesan el primer caso no cumpliría los criterios clásicos de “dependencia” sino el de “abuso”, mientras que el segundo sería un dependiente. Ambos, sin embargo, tendrían en última instancia el mismo diagnóstico, trastorno por consumo de sustancias, pero la valoración médico-legal, en estos supuestos y cuando se trata, por ejemplo, de drogas ilegales y para hechos ilícitos de delincuencia funcional, sería diametralmente opuesta en un caso y en otro.

Así pues, es probable que durante un cierto tiempo, hasta que todos los implicados, sobre todo los peritos en el ámbito judicial, nos familiaricemos con estos aspectos, tengamos que hacer un esfuerzo en la traducción del diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias a la afectación de las facultades psíquicas que, en cada caso, estén afectadas según el delito específico de que se trate, y que será fundamental para que el juzgador aprecie o no atenuantes o eximentes.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. APA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2014.
2. Del Barrio V. Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*. 2009;30(2-3):81-90.
3. García Maldonado G, Saldívar González AH, Llanes Castillo A, Sánchez Juárez IG. El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Mental*. 2011;34:367-78.
4. Wakefield JC. DSM-5: an overview of changes and controversies. *Clin Soc Work J*. 2013;41:139-54.
5. Guimón J. *Controversias en la clasificación de los trastornos mentales*. Editorial Colección PROMETEO; 2014. p. 34-9. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2014/07/libro-diagnostico-dsm5-jose-guimon.pdf>
6. Hyman SE. Diagnóstico de los trastornos mentales a la luz de la genética moderna. En: Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ, editores. *DSM-5. Evolución conceptual*. Madrid: Médica Panamericana; 2012. p. 10-4.
7. Artigas-Pallarés J, Paula-Pérez I. Asignaturas pendientes del DSM-5. *Rev Neurol*. 2015;60 (Supl1):595-S101.
8. Laurent E. *Estamos todos locos. La salud mental que necesitamos*. Madrid: Gredos; 2014. p. 43-53.
9. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Saez M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*. 2014;32(1):65-74.
10. Frances A. *¿Somos todos enfermos mentales?* Madrid: Ariel; 2014. p. 147-244.

11. Frances A. *Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-V. 2010.* Disponible en: www.sepyna.com/documentos/criticas-dsm-v.pdf
12. Fitzgerald B, Morgan BD. DSM-5 changes on the horizon: substance use disorders. *Issues in Mental Health Nursing.* 2012;33:605-12.
13. Fainsinger R, Thai V, Frank G, Fergusson J. What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. *Am J Psychiatry.* 2006;163(11):2014.
14. Saunders JB, Latt NC. Diagnostic definitions, criteria and classification of substance use disorders. En: El Guebal N, Carrà G, Galanter M, editores. *Textbook of addiction treatment: international perspectives.* Mailand: Springer-Verlag; 2015.
15. Becoña E. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *C Med Psicossom.* 2014;110:58-61.
16. García-Velázquez R, Martín-Gandullo S, Vélez-Moreno A, Lozano OM. Aproximaciones metodológicas en la investigación nosológica del trastorno por uso de sustancias. *Trastornos Adictivos.* 2012;14(2):37-43.
17. Hasin DS, Fenton MC, Beseler C, Park JY, Wall MM. Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorders: 2. Proposed DSM-5 criteria for alcohol, cannabis, cocaine and heroin disorders in 663 substance abuse patients. *Drug Alcohol Depend.* 2012;122(1-2):28-37.
18. Saha TD, Stinson FS, Grant BF. The role of alcohol consumption in future classifications of alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2007;89:82-92.
19. Gelhorn H, Hartman C, Sakai J, Stallings M, Young S, Rhee SH, et al. Toward DSM-V: an item response theory analysis of the diagnostic process for DSM-IV alcohol abuse and dependence in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(11):1329-39.
20. Slade T, Grove R, Teesson M. A taxometric study of alcohol abuse and dependence in a general population sample: evidence of dimensional latent structure and implication for DSM-V. *Addiction.* 2009;104:742-51.
21. Saha TD, Compton WM, Chou SP, Smith S, Ruan WJ, Huang B, et al. Analyses related to development of DSM-5 criteria for substance use related disorders. 1. Toward amphetamine, cocaine and prescription drug use disorder continua Items Response Theory. *Drug Alcohol Depend.* 2012;122(1-2):38-46.
22. Hasin D. DSM-5 SUD diagnoses: changes, reactions, remaining open questions. *Drug Alcohol Depend.* 2015;148:226-9.
23. Katz LY, Cox BJ, Clara IP, Oleski J, Sacevich T. Substance abuse versus dependence and the structure of common mental disorders. *Compr Psychiatry.* 2011;52:638-43.
24. Degenhardt L, Lynskey M, Coffey C, Patton G. "Diagnostic orphans" among young adult cannabis users: persons who report dependence symptoms but not meet diagnostic criteria. *Drug Alcohol Depend.* 2002;67:205-12.
25. Kelly SM, Gryczynski J, Mitchell SG, Kirk A, O'Grady KE, Schwartz RP. Concordance between DSM-5 and DSM-IV nicotine, alcohol and cannabis use disorder diagnoses among pediatric patients. *Drug Alcohol Depend.* 2014;140:213-6.
26. Compton WM, Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug Alcohol Depend.* 2013;132:387-90.
27. Martín del Moral M, Lorenzo Fernández P. Conceptos fundamentales en drogodependencia. En: Lorenzo Fernández P, Ladero JM, Leza Cerro JC, Lizasoain Hernández I, editores. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación.* 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2009. p. 6-7.
28. Elzo J, Lidón JM, Urquijo ML. Delincuencia y drogas: análisis jurídico y sociológico de las sentencias emitidas en las Audiencias Provinciales y en los Juzgados de la Comunidad Autónoma Vasca. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1992.
29. Noriko MA, Fitch WL. DSM-5 and substance use disorders: clinicolegal implications. *J Am Acad Psychiatry.* 2014;42:443-52.
30. Helzer JE. Propuesta para incorporar dimensiones clínicamente relevantes en el DSM-5. En: Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ, editores. *DSM-5. Evolución conceptual.* Madrid: Médica Panamericana; 2012. p. 77-87.