

DSM-5: ¿CAMBIO DE PARADIGMA EN LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES?

BONIFACIO SANDÍN

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

Resumen: La publicación del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quinta edición (DSM-5), en mayo de 2013, constituyó un importante evento. Sin embargo, fue precedida por un debate de un nivel extraordinario de controversia. En la primera parte de este artículo proporcionamos un análisis sobre aspectos relevantes relacionados con el proceso de revisión del manual, incluyendo la elaboración del DSM-5, los cambios generales y conceptuales (organización evolutiva de los trastornos, integración de un enfoque categorial-dimensional, propuestas de evaluaciones dimensionales), cambios en criterios diagnósticos específicos, y la incorporación de nuevas categorías y grupos de trastornos. En la segunda parte, examinamos las principales controversias y criticismo relacionados con el proceso de revisión del manual. Se incluyen aspectos relacionados con defectos metodológicos, el cambio de paradigma, nuevos diagnósticos problemáticos, relajación de umbrales para diagnósticos existentes, y el nuevo énfasis en el modelo biomédico. Se describen algunas sugerencias para la psicología clínica.

Palabras clave: DSM-5; trastorno mental; psicopatología; categorial-dimensional modelo; controversias.

DSM-5: A paradigm shift in the classification of mental disorders?

Abstract: The publication of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition (DSM-5), in May 2013, was an important event. However, it was preceded by a debate with an extraordinary level of controversy. In the first part of this paper, we provide a general analysis of relevant aspects related to the revision process of the manual, including the elaboration of the DSM-5, general-conceptual changes (lifespan organization of disorders, integration of a categorial-dimensional diagnostic approach, the proposed dimensional and cross-cutting assessments), changes to specific diagnostic criteria, and the addition of new categories and groups of disorders. In the second section, we examine the main controversies and criticism related to the revision process of the manual. This includes issues related to methodology flaws, the paradigm shift, problematic new diagnoses, the lowering of thresholds for existing diagnoses, and the new emphasis on the biomedical model. Suggestions for clinical psychology are outlined.

Keywords: DSM-5; mental disorder; psychopathology; categorial-dimensional model; controversies.

La reciente publicación de la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), de la American Psychiatric Association (APA, 2013), ha estado precedida por un grado de interés, polémica, expectativas y críticas jamás visto con ningún otro libro científico publicado hasta estos momentos. Es posible que tal revuelo se haya fa-

vorecido en gran medida por el abuso de las redes sociales (internet) y el desconocimiento del manual, y no se deba tanto a los cambios reales reflejados en esta nueva versión del DSM. Aun así, este fenómeno posee una gran relevancia sobre la psicopatología y la psicología clínica actuales, lo que justifica la necesidad de llevar a cabo análisis equilibrados sobre los cambios y los aspectos positivos y negativos del nuevo manual de diagnóstico psicopatológico. Mediante el presente artículo pretendemos llevar a cabo un análisis sobre los aspectos del DSM-5 que puedan significar una mayor aportación o cambio respecto a su antecesor. Tam-

Recibido: 15 junio 2013; aceptado: 20 julio 2013.

Correspondencia: Bonifacio Sandín, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Psicología, Juan del Rosal 10, 28040 Madrid, España. Correo-e: bsandin@psi.uned.es

bién nos centraremos en algunas de las críticas que han caracterizado o empañado el desarrollo y publicación del nuevo manual.

Antes de comenzar con nuestro análisis, permítanme recordar que un sistema de clasificación de la conducta anormal basado en criterios empíricos es absolutamente necesario para el progreso de la psicopatología, la psiquiatría y en general de la psicología clínica, entendidas estas como disciplinas científicas. Aparte del propio valor intrínseco que posee para toda ciencia la taxonomía de los elementos sustantivos de un campo de conocimiento, el disponer de una clasificación de los trastornos mentales posibilita el uso de un lenguaje común entre los investigadores y terapeutas para describir la psicopatología, necesario para el avance en este campo, facilitando la replicación de trabajos de investigación, las acciones interdisciplinares, la homologación de los tratamientos, los estudios epidemiológicos, y el análisis de la efectividad de las terapias basadas en la evidencia.

Han pasado ya más de 60 años desde que la American Psychiatric Association (APA) publicó la primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (DSM-I, 1952). Desde entonces, se han venido produciendo sucesivas revisiones en periodos aproximados de 15 años, mediante las cuales se han reflejado cambios importantes en el conocimiento y clasificación de los trastornos mentales. El DSM-I (APA, 1952) incluía tres grandes grupos de trastornos: psicosis orgánicas (p.ej., las «reacciones esquizofrénicas»), neurosis psi-

cógenas (reacciones que respondían al tratamiento psicoanalítico; p.ej., ansiedad y depresión), y trastornos del carácter (p.ej., trastornos de la personalidad y adicciones); influido por las teorías psicoanalíticas, y especialmente por las teorías de Adolf Meyer, el DSM-I entendía los trastornos mentales como *reacciones* de la personalidad a factores psicosociales.

Aunque, al homologarlo con la clasificación de la CIE-8 (8ª edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades), el DSM-II (APA, 1968) incrementó el número de trastornos mentales (véase la Tabla 1), tanto el DSM-I como el DSM-II carecían de una descripción de criterios formales que sirvieran para determinar los límites de cada trastorno (estos manuales únicamente proporcionaban descripciones globales de los trastornos mentales (tal y como se hace en la CIE), no exentas a veces de supuestos sobre las causas del trastorno. Partiendo de estos manuales era prácticamente imposible determinar la fiabilidad de los diagnósticos, lo cual, no obstante, no preocupaba a la mayor parte de los psiquiatras de orientación psicoanalítica, ya que para ellos no era tan relevante la delimitación de los síntomas que pudieran configurar un diagnóstico cuanto la dinámica de los conflictos subyacentes que generalmente no se expresaban de forma directa. De hecho, la mayoría de los psiquiatras, generalmente de corte psicoanalítico, apenas utilizaban el DSM-II con fines diagnósticos.

En esta época en que dominaba el modelo psicoanalítico, para la práctica de la psiquiatría

Tabla 1. Evolución del DSM en el número de trastornos mentales incluidos en las diferentes ediciones

<i>Versión</i>	<i>Año</i>	<i>Nº de trastornos especificados^a</i>	<i>Nº de trastornos no especificados^b</i>	<i>Nº total de trastornos incluidos</i>	<i>Nº de páginas</i>
DSM-I	1952	106	—	106	130
DSM-II	1968	121	16	137	134
DSM-III	1980	151	31	182	494
DSM-III-R	1987	167	37	204	567
DSM-IV	1994	171	49	220	886
DSM-5	2013	143	73	216	947

Nota: Elaboración propia. No se incluyen subtipos de trastornos mentales (que se determinan a través de especificadores). ^a trastornos cuyos criterios de diagnóstico están especificados en el manual; ^b trastornos sin criterios diagnósticos, referidos como otros trastornos no especificados, trastornos inespecificados, u otros trastornos especificados (fuera del manual).

era mucho menos relevante la determinación de posibles categorías diagnósticas concretas que el análisis de los conflictos intrapsíquicos y de la personalidad. Estos manuales partían de un modelo dimensional de la psicopatología, y concebían los síntomas como un mero reflejo de la psicodinámica de los mecanismos subyacentes, o como reacciones a los sucesos y dificultades vitales. Según este enfoque, lo importante era determinar la falta de adaptación del individuo a los problemas vitales, la cual podía variar entre grados de leve (neurosis) a mayor gravedad (psicosis) (Menninger, 1963). Un aspecto importante de este enfoque dimensional fue su transformación de la psiquiatría tradicional (modelo biológico de Kraepelin) hacia un modelo de continuidad entre lo normal y lo anormal (la mayor parte de la gente puede tener algún grado de anormalidad en algún momento de la vida), mediante la cual la psiquiatría había pasado de ser una disciplina relacionada con la locura a una disciplina relacionada con la normalidad (Horwitz, 2002; Mayes y Horwitz, 2005).

DSM-III: PRIMERA REVOLUCIÓN EN LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Sin embargo, a partir de 1980, con la publicación del DSM-III (APA, 1980), se produjo un cambio que revolucionó la clasificación de los trastornos mentales y cambió el paradigma imperante en la psicopatología y psiquiatría. En palabras de Mayes y Horwitz:

En 1980, de un solo golpe, el sistema de diagnóstico basado en el DSM-III transformó radicalmente la naturaleza de la enfermedad mental. En poco tiempo, la psiquiatría se deshizo de un paradigma intelectual y adoptó un sistema de clasificación totalmente nuevo. El DSM-III importó un modelo de diagnóstico de la medicina donde el diagnóstico es «la piedra angular de la práctica médica y la investigación clínica»... La psiquiatría se reorganizó a sí misma pasando de una disciplina donde el diagnóstico desempeñaba un papel marginal a otra en la que se convertía en la base de la especialidad. El DSM-III enfatizó las categorías de enfermedad en lugar de los límites imprecisos entre la conducta normal y

anormal, dicotomías en lugar de dimensiones, y síntomas manifiestos en lugar de mecanismos etiológicos subyacentes... (p. 250).

Se han sugerido varias explicaciones al efecto revolucionario producido por el DSM-III, tales como el triunfo de la ciencia (el conocimiento científico) sobre la ideología y la creciente medicalización de la psiquiatría (el DSM-III sitúa el ámbito de la conducta en el dominio de la psiquiatría). El especial incremento de trastornos mentales descritos en el DSM-III (Tabla 1) se interpretó como evidencia de la capacidad del DSM-III para clasificar un elevado número de problemas médicos y legitimar a la psiquiatría como profesión que debe tratar tales problemas. No obstante, Mayes y Horwitz (2005) consideran que el aspecto fundamental del nuevo manual fue el uso de un diagnóstico categorial, basado en los síntomas, para definir los trastornos mentales. Estos autores defienden que el nuevo paradigma (categorial) construido a partir del DSM-III no se asentó sobre nuevo conocimiento científico ya que, aunque incrementó el número de trastornos, no incrementó el número de conductas a tratar por la psiquiatría. Así mismo, no supuso un incremento de la medicalización (patologización) de la psiquiatría, ya que la psiquiatría dinámica se encargó de hacerlo mucho antes.

El DSM-III significó un triunfo de Kraepelin sobre Freud; es decir, un cambio de un paradigma psicosocial (dimensional) a un paradigma basado en los síntomas (categorial). Robert Spitzer, máximo responsable de este manual, aplicó el enfoque de Kraepelin, según el cual debían especificarse de forma rigurosa y bien definida los criterios para el diagnóstico de cada trastorno mental. Esta orientación, basada en el innovador trabajo de Robins y Guze (1970) sobre criterios externos de validación diagnóstica, ya había sido utilizada con éxito a través de los *Feighner criteria* (Feighner et al., 1972) y los *Research Diagnostic Criteria* (Spitzer, Endicott y Robins, 1978). Este nuevo modelo de clasificación de los trastornos mentales fue aprobado por las principales instituciones sanitarias norteamericanas, y se utilizó para la construcción del DSM-III. El éxito del DSM-III no se debe únicamente al cambio revolucionario

que produjo sobre la psiquiatría en sí misma (favoreciendo, así mismo, el tratamiento farmacológico), sino también por las características del manual y sus repercusiones sobre otros campos afines a la psiquiatría. Una propiedad importante del DSM-III es su carácter ateoórico (neutral en cuanto a posibles causas o teorías etiológicas), lo cual ha facilitado su utilización por los clínicos de cualquier orientación y formación (p.ej., médica o psicológica)¹. Este manual ha sido utilizado con frecuencia en contextos clínicos y de investigación (especialmente por psiquiatras y psicólogos), en medicina y psicología forense, en tribunales de justicia, en las compañías de seguros, y en general en organizaciones e instituciones relacionadas con la salud. Aunque en su concepción subyace el modelo biomédico, la riqueza y estandarización de los criterios diagnósticos referidos a los diferentes trastornos mentales enriqueció enormemente las descripciones de la psicopatología clínica, fomentando, así mismo, la creación de nuevos instrumentos para la evaluación psicológica de los trastornos mentales, favoreciendo con ello la investigación y la práctica de la psicología clínica. La revolución del DSM-III no sólo afectó a la psiquiatría sino también a la psicología.

DSM-IV: CONTINUIDAD DEL MODELO BASADO EN LOS SÍNTOMAS

Durante los 33 años que han transcurrido desde la publicación del DSM-III hasta el mo-

mento actual en que acaba de publicarse el DSM-5 (APA, 2013) se llevaron a cabo tres revisiones del DSM, i.e., el DSM-III-R (APA, 1987), el DSM-IV (APA, 1994), y la mini-revisión del DSM-IV-TR (APA, 2000; mera revisión del texto). Durante todo este tiempo se mantuvo prácticamente inalterado el modelo de clasificación introducido por el DSM-III, i.e., un modelo estrictamente categorial basado en los síntomas (no se producen cambios sustanciales del modelo categorial establecido en 1980). Si la elaboración del DSM-III se basó por primera vez en la evidencia científica para construir los criterios diagnósticos y en ensayos de campo para probar la fiabilidad de los diagnósticos, el comité directivo (Task Force) y los grupos de trabajo del DSM-IV hicieron que la nueva revisión gravitara en torno a ambos aspectos. De hecho, el proyecto de desarrollo del DSM-IV, que duró 6 años, se basó en la información más objetiva posible, para lo cual llevó a cabo una exhaustiva revisión de la evidencia científica en la que participaron diversas organizaciones científicas y profesionales, coordinado por el comité directivo y los 13 grupos de trabajo. Esta amplia documentación, que fue publicada en cuatro volúmenes (*DSM-IV Sourcebook*), refleja la mejor información objetiva disponible en la literatura relacionada con la actividad clínica y la investigación de esa época.

El DSM-IV, aparte de incrementar el número de trastornos mentales, mejoró significativamente los criterios y la descripción de las diferentes categorías diagnósticas. De hecho, los criterios diagnósticos son mucho más precisos, claros y descriptivos que en el DSM-III. Así mismo, aunque ya en el DSM-III se incluía información complementaria a la descripción de los propios criterios en la que se describían aspectos clínicos relevantes en relación con cada trastorno (p.ej., información sobre las características diagnósticas, la sintomatología asociada, el diagnóstico diferencial, los datos epidemiológicos, etc.), la información que a este respecto aparece en el DSM-IV es mucho más amplia, detallada y consistente.

Otra aportación importante del DSM-IV consistió en incluir de forma explícita y específica los criterios de significación clínica, i.e., el requerimiento de que exista deterioro o ma-

¹ Esta propiedad se ha producido al margen de que la orientación neo-kraepeliniana que ha prevalecido entre los máximos responsables de la gestación del DSM-III, incluido el propio Spitzer, parta de un claro enfoque biomédico de los trastornos mentales. De hecho, Spitzer pretendió conceptualizar en el DSM-III los trastornos mentales como «un subgrupo de los trastornos médicos» (Millon, 1986). Afortunadamente esto no fue aceptado, siendo los trastornos mentales definitivamente definidos como «un síndrome o patrón conductual o psicológico clínicamente significativo que se da en un individuo y que se asocia de forma típica a síntomas perturbadores (distrés) o deterioro en una o más áreas importantes de funcionamiento (discapacidad). Además, se infiere que existe una disfunción conductual, psicológica o biológica, y que esta alteración no se produce únicamente en las relaciones entre el individuo y la sociedad» (APA, 1980, p. 6).

lestar clínicamente significativo (la mayoría de las tablas de los criterios de diagnóstico incluyen un criterio de significación clínica). Este criterio debía darse para poder efectuar el diagnóstico respectivo, en adición a los criterios que definen las características propias del síndrome específico.

El DSM-IV no modificó sustancialmente la esencia del modelo que subyacía al DSM-III, sino que significó el éxito y el esplendor del modelo categorial, limitándose a perfeccionar dicho manual mejorando la descripción y caracterización de los trastornos mentales. Así mismo, y al igual que su antecesor, los responsables del desarrollo del DSM-IV se esforzaron por minimizar las inconsistencias lingüísticas con la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), así como también por potenciar la colaboración y maximizar las correspondencias diagnósticas. El DSM-IV ha tenido una amplia aceptación por parte de la comunidad científica, y ha ejercido una enorme influencia sobre el desarrollo reciente de la psiquiatría, la psicopatología y la psicología clínica.

Aunque el DSM-IV refleja el éxito del modelo categorial, el comité directivo del mismo, en contraste con el del DSM-III en el que apenas hubo representación de la psicología, incluyó algunos psicólogos académicos prestigiosos como D. H. Barlow, T. A. Widiger y P. E. Nathan, así como también una significativa representación de psicólogos en los grupos de trabajo y como asesores externos. Tal vez debido a la influencia de estos psicólogos, el DSM-IV asumió explícitamente las limitaciones del enfoque categorial (p.ej., a veces no existen límites claros entre unos trastornos y otros, o entre lo normal y lo anormal) y la necesidad de incorporar el sistema dimensional en la clasificación de los trastornos mentales. El sistema dimensional, en cambio, clasifica las manifestaciones clínicas basándose en la clasificación de atributos en lugar de asignación de categorías, y es más adecuado para describir fenómenos que se distribuyen de forma continua y no poseen límites precisos. No obstante, también asumió los problemas inherentes al propio enfoque dimensional (las descripciones numéricas dimensionales son mucho menos familiares y vívidas que los nombres de categorías de los

trastornos mentales), y mantiene el sistema de categorías por resultar en ese momento más útil para la práctica clínica y la investigación. A este respecto, el manual concluía diciendo que: «Sin embargo, es posible que el incremento de la investigación y la familiarización con los sistemas dimensionales lleven a que estos tengan una mayor aceptación, como método de transmisión de la información clínica, así como también como herramienta de investigación» (APA, 1994, p. xxii).

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DSM-5

El proceso de elaboración del DSM-5 se llevó a cabo en varias etapas desde 1999. La primera se basó en una recopilación de notas técnicas sobre cuestiones a resolver, como la incorporación de los avances neurocientíficos en psicopatología y psiquiatría, la posibilidad de agregar criterios dimensionales a los trastornos, y la necesidad de delimitar las expresiones del trastorno en función del ciclo vital, el sexo y las características culturales; tales notas técnicas se publicaron en los dos libros siguientes: (1) *A research agenda for DSM-V* y (2) *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-IV*. En una segunda etapa, la APA llevó a cabo un amplio despliegue de acciones para coordinar trabajos con otras instituciones relevantes, tales como el American Psychiatric Institute for Research and Education, el National Institute of Mental Health (NIMH), y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Finalmente, a partir de 2006 se constituye el comité directivo y se inicia la configuración de los diferentes grupos de trabajo, encargados de revisar la evidencia de la literatura validada empíricamente y llevar a cabo el proceso de elaboración del DSM-5. En línea con los nuevos objetivos del DSM-5, aparte de los 13 grupos de trabajo dirigidos a las áreas diagnósticas, la APA creó otros grupos de trabajo específicos adicionales para abordar, respectivamente, los espectros de diagnóstico, las cuestiones del desarrollo (ciclo vital), la expresión de los síntomas según el sexo y la cultura, la confluencia de la medicina general y los trastornos

mentales, la evaluación del deterioro funcional y la discapacidad, y los instrumentos de evaluación diagnóstica (Regier et al., 2012).

Aunque siguiendo la línea de su antecesor tanto el comité directivo como los grupos de trabajo contaron con representantes de la psicología, en contraste con el DSM-IV el comité directivo del DSM-5 apenas incluyó psicólogos clínicos de prestigio y la representación de estos en los grupos de trabajo fue en general limitada. Entre los cuatro doctores en psicología (Ph.D.) incluidos en el comité directivo, sólo uno (Kennet J. Zucker, sexólogo en la Universidad de Toronto) participó desde el ámbito de la psicología clínica propiamente dicha; respecto al resto, Emily A. Kuhl participó como redactora científica, Bridget F. Grant trabajaba en epidemiología y bioquímica, y Helena C. Kraemer era profesora de bioestadística en psiquiatría. Así mismo, la representación de psicólogos en los grupos de trabajo fue muy pobre en grupos tan relevantes como los relacionados con los espectros de diagnóstico (1/11), los trastornos psicóticos (1/12), los trastornos de síntomas somáticos (1/10), los trastornos del estado de ánimo (2/14), y los trastornos de ansiedad/espectro obsesivo-compulsivo/postraumáticos/disociativos (3/15); e inexistente en los grupos relativos al desarrollo del ciclo vital (0/9) y la confluencia entre la medicina general y la psiquiatría (0/11).

A partir de 2007 la APA hace pública la composición del comité directivo, y a partir de 2008 de los diferentes grupos de trabajo, iniciándose un proceso de revisión y construcción del nuevo manual que durará 6 años. Aunque la premisa básica de basarse en la evidencia científica (evidencia validada empíricamente) no era nueva, pues ha estado presente en las revisiones del manual desde el DSM-III, el comité directivo del DSM-5 consideró que tal condición debería ser contundente. La revisión de la literatura, coordinada por los grupos de trabajo, se llevó a cabo por revisores expertos (revisiones por pares independientes), en la que participaron 400 grupos de trabajo asesores. La revisión y elaboración del manual implicó un proceso de acciones complejo que incluía (a) la revisión de la literatura (dos últimas décadas; desde la publicación del DSM-IV) y análisis secunda-

rios, (b) la publicación de informes de investigación en revistas científicas, (c) el desarrollo de borradores de criterios diagnósticos, (d) la publicación de los borradores preliminares en la web del DSM-5 para comentarios públicos, (e) la presentación de los resultados preliminares en reuniones profesionales, (f) la realización de ensayos de campo, y (g) la revisión de los criterios y texto definitivos.

Aunque la elaboración del DSM-IV se caracterizó por una amplia labor de colaboración entre diferentes profesionales e instituciones y colectivos (universidades, sociedades, asociaciones, institutos de investigación, etc.) relacionados con la salud, este extremo fue fundamental en el desarrollo del DSM-5. En este sentido, los responsables del nuevo manual presumen de que la elevada colaboración entre los diversos profesionales de la salud constituyó uno de los aspectos más significativos en su elaboración. Sin duda, los estudios de campo se llevaron a cabo con la participación de muchos y diversos colectivos, aparte de los psiquiatras, incluidos los relacionados con la psicología, el trabajo social, la enfermería y la terapia familiar y de pareja. Cabe afirmar, así mismo, que la elaboración del DSM-5 estuvo sometida a un proceso de opinión, crítica y análisis público sin precedentes². Resulta evidente que tal nivel de interacción entre los responsables del nuevo manual y los diferentes profesionales (investigadores y clínicos) y colectivos estuvo facilitado por el actual desarrollo de internet, ausente durante la elaboración del DSM-IV.

CAMBIOS GENERALES O CONCEPTUALES PRODUCIDOS EN EL DSM-5

David J. Kupfer, máximo responsable en la elaboración del DSM-5 (presidente del comité

² En 2010 la APA puso en marcha un sitio web único para facilitar a los profesionales de la salud la información sobre el proceso de construcción del DSM-5 (borradores sobre los cambios en los criterios diagnósticos) y obtener feedback. La APA publicó borradores del DSM-5 en 2010, 2011 y 2012 (borrador final), y recibió más de 13.000 envíos (propuestas) que fueron examinadas por los grupos de trabajo.

directivo), continuó con la tradición (establecida desde el DSM-III) de (a) establecer unos criterios de diagnóstico concisos y explícitos que faciliten la evaluación objetiva de la presentación de los síntomas (maximizar la fiabilidad de los diagnósticos), (b) proporcionar una sistema de diagnóstico que sea aplicable en diversidad de contextos y profesionales (psiquiatría, psicología, enfermería, contextos forenses, trabajo social, etc.), con independencia de la orientación teórica de estos, y (c) incluir la máxima información reciente (adicional a las descripciones de los propios criterios diagnósticos) que pueda ser de utilidad para los investigadores y clínicos (p.ej., características clínicas del trastorno, datos epidemiológicos, factores de vulnerabilidad, sintomatología asociada a la edad, marcadores, evidencias de la investigación biológica relacionada con la genética, neuroimagen, neuroquímica, etc.). Estos aspectos son importantes, y sin duda han contribuido de forma significativa en la aceptación y éxito de las últimas ediciones del DSM.

No obstante, aparte de los cambios en el perfeccionamiento de los propios criterios de diagnóstico, el DSM-5 fue concebido como un cambio conceptual con implicaciones más profundas sobre la clasificación de los trastornos mentales. Este cambio incluía la posibilidad de agregar criterios dimensionales a los trastornos, separar el deterioro de las evaluaciones diagnósticas, determinar las diferentes expresiones del trastorno según las etapas del ciclo vital, y considerar las diferencias de expresión de los trastornos mentales condicionadas por el sexo biológico y las características culturales (Regier et al., 2012). En lo que sigue de este apartado, comentamos algunos de los principales cambios generales reflejados en el DSM-5, reservando para el apartado siguiente los cambios más específicos (relacionados con trastornos específicos o grupos de trastornos).

Nueva estructura organizativa de los trastornos mentales: Irrupción de las dimensiones y los espectros

El sistema categorial clasifica los trastornos mentales de forma binaria (presencia vs. ausen-

cia del trastorno). La clasificación categorial de los trastornos mentales tiene las ventajas de ser un sistema familiar para los clínicos, facilitar la comunicación entre los profesionales e investigadores, y ser fácil de utilizar (pueden realizarse muchos diagnósticos en poco tiempo). Aunque generalmente utiliza un enfoque politético, la perspectiva categorial conceptualiza los trastornos mentales en entidades discretas (discontinuas), asumiendo que los miembros que comparten una categoría son relativamente similares, compartiendo los mismos síntomas y atributos. Uno de los principales problemas inherentes al modelo de clasificación categorial de los trastornos mentales es que entre muchos trastornos no existen límites precisos, lo cual se ha reflejado en los elevados niveles de comorbilidad que se dan entre la mayoría de los trastornos mentales cuando se utiliza este modelo (Belloch, 2012; Sandín, Chorot y Valiente, 2012; Watson, O'Hara y Stuart, 2008). El elevado número de trastornos que suelen ser diagnosticados mediante el DSM-IV como «trastorno no especificado» es otra prueba de la debilidad del sistema categorial; puesto que ésta es una categoría residual en el DSM-IV, deberían diagnosticarse pocos casos con esta etiqueta.

Otro problema común en el sistema de clasificación categorial viene dado por las disputas sobre los límites irresolubles de los trastornos mentales (Jones, 2012). Los trastornos mentales, ni son homogéneos, ni están separados por límites claros; por ejemplo, los individuos no pueden etiquetarse meramente como «ansiosos» o «no ansiosos», ya que pueden experimentar múltiples grados de ansiedad. Para reducir el problema asociado a los límites imprecisos el DSM ha recurrido a incrementar los tipos de trastornos y al uso de subtipos y especificadores. Por ejemplo, los clásicos subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica e indiferenciada) denotan la heterogeneidad de la esquizofrenia. Así mismo, el trastorno de pánico con agorafobia cubre los límites imprecisos entre el trastorno de pánico y la agorafobia, y el trastorno bipolar II los límites entre el trastorno bipolar I y la distimia. Similarmente, los especificadores (p.ej., ataque de pánico, distrés ansioso, catatonía) reflejan

que existen fenómenos psicopatológicos comunes a muchos trastornos mentales.

Los problemas característicos de la clasificación categorial podrían subsanarse en gran medida mediante la adopción de enfoques de clasificación dimensionales. En lugar del enfoque binario («sí-no») del sistema categorial, la perspectiva dimensional utiliza diversos valores ordenados en un continuo de normalidad-anormalidad. Esta perspectiva tiene varias ventajas sobre el modelo categorial, ya que es menos artificial, no se limita a evaluar la «ausencia vs. presencia» (ya que evalúa varios niveles de algún atributo), y aporta mayor información clínica (p.ej., parámetros de intensidad, gravedad, duración, deterioro, uso de servicios). Tiene los problemas de añadir mayor complejidad al proceso clasificatorio y ser poco familiar; actualmente existe muy poca o ninguna familiaridad con los enfoques dimensionales, y tanto los investigadores como los profesionales de la práctica clínica tienden a establecer las consabidas distinciones categóricas para una fácil etiquetación y una mejor comunicación entre ellos.

Aunque el DSM-5 mantiene la estructura básica de clasificación categorial originada a partir del DSM-III, en él se reconoce que los trastornos mentales no siempre se ajustan a los límites de un único trastorno. Al menos en teoría, uno de los posicionamientos más importantes e innovadores del DSM-5 fue el reconocimiento oficial del carácter continuo de los trastornos mentales. Los creadores del DSM-5 reconocieron los problemas básicos asociados a las clasificaciones categoriales, y llevaron a cabo un intento serio y sistemático para abordarlos (Wittchen, Höfler, Gloster, Craske y Beesdo, 2012), partiendo de la creación de un grupo de trabajo propio sobre espectros de diagnóstico (dirigido por Steven E. Hyman), y tratando de plasmarlo con la incorporación de parámetros dimensionales. Los responsables del nuevo manual trataron de aplicar este posicionamiento integrando en la estructura de clasificación dos tipos de parámetros dimensionales: (a) los espectros o equivalentes dimensionales para diagnósticos (dimensiones psicopatológicas), y (b) las evaluaciones dimensionales (medidas de sín-

tomas transversales –*cross-cutting*– y medidas de gravedad).

a) Dimensiones (espectros) clínicamente relevantes

Algunos grupos o conjuntos de síntomas (p.ej., síntomas de ansiedad y depresión) pueden implicar múltiples categorías diagnósticas, y pueden reflejar la existencia de mecanismos subyacentes de vulnerabilidad común para un grupo determinado de trastornos mentales (p.ej., a través de mecanismos genéticos, neurocognitivos, epidemiológicos, personalidad, etc.) (APA, 2013; Sandín et al., 2012; Watson, 2009). En contraste con el DSM-IV, que se limitó a reconocer esta evidencia, el DSM-5 abordó de forma específica y fundamental la cuestión de reagrupar los trastornos en una nueva estructura organizativa que incluyera parámetros dimensionales, y que, a su vez, presentara una correspondencia básica con el ordenamiento planificado por la CIE-11 (previsto para 2015).

De hecho, de acuerdo con los responsables del DSM-5 (Regier et al., 2012), la principal diferencia entre el DSM-IV y el DSM-5 debía ser el uso más prominente de parámetros dimensionales en el último. Como indican estos autores:

Con el tiempo, los síndromes de los trastornos mentales se redefinirán para reflejar categorías diagnósticas más útiles (con alto potencial de discriminación), así como discontinuidades dimensionales entre los trastornos y umbrales claros entre patología y normalidad. Sin embargo, nuestra tarea inmediata es establecer un marco de trabajo para una evolución de nuestro sistema diagnóstico que permita un progreso de nuestra práctica clínica y facilite la investigación en curso de los criterios diagnósticos que buscan ser hipótesis científicas, más que criterios bíblicos fiables (p. xxvii).

Dicho en otros términos, de salida el DSM-5 parece conformarse con establecer por ahora un marco estructural abierto que permita una nueva conceptualización y reorganización de los síndromes y las categorías diagnósticas sobre la base de dimensiones psicopatológicas

Tabla 2. Elementos externos de validación compartidos, sugeridos para la agrupación de trastornos en espectros propuestos por el grupo de trabajo de Diagnóstico de Espectros del DSM-5

Sustratos neurológicos (p.ej., circuitos de temor o recompensa).
Biomarcadores.
Antecedentes comportamentales.
Procesos cognitivos y emocionales.
Factores de riesgo genético.
Familiaridad (p.ej., factores relacionados con interacciones familiares).
Factores de riesgo ambientales causales.
Similitud de síntomas.
Altas tasas de comorbilidad entre trastornos según definiciones actuales.
Evolución de la enfermedad.
Respuesta al tratamiento.

Nota. Adaptado de Hyman (2012, p. 12).

relevantes, dejando para más tarde las posibles incorporaciones y mejoras³. En principio, la idea de integrar dimensiones psicológicas con categorías y síndromes diagnósticos parece apropiada, y es consistente con los nuevos avances de la psicología clínica en el campo del transdiagnóstico (véase Belloch, 2012; Sandín, 2012; Sandín et al., 2012).

La idea central fue conservar, por el momento, los diagnósticos categoriales, si bien reagrupándolos en dimensiones que podrían integrar múltiples trastornos actuales. Sin embargo, la forma en que finalmente el DSM-5 refleja la incorporación de las dimensiones psicopatológicas en la estructura básica del diagnóstico es «tímida» y bastante irregular. El único ejemplo de clasificación dimensional propiamente dicha corresponde a la clasificación alternativa de los *trastornos de personalidad*, denominada «Modelo DSM-5 alternativo para los trastornos de personalidad», la cual finalmente queda relegada a la Sección III (i.e., fuera de la Sección II, que es donde se ubican todos los criterios y códigos diagnósticos básicos), manteniéndose en la Sección II los criterios clásicos para los trastornos de la personalidad, tal y como aparecían en el DSM-IV. Aunque la idea original parece que fue integrar este nuevo modelo en la Sección II,

sustituyendo al antiguo modelo categorial, dadas las múltiples presiones y críticas sufridas desde distintos colectivos, particularmente desde la propia psiquiatría, finalmente quedó marginado en la sección sobre Medidas y modelos emergentes (Sección III).

El nuevo modelo dimensional de clasificación de los trastornos de personalidad, en lugar de estructurarse como el antiguo en un modelo politético categorial basado en síntomas, se basa en variantes desadaptativas de rasgos de personalidad que se funden imperceptiblemente entre sí y con la normalidad (APA, 2013). Este nuevo modelo DSM-5 alternativo sobre el diagnóstico de los trastornos de personalidad clasifica 6 categorías de trastornos de personalidad (i.e., antisocial, de evitación, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico) sobre la base del deterioro en el funcionamiento personal (Criterio A; identidad, auto-dirección, empatía e intimidad) y 5 rasgos de personalidad patológica desadaptativos (afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo). Las restantes 4 categorías clásicas de trastornos de personalidad (i.e., paranoide, esquizoide, histriónico y dependiente) fueron suprimidas en el nuevo modelo debido su falta de validez. Estos rasgos de personalidad constituyen una extensión del modelo de personalidad de 5 factores (Costa y Widiger, 2002) referido a las variantes de personalidad más extremas y desadaptativas.

El presente modelo de clasificación de los trastornos de personalidad es un primer y bienvenido intento desde la propia psiquiatría de

³ Un aspecto novedoso del DSM-5 es su concepción como «documento vivo», con una infraestructura de revisión permanente que facilite la incorporación de nuevas evidencias relativas a las diferentes áreas diagnósticas. El cambio de números romanos a los números arábigos tiene también la finalidad de facilitar la identificación de las sucesivas revisiones (DSM-5.1, etc.).

clasificación dimensional de los trastornos mentales, y constituye sin duda un cambio que, aunque mejorable, supone un cambio de paradigma en la clasificación psicopatológica y un nuevo reto en la taxonomía de la conducta anormal. Aunque la investigación futura deberá determinar si esta dirección es la apropiada, evidencia reciente preliminar sugiere que las cinco dimensiones del modelo dimensional del DSM-5 son variantes desadaptativas de la estructura general de la personalidad, correspondiendo la afectividad negativa con el neuroticismo, el desapego con la introversión, el antagonismo con el antagonismo, la desinhibición con la baja escrupulosidad, y el psicoticismo con la apertura (franqueza) (Gore y Widiger, 2013), lo que supone, según estos autores, cierto apoyo a la validez de este nuevo modelo.

Los intentos por incorporar parámetros dimensionales para agrupar, en torno a algún espectro, otros tipos de trastornos han sido más marginales y básicamente se han limitado a agregar especificadores de gravedad acompañados de las correspondientes dimensiones subyacentes. La delimitación de las dimensiones clínicamente relevantes para las diferentes agrupaciones de trastornos se estableció, en general, partiendo de 11 elementos externos de validación (véase la Tabla 2). Algunos de estos elementos, tales como la similitud de síntomas, los factores genéticos y neurofisiológicos, la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, ya fueron utilizados por Robins y Guze (1970), aunque con una finalidad muy diferente, i.e., definir trastornos categoriales en lugar de agrupar trastornos sobre la base de un espectro común.

Estos esfuerzos, no obstante, han quedado pobremente plasmados en el DSM-5. Se han establecido dimensiones concretas sólo para escasos grupos de trastornos, y referidos únicamente a la gravedad clínica. Específicamente, estos cambios han afectado al trastorno de *dis-capacidad intelectual* (incluye 3 dimensiones: conceptual, social y práctica), el *trastorno del espectro autista* (2 dimensiones: comunicación social y conductas restrictivas/repetitivas), el *espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos* (5 dimensiones básicas: delirios, alucinaciones, pensamiento/lenguaje desorganiza-

do, conducta psicomotora anormal, y síntomas negativos; 3 dimensiones complementarias: deterioro cognitivo, depresión, y manía), y los *trastornos neurocognitivos* (6 dimensiones: atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, perceptivo-motor, y cognición social). El resto de incorporaciones dimensionales hace referencia exclusivamente a valoraciones transversales y de la gravedad del trastorno, gravedad que en la mayor parte de los casos se determina a partir del número o características de los síntomas reflejados en los criterios de diagnóstico (en lugar de hacerse a través de las escalas de evaluación).

La valoración de la gravedad del trastorno en el DSM-IV únicamente se incluía para el retraso mental, el trastorno disocial, y los trastornos del estado de ánimo. En cambio, tal inclusión prácticamente es una norma en el DSM-5. No obstante, llama la atención que tal valoración no se haya aplicado a algunos grupos importantes de trastornos, tales como los trastornos de ansiedad, los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, los trastornos relacionados con traumas y estresores, y los trastornos disociativos. De hecho, resulta sorprendente que no se haya aplicado la evidencia reciente para la creación de nuevos espectros sobre los trastornos de ansiedad y depresivos; p.ej., se han sugerido a este respecto dos dimensiones (espectros) consistentes relacionadas con los trastornos emocionales, una vinculada a trastornos de distrés (incluiría los trastornos depresivos y el trastorno de ansiedad generalizada) y otra a los trastornos de miedo (incluiría las fobias y el trastorno de pánico) (Sandín et al., 2012; Watson, 2009). Esperamos que futuras actualizaciones del DSM-5 mejoren de forma significativa la construcción de clases de trastornos basadas en dimensiones o espectros psicológicos clínicamente relevantes.

b) Medidas de síntomas transversales (*cross-cutting*) y de gravedad

Como complemento a la agregación de variables dimensionales, el DSM-5 incorpora instrumentos para operacionalizarlas. Sólo algunos de estos instrumentos de evaluación aparecen en el propio texto del manual, aunque los res-

tantes pueden obtenerse vía online desde la web del manual (www.psychiatry.org/dsm5). El DSM-5 proporciona dos tipos de medidas dimensionales, uno dirigido a efectuar evaluaciones transversales y otro relacionado genéricamente con evaluaciones de gravedad de los trastornos.

Las *medidas de síntomas transversales* tienen como finalidad identificar áreas adicionales de estudio que puedan favorecer el tratamiento y el pronóstico del trastorno (el DSM-5 diferencia dos niveles de evaluación). Las medidas transversales no se refieren a trastornos específicos, sino que evalúan síntomas que suelen ser relevantes para cualquier paciente. La evaluación transversal del Nivel 1 examina de forma rápida las dimensiones psicopatológicas relevantes. Por ejemplo, la escala *DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Adult* permite evaluar los siguientes dominios de síntomas: depresión, ira, manía, ansiedad, síntomas somáticos, ideación suicida, psicosis, problemas de sueño, memoria, pensamientos y conductas repetitivas, disociación, funcionamiento de la personalidad, y consumo de sustancias. Cuando algunos de los dominios del Nivel 1 presentan una puntuación clínicamente significativa, puede completarse la evaluación transversal mediante cuestionarios del Nivel 2, los cuales proporcionan una evaluación más profunda sobre determinados dominios de síntomas.

En contraste con estas medidas, los *instrumentos de evaluación sobre la gravedad* del trastorno son medidas específicas para cada trastorno mental, y se corresponden con los criterios que constituyen la definición del mismo. Ejemplos de este tipo de medidas referidas a trastornos específicos son las escalas de autoinforme *Severity Measure for Separation Anxiety Disorder—Adult*, y *Severity Measure for Depression—Adult*. En otros casos, la medida puede referirse a un espectro, como la *Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity* (escala de estimación por el clínico, referida al grupo de los trastornos psicóticos). El DSM-5 también proporciona un instrumento para la evaluación de la discapacidad y deterioro funcional (la *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0, WHODAS*

2.0), así como otras medidas generales referidas a las variaciones culturales. La utilidad clínica de la WHODAS 2.0 puede ser de gran relevancia para la evaluación del deterioro funcional ya que, desde el DSM-IV, para valorar la significación clínica de muchos trastornos suele incluirse un criterio diagnóstico que indica que «La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo». Este extremo, por tanto, puede ser operativizado con la WHODAS ya que posibilita evaluar 7 áreas del funcionamiento personal, i.e., comprender y comunicarse, moverse, cuidado de sí mismo, llevarse bien con la gente, actividades domésticas (hogar), actividades escolares o laborales, y participación en la sociedad.

Sin duda, la inclusión de instrumentos de evaluación en el DSM-5 destinados a facilitar la operativización de parámetros dimensionales es meritoria y supone un importante avance en relación con las anteriores ediciones del DSM. Sin embargo, ni se ha establecido una suficiente integración de estas medidas en el marco de los criterios diagnósticos, ni se aportan medidas para todos los trastornos o conceptos clínicos relevantes. Más que integrar las medidas o su función en el proceso diagnóstico, se trata de meros complementos, generalmente incluidos en la web del manual, lo cual no aporta gran cosa desde el punto de vista de la supuesta evolución conceptual del diagnóstico (en la literatura existen muchas otras escalas bien validadas). En los casos en que en el diagnóstico se especifican niveles de gravedad del trastorno, generalmente estos se determinan a partir del recuento o características de los síntomas, sin necesidad de recurrir a las medidas de gravedad referidas en la web. Para algunos trastornos importantes, tales como los trastornos de ansiedad, los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, los trastornos relacionados con traumas y estresores, y los trastornos disociativos no se incluyen especificadores de gravedad en los criterios diagnósticos, y sin embargo acaparan todas las medidas de autoinforme sobre gravedad de trastornos específicos que se recogen en la web del manual (salvo 6 escalas de estimación clínica referidas a otros trastornos); si esto

significa que el diagnóstico no requiere la especificación de gravedad del trastorno pero el clínico/investigador puede determinarla externamente si lo estima necesario, no se entiende muy bien con qué finalidad se han incluido estas medidas.

El distrés (malestar/angustia) es un concepto dimensional clave para el diagnóstico de la mayoría de los trastornos mentales. Sin embargo, no es definido ni evaluado a partir del DSM-5, ni tampoco se aportan sugerencias para su evaluación e integración en los criterios (simplemente queda a la interpretación subjetiva del clínico). Cabe recordar a este respecto que el concepto de distrés se incluye en muchos criterios diagnósticos para valorar la significación clínica, y en particular en las disfunciones sexuales para especificar el nivel de gravedad del trastorno. Dada la ambigüedad conceptual y práctica que supone el uso de este constructo, y dado el uso que se hace de él en el DSM-5, estaba más que garantizada la necesidad de constatar en el manual su operativización.

Expresiones del trastorno según las etapas del ciclo vital

Aparte de los cambios conceptuales comentados atrás sobre la incorporación de parámetros dimensionales en los criterios diagnósticos, el DSM-5 refinó las descripciones clínicas y aportó información adicional en relación con el proceso evolutivo (ciclo vital), y los condicionantes sexuales y culturales. No obstante, en este apartado nos centraremos únicamente en los cambios relacionados con el proceso evolutivo.

Tal vez uno de los cambios más llamativos ha sido la supresión de la tradicional separación entre la psicopatología infantil y la psicopatología adulta. Esto no sólo se ha reflejado a través de la recalificación como trastornos también propios en los adultos de trastornos considerados clásicamente como trastornos infantoy juveniles, tales como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno de ansiedad de separación, sino también por la supresión del grupo general de trastornos que suelen darse de forma característica en la infan-

cia y la adolescencia. Esta superclase, que agrupaba diversos subgrupos de trastornos etiquetados como propios de la infancia y la adolescencia, ha estado vigente en el sistema DSM desde la publicación de su segunda edición (1968), a la vez que ha sido una caracterización clásica que se ha venido denominando como psicopatología (o psiquiatría) infantoy juvenil.

El DSM-5 rompe con esta tradición y al mismo tiempo trata de dar mayor valor taxonómico a los procesos neurobiológicos relacionados con el desarrollo. Este nuevo grupo de trastornos (denominado Trastornos del neurodesarrollo) aglutina un conjunto heterogéneo de trastornos mentales que sólo tienen en común la hipótesis genérica de estar causados por alteraciones relacionadas con los mecanismos del neurodesarrollo. No obstante, puesto que el manual asume que el ciclo vital implica un proceso continuo de desarrollo (y por supuesto de neurodesarrollo), no queda justificado que se haga una distinción para una fase concreta del ciclo vital, más allá de forzar el papel de los mecanismos neurobiológicos a través de una variante taxonómica fundamentada etiológicamente (i.e., en contra de una de las premisas básicas del manual de ser ateoórico). Aunque el papel etiológico desempeñado por posibles factores del neurodesarrollo parece evidente en la mayoría de estos trastornos, no debería descartarse la relevancia etiológica que podrían desempeñar los factores psicológicos y ambientales en muchos de estos trastornos, tales como el TDAH, el tartamudeo, o los trastornos de aprendizaje. En cualquier caso, puesto que se consideran trastornos de neurodesarrollo (i.e., neurológicos), siguiendo su lógica tal vez no deberían haberlos incluido en el manual ya que se trataría de trastornos neurológicos en lugar de trastornos psiquiátricos o psicopatológicos.

Aparte de esto, pocos más cambios basados en el desarrollo a través del ciclo vital se incluyen en el manual. Uno de ellos es un cambio formal en la organización de la presentación de los trastornos en el manual. En este sentido, el manual comienza con el diagnóstico de los trastornos que se manifiestan más tempranamente (p.ej., los trastornos del desarrollo y los relacionados con el espectro psicótico), continúa con

los diagnósticos que se manifiestan de forma más típica durante la adolescencia y la juventud (p.ej., trastornos bipolares, depresivos y de ansiedad), y finaliza con el diagnóstico de los trastornos que suelen ser más relevantes durante los periodos más tardíos del ciclo vital (p.ej., trastornos neurocognitivos). Así mismo, la idea general consistió en clasificar, tras los trastornos del neurodesarrollo, los dos grandes grupos de trastornos internalizados (emocionales y somáticos) y externalizados (adicciones, trastornos alimentarios, etc.), respectivamente, y posteriormente los trastornos neurocognitivos y otros trastornos (APA, 2013). Aunque la idea puede tener su interés, no está exenta de cierta artificialidad, ya que, excepto para los trastornos asociados a las primeras y últimas etapas del ciclo vital, resulta difícil establecer una relación clara entre un grupo de trastornos y el periodo evolutivo, ya que dentro de un mismo grupo unos trastornos pueden asociarse a periodos más tempranos que otros. En cualquier caso, al menos ahora existe una lógica que guía el orden en que se presentan los trastornos en el manual, algo que antes estaba relativamente ausente.

Finalmente, una tercera innovación consistió en reflejar los aspectos del desarrollo mediante descripciones sobre los cambios del trastorno a través del ciclo vital y factores relacionados con la edad específicos para el diagnóstico, tales como la presentación de los síntomas o las diferencias en prevalencia según ciertos grupos de edad. Aunque estos aspectos relacionados con la edad suelen incluirse en el texto, en algunos casos también se incorporaron en los criterios diagnósticos (p.ej., en el trastorno de estrés post-traumático se especifican criterios propios para niños hasta 6 años de edad; para el diagnóstico del trastorno de disforia de género se incluyen criterios específicos para niños). Aunque aplicada de forma muy limitada en el manual, esta idea es importante pues, aparte de su utilidad clínica, refuerza la noción a veces olvidada de que el niño no es «un adulto en miniatura».

Adiós al sistema multiaxial

La APA nos lo dio y la APA nos lo quitó. El conocido sistema multiaxial fue introducido por

el DSM-III (APA, 1980) como una gran innovación para el diagnóstico de los trastornos mentales. Como se sabe, este sistema permite codificar información relevante sobre el diagnóstico a partir de 5 ejes; en el primero se codifican los síndromes clínicos, en el segundo el retraso mental y los trastornos de personalidad, en el tercero las enfermedades médicas, en el cuarto la presencia de problemas psicosociales y ambientales, y en el quinto el funcionamiento global del individuo. En realidad no quedan muy claras las razones que han dado los responsables del DSM-5 para suprimir el sistema multiaxial. Tal vez una de las más importantes es una razón pragmática, i.e., que sólo solían utilizarse los dos primeros ejes. La integración del Eje I en el Eje II parece razonable, ya que tal separación no estaba justificada. Sin embargo, pensamos que los tres últimos ejes permitían codificar información relevante para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los trastornos mentales, por lo que su eliminación empobrecerá globalmente la utilidad clínica de los diagnósticos.

Aunque a partir del DSM-IV los criterios diagnósticos incluyen la posibilidad de diagnosticar un trastorno mental producido por una enfermedad médica, los efectos de las condiciones médicas pueden influir en los trastornos mentales a distintos niveles, sin que necesariamente sean la causa del trastorno; razón por la cual su codificación en el Eje III era de interés y utilidad clínica. Algo similar podría decirse con respecto a la posible influencia de los problemas psicosociales y contextuales (p.ej., experiencias de estrés), registrables en el Eje IV; a partir del DSM-5 los problemas psicosociales y ambientales quedan sin registrarse en absoluto en los criterios de diagnóstico.

Finalmente, el Eje V era especialmente relevante por dos razones. En primer lugar, al registrar el nivel general de funcionamiento (a través de la Escala de Evaluación de la Actividad Global [*Global Assessment of Functioning*, GAF]) se obtenía una cuantificación del deterioro funcional o discapacidad independientemente del diagnóstico propiamente dicho (codificado en los ejes I o II). En segundo lugar, el Eje V era el único componente dimensional del DSM-IV (presente desde el DSM-III), el cual

posibilitaba llevar a cabo una valoración no categorial del trastorno basado en una faceta de la gravedad del mismo. No obstante, un problema achacado a la GAF es que adolece de falta de claridad conceptual (más que evaluar el deterioro o discapacidad funcional es una amalgama de síntomas, riesgo de suicidio y discapacidades), razón por la cual se ha propuesto su sustitución por la WHODAS (APA, 2013; Regier et al., 2012). Aun así, a nuestro juicio esto no justifica la eliminación del eje, pues bastaría con evaluar el deterioro/discapacidad a partir de la WHODAS en lugar de la GAF.

En suma, no parece justificada la supresión del sistema multiaxial, sobre todo si se pretende que el manual vaya incorporando un proceso continuo de evolución conceptual hacia la integración de parámetros dimensionales en el sistema categorial de base. Aparte de perder una vía para la codificación de información de tipo médico y psicosocial, relevante para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, se pierde el eje dimensional (Eje V), el cual podría haber resultado de gran utilidad para registrar el deterioro funcional separado del diagnóstico del cuadro clínico. Sin duda, la idea del sistema multiaxial podría ser de utilidad futura para incorporar tal vez otros parámetros dimensionales, los cuales aún están pobremente reflejados en el DSM-5.

CAMBIOS ESPECÍFICOS PRODUCIDOS EN EL DSM-5

Mientras que en el apartado anterior se comentaron algunos de los principales cambios reflejados en el DSM-5 que afectan al diagnóstico de todos o múltiples trastornos mentales (cambios generales), en este apartado nos vamos a referir a algunos de los cambios que afectan a trastornos específicos o a grupos limitados de trastornos. El DSM-5 incluye, a este respecto, diversos cambios con relación a su antecesor el DSM-IV que no van a ser comentados, aunque pueden consultarse en el documento *Highlights of changes from DSM-IV to DSM-5* (www.psychiatry.org/dsm5). A nivel global, el DSM-5 reduce ligeramente el número de trastornos totales incluidos respecto a su antecesor el DSM-IV, y re-

duce el número de trastornos con criterios especificados con respecto a todas las ediciones del DSM (excepto las dos primeras) (véase la Tabla 1).

Grupos (clases) de trastornos mentales codificados en el DSM-5

Tal como se indica en la Tabla 3, el DSM-5 clasifica los trastornos mentales en 19 clases principales y tres clases marginales. En la tabla se indica también, si procede, la correspondencia entre los nuevos y los antiguos grupos codificados en el DSM-IV (aunque este manual incluye otros grupos no registrados en la tabla, los trastornos afectados básicamente estarían integrados en algunos de los nuevos grupos del DSM-5).

Uno de los cambios más llamativos es la sustitución del grupo dedicado a la infancia y la adolescencia (vigente desde la publicación del DSM-II) por un nuevo grupo (i.e., *Trastornos del neurodesarrollo*). Este nuevo grupo incluye las discapacidades intelectuales, los trastornos de la comunicación, el trastorno del espectro autista, el TDAH, el trastorno específico del aprendizaje, y los trastornos motores; no se codifican en este nuevo grupo los trastornos del antiguo grupo infanto-juvenil referidos a: conductas perturbadoras, ingestión y conducta alimentaria, eliminación, ansiedad de separación, mutismo selectivo, y apego (vinculación). Llama la atención la creación de este grupo con pretensiones de estar fundamentado etiológicamente (este nuevo grupo incluye únicamente algunos de los trastornos descritos anteriormente en el grupo de trastornos de la infancia/adolescencia). Aunque la idea de los responsables del DSM es continuar en esta dirección (véase Regier et al., 2012), que no deja de reflejar el claro predominio de la psiquiatría biológica actual, salvo para casos muy excepcionales, hoy resulta mucho más útil clínicamente una clasificación neutral desde el punto de vista etiológico, ya que la mayor parte de los trastornos mentales obedecen etiológicamente a mecanismos multifactoriales. Por otra parte, cabría afirmar que los mecanismos del neurodesarrollo (y sus posibles alteraciones) están

Tabla 3. Grupos (clases) de trastornos mentales codificados en el DSM-5 (APA, 2013) y correspondencias con los grupos (clases) descritos en el DSM-IV (APA, 1994)

DSM-5	DSM-IV
Trastornos del neurodesarrollo	Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastornos bipolares y trastornos relacionados	Subgrupo de Trastornos del estado de ánimo [Trastornos bipolares]
Trastornos depresivos	Subgrupo de Trastornos del estado de ánimo [Trastornos depresivos]
Trastornos de ansiedad	Trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	
Trastornos relacionados con traumas y estresores	
Trastornos disociativos	Trastornos disociativos
Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados	Trastornos somatomorfos
Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria	Trastornos de la conducta alimentaria Subgrupo de Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia [Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia o la niñez]
Trastornos de la eliminación	Subgrupo de Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia [Trastornos de la eliminación]
Trastornos del sueño-vigilia	Trastornos del sueño
Disfunciones sexuales	Subgrupo de Trastornos sexuales y de la identidad sexual [Disfunciones sexuales]
Disforia de género	Subgrupo de Trastornos sexuales y de la identidad sexual [Trastornos de la identidad de género]
Trastornos perturbadores, del control de impulsos y de conducta	
Trastornos relacionados con sustancias y adictivos	Trastornos relacionados con sustancias
Trastornos neurocognitivos	Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos
Trastornos de la personalidad	Trastornos de la personalidad
Trastornos parafilicos	Subgrupo de Trastornos sexuales y de la identidad sexual [Parafilias]
<i>Otros trastornos mentales</i>	
<i>Trastornos del movimiento inducidos por la medicación y otros efectos adversos de la medicación</i>	
<i>Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica</i>	

Nota: Se indican los 19 grupos principales de trastornos mentales codificados en el DSM-5 y sus correspondencias, cuando procede, con los grupos del DSM-IV. En letra cursiva se indican los grupos de trastornos adicionales (secundarios).

presentes en la mayoría (por no decir en todos) de los trastornos mentales, lo que sugiere que cualquier agrupación basada en estos presupuestos resulta relativamente inadecuada. Otro ejemplo de enfatización biomédica de los trastornos mentales es la nueva denominación del grupo de «trastornos neurocognitivos», en lugar de la antigua denominación de «trastornos cognitivos».

Merece la pena resaltar el nuevo grupo denominado *Trastornos relacionados con traumas y estresores*, que incluye, entre otros, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo (antes pertenecientes al grupo de trastornos de ansiedad). Este es un grupo fundamentado etiológicamente, aunque de forma muy genérica (p.ej., por la ocurrencia de algún suceso vital traumático), sin hacer alusión a mecanismos psicológicos o biológicos subyacentes, lo cual garantiza la neutralidad clasificatoria respecto a cualquier enfoque teórico.

Por lo demás, en general el DSM-5 refleja un proceso de reorganización y/o desagregación respecto a los grupos del DSM-IV, denotándose cierta tendencia hacia la conformación de nuevos grupos a partir de antiguos grupos más generales. Este fenómeno se observa, por ejemplo, en la división de algunos grupos clásicos, tales como los referidos a los trastornos del estado de ánimo, los trastornos sexuales y de la identidad sexual, y los trastornos que se dan de forma característica durante la infancia y la adolescencia. Algunos grupos, aun manteniéndose como tales, sufren una profunda reestructuración, tal y como ocurre con el grupo de los trastornos de ansiedad. Este grupo pierde el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo, e incorpora el trastorno de ansiedad de separación y el mutismo selectivo (ambos clasificados desde el DSM-III en el grupo de trastornos infantojuveniles). Como indicamos más adelante, otras nuevas clases proceden de la incorporación de espectros o dimensiones para establecer nuevas agrupaciones de trastornos (esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, el trastorno de síntomas somáticos), etc. (véase la Tabla 3).

Nuevos trastornos mentales descritos en el DSM-5

El DSM-5 describe nuevos trastornos no referidos o incorporados anteriormente (véase la Tabla 4). Algunos de estos trastornos, no obstante, ya habían sido referidos en el DSM-IV, aunque todavía no aparecían en la sección básica de diagnóstico, sino en anexos (como trastornos en estudio). Otras categorías fueron definidas por primera vez en el DSM-5 como trastornos mentales (p.ej., el trastorno de desregulación del ánimo perturbador, el trastorno de acumulación, y el trastorno neurocognitivo leve). A continuación comentamos brevemente algunos de estos nuevos trastornos, si bien más adelante volveremos sobre algunos de ellos al referirnos a los que han generado mayor polémica.

El grupo (supuestamente espectro) *obsesivo-compulsivo* incluye categorías muy específicas de trastornos mentales, como la excoriación, la tricotilomanía y la acumulación, que en cierto modo podrían ser considerados como síntomas más que como trastornos propiamente dichos. Por ejemplo, la acumulación ha sido entendida como un síntoma o dimensión del trastorno obsesivo-compulsivo, como síntoma del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (incluso en el DSM-5), o como trastorno mental (trastorno actual en el DSM-5). La relevancia de estas entidades como trastornos mentales del espectro obsesivo-compulsivo deberá ser corroborada más ampliamente por la investigación futura.

Uno de las curiosas incorporaciones con entidad de trastorno mental es el trastorno denominado *factores psicológicos que afectan a otras enfermedades médicas* (agrupado en la clase de Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados). En mi opinión esto no es un trastorno mental sino un conjunto de factores que pueden actuar, bien como factores etiológicos (p.ej., factores de riesgo), o bien como factores que afectan de forma adversa sobre el curso de las condiciones médicas (p.ej., hipertensión). Ejemplos de estos factores psicológicos son el estrés psicosocial, los estilos de afrontamiento desadaptativos, etc. Tales factores podrían codificarse, por ejemplo, en el Eje

IV del antiguo sistema multiaxial, en lugar de etiquetarlos como trastorno mental. Por otra parte, la inclusión del término «otras» en el nombre de esta entidad diagnóstica crea cierta confusión; no se entiende a qué otras (enfermedades médicas) se refiere ya que no se especifica qué son las unas (crea confusión al identificar el trastorno mental con la enfermedad médica). En el DSM-IV estaba claro, ya que rezaba como «factores psicológicos que afectan a la enfermedad médica».

Otros nuevos trastornos de este nuevo grupo o espectro de síntomas somáticos son el trastorno de síntomas somáticos y el trastorno de ansiedad hacia la enfermedad (véase más adelante). El *trastorno de síntomas somáticos* (TSS) surge sobre todo como sustitución del trastorno de somatización, del trastorno de dolor, y del trastorno somatomorfo indiferenciado. El nuevo diagnóstico de TSS se fundamenta en la idea de que las relaciones entre los síntomas somáticos y la psicopatología se dan a lo largo de un

Tabla 4. Nuevos trastornos mentales descritos en el DSM-5

<i>Nombre del trastorno</i>	<i>Subgrupo</i>	<i>Grupo</i>
Retraso global del desarrollo	Discapacidades intelectuales	Trastornos del neurodesarrollo
Trastorno de la comunicación social (práctica)	Trastornos de la comunicación	Trastornos del neurodesarrollo
Trastorno de desregulación del ánimo perturbador		Trastornos depresivos
Trastorno disfórico premenstrual		Trastornos depresivos
Trastorno de acumulación		Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados
Excoriación (rascado compulsivo)		Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados
Trastorno de síntomas somáticos		Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados
Trastorno de ansiedad hacia la enfermedad		Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados
Factores psicológicos que afectan a otros problemas médicos		Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados
Trastorno de atracones		Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria
Trastorno de conducta del sueño REM	Parasomnias	Trastornos del sueño-vigilia
Síndrome de piernas inquietas	Parasomnias	Trastornos del sueño-vigilia
Retraso de la eyaculación		Disfunciones sexuales
Abstinencia de cafeína	Trastornos relacionados con la cafeína	Trastornos relacionados con sustancias y adictivos
Abstinencia de cannabis	Trastornos relacionados con el cannabis	Trastornos relacionados con sustancias y adictivos
Trastorno neurocognitivo leve	Trastornos neurocognitivos mayores y leves	Trastornos neurocognitivos

Nota. REM = rapid eye movement.

espectro, por lo que los diagnósticos basados en el recuento de síntomas (p.ej., en el trastorno de somatización) resulta arbitrario y no ajustado al espectro (APA, 2013). El diagnóstico de este nuevo trastorno se centra en el efecto de malestar o deterioro producido por los síntomas somáticos, así como también en la presencia de pensamientos, sentimientos o conductas excesivas relacionados con los síntomas. Un posible problema que tal vez requiera ser investigado en el futuro viene dado por el hecho de que tal diagnóstico no requiera que los síntomas se produzcan en ausencia de una enfermedad médica, lo cual supone un giro copernicano a la hipótesis mantenida hasta estos momentos de que el diagnóstico de los trastornos somatomorfos por definición deben excluir la presencia de una enfermedad médica. En último término nos lleva a una identificación de los trastornos de síntomas somáticos (antes trastornos somatomorfos) con los clásicos trastornos psicósomáticos, lo cual rompe con una larga tradición conceptual en psicopatología y psiquiatría (Sandín, 1993; Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995).

El *trastorno neurocognitivo leve* deriva del «trastorno cognitivo no especificado» incluido en el DSM-IV. Es un nuevo trastorno mental que permite el diagnóstico de síndromes menos discapacitantes que el trastorno neurocognitivo mayor, y que sin embargo puede ser foco de preocupación y tratamiento (APA, 2013). Este trastorno se aplica en los casos en que exista un declive cognitivo leve en alguna de las 6 dimensiones del espectro de los trastornos neurocognitivos, en contraste con los casos en que el declive sea «significativo» en los cuales se diagnosticaría el trastorno neurocognitivo mayor. Este nuevo diagnóstico podría plantear al menos dos problemas. El primero se refiere al posible solapamiento con el trastorno neurocognitivo mayor, especificado de gravedad leve; el segundo, y sin duda más importante, al posible solapamiento con los casos de deterioro cognitivo asociados al proceso evolutivo normal (i.e., pérdida de capacidad en las áreas cognitivas asociadas a procesos naturales del envejecimiento). A pesar de estos problemas y de tratarse de un trastorno que produce bajo nivel de discapacidad, el DSM-5 entiende que puede ser objeto de

preocupación y tratamiento, p.ej., para prevenir el desarrollo futuro de posibles demencias.

Nuevas denominaciones en el DSM-5 de trastornos mentales descritos en el DSM-IV

Toda nueva clasificación de los trastornos mentales trata de reflejar los últimos avances producidos en el campo de estudio. A veces la nueva evidencia, sin indicar nuevos trastornos, sugiere modificaciones importantes en los trastornos previamente reconocidos, que pueden plasmarse en cambios en las denominaciones de los mismos o en fusiones de categorías previas, de forma que reflejen más fielmente la naturaleza del trastorno. En la Tabla 5 indicamos los principales trastornos del DSM-5 que, aunque aparecen con nueva denominación, no son propiamente trastornos nuevos sino que se basan en nuevas formulaciones de trastornos descritos previamente en el DSM-IV. Comentaremos brevemente algunos de ellos.

El *trastorno del espectro autista* supone plasmar en el proceso diagnóstico la idea de que se trata de una dimensión de autismo, con diversos niveles de gravedad, en lugar de la clásica conceptualización basada en la existencia de trastornos generalizados del desarrollo cualitativamente diferentes (trastorno autista, síndrome de Rett, etc.). Este nuevo enfoque diagnóstico en realidad ya estaba presente de facto en la psicología clínica de la última década (De la Iglesia y Olivar, 2007; López-Frutos, Sotillo, Tripicchio y Campos, 2011), y sugiere que el concepto de espectro es más válido que la tradicional orientación basada en que los trastornos generalizados del desarrollo se manifiestan como entidades clínicamente separadas.

El diagnóstico del *trastorno de pánico* y la *agorafobia* ha venido sufriendo sucesivos vaivenes desde que por primera vez se diagnosticó el trastorno de pánico en el DSM-III. Desde la publicación del DSM-III-R (APA, 1987) se consolidó la idea del triple síndrome, basada en la hipótesis de que la agorafobia es fundamentalmente una complicación del trastorno de pánico (el triple síndrome incluye los diagnósticos de trastorno de pánico con y sin agorafobia, y de agorafobia sin historia de trastorno de

Tabla 5. Nuevas denominaciones en el DSM-5 de trastornos mentales descritos en el DSM-IV

DSM-5		DSM-IV	
<i>Nombre del trastorno</i>	<i>Subgrupo</i>	<i>Grupo</i>	<i>Nombre del trastorno(s)</i>
Discapacidad intelectual (Trastorno de desarrollo intelectual)	Discapacidades intelectuales	Trastornos del neurodesarrollo	Retraso mental
Trastorno del lenguaje	Trastornos de la comunicación	Trastornos del neurodesarrollo	Trastorno del lenguaje expresivo Trastorno del lenguaje mixto receptivo-expresivo
Trastorno del espectro autista	Trastorno del espectro autista	Trastornos del neurodesarrollo	Trastorno autista Trastorno de Rett Trastorno desintegrativo infantil Trastorno de Asperger
Trastorno específico del aprendizaje	Trastorno específico del aprendizaje	Trastornos del neurodesarrollo	Trastorno de la lectura Trastorno del cálculo Trastorno de la expresión escrita
Trastorno depresivo persistente (Distimia)		Trastornos depresivos	Distimia Trastorno depresivo mayor crónico
Agorafobia		Trastornos de ansiedad	Trastorno de pánico con agorafobia Agorafobia sin historia de trastorno de pánico
Trastorno de vinculación reactiva		Trastornos relacionados con traumas y estresores	Trastorno de vinculación reactiva de la infancia o la niñez
Trastorno de participación social desinhibida		Trastornos relacionados con traumas y estresores	Trastorno de vinculación reactiva de la infancia o la niñez
Trastorno de despersonalización/Desrealización		Trastornos disociativos	Trastorno de despersonalización
Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos		Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria	Trastorno de ingestión alimentaria de la infancia o la niñez
Trastorno de insomnio		Trastornos del sueño-vigilia	Insomnio primario
Trastorno de hipersomnolencia		Trastornos del sueño-vigilia	Hipersomnía primaria
Trastorno de interés/excitación sexual femenino		Disfunciones sexuales	Deseo sexual hipoactivo Trastorno de excitación sexual femenino
Trastorno genito/pélvico de dolor/penetración		Disfunciones sexuales	Dispareunia Vaginismo
Trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino		Disfunciones sexuales	Deseo sexual hipoactivo
Disforia de género		Disforia de género	Trastorno de la identidad sexual
Trastorno neurocognitivo mayor		Trastornos neurocognitivos mayores y leves	Demencia Trastornos amnésicos

pánico). Esta hipótesis presupone también cierta discontinuidad entre el trastorno de pánico, así como también la agorafobia, y los restantes trastornos de ansiedad (Sandín, 1995; Sandín y Chorot, 1995a). Esta idea, no obstante, se rompe con el DSM-5 al independizar los diagnósticos de trastorno de pánico y agorafobia. De acuerdo con este manual, el diagnóstico de agorafobia es independiente del diagnóstico de trastorno de pánico; si un individuo reúne los criterios para el diagnóstico de trastorno de pánico y de agorafobia, se diagnosticaran ambos trastornos. Por tanto el DSM-5 rompe con la idea, que ha prevalecido durante más de dos décadas, de que el pánico de tipo inesperado y la agorafobia constituyen un único trastorno. Considerando que la mayor parte de los pacientes con agorafobia presentan también diagnóstico de trastorno de pánico (Sandín y Chorot, 1995b), la aplicación de los nuevos criterios descritos en el DSM-5 incrementarán significativamente el número de pacientes diagnosticados de agorafobia.

La ocurrencia de ataques de pánico (de tipo inesperado) sigue siendo un requisito necesario para el diagnóstico del trastorno de pánico. No obstante, dada la omnipresencia de los ataques de pánico (Sandín, Chorot, Valiente, Sánchez-Arribas y Santed, 2004), en el DSM-5 el *ataque de pánico* se define como un «especificador» para cualquier otro trastorno mental. De este modo, el ataque de pánico funciona como marcador y como factor de gravedad del diagnóstico, curso y comorbilidad a través de una variedad de trastornos, además de los propios trastornos de ansiedad (APA, 2013). El DSM-5 diferencia únicamente entre dos tipos de ataques de pánico, (a) los ataques de pánico inesperados (no existe una clara señal o disparador en el momento de producirse) y (b) los ataques de pánico esperados (existe una clara señal o desencadenante en el momento de producirse). La tipología del DSM-IV basada en tres tipos (situacionales, limitados situacionalmente, e inesperados) resultaba complicada por la inclusión del tipo intermedio, por lo que es bienvenida la supresión de dicho tipo.

El nuevo trastorno de *interés/excitación sexual femenino* integra dos trastornos artificialmente separados en el DSM-IV, i.e., el trastorno

de deseo sexual hipoactivo y el trastorno de excitación sexual femenino. Así mismo, dos disfunciones sexuales femeninas cuyos diagnósticos no pocas veces se solapaban, esto es la dispareunia y el vaginismo, se integran en el nuevo trastorno denominado trastorno genitopélvico de dolor/penetración. Aparte de parecer más fiables, sin duda se incrementará también la validez con estas nuevas categorías diagnósticas.

Finalmente, el *trastorno neurocognitivo mayor* integra los antiguos trastornos amnésicos y la demencia. Aparte de la dudosa inclusión del nuevo síndrome de trastorno neurocognitivo leve comentado atrás (trastorno que, sin duda, presentará complicaciones para distinguirlo tanto de los casos normales de deterioro cognitivo, como del trastorno neurocognitivo mayor), esta nueva denominación es consistente con el enfoque del DSM-5 basado en el espectro neurocognitivo sustentado en las seis dimensiones neuropsicológicas propuestas para el grupo de trastornos neurocognitivos (véase atrás).

Trastornos descritos en el DSM-IV no reconocidos en el DSM-5

Algunos trastornos mentales tienen una larga trayectoria psiquiátrica, anterior incluso al desarrollo del DSM. No obstante, el desarrollo científico permite validar o refutar las diferentes propuestas que se van proponiendo a lo largo del progreso de una disciplina. En el caso de la psicopatología y la psiquiatría, desde Kraepelin y Freud se han venido proponiendo modelos y conceptos psicopatológicos fundamentales cuyas huellas tratan de pervivir en clasificaciones posteriores de la conducta anormal. Algunos conceptos vinculados al modelo psicoanalítico, que prevalecieron durante las dos primeras ediciones del DSM, como por ejemplo el concepto de neurosis (plasmado en las clasificaciones psiquiátricas como neurosis fóbica, neurosis de ansiedad, neurosis obsesivo-compulsiva, neurosis histérica, neurosis hipocondríaca, etc.), se suprimieron básicamente a partir del DSM-III; aunque la resistencia de muchos colectivos de la psiquiatría (especialmente psicoanalistas y grupos denominados «humanistas») fue tan

fuerte que finalmente estas denominaciones no se excluyeron del manual, manteniéndolas entre paréntesis con las nuevas denominaciones (p.ej., en el DSM-III se incluye entre paréntesis la denominación «neurosis fóbica» junto a la nueva denominación de «trastornos fóbicos»). El concepto de neurosis se mantiene en las clasificaciones del DSM hasta el DSM-IV (1994), momento en que definitivamente desaparece.

Otros conceptos psiquiátricos consolidados clásicamente en las diferentes clasificaciones de los trastornos mentales son los relacionados con los tipos de esquizofrenia y la hipocondría. Los *tipos de esquizofrenia* vigentes hasta la publicación del DSM-5 eran los tipos paranoide, desorganizado (o hebefrénico), catatónico e indiferenciado. Los tres grandes tipos (categorías) clásicos de esquizofrenia (hebefrenia, paranoide y catatónica), que han prevalecido hasta estos momentos, fueron definidos a finales del siglo XIX por E. Kraepelin como procesos psíquicos degenerativos (y considerados, en términos generales, como formas de la «demenia precoz» –concepto definido por Kraepelin equivalente al de esquizofrenia). Hasta el DSM-5, nadie había osado tocar estos síndromes sagrados, mantenidos con celo por la psiquiatría oficial. Aunque este manual mantiene la idea tradicional postulada por Kraepelin de que existe un espectro básico de patología (la demencia precoz) con varias formas de expresión, en lugar de los trastornos aislados descritos originalmente a finales del siglo XIX por W. Sander (paranoide), E. Hecker (hebefrenia) y K. L. Kahlbaum (catatonía), descarta la validez y utilidad clínica de estas entidades psiquiátricas. Así, los tipos de esquizofrenia, presentes en el DSM-IV, fueron eliminados debido a que presentan una limitada estabilidad diagnóstica, baja fiabilidad y pobre validez (APA, 2013). En su lugar, el manual proporciona una escala de estimación de la gravedad de las dimensiones de síntomas centrales de la esquizofrenia (véase atrás), para así poder capturar la variabilidad en los tipos de síntomas y en la gravedad expresada en los individuos con trastornos psicóticos. Lástima que esta escala dimensional se incluya en la Sección III, en lugar de integrarla en el texto primario; y lástima que la escala sea tan ambigua para la estimación de algunas dimen-

siones, como es el caso de la dimensión de deterioro cognitivo.

La *hipocondría*, o trastorno hipocondríaco (etimológicamente, enfermedad localizada en los «hipocondrios»), es otro concepto que posee una elevada tradición psiquiátrica (Avia, 1993; Chorot y Martínez-Narváez, 1995). En el DSM-II se codifica en el grupo de neurosis como «neurosis hipocondríaca». En el DSM-III se integra en el grupo de trastornos somatoformes como «hipocondría (o neurosis hipocondríaca)». En el DSM-IV se mantiene en este grupo como hipocondría, aunque sin la etiqueta de «neurosis». En cierto modo, el concepto de hipocondría se desarrolló paralelo al de histeria (trastorno localizado en el útero). El término hipocondría quedó circunscrito a un síndrome, fundamentalmente masculino (en contraste con la histeria), asociado a quejas vagas sobre diversos órganos y, en general, preocupación corporal asociada a veces a la creencia de sufrir una grave enfermedad. Mientras que el concepto de histeria desapareció del sistema DSM a partir de la cuarta edición, el de hipocondría ha permanecido hasta el momento actual habiéndose diferenciado del trastorno de pánico (Chorot, Sandín, Valiente, Santed y Romero, 1997), trastorno con el que comparte cierta sintomatología. El DSM-5 reestructura en profundidad el grupo conocido hasta ahora como Trastornos somatomorfos, estableciendo como base dimensional (espectro) el trastorno de síntomas somáticos (véase atrás). Desparecen todos los diagnósticos previos del grupo somatomorfo (trastorno de somatización, trastorno de dolor, e hipocondría), excepto el trastorno de conversión y el trastorno dismórfico corporal (que se clasifica en el espectro del trastorno obsesivo-compulsivo), y se incluye el trastorno facticio que se clasificaba en el DSM-IV como trastorno separado. Se incluye además el nuevo trastorno de *ansiedad hacia la enfermedad*, una forma diferente de entender los problemas relacionados con preocupación y ansiedad hacia la salud, el cual sustituye parcialmente a la clásica hipocondría. Puesto que, en contraste con la hipocondría, este nuevo trastorno puede diagnosticarse en presencia de una enfermedad médica, queda a juicio del clínico el determinar que, dándose tal enferme-

Tabla 6. Principales trastornos descritos en el DSM-IV que no fueron retenidos en la clasificación del DSM-5

<i>Trastorno</i>	<i>Grupo</i>
Trastorno de Rett Trastorno desintegrativo infantil Trastorno de Asperger	Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
Trastornos amnésicos Demencia	Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos
Esquizofrenia, Tipo paranoide Esquizofrenia, Tipo desorganizado Esquizofrenia, Tipo catatónico Esquizofrenia, Tipo indiferenciado Trastorno psicótico compartido	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastorno de somatización Trastorno de somatización indiferenciado Trastorno de dolor Hipocondría	Trastornos somatomorfos
Fuga disociativa	Trastornos disociativos
Trastorno de aversión al sexo Trastorno orgásmico masculino Dispareunia Vaginismo	Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Nota: Algunos de los trastornos indicados, si bien han desaparecido como tales en el DSM-5, pueden estar representados parcialmente en nuevas denominaciones del DSM-5 (véase la Tabla 5).

dad, «la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada».

COMENTARIO A ALGUNAS DE LAS PRINCIPALES CRÍTICAS FORMULADAS AL DSM-5

La publicación del DSM-5 estuvo caracterizada por un nivel de criticismo y retórica desconocidos. Y esto a pesar de que el proceso de elaboración del manual se basó en revisiones extensas de la literatura empíricamente validada y ensayos de campo, con un nivel de colaboración externa (instituciones, universidades, sociedades, especialidades médicas, etc., relacionadas con la salud mental) superior al ocurrido con cualquier otra edición del DSM. Los coordinadores del nuevo manual pretendieron que éste reflejara de la forma más fiel posible los conocimientos científicos actuales sobre los trastornos mentales (Regier et al., 2012; Kupfer, Kuhl y Regier, 2013). Según estos autores, la revisión plasmada en el DSM-5 estuvo guiada

por definir, de la forma más precisa posible, los trastornos mentales que tienen un impacto real sobre la vida de la gente. De este modo se pretendía incrementar la fiabilidad (grado de acuerdo entre varios clínicos en el diagnóstico de un trastorno), la validez (grado con que los criterios diagnósticos reflejan la manifestación de un trastorno psicopatológico subyacente), y la utilidad clínica (desarrollo de guías de tratamiento, etc.). Como hemos indicado atrás, el proceso de revisión incluyó un refinamiento de los criterios de diagnóstico de trastornos presentes en el DSM-IV, o la supresión o reubicación de algunos de estos trastornos, y la incorporación de nuevos trastornos; todo ello en sincronía con la próxima Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11-Trastornos mentales y comportamentales; actualmente en preparación).

A pesar de ello, especialmente antes de su publicación, el DSM-5 generó una amplia controversia que ha fomentado el debate sobre la enfermedad mental, sobre el desarrollo de la psicopatología y la psiquiatría, y en general

sobre la salud mental. Gran parte de la polémica suscitada no se refiere tanto al DSM-5 en sí mismo cuanto a lo que representa en el campo de la salud mental. También habría que diferenciar entre las críticas que se han vertido sin fundamentación científica desde fuentes diversas, generalmente mediante protestas airadas (donde se cuestiona la validez de la psicopatología o la psiquiatría, y en particular la propia existencia de los trastornos mentales) y las críticas que han generado un debate fundamentado. No pocas críticas proceden de campos lejanos a la psiquiatría o la psicología clínica científicas, aprovechando las potencialidades de difusión que brinda internet (sitios web, blogs personales, etc.), a veces incluso ajenos a la propia medicina o psicología. Las críticas que dieron lugar a debates fundamentados han producido un efecto positivo, y en gran medida influyeron en la versión definitiva del DSM-5. Entre las críticas puntuales que han generado mayor impacto mediático destacan a las vertidas por Allen J. Frances, coordinador del DSM-IV, y la Society for Humanistic Psychology (SHP; División 32 de la American Psychological Association).

El primero elevó quejas sistemáticamente durante todo el proceso de elaboración del DSM-5, unas más fundamentadas y otras consistentes más bien en opiniones personales más o menos impactantes, denunciando deficiencias relacionadas tanto con el proceso de elaboración del nuevo manual (p.ej., falta de transparencia, documentación empírica y ensayos de campo inadecuados, falta de coordinación, etc.) como con los criterios diagnósticos (nuevos trastornos propuestos y/o modificaciones a los ya existentes) (Frances, 2009, 2010, 2012; Frances y Widiger, 2012). Según Frances, la expansión del sistema diagnóstico (nuevos trastornos) y la reducción de los umbrales en algunas categorías diagnósticas existentes podrían dar lugar a una inflación de diagnósticos creando falsas epidemias de trastornos mentales. Así mismo, la SHP difundió su conocida *Open letter to the DSM-5*, la cual fue firmada, según la propia SHP, por 50 organizaciones de salud mental y más de 13.000 profesionales de la salud mental y de otras procedencias diversas (SHP, 2012). Las principales objeciones de la

SHP al borrador del DSM-5 tenían que ver con: (1) reducción de los umbrales para algunas categorías diagnósticas; (2) nuevos trastornos en poblaciones vulnerables (niños y ancianos; p.ej., el trastorno de desregulación del ánimo perturbador y el trastorno neurocognitivo leve) que fomentarían un exceso de prescripciones de fármacos en estas poblaciones; y (3) excesivo énfasis en las teorías médico-biológicas. Aunque no todas, algunas de las sugerencias de Frances y la SHP fueron recogidas en la versión final del DSM-5.

Algunas instituciones relacionadas con la salud mental se han pronunciado abiertamente en contra del DSM-5, bien desde la propia psiquiatría o fuera de ella. En el contexto de la propia psiquiatría, el NIMH, a través de su director Thomas Insel (Insel, 2013), «se despa-chó» diciendo que el NIMH no financiaría proyectos que siguieran los criterios del DSM-5, ya que este sistema no es válido por basarse en síntomas clínicos en lugar de basarse en la biología como el resto de la medicina (Insel, 2011; Insel et al., 2010). Es decir, sustituye el DSM-5 por nada, ya que su apuesta de clasificación, el sistema *Research Domains Criteria* (RDoC), es únicamente una propuesta futura (esta declaración sorprendió aún más por el hecho de que el NIMH estuvo desde el principio implicado en la planificación del nuevo DSM-5). Mediante el sistema RDoC, Insel pretende mejorar el diagnóstico psiquiátrico mediante una «medicina de precisión», similar a lo que se ha hecho para clasificar los tipos de cáncer, i.e., basado en análisis dimensionales de multiniveles de la enfermedad, desde el nivel de riesgo genómico hasta el «exposoma», para definir finalmente los patrones individuales de enfermedad. Se trata de trasladar este modelo médico a los trastornos mentales, donde juegan papeles centrales los fenómenos moleculares y celulares, los patrones de neuroimagen (imágenes estructurales y funcionales del cerebro), los circuitos cerebrales, los biomarcadores inflamatorios, y los estilos neurocognitivos. Ahora lo prioritario para el NIMH no es ni Freud ni Kraepelin, sino la revolución genética que se ha dado en oncología (Adam, 2013). En medicina se está comenzando a clasificar y tratar los cánceres sobre la base de los perfiles genéticos del tumor más

que según sus manifestaciones (p.ej., zona del cuerpo). Insel asume que algo similar puede hacerse con la psiquiatría y la clasificación de los trastornos mentales. No obstante, al margen del avance tecnológico que pueda significar este nuevo enfoque, en realidad se trata de volver a épocas pasadas en las que los problemas mentales se conceptualizaban como trastornos biológicos. En último término, el RDoC nos viene a decir cómo convertir los trastornos mentales en enfermedades físicas, o cómo clasificar los trastornos mentales como trastornos de los circuitos cerebrales; i.e., se trata de un paradigma tecnológico donde se define la psiquiatría como una neurociencia. El NIMH tiene el mérito de haber convertido el modelo bio-psico-social en un modelo bio-bio-bio.

Con su *Position statement*, la División of Clinical Psychology de la British Psychological Society (BPS) también aportó su granito de arena al revivir la época de la psicología clínica previa a la publicación del DSM-III, i.e., cuando aún no se disponía de un sistema de clasificación de los trastornos mentales consistente y aceptado por la mayor parte de la comunidad científica. Al igual que hizo el NIMH, aunque desde una óptica muy distinta, la BPS desaconseja el uso del sistema de diagnóstico del DSM-5 e igualmente lo sustituye por nada (BPS, 2013). Aparte de algunas críticas genéricas al modelo médico-biológico y a los sistemas de clasificación categoriales, la BPS sugiere la vuelta al análisis funcional de la conducta basado en el modelo biopsicosocial. En realidad, la propuesta de la BPS consiste básicamente en un rechazo al modelo médico de enfermedad y una oferta de reformulación de un modelo biopsicosocial sobre los problemas psicológicos, con implicaciones para la conceptualización, evaluación y tratamiento de la conducta anormal, más que una nueva propuesta para la clasificación y diagnóstico de los trastornos o problemas mentales.

En una revisión reciente sobre la polémica suscitada en torno a la elaboración del DSM-5, Welch et al. (2013) resaltaron dos áreas principales de controversia, una relacionada con la forma en que el comité directivo llevó a cabo el proceso de revisión y construcción del nuevo manual, y otra asociada a algunos de los cam-

bios sugeridos. Las controversias relacionadas con las actuaciones del comité directivo se referían a varios aspectos, entre los que se incluían: (1) cierto grado de secretismo en el comité directivo y en los grupos de trabajo (uno de los aspectos más criticados); (2) la existencia de conflictos de intereses (el 69% del comité directivo tenía vínculos con la industria –generalmente farmacéutica); (3) las propuestas de cambio de paradigma (polémica en torno a la inclusión de dimensiones o espectros, y al giro hacia la fundamentación biológica); (4) fomentar la medicalización de la normalidad, por la inclusión de algunos de los nuevos trastornos como el trastorno neurocognitivo leve, el trastorno de desregulación del ánimo perturbador, el trastorno de atracones, el trastorno mixto ansioso-depresivo y el síndrome psicótico atenuado (los dos últimos finalmente fueron retirados del manual), o bien por bajar los umbrales diagnósticos de trastornos descritos en el DSM-IV (p.ej., TDAH, trastorno de estrés postraumático [TEPT] y trastorno de ansiedad generalizada [TAG]; finalmente el TAG se mantuvo igual que en el DSM-IV); y (5) limitaciones en el proceso de revisión empírica y en la realización de los ensayos de campo (p.ej., no comparar las tasas de prevalencia basadas en los nuevos criterios y en los del DSM-IV, aceptar como adecuados criterios de fiabilidad demasiado bajos, y no probar la validez predictiva de los diagnósticos)

En lo que concierne a la controversia relacionada con los cambios propuestos, se criticaron muchos de ellos. Unos tenían que ver con sugerencias de nuevas categorías y otros con modificaciones de categorías ya existentes. Las razones en las que se fundamentaban las críticas eran diversas, si bien en general se argumentaba que no existía evidencia empírica suficiente para sustentar los cambios sugeridos, o bien que los límites con la anormalidad eran poco precisos. Algunos de los controvertidos nuevos trastornos inicialmente propuestos fueron finalmente retirados del DSM-5, permaneciendo, no obstante, los siguientes: trastorno de desregulación del ánimo perturbador, trastorno neurocognitivo leve, trastorno de atracones, y trastorno de síntomas somáticos. El *trastorno de desregulación del ánimo perturbador*, incluido

en el grupo de trastornos depresivos, se justificó como alternativa apropiada para evitar el exceso de diagnósticos del trastorno bipolar en niños con perturbación emocional y conductual grave (Kupfer et al., 2013). De este modo se ha pretendido reducir la confusión referida al diagnóstico de manía en los niños con irritabilidad crónica y severa (una de las principales razones del incremento de diagnósticos de trastornos bipolares en pediatría, y del exceso de los subsecuentes tratamientos con medicación antipsicótica en esta población). Por tanto, no parece clara la crítica de Frances y Widiger (2012) al afirmar que con este nuevo diagnóstico se incrementarán los diagnósticos y el exceso de prescripciones de medicamentos antipsicóticos en la población infantil.

El *trastorno neurocognitivo leve* ha sido criticado fundamentalmente por la dificultad que conlleva diferenciarlo del envejecimiento natural que se produce en las personas de edad avanzada. Sobre este aspecto tiene razón Frances (2010, 2012) cuando denuncia que no quedan claros los límites con el proceso normal de envejecimiento, ya que muchas personas de edad avanzada pueden presentar problemas cognitivos similares a los requeridos para el diagnóstico del trastorno neurocognitivo leve (i.e., presentar una disminución cognitiva modesta, que no interfiere con la capacidad para comportarse de forma independiente en las actividades cotidianas).

Respecto al *trastorno de atracones*, aunque su inclusión también fue criticada por Frances (2010, 2012) por considerar que incrementaría la inflación de diagnósticos, ya aparecía en el DSM-IV en el apéndice sobre Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores (de hecho, su diagnóstico se ha venido realizando utilizando los criterios del DSM-IV). La evidencia acumulada durante las últimas décadas indica que se trata de un trastorno válido y fiable, por lo que es improbable que incremente la prevalencia del DSM-IV (Kupfer et al., 2013).

El grupo de trastornos somatomorfos descrito en el DSM-IV ha sido foco de múltiples objeciones (Kroenke, Sharpe y Sykes, 2007). Este grupo, referido en el DSM-5 como Síntomas somáticos y trastornos relacionados, sufre un cambio sustancial con respecto al clásico

grupo de trastornos somatomorfos (véase atrás). Sin embargo, tanto la coherencia de este nuevo grupo como el principal nuevo trastorno del grupo, i.e., el *trastorno de síntomas somáticos* (TSS), ha suscitado cierta polémica en torno a algunos problemas de difícil solución (Frances, 2010, 2012; Sykes, 2012). Aunque esta nueva categoría ha sido asociada a diversos problemas, el principal de ellos tiene que ver con la supresión del principio de «no explicado médicamente» (o «no totalmente explicado médicamente»). Al suprimirse esta condición fundamental, cualquier enfermedad médica puede ser diagnosticada como TSS, por lo que podrían etiquetarse indebidamente muchas personas con problemas médicos graves como enfermos mentales. Por otra parte, puesto que cualquier enfermedad médica puede dar lugar a síntomas somáticos que requieren tratamiento psicológico, tal y como se entiende actualmente en psicología de la salud (Pelechano, 2008; Sandín, 1993), en general el diagnóstico del TSS, al no incluir la cláusula de no explicado médicamente, tendría escasa utilidad clínica. Dado que ahora los límites del trastorno son poco precisos y excesivamente amplios, cabe la posibilidad de diagnosticar trastornos mentales de forma inapropiada. Esta característica del TSS también puede crear ambigüedades con respecto a otros trastornos mentales con gran implicación somática, tal como el trastorno de pánico. Los responsables del comité directivo y el grupo de trabajo de Síntomas somáticos y trastornos relacionados (APA, 2013; Kupfer et al., 2013) han argumentado que este nuevo grupo soluciona el vacío que hay entre la medicina y la psiquiatría, así como también el dualismo mente-cuerpo implícito y la baja fiabilidad asociada a la evaluación de los «síntomas no explicados médicamente». Al margen de que no pocas veces pueda resultar difícil saber si los síntomas físicos pueden ser o no explicados médicamente (Sandín, 2005), la supresión de este requerimiento, más que solucionar el problema del dualismo cartesiano, lo que hace es enfatizar la explicación médico-fisiológica de estos síntomas y de los trastornos mentales, así como también erradicar el concepto de que la sintomatología somática puede no estar determinada por una enfermedad médica.

También se han elevado críticas a diversas categorías de trastornos mentales cuyos criterios fueron modificados, manteniéndose los cambios polémicos, o relativamente polémicos, únicamente para algunas categorías, tales como la *exclusión del duelo* [*bereavement exclusion*] en el episodio depresivo mayor, la consideración del *trastorno de juego* (en el DSM-IV «juego patológico») como una adicción, y la extensión de los criterios para el *diagnóstico del TEPT*.

En anteriores versiones del DSM (desde el DSM-III) existe un criterio de exclusión para el diagnóstico del episodio depresivo mayor aplicable a los síntomas depresivos que tenían una duración menor de dos meses tras la pérdida de una persona querida (*exclusión del duelo*). La supresión de la exclusión del duelo para el diagnóstico del episodio depresivo mayor ha dado lugar a cierta polémica relacionada con la validez del diagnóstico del trastorno depresivo mayor (TDM; véase Wakefield, 2013). Aunque estos autores han sugerido que el trastorno depresivo mayor causado por el duelo difiere del causado por otros estresores, esto no implica que no se dé dicho trastorno, sino todo lo contrario. Esta exclusión fue omitida en el DSM-5 porque (APA, 2013): (a) el duelo no suele durar dos meses, sino entre uno y dos años; (b) el duelo es un estresor grave que puede desencadenar el episodio depresivo mayor en personas vulnerables, el cual suele asociarse a mayor sufrimiento, ideación suicida y otros problemas graves; (c) los síntomas depresivos asociados al duelo responden al tratamiento de forma similar a los síntomas depresivos desencadenados por otros estresores. Como alternativa, el DSM-5 incluye una nota para ayudar al clínico a diferenciar entre los síntomas característicos del duelo y los del TDM.

El grupo de Trastornos relacionados con sustancias y adictivos constituye una nueva clase de trastornos en el DSM-5 que combina los trastornos de abuso de sustancias y dependencia de sustancias. Los criterios son muy similares a los descritos en el DSM-IV para el abuso y la dependencia, excepto en que se suprime el criterio que requiere la existencia de problemas legales recurrentes y se incluye un nuevo criterio para incorporar el *craving* (deseo

irresistible de consumir una determinada sustancia). El DSM-5 incluyó en este grupo el *trastorno de juego*, el cual era incluido en el DSM-IV como «juego patológico» en la clase de «Trastornos de control de impulsos no clasificados en otros apartados». La consideración del trastorno de juego como una adicción se justificó porque ambas formas de adicción (adicciones a sustancias y adicciones conductuales) comparten un curso natural similar. Sin embargo, Frances y Widiger (2012) habían criticado previamente esta propuesta, señalando que la evidencia sobre el juego patológico como trastorno adictivo no era consistente. Sin embargo, a pesar de que el término «adicción» pueda ser estigmatizador, el cambio se mantuvo en la publicación del DSM-5.

El *trastorno de estrés postraumático (TEPT)* se ha incluido en un grupo (Trastornos relacionados con traumas y estresores) separado de los trastornos de ansiedad, del trastorno obsesivo-compulsivo y de los trastornos disociativos. Los nuevos criterios incluyen una ampliación de los 3 grupos de síntomas del DSM-IV (re-experimentación, evitación/embotamiento, y activación) a 4 grupos; el grupo de evitación y embotamiento se dividió en dos grupos: evitación, y alteraciones negativas de cogniciones y del ánimo. De este modo, se ha pretendido ampliar el concepto del TEPT más allá de la ansiedad y el miedo, incluyendo otros tipos de síntomas relevantes como la ira, la culpa o la vergüenza. Aunque algunos autores han elevado ciertas críticas a esta expansión del campo del TEPT, sugiriendo que se incrementará la prevalencia y la heterogeneidad (cabén muchas posibles combinaciones diferentes de síntomas) (Bryant y Wesley, 2013), otros han valorado positivamente estos cambios, especialmente por la delimitación de criterios de diagnóstico específicos para niños hasta 6 años de edad (McMillan, 2013).

Uno de los mayores desafíos del DSM-5, y sin duda el que ha generado mayor polémica, concierne a la nueva clasificación dimensional de los *trastornos de personalidad* basada en 5 rasgos de personalidad desadaptativos (véase el epígrafe sobre dimensiones clínicamente relevantes). Este nuevo enfoque constituye un avance importante hacia la integración de estructu-

ras dimensionales en la clasificación psicopatológica y una posible solución a algunos de los problemas de las clasificaciones basadas estrictamente en categorías diagnósticas separadas e independientes. A este respecto, no pocos autores han defendido una integración de la clasificación de los trastornos de personalidad con los modelos de rasgo dimensionales de la personalidad general, considerando que un modelo integrativo completo de la personalidad normal y anormal podría tener numerosas ventajas conceptuales y empíricas (Gore y Widiger, 2013). Desafortunadamente, debido a las múltiples desacuerdos, este nuevo enfoque de clasificación de los trastornos de personalidad quedó postergado en la Sección III del manual, conservándose como válida la clasificación antigua. Los principales oponentes a esta novedosa clasificación y cambio de paradigma (Frances, 2010; Livesley, 2010) criticaron la reducción del número de trastornos (suprime los clásicos trastornos paranoide, esquizoide, histriónico y dependiente) y la tacharon de poco familiar, complicada, compleja, no natural, carente de base empírica, consumidora de mucho tiempo, y de escasa utilidad clínica. Sorprendentemente, también la SHP (2012) elevó desacuerdos al nuevo enfoque en su carta abierta al DSM-5, indicando que se trataba de un sistema demasiado complejo e idiosincrásico combinando aspectos categoriales y dimensionales, y carecer de suficiente apoyo científico.

COMENTARIO PERSONAL Y ALGUNAS SUGERENCIAS

Aunque el comité directivo y los grupos de trabajo del DSM-5 han llevado a cabo un largo y laborioso esfuerzo para realizar la mejor clasificación posible sobre los trastornos mentales, su camino ha estado caracterizado por un nivel de debate excepcionalmente crispado. Tal nivel de polémica tal vez ha sido agudizado por la diversidad de modelos teóricos y escuelas sobre la psicopatología y la intervención en salud mental, así como también por la elevada implicación de personas y colectivos de diferentes procedencias (no necesariamente de la psiquiatría o psicología clínica). Las críticas se han

referido muchas veces a cosas que trascienden al propio manual, como el rechazo de los sistemas de clasificación estadísticos (p.ej., DSM y CIE), las dificultades para diferenciar entre lo normal y lo patológico, la puesta en tela de juicio de la existencia de los trastornos mentales, la necesidad de volver a modelos filosóficos de la psicopatología, la inadecuación del modelo médico, la reivindicación de modelos más psicosociales y contextuales, etc. Lógicamente, cuando únicamente se critica el DSM-5 desde postulados de modelos teóricos o de intervención, sin querer estamos «cogiendo el rábano por las hojas», ya que desde el DSM-III los sistemas de clasificación DSM continúan siendo ateóricos.

Cuando las críticas se han referido más explícitamente a las propias características del DSM-5, estas han sido dirigidas a fenómenos relacionados con el proceso de revisión en sí mismo, como la excesiva improvisación, la débil planificación, el secretismo, el conflicto de intereses (en particular con la «BigFarma»), el exceso de centralización, y la escasa supervisión. Este tipo de críticas fueron formuladas, sobre todo, por los antiguos coordinadores del DSM-III (Robert L. Spitzer) y DSM-IV (Allen J. Frances). Otras críticas tenían que ver con aspectos de contenido del manual, tales como lo referido a los cambios en los criterios de los diagnósticos descritos en el DSM-IV, así como también lo referido a las propuestas de nuevos trastornos mentales. Aunque, tal y como hemos descrito atrás, sobre este segundo aspecto se desarrolló un amplio criticismo, el autor que generó y divulgó un mayor grado de polémica fue Frances. Este autor criticó prácticamente todos los cambios, tanto los referidos a modificaciones de los criterios vigentes en el DSM-IV, como los relacionados con las nuevas propuestas de trastornos. Claro que esto le llevó a ciertas contradicciones como, por ejemplo, rechazar ciertos trastornos por considerar que supondrían una inflación de diagnósticos y «epidemias» falsas (véase atrás), y lo contrario, i.e., rechazar los nuevos trastornos (p.ej., trastornos del espectro autista, trastornos de personalidad) por considerar que supondrían reducir el número de diagnósticos y reducir la atención médica (tratamiento farmacológico). La labor de Frances

ha sido positiva en unos aspectos (denunciar honestamente problemas importantes) y negativa en otros (criticar casi todo y fomentar la crítica masiva, vehemente e indiscriminada). En general, muchas críticas fueron positivas para corregir diversos errores que tuvo de salida el primer borrador del DSM-5.

El DSM-5 refleja sin duda aspectos positivos y aspectos negativos. Entre los *aspectos positivos* cabría mencionar su intento de dar un nuevo paso más allá del paradigma de los DSM-III/IV, mediante la incorporación de variables dimensionales en la clasificación psicopatológica. Aunque sólo haya conseguido introducir algunos espectros (autismo, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.), marginalmente un nuevo enfoque híbrido (categorial-dimensional) para clasificar los trastornos de personalidad, y un esquema de evaluación dimensional (evaluaciones transversales y sobre gravedad), esto supone un avance importante al incorporar explícitamente conceptos dimensionales (en el DSM-IV únicamente se había reconocido que muchos trastornos se ajustaban mejor a una descripción dimensional). Por lo demás, el DSM-5 mantiene la estructura de clasificación categorial de base, sobre la cual se han efectuado en general importantes mejoras con respecto a su antecesor. Aunque a veces se ha indicado que el DSM-5 supone una inflación de diagnósticos, y erróneamente se ha indicado que ha incrementado el número de trastornos, lo cierto es que el número de trastornos DSM-5 con criterios específicos es inferior a los referidos en las anteriores ediciones modernas del DSM (i.e., desde el DSM-III, inclusive) (véase la Tabla 1).

No obstante, el DSM-5 también refleja *aspectos negativos*. Aparte de los problemas que puede suponer el diagnóstico de algunos de los nuevos trastornos (p.ej., el trastorno neurocognitivo leve, el trastorno de síntomas somáticos, etc.), a mi juicio un aspecto negativo que, aunque el DSM-5 continúa siendo un sistema de clasificación atórico, Kupfer lo ha impregnado tal vez excesivamente del modelo biomédico (Kupfer et al., 2013; Kupfer y Regier, 2011). La mayor frustración de Kupfer no ha sido precisamente el no haber podido implementar un cambio de paradigma sino que el anhelado cam-

bio no se haya sustanciado en la biología y la neurociencia (genética, biomarcadores, circuitos cerebrales, neuroquímica, etc.), es decir, en lo que Bracken et al. (2012) han enfatizado como paradigma tecnológico de la psiquiatría. De hecho, su pretendido cambio de paradigma era clasificar los trastornos mentales según dimensiones sustentadas biológicamente, en lugar de basarse en la fenomenología clínica. Puesto que la presente edición ha quedado abierta a nuevas revisiones (5.1, etc.), no debería extrañarnos que pronto el sistema DSM dé un giro definitivo hacia una clasificación biológica de los trastornos mentales. No obstante, ya desde la propia psiquiatría científica algunos autores han alertado de este peligro, subrayando que una definición de la psiquiatría como neurociencia aplicada revaloriza el cerebro pero la conduce a una disciplina sin mente, sin sociedad y sin cultura (Bracken et al., 2012; Stein, Lund y Nesse, 2013).

Existe actualmente bastante evidencia para ser escépticos con respecto a la utilidad clínica de las clasificaciones basadas en la biología. Por ejemplo, los pacientes con TDAH y los pacientes con psicosis pueden presentar anomalías en la función del lóbulo frontal, del mismo modo que los pacientes con TEPT y los pacientes con psicosis pueden exhibir similar hiperactivación de la amígdala evidenciado a través de resonancia magnética funcional; pero las razones que subyacen a estas similitudes son diferentes, lo mismo que lo es el tratamiento a aplicar (Nemeroff y Weinberger, 2013). Otro ejemplo: aunque la depresión tiene una gran base biológica, no existe un sistema biológico característico de la depresión, y síntomas como el insomnio o la baja motivación (característicos de la depresión) implican neurocircuitos y neuroquímica que también están presentes en otros trastornos. La depresión es un trastorno enormemente heterogéneo, que implica diversos endofenotipos y exofenotipos (Stein et al., 2013). La relevancia de los exofenotipos supone salir de los circuitos cerebrales y penetrar en los fenómenos relacionados con la salud pública, los factores sociales protectores y de riesgo, los niveles de adversidad temprana, las oportunidades educativas tempranas, y con el coeficiente de Gini (medida de desigualdad de los ingresos).

Aparte del deseo frustrado del coordinador del DSM-5 de implementar un sistema basado en dimensiones neuroquímicas, la elaboración y resolución del manual refleja cierto escoramiento hacia el paradigma biomédico, a pesar de tratarse de un sistema ateorico. Un primer indicador de esta tendencia fue el deseo de modificar la definición de trastorno mental que ha prevalecido en las últimas versiones del DSM. El DSM-IV, al igual que el DSM-III, define el trastorno mental como «...una manifestación de una disfunción conductual, psicológica o biológica». En contraste, la propuesta de definición de trastorno mental para el DSM-5 era [un síndrome conductual o psicológico]... «que refleja una disfunción psicobiológica subyacente» (Stein et al., 2010). La nueva definición establece que todos los trastornos mentales representan una disfunción biológica subyacente (SHP, 2012). Finalmente, se suavizó la implicación del modelo biológico quedando el trastorno mental definido como «un síndrome caracterizado por una perturbación clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional, o la conducta del individuo *que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental*» (APA, 2013).

Un segundo indicador es la asunción de forma sutil e implícita del modelo biológico, tal como la identificación a lo largo y ancho del manual del trastorno mental con la enfermedad médica (p.ej., se identifica el trastorno mental con «otra enfermedad médica»). Este fenómeno, que no ocurre en el DSM-IV, aparece en muchos de los criterios diagnósticos y puede crear cierta ambigüedad a la hora de aplicarlos. En esta misma línea, como vimos atrás la conceptualización del trastorno de síntomas somáticos presupone la causación biológica del trastorno mental.

Finalmente, la supresión del sistema multiaxial constituye un claro énfasis en el modelo biomédico de los trastornos mentales. Según el DSM-5 no existen diferencias fundamentales entre los trastornos de los ejes I (trastornos clínicos), II (trastornos de personalidad y retraso mental) y III (enfermedades médicas), por lo que el eje III se combinó con los ejes I y II. Por otra parte, aunque la supresión del eje V

(evaluación global del funcionamiento) ha sido sustituida por una evaluación más compleja de la gravedad clínica, la desaparición del eje IV (problemas psicosociales y ambientales) supone una pérdida importante, ya que esta dimensión psicológica ha demostrado ser de utilidad clínica para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los trastornos mentales. Sin duda, el sistema multiaxial proporcionaba una aproximación psicosocial a la evaluación y diagnóstico de los trastornos mentales.

Tras el análisis que hemos efectuado sobre el DSM-5 puede apreciarse que posee importantes limitaciones. No obstante, supone un avance importante con respecto a su predecesor el DSM-IV, tanto por las mejoras incorporadas en los criterios de diagnóstico como por la integración de estructuras dimensionales. Aunque sigue siendo un sistema de base categorial, en ciertos aspectos se combina con ingredientes dimensionales, tal y como ocurre con ciertos espectros, con las evaluaciones transversales y de gravedad, y con la clasificación tentativa del nuevo esquema de clasificación ensayado para los trastornos de personalidad (a prueba en el manual). Pensamos, por tanto, que con todos sus defectos el DSM-5 es lo mejor que tenemos actualmente para clasificar los trastornos mentales. Aparte de la indiscutible implicación de los fenómenos cerebrales en la conducta anormal, una clasificación basada predominantemente en dimensiones neurofisiológicas, y despojada de la fenomenología clínica, no representaría adecuadamente a la psicopatología. Por otra parte, la clasificación basada únicamente en la fenomenología clínica tiene el problema de la elevada comorbilidad, si bien necesariamente debe estar presente de algún modo. El DSM-5 presenta una clasificación que combina el modelo categorial con dimensiones psicopatológicas, lo cual podría constituir una vía futura coherente con las recientes orientaciones psicológicas sobre el transdiagnóstico (Ehrenreich-May, Bilek, Queen y Hernández Rodríguez, 2012; Norton, 2012). Este nuevo enfoque de la psicología clínica sugiere que las categorías clínicas consolidadas podrían integrarse y clasificarse sobre la base de dimensiones y procesos psicológicos o psicopatológicos (Belloch, 2012; Sandín et al., 2012). De este

modo, es factible una integración entre los desarrollos de la psicología y la psicopatología básica (dimensiones y procesos psicológicos) y los desarrollos de la fenomenología clínica (categorías clínicas). En suma, aunque no se haya producido el cambio de paradigma esperado, el DSM-5 ha logrado integrar parcialmente en su estructura general un modelo mixto de clasificación categorial-dimensional, lo cual, en sí mismo, ya supone cierto cambio de paradigma. Partiendo de que el DSM-5 es actualmente el sistema de diagnóstico de elección, deben tenerse en cuenta tanto sus fortalezas como sus debilidades para así poder ser aplicado en consecuencia. En la presente revisión hemos señalado algunas de ellas.

REFERENCIAS

- Adam, D. (2013). Mental health: On the spectrum. *Nature*, 496, 416-418.
- American Psychiatric Association (APA). (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., revised text). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Avia, M. D. (1993). *Hipocondría*. Barcelona: Martínez Roca.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 295-311.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ... & Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British journal of psychiatry*, 201, 430-434.
- British Psychological Society (BPS) (2013, May). Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift. Retrieved from <http://www.bpsshop.org.uk/Classification-of-behaviour-and-experience-in-relation-to-functional-psychiatric-diagnoses-Time-for-a-paradigm-shift-P3519.aspx>
- Bryant, R. A. & Wessely, S. (2013). Post-traumatic stress disorder in DSM-5 (pp. 6-8). In Nemeroff, C. B., Weinberger, D., Rutter, M., MacMillan, H. L., Bryant, R. A., Wessely, S., ... & Lysaker, P. (2013). DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. *BMC medicine*, 11, 202.
- Chorot, P. y Martínez, P. (1995). Trastornos somatoformes (pp. 225-266). En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, *Manual de Psicopatología*, Vol. 2. Madrid: McGraw-Hill.
- Chorot, P., Sandín, B., Valiente, R. M., Santed, M. A., y Romero, M. (1997). Actitud hacia la enfermedad, ansiedad y sintomatología somática en pacientes con trastorno de pánico e hipocondría. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 123-136.
- Costa, P. T., & Widiger, T. A. (Eds.) (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed.). American Psychological Association.
- De la Iglesia, M., y Olivar, J. S. (2007). Entrenamiento en habilidades sociocomunicativas en los trastornos del espectro autista de alto funcionamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 33-42.
- Ehrenreich-May, J., Bilek, E. L., Queen, A. H., & Hernández Rodríguez, J. (2012). A unified protocol for the group treatment of childhood anxiety and depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 219-236.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff Jr, R. A., Winokur, G., & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of general psychiatry*, 26, 57-63.
- Frances, A. J. (2009). A warning sign on the road to DSM-V: Beware of its unintended consequences. *Psychiatry Times* 26, 1-4.
- Frances, A. J. (2010, February 11). Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM-5. *Psychiatric Times*. Retrieved from <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1522341>.
- Frances, A. J. (2012, December 3). DSM 5 is a guide not a bible: Simply ignore its 10 worst changes. Retrieved from http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dsm-5_b_2227626.html
- Frances, A. J., & Widiger, T. (2012). Psychiatric diagnosis: Psychiatric Diagnosis: Lessons from the DSM-IV. Past and Cautions for the DSM-5 Future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 109-130.
- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general

- personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 816-821.
- Horwitz, A. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: University of Chicago Press.
- Insel, T. (2011, June). NIMH Research Domain Criteria (RDoC): Draft 3.1. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml>
- Insel, T. (2013, April 29). Director's blog: Transforming diagnosis. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D.S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167, 748-57.
- Jones, K. D. (2012). Dimensional and cross-cutting assessment in the DSM-5. *Journal of Counseling & Development*, 90, 481-497.
- Kroenke, K., Sharpe, M., & Sykes, R. (2007). Revising the classification of somatoform disorders: Key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics*, 48, 277-285.
- Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., & Regier, D. A. (2013). DSM-5—The future arrived. *JAMA*, 309, 1691-1692.
- Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., & Wulsin, L. (2013). Psychiatry's integration with medicine: The role of DSM-5. *Annual Review of Medicine*, 64, 385-392.
- Kupfer, D. J., & Regier, D. A. (2011). Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 168, 672-674.
- Livesley, W. J. (2010). Confusion and incoherence in the classification of personality disorder: Commentary on the preliminary proposals for DSM-5. *Psychological Injury and Law*, 3, 304-313.
- Llevaria, G., Prats, E., Vicens-Vilanova, J., & Obiols, J. E. (2003). Preferencia manual en el espectro esquizofrénico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 189-198.
- López-Frutos, J. M., Sotillo, M., Tripicchio, P., y Campos, R. (2011). Funciones atencionales de orientación espacial, alerta y control ejecutivo en personas con trastornos del espectro autista. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 101-112.
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41, 249-267.
- McMillan, H. L. (2013). Trauma-related and stressor-related disorders (pp. 5-6). In Nemeroff, C. B., Weinberger, D., Rutter, M., MacMillan, H. L., Bryant, R. A., Wessely, S., ... & Lysaker, P. (2013). DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. *BMC medicine*, 11, 202.
- Menninger, K. (1963). *The vital balance*. New York: Viking Press.
- Millon, T. (1986). On the past and future of the DSM-III: Personal recollections and projections. In T. Millon & G. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 29-70). New York: Guilford Press.
- Nemeroff, C. B., Weinberger, D. (2013). The DSM-5 controversy. Tablets from Mount Sinai; A step backward or the natural progression of advances in medicine? (pp. 1-3). In Nemeroff, C. B., Weinberger, D., Rutter, M., MacMillan, H. L., Bryant, R. A., Wessely, S., ... & Lysaker, P. (2013). DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. *BMC medicine*, 11, 202.
- Norton, P. J. (2012). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorder: Efficacy, acceptability, and beyond. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 205-2018.
- Pelechano, V. (2008). *Enfermedades crónicas y psicología*. Madrid: Klinik.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., y Kupfer, D. J. (2012) (Eds.). *DSM-5: Evolución conceptual*. Madrid: Editorial Médica Panamericana (orig. inglés, 2011).
- Robins, E., & Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 126, 983-986.
- Sandín, B. (1993). Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física (pp. 123-156). En J. Buendía (Ed.), *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- Sandín, B. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, Vol. 2* (pp. 113-169). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (2005). El síndrome de fatiga crónica: Características psicológicas y terapia cognitivo-conductual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 85-94.
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 181-184.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995a). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, Vol. 2* (pp. 81-112). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995b). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, Vol. 2* (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M., & Jiménez, M. (1995). Trastornos psicósomáticos (pp. 402-469). En A. Be-

- lloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Sánchez-Arribas, C., y Santed, M.A. (2004). Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA): Características de los ataques de pánico no clínicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 139-161.
- Society for Humanistic Psychology (SHP; American Psychological Association) (2012, June 16). Response to the final DSM-5 draft proposals by de Open Letter Committee. Retrieved from <http://dsm5-reform.com/2012/06/response-to-the-final-dsm-5-draft-proposals-by-the-open-letter-committee/>
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1975). Research Diagnostic Criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.
- Stein, D. J., Lund, C., & Nesse, R. M. (2013). Classification systems in psychiatry: Diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. *Current opinion in psychiatry*, 26, 000-000.
- Sykes, R. (2012). The DSM 5 website proposals for somatic symptom disorder: Three central problems. *Psychosomatics*, 53, 524-531.
- Wakefield, J. C. (2013). The DSM-5 debate over the bereavement exclusion: Psychiatric diagnosis and the future of empirically supported treatment. *Clinical Psychology Review*, 33, 825-845.
- Watson, D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 221-247.
- Watson, D., O'Hara, M. W., & Stuart, S. (2008). Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 282-288.
- Welch, S., Klassen, C., Borisova, O., Clothier, H. (2013). The DSM-5 controversies: How should psychologists respond? *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 54, 166-175.
- Wittchen, H., Höfler, M., Gloster, A. T., Craske, M. G., y Beesdo, K. (2012). Opciones y problemas de las medidas dimensionales para el DSM-5 (pp. 111-134). En D. A., Regier, W. E. Narrow, E. A. Kuhl, y D. J. Kupfer (Eds.), *DSM-5: Evolución conceptual*. Madrid: Editorial Médica Panamericana (orig. ingles, 2011).