

GÉNERO Y CUESTIONES RELACIONADAS CON EL GÉNERO EN EL DSM-5

Kimberly A. Yonkers, M.D.
Diana E. Clarke, Ph.D.

La American Psychiatric Association elabora una nueva edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), el DSM-5, por lo que tiene la oportunidad de considerar una serie de cuestiones que no se incluyeron o se manejaron de manera dispar en reediciones previas del DSM. El concepto de que puede haber diferencias de género, raza o étnicas en la incidencia, prevalencia o expresión de la enfermedad psiquiátrica no es nuevo. De modo similar, se ha sugerido la posibilidad de sesgo por género en algunas de las categorías del DSM (Kaplan, 1983). Las cuestiones vigentes son cómo los conjuntos de criterios y el texto del manual pueden transmitir en forma óptima la información más exacta y tener en cuenta las posibles diferencias entre los numerosos subgrupos. El foco de este capítulo es la inclusión tanto de las diferencias de género como de las características relacionadas con el género en el DSM-5. Empleamos el término *género*, y no *sexo*, porque analizamos el constructo psicológico de género en lugar de sólo el determinismo biológico asociado con el nacimiento como varón o mujer. Sin embargo, reconocemos que gran parte de la “psicología” del género deriva del

sexo biológico de la persona, así como de la respuesta de los otros a este. Además, algunas de las cuestiones del DSM se relacionan con el funcionamiento biológico (sexual) y no con el género.

Contexto histórico de las cuestiones de género en el DSM

Widiger y cols. (Hartung y Widiger, 1998; Widiger, 2007) han revisado la inclusión de las cuestiones de género en el DSM, en varias comunicaciones que ilustran tanto una evolución del modo de manejar estas cuestiones como un déficit de la información disponible en las diversas ediciones del DSM. El DSM-I incluyó el género como una de las variables demográficas que sería importante medir en las poblaciones con enfermedades mentales, pero esta edición no incluyó proporciones o estadísticas de prevalencia por género (American Psychiatric Association, 1952). El DSM-II incorporó una categoría específica de género de psicosis puerperal, pero no conservó la categoría en reediciones futuras del DSM (American Psychiatric Association, 1968). El DSM-III mejoró la información existente acerca de efectos del género al incluir secciones sobre “manifestaciones asociadas”, “edad de comienzo”, “complicaciones y factores predisponentes” y, en muchas secciones, “proporción por género” (American Psychiatric Association, 1980; Widiger, 2007). Sin embargo, mucha de la información era inexacta e imprecisa, por ejemplo, el texto incluido en afirmaciones tales como “En apariencia, el trastorno es igual de frecuente en hombres y mujeres” o “El trastorno se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres que en hombres” (American Psychiatric Association, 1980). Estas afirmaciones derivan de la impresión clínica más que de la investigación de cohorte representativas de la comunidad. Asimismo, el DSM-III incluyó una serie de categorías que eran específicas de género, como “trastorno de la identidad sexual de la infancia” o relevantes para individuos de un sexo o el otro, como determinados “trastornos psicosexuales” (American Psychiatric Association, 1980). Los autores eliminaron la categoría de psicosis puerperal en esta reedición, y por consiguiente, los conjuntos de criterios que eran específicos de género se limitaron a aquellos referidos a la identidad o a la función sexual.

La revisión del DSM-III (DSM-III; American Psychiatric Association, 1987) se benefició con el estudio epidemiológico que realizó en esa época y aportó mayor información sobre proporciones por género, aunque los datos siguieron siendo, en gran medida, inadecuados. Por ejemplo, el DSM-III-R indicó que los “trastornos disociativos” eran de tres a nueve veces más frecuentes en mujeres que en hombres, un rango tan grande que no es posible identificar la estimación con certeza. Se conservaron los criterios independientes de “trastornos de identidad sexual en la infancia” en varones y mujeres, y algunos “trastornos sexuales” (p. ej., trastorno de la excitación sexual femenina o trastorno de la erección masculina). Sin embargo, se consideró otra categoría específica de género que no era simplemente un trastorno del funcionamiento sexual. Este cuadro, trastorno disfórico de la fase luteínica tardía, se incluyó finalmente en el apéndice del DSM-III-R como “Categorías diagnósticas propuestas que requieren más estudio” (American

Psychiatric Association, 1987). El cuadro propuesto se incorporó sólo al apéndice porque algunos opinaban que era necesario reunir más datos antes de que este calificara como un trastorno independiente. Asimismo, muchos del equipo de trabajo expresaron la preocupación de que un diagnóstico específico de género de este tipo estigmatizara a las mujeres.

El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) aportó más información sobre cuestiones de género; incluyó datos de prevalencia, así como información descriptiva en el texto de diversos trastornos, en la sección “Manifestaciones específicas de cultura, edad y género”. Sin embargo, no toda la información provista estaba bien documentada ni era exacta (Hartung y Widiger, 1998). Pese a la investigación sustancialmente mayor existente sobre trastorno disfórico de la fase luteínica tardía, este no se incluyó como una categoría regular. En cambio, se lo red denominó trastorno disfórico premenstrual y se lo mantuvo en el apéndice. La actualización del texto para el DSM-IV, DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), fue diseñada para conferir mayor exactitud a la información estadística y de otro tipo. Revisiones bibliográficas y cuadros de evidencia avalaron los cambios del texto. Asimismo, este volumen preservó diferentes conjuntos de criterios para determinados “trastornos sexuales” que afectan a hombres o mujeres. Interesa destacar que, en esta actualización, se agregó un especificador para indicar comienzo posparto de trastorno depresivo mayor.

En resumen, las diversas reediciones del DSM incorporaron información más abundante y más exacta acerca de proporciones por género de las diversas enfermedades psiquiátricas, aunque todavía hay deficiencias. Por ejemplo, la edición actual no menciona proporciones para el trastorno por estrés postraumático (TEPT), y en algunas de las enfermedades, sólo se indica mayoría de hombres o de mujeres, sin proporciones específicas. El DSM sigue incluyendo categorías específicas de género para algunos “trastornos sexuales”. En un caso, se incluyó un modificador posparto para el trastorno depresivo mayor como reconocimiento del papel de los eventos reproductivos. El trastorno disfórico premenstrual, otro trastorno específico de género, continúa en el apéndice, en gran medida debido a las preocupaciones respecto del estigma que podría conferir un diagnóstico de este tipo más que sobre la base científica asociada con la categoría (Widiger, 2007).

DSM-5 y cuestiones relacionadas con el género

La forma del DSM-5 es un trabajo en progreso. No obstante, las cuestiones relacionadas con el género se podrían integrar mejor en el DSM-5 de varias maneras, y esto se podría realizar con un mayor nivel de sofisticación que la reseñada en la sección previa.

Datos epidemiológicos

En la actualidad, contamos con una cantidad sustancialmente mayor de datos sobre la incidencia y la prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres. Esta base de datos incluye estudios transversales como el Estudio del Área de

Captación Epidemiológica (Robins y Regier, 1991), la Réplica del Estudio Nacional de Comorbilidad (Kessler y cols., 1994) y la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Enfermedades Relacionadas (Grant y cols., 2004). Algunos de estos estudios tienen múltiples olas de recolección de datos que, junto con los estudios de cohorte, como el Estudio de Zurich (Angst y Dobler-Mikola, 1985) y el Estudio Longitudinal de Dunedin (Hankin y cols., 1998), pueden aportar estimaciones prospectivas de tasas de incidencia. Un ejemplo de información relevante es que la prevalencia comunitaria en los últimos 12 meses y durante la vida de trastorno depresivo mayor en mujeres premenopáusicas adultas es alrededor del doble que en hombres (Angst y Dobler-Mikola, 1984; Hasin y cols., 2005; Kessler y cols., 1994, 2005; Klose y Jacobi, 2004; Weissman y cols., 1993). De modo similar, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad afecta con mayor frecuencia a varones que a niñas, con una proporción por género de 3:1 a 5:1 (Costello y cols., 2003; Moffitt, 1990).

A medida que aumenta la fuerza de la información epidemiológica, es importante considerar otras cuestiones (Rutter y cols., 2003). Primero, sería preferible que el DSM-5 utilizara datos obtenidos de cohortes comunitarias y no de contextos clínicos, porque los factores que influyen en la asistencia al tratamiento podrían sesgar la información reunida en contextos terapéuticos. Por ejemplo, el DSM-III-R afirmó que la fobia social era más común en hombres, en contextos clínicos. El DSM-IV esclareció el sesgo hallado mediante el uso de cohortes clínicas y afirmó que, en la comunidad, el trastorno es más común en las mujeres. De hecho, varios estudios observaron una proporción por género de alrededor de 1,5:1 para mujeres en comparación con hombres, y la convergencia de hallazgos fortalecieron la estimación (De Wit y cols., 1999; Kessler y cols., 1994). Segundo, estudios epidemiológicos de varios países, culturas o contextos pueden identificar diferencias por género estables y reproducir los hallazgos. Los dos estudios sobre fobia social mencionados antes provienen de los Estados Unidos (Kessler y cols., 1994) y Canadá (De Wit y cols., 1999), y aunque las estimaciones puntuales de prevalencia de fobia social difieren entre estos dos países, la proporción por género fue aproximadamente la misma. De modo similar, las tasas de prevalencia en los últimos 12 meses de trastorno depresivo mayor en mujeres premenopáusicas varía en los distintos países, pero la proporción por género es llamativamente similar (Weissman y cols., 1993), lo que puede indicar factores de vulnerabilidad relacionados con el género que son relativamente estables (Rutter y cols., 2003). El DSM-5 puede continuar informando proporciones por género junto con estimaciones de prevalencia.

Una advertencia sobre esto es que se deben considerar las mediciones y métodos utilizados para identificar las estadísticas de incidencia y prevalencia, y, por ende, las estimaciones de diferencias según el género. Si bien los participantes de la comunidad seleccionados al azar minimizarán el sesgo de selección, es posible que haya sesgo de comunicación, y que los individuos interrogados den respuestas más aceptables desde el punto de vista social en lugar de históricamente exactas. Por ejemplo, puede haber una menor probabilidad de que los hombres refieran síntomas como llorar (Salokangas y cols., 2002) y, quizás, otras manifestaciones de depresión, mientras que las mujeres pueden ser menos proclives a comunicar uso

indebido de sustancias (Greenfield y cols., 2007). Los autores del DSM-5 pueden examinar los métodos que se utilizan en los estudios epidemiológicos para identificar las posibles fuentes de sesgo de información.

Más allá de la epidemiología y las proporciones por género: género y construcción de conjuntos de criterios

Varios trastornos del DSM no asumen la neutralidad de género, sino que, más bien, son específicos de este, porque la biología indica que sólo los individuos de un sexo pueden presentar el trastorno. Por ejemplo, dispareunia en mujeres o trastorno de la erección en hombres. Por otra parte, ha sido tema de controversia si el trastorno de conducta es neutral respecto del género o *debería* serlo. El cuadro tiene mayor prevalencia en varones que en mujeres, y la distribución de algunas manifestaciones difieren según el sexo en los adolescentes. Los estudios de trastorno de conducta observan mayores dificultades en cuanto a la agresión física en varones y tasas más altas de indiscreciones sexuales, así como otras formas de agresión relacionales, en las mujeres (Rutter y cols., 2003). En consecuencia, algunos investigadores propugnan un “umbral” más bajo para el diagnóstico en mujeres que en hombres, para hacer que la categoría sea neutral respecto del género (Zoccolillo y cols., 1996). Otros observan que los criterios reseñados en el DSM-IV reflejan de manera apropiada las diferencias de género halladas para los componentes esenciales de la enfermedad (Doyle y cols., 2003; Lahey y cols., 2006).

Han surgido cuestiones acerca de la neutralidad de género de otro cuadro, el trastorno de somatización (Hartung y Widiger, 1998). Esta categoría evolucionó a partir de “histeria”, y su propia base estaba sesgada por el género. Los investigadores asociados con el DSM discernieron lo verdadero de lo falso de estos criterios específicos de género en las diversas reediciones del manual. El DSM-IV agregó un criterio específico para hombres (disfunción eyaculatoria) y mantuvo algunos criterios específicos de las mujeres (irregularidades menstruales, hipermenorrea, vómitos durante todo el embarazo), pero eliminó otros en un intento de alcanzar la neutralidad de género (American Psychiatric Association, 2000).

La neutralidad de género se ha cuestionado menos para otros conjuntos de criterios del DSM, pero esta es una consideración para el DSM-5. Las exploraciones empíricas para identificar un sesgo por género dentro de categorías individuales hallarán una serie de complejidades. Como ya se mencionó, algunos síntomas *comunicados* por aquellos con la verdadera enfermedad pueden estar influenciados por ideas de aceptabilidad social. Estos síntomas comunicados no sólo pueden determinar estimaciones inexactas de la enfermedad verdadera —en mujeres o en hombres (o en ambos)—, sino que también pueden causar descripciones inexactas de la enfermedad. Por ejemplo, algunos trabajos muestran que, en comparación con las mujeres que presentan trastorno depresivo mayor, es menos probable que los hombres con esta enfermedad admitan problemas de libido o síntomas somáticos, como trastornos del apetito y el sueño (Silverstein, 1999). ¿Esto significa que los hombres con un trastorno depresivo tienen menos probabilidad de presentar alteración de la libido o problemas de sueño y apetito, o que es menos probable que comuniquen este tipo de dificultades? Si en algunos grupos se subco-

munican síntomas cruciales, los investigadores podrían pasar por alto las variantes menos graves.

La Figura 13-1 es una ilustración hipotética de cómo las diferencias entre géneros en la confirmación de síntomas candidatos podría determinar diferentes tasas de enfermedad. En el gráfico, una mayor cantidad de mujeres alcanza los criterios de enfermedad cuando están menos enfermas. Esto ocurriría si los síntomas críticos que presentan los hombres no se incluyen en el umbral necesario para diagnosticar la enfermedad o si los hombres no comunican los síntomas. Podría haber un resultado similar si se incluyeran síntomas de distrés inespecífico, que son más comunes en mujeres que en hombres, en un conjunto de criterios diagnósticos, como se ilustra en la Figura 13-2. Por ejemplo, si el llanto es una expresión común de emotividad en las mujeres (Williams y Morris, 1996), y se lo incorporara a la lista de verificación de síntomas y al conjunto de criterios de trastorno depresivo mayor, esto serviría para perpetuar una estimación sesgada por género de la prevalencia del trastorno. Un ítem de este tipo se describiría como no invariante en la medición (es decir, con diferente probabilidad de ser confirmado por un grupo en comparación con otro, pese a niveles de base similares del trastorno). Llorar no es un síntoma de depresión del DSM, pero el trastorno de somatización es un ejemplo particularmente relevante de la Figura 13-2. El trastorno no sólo derivó de una perspectiva sesgada por género (p. ej., a partir de “histeria”), sino que la inclusión de ítems que sólo pueden ser presentados por mujeres puede haber perpetuado la tasa desproporcionada de enfermedad en las mujeres respecto de los hombres. El hecho de que la mayor parte de las investigaciones de este cuadro sólo hayan incluido a mujeres (Hartung y Widiger, 1998) garantiza, además, una representación más alta de mujeres entre aquellos con el trastorno.

Es razonable preguntarse cómo podrían determinar los colegas que participan en el DSM-5 cuál de los criterios diagnósticos, si es que hay alguno, ha sido influenciado por sesgo de género. En los párrafos previos, analizamos ejemplos de trastorno de conducta y trastorno de somatización. Sin duda, la inclusión de criterios que sólo pueden ser presentados o son típicos de individuos de un sexo u otro sugiere la posibilidad de sesgo de género. Otro indicador de posible sesgo de género reside en la epidemiología del trastorno y las tasas de prevalencia desproporcionadas entre hombres y mujeres, aunque estas diferencias de las tasas de enfermedad podrían reflejar enfermedad real en hombres y mujeres. Dado que se cuenta con conjuntos de datos apropiados, los miembros de los grupos de trabajo y los grupos de estudio del DSM-5 pueden investigar, desde el punto de vista estadístico la relevancia de los síntomas expresados por hombres y mujeres en relación con el diagnóstico de una enfermedad.

Un enfoque es el *análisis de clases latentes*. Este enfoque analítico asume que las variables latentes e inobservables (clases) representan la enfermedad y que es posible modelar estas variables a través de la estructura de correlaciones entre variables que son observables. Si la composición de las clases latentes no varía entre hombres y mujeres (invarianza de la medición), es probable que los ítems de los criterios sean relevantes tanto para hombres como para mujeres. Chung y Breslau (2008) emplearon este enfoque para evaluar el sesgo de género del conjunto de criterios para TEPT. Como contexto, numerosos estudios hallaron que,

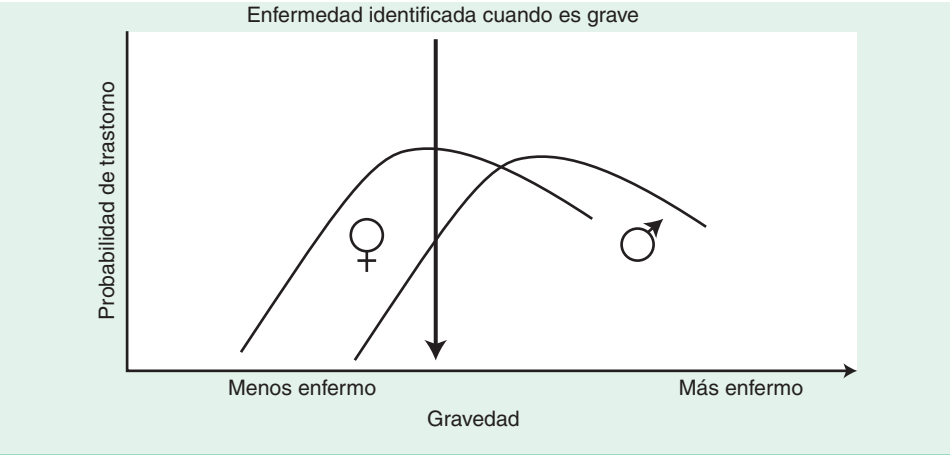


FIGURA 13-1. Medidas de gravedad relacionadas con el género, que determina diferentes tasas de detección de la enfermedad.

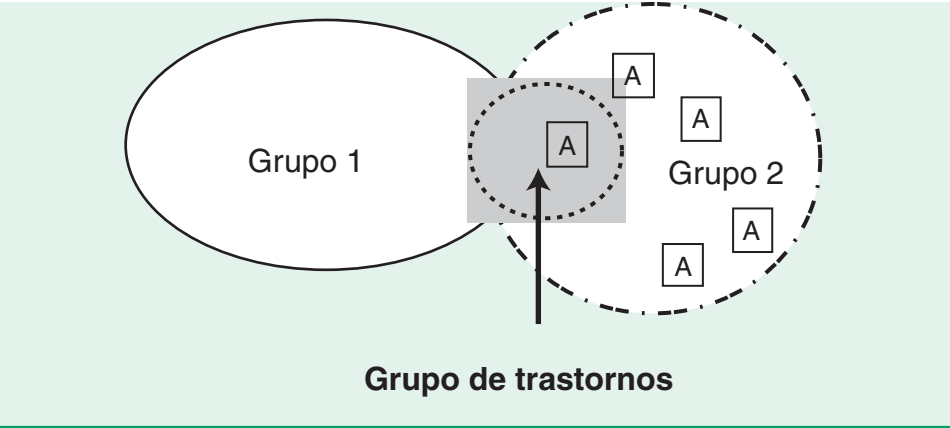


FIGURA 13-2. Criterios sesgados por prevalencia de síntomas no contribuyentes en el grupo con mayor probabilidad de presentar la enfermedad.

después de un evento traumático, la probabilidad de presentar TEPT es mayor en las mujeres que en los hombres (Breslau y cols., 1991; Fullerton y cols., 2001; Holbrook y cols., 2002; Norris, 1992). Además, el tipo de eventos traumáticos a los que las mujeres suelen estar expuestas son algo diferentes de los observados en los hombres, porque ellas tienen mayor probabilidad de exposición a violencia interpersonal, mientras que los hombres están expuestos más a menudo a otros tipos de trauma (Breslau y cols., 1991; Kimerling y cols., 2000). Chung y Breslau (2008) utilizaron una cohorte comunitaria de individuos que fueron interrogados acerca de TEPT e investigaron la invarianza de la medición según grupos que diferían por tipo de trauma y género. Observaron que la medición de TEPT variaba según el tipo de trauma (violencia agresiva frente a otros eventos traumáticos), pero no según el género. Las implicaciones sugieren que, después de tomar en cuenta el tipo de trauma, el conjunto de criterios se adapta igual de bien a hombres y mujeres. Aunque tranquilizadores, resultados como estos merecen ser reproducidos.

Otro enfoque analítico útil para examinar un posible sesgo de género en los conjuntos de criterios diagnósticos para diferentes trastornos es la *teoría de respuesta al ítem* (TRI), en la que el término *funcionamiento diferencial de los ítems* (FDI) es sinónimo de no invarianza de la medición. Asimismo, el análisis de la TRI asume que el trastorno/enfermedad es inobservable y está representado por una estructura latente subyacente (es decir, θ), que se estima por las variables observadas (es decir, síntomas). Se utiliza la información acerca de la gravedad de la enfermedad (o capacidad) de un individuo y las características prueba-ítem (es decir, dificultad del ítem o parámetros β , y discriminación del ítem o parámetros α) para predecir la probabilidad de una confirmación positiva de un síntoma particular y se representa gráficamente por las curvas de características de los ítems. En las curvas de características de los ítems para cada ítem o síntoma, la gravedad del cuadro, representada por la estructura latente subyacente, θ , es constante, y se comparan las diferencias entre los grupos en la dificultad del ítem, parámetros β , y la discriminación del ítem, parámetros α .

La aplicación de la TRI para evaluar el FDI basado en el género implica examinar las diferencias de probabilidad de confirmar un ítem entre el grupo de referencia (es decir, mujeres) y el grupo focal (es decir, hombres), que presentan, ambos, la misma gravedad de base del trastorno. Se dice que los síntomas que es más probable que sean confirmados por un grupo (es decir, mujeres) en todos los niveles del trastorno, en comparación con otro grupo (p. ej., hombres) con la misma gravedad de base del trastorno (Figura 13-3), tienen FDI uniforme. En el análisis de la TRI, el *FDI uniforme* es análogo a un efecto principal (grupal) significativo en el análisis de regresión que predice la confirmación de síntomas específicos. Por el contrario, se dice que los síntomas que es más probable que sean confirmados por un grupo, en comparación con otro, a altos niveles de la variable pero que muestran la propiedad inversa a bajos niveles de la variable (o viceversa), tienen *FDI no uniforme*, que es análogo a un término de interacción en el análisis de regresión (Figura 13-4). En la evaluación de la no invarianza de la determinación basada en el género, se investiga primero el FDI no uniforme, y si está ausente, se examina el FDI uniforme.

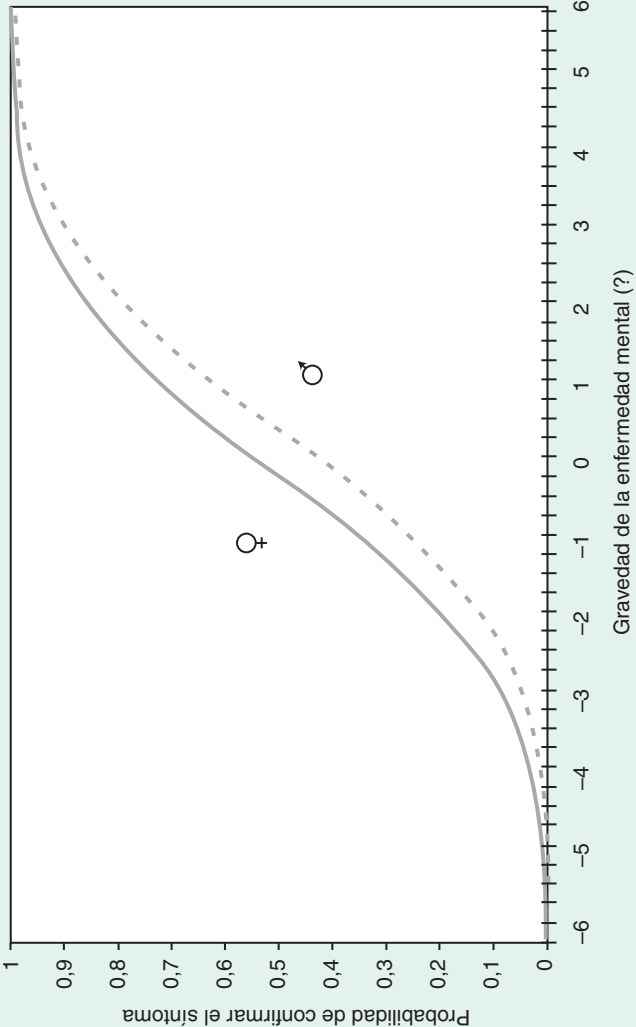


FIGURA 13-3. Funcionamiento diferencial de los ítems, uniforme en la confirmación de un síntoma para una hipotética enfermedad mental, basado en el género.

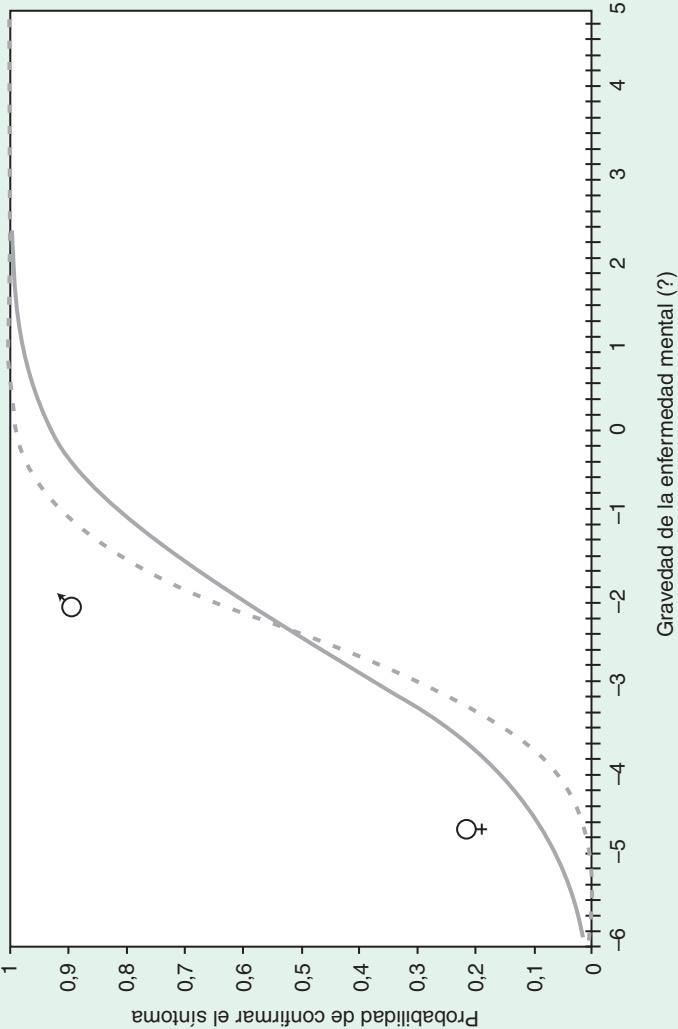


FIGURA 13-4. Funcionamiento diferencial de los ítems, no uniforme en la confirmación de un síntoma para una hipotética enfermedad mental, basado en el género.

Exámenes preliminares del Grupo de Estudio de Género y Transcultura, de la no invarianza de la medición basada en el género para síntomas de trastorno depresivo mayor especificados en el DSM-IV, han mostrado una falta de DFI no uniforme. Sin embargo, para algunos síntomas depresivos, hubo FDI uniforme basado en el género mínimo, es decir no significativo, basado en un cambio menor del 10% de las estimaciones de los parámetros β (Moldonado y Greenland, 1993). Estos hallazgos implican que los ítems especificados para trastorno depresivo mayor no favorecen a un género respecto de otro y, por lo tanto, ejercen un efecto mínimo sobre las diferencias observadas en la prevalencia del trastorno entre hombres y mujeres. Estas observaciones justifican otros estudios para reproducir los hallazgos.

Conjuntos de criterios alternativos para hombres y mujeres

Como ya se mencionó, algunos trastornos tienen conjuntos de criterios distintos para hombres y mujeres, pero estos son, principalmente, trastornos en los que la función sexual difiere por sexo. Algunos han propuesto conjuntos de criterios diagnósticos alternativos para hombres y mujeres con trastorno de conducta (Zoccolillo y cols., 1996), pero esta idea no es universalmente avalada (Rutter y cols., 2003). Debe haber un alto nivel de evidencia para avalar la necesidad de conjuntos de criterios diferentes para hombres y mujeres. Esta información puede incluir evidencia de que 1) una serie de síntomas diferentes representan el mismo trastorno en hombres y mujeres; 2) hay subdiagnóstico en un grupo si no se consideran estos síntomas diferentes; y 3) la evolución clínica del trastorno, operacionalizada con diferentes conjuntos de criterios diagnósticos, tiene un curso, biología, etc., análogos.

Consideraciones de género y especificadores diagnósticos

Las reediciones pasadas del DSM han empleado especificadores diagnósticos, como edad de comienzo, gravedad, especificadores de evolución y características (“tipo”, como “generalizado” o “paranoide”). Los especificadores pueden aportar información diagnóstica adicional al clínico y, por consiguiente, guiar el tratamiento. Un ejemplo de un especificador relacionado con el género es el especificador “comienzo posparto” para el trastorno depresivo mayor hallado en el DSM-IV. Es posible que este y otros eventos reproductivos en las mujeres puedan agregar información diagnóstica necesaria; por lo tanto, sería importante revisar esta información o reunir datos adicionales para el DSM-5. Por ejemplo, sería importante detectar el empeoramiento de un trastorno depresivo unipolar en el período premenstrual porque podría identificar un período de vulnerabilidad para la recaída (la fase premenstrual) y porque podría tener implicaciones terapéuticas. Mujeres que, por lo demás, están estables pero presentan empeoramiento premenstrual del estado de ánimo podrían requerir un aumento de la dosis de medicación, el agre-

gado de otra medicación o un cambio a un agente que sea eficaz para los síntomas premenstruales, así como para el trastorno depresivo mayor. Lo mejor quizá sea limitar los especificadores relacionados con el género a aquellos que indican cuestiones de diagnóstico y tratamiento importantes en las mujeres.

Integración de cuestiones relacionadas con el género en el texto del DSM-5

El texto del DSM incluye gran cantidad de información valiosa y, en reediciones previas, incluyó “características de género”. La bibliografía científica sobre las diferencias de género en las causas y la expresión de trastornos psiquiátricos aumentó de manera sustancial durante la última década, y el texto sería un lugar ideal para incorporar información nueva. Sin embargo, esta información debe atenerse a los principios reseñados antes: debe incluir datos de cohortes comunitarias, así como de muestras clínicas; debe ser validada por replicación; y debe ser rigurosa desde el punto de vista científico. Idealmente, esta información ayudaría a los clínicos e investigadores en sus tareas diagnósticas e indicaría áreas de implicaciones terapéuticas. Analizamos las diferencias de género en la presentación del trastorno de conducta y la exposición diferencial a diversos eventos traumáticos en hombres y mujeres. Resultaría útil incluir información como esta en el texto del DSM-5.

Conclusión

La evolución del DSM ha comprendido mayor atención a las cuestiones de género. Se requiere información completa acerca de la epidemiología, que debe ser lo más exacta posible. Sin embargo, el DSM-5 tiene la oportunidad de ir más allá de las estadísticas rudimentarias y encarar si las categorías son, o deberían ser, neutrales respecto del género. Las alineaciones de los conjuntos de criterios pueden influir recíprocamente en diferencias por género de la epidemiología de diversos trastornos. El DSM-5 podría incorporar cuestiones relacionadas con el género como “especificadores” o en la información del texto. La atención a estos detalles hará que el DSM-5 sea relevante para individuos de uno u otro sexo.

Bibliografía

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1952
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1968
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed., revisada. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
- Angst J, Dobler-Mikola A: Do the diagnostic criteria determine the sex ratio in depression? *J Affect Disord* 7:189–198, 1984
- Angst J, Dobler-Mikola A: The Zurich Study—a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes, IV: recurrent and nonrecurrent brief depression. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 234:408–416, 1985
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 48:216–222, 1991
- Chung H, Breslau N: The latent structure of post-traumatic stress disorder: tests of invariance by gender and trauma type. *Psychol Med* 38:563–573, 2008
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, et al: Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 60:837–844, 2003
- De Wit DJ, Ogborne A, Offord DR, et al: Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. *Psychol Med* 29:569–582, 1999
- Doyle AE, Biederman J, Monuteaux M, et al: Diagnostic threshold for conduct disorder in girls and boys. *J Nerv Ment Dis* 191:379–386, 2003
- Fullerton CS, Ursano RJ, Epstein RS, et al: Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry* 158:1486–1491, 2001
- Grant B, Stinson FS, Dawson DA, et al: Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Arch Gen Psychiatry* 61:361–368, 2004
- Greenfield SF, Brooks AJ, Gordon SM, et al: Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend* 86:1–21, 2007
- Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, et al: Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 107:128–140, 1998
- Hartung CM, Widiger TA: Gender differences in the diagnosis of mental disorders: conclusions and controversies of the DSM-IV. *Psychol Bull* 123:260–278, 1998
- Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, et al: Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 62:1097–1106, 2005
- Holbrook TL, Hoyt DB, Stein MB, et al: Gender difference in long-term posttraumatic stress disorder outcomes after major trauma: women are at higher risk of adverse outcomes than men. *J Trauma* 53:882–888, 2002
- Kaplan M: A woman's view of DSM-III. *Am Psychol* 38:786–792, 1983
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51:8–19, 1994
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (see comment). *Arch Gen Psychiatry* 62:593–602, 2005 (erratum in *Arch Gen Psychiatry* 62:768, 2005)
- Kimerling R, Clum GA, Wolfe J: Relationships among trauma exposure, chronic posttraumatic stress disorder symptoms, and self-reported health in women: replication and extension. *J Trauma Stress* 13:115–128, 2000
- Klose M, Jacobi F: Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Arch Womens Ment Health* 7:133–148, 2004

- Lahey BB, Van Hulle CA, Waldman ID, et al: Testing descriptive hypotheses regarding sex differences in the development of conduct problems and delinquency. *J Abnorm Child Psychol* 34:737–755, 2006
- Moffitt TE: Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Dev* 61:893–910, 1990
- Moldonado G, Greenland S: Simulation study of confounder-selection strategies. *Am J Epidemiol* 138:923–936, 1993
- Norris FH: Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol* 60:409–418, 1992
- Robins L, Regier DA (eds): *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, Free Press, 1991
- Rutter M, Caspi A, Moffitt TE: Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *J Chile Psychol Psychiatry* 44:1092–1115, 2003
- Salokangas RK, Vaahtera K, Pacriev S, et al: Gender differences in depressive symptoms: an artifact caused by measurement instruments? *J Affect Disord* 68:215–220, 2002
- Silverstein B: Gender difference in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. *Am J Psychiatry* 156:480–482, 1999
- Weissman MM, Bland R, Joyce PR, et al: Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord* 29:77–84, 1993
- Widiger TA: DSM's approach to gender: history and controversies, in *Age and Gender Consideration in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-V*. Editado por Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, et al. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2007, pp 19–31
- Williams DG, Morris GH: Crying, weeping or tearfulness in British and Israeli adults. *Br J Psychol* 87:479–505, 1996
- Zoccolillo M, Tremblay R, Vitaro F: DSM-III-R and DSM-III criteria for conduct disorder in preadolescent girls: specific but insensitive. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:461–470, 1996