



DSM 5: Novedades y criterios diagnósticos

Naiara Sánchez Lucas (PIR-4)

María Pilar Delgado (PIR-3)

ÍNDICE

1º PARTE

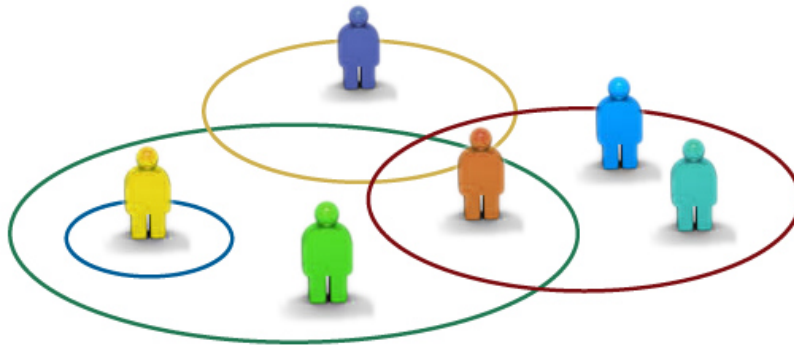
- ¿Para que la clasificación en S.M.?
- DSM 5: Elaboración
- El TM en el DSM 5
- DSM 5: Cambios generales/conceptuales
- + Críticas...

2º PARTE

- Categorías diagnósticas en el DSM 5

¿Para que la clasificación en S.M.?

- ▶ Clasificación de la conducta anormal basado en criterios empíricos es necesario para el progreso de la psicopatología, la psiquiatría y la psicología clínica, para que puedan ser entendidas como disciplinas científicas. (taxonomía)
- ▶ 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 interdisciplinarias, la homologación de los tratamientos, los estudios epidemiológicos, y el análisis de la efectividad de las terapias basadas en la evidencia.

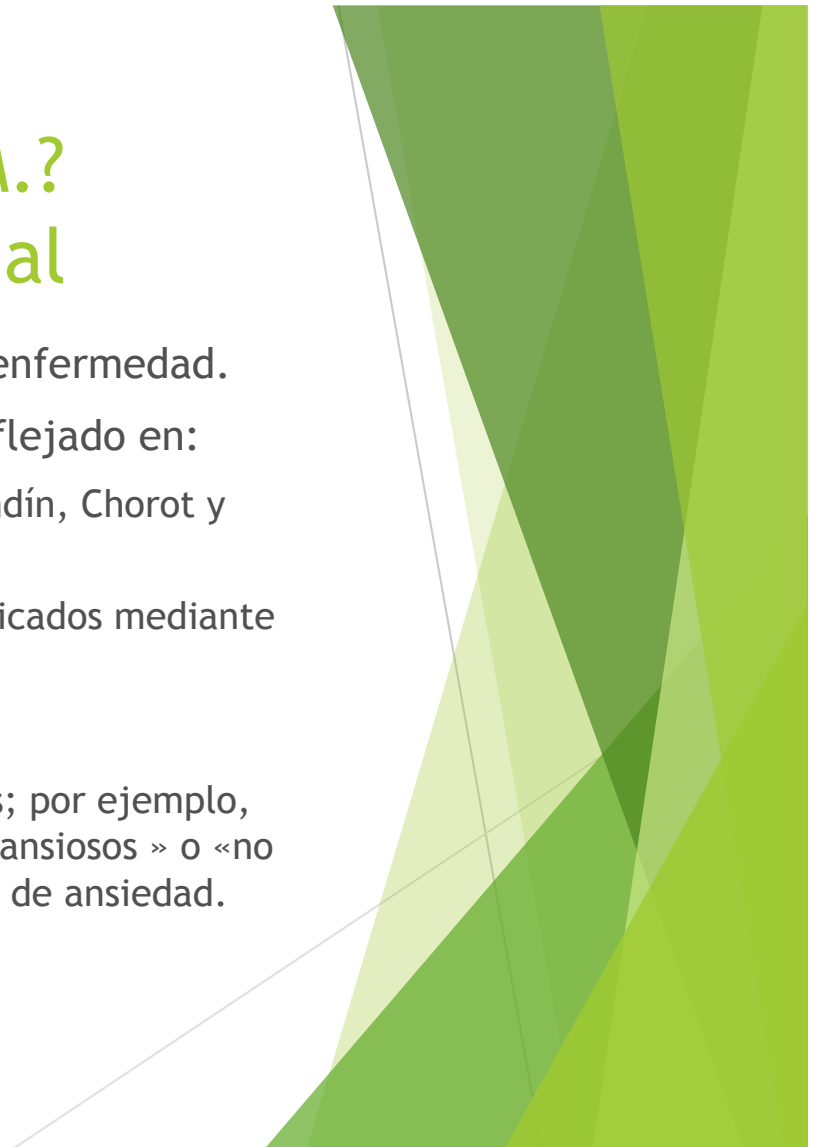


¿Para que la clasificación en S.M.?

Problemas clasificación categorial

El DSM-5 se entronca en el modelo médico categorial de enfermedad.

- ▶ No existen límites precisos en los TM, lo cual se ha reflejado en:
 - ▶ Los elevados niveles de comorbilidad (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».
- ▶ Límites irresolubles de los TM (Jones, 2012).
 - ▶ 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.



DSM 5: Elaboración

- ▶ La DSM, patrocinada por la American Psychiatric Association (APA), está elaborada desde una perspectiva eminentemente estadounidense y anglófona.
- ▶ PROCESO DE ELABORACIÓN del DSM 5 se llevó a cabo en varias etapas desde 1999.
 - ▶ 1º: se basó en una **recopilación de notas técnicas sobre cuestiones a resolver**.
 - ▶ 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
 - ▶ 2º: **coordinación de 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).
 - ▶ 3º: 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.

DSM 5: Elaboración

- ▶ 13 grupos de trabajo dirigidos a las áreas diagnósticas (expertos en áreas específicas diagnósticas).
- ▶ 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)
 - ▶ DSM-5 determinó darle un valor especial a estos elementos. Han querido reflejar las variaciones en las manifestaciones de los diferentes cuadros. (dif. +)

DSM 5: Elaboración

- ▶ A partir de 2007 la APA hace pública la composición del comité directivo
- ▶ A partir de 2008 de los diferentes grupos de trabajo, iniciándose un proceso de revisión y construcción del nuevo manual que durará 6 años.
 - ▶ Premisa básica de basarse en la evidencia científica: contundencia

A cerca del grupo de trabajo

- Amplia labor de **colaboración entre diferentes profesionales e instituciones** y colectivos relacionados con la salud.
- **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.
 - Emily A. Kuhl participó como redactora clínica
 - Bridget F. Grant trabajaba en epidemiología y bioquímica,
 - Helena C. Kraemer era profesora de bioestadística en psiquiatría.

DSM 5: Elaboración

- ▶ Así mismo, la **representación de psicólogos** en los grupos de trabajo fue muy pobre en grupos
 - ▶ 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)
 - ▶ Los trastornos de ansiedad/espectro obsesivo-compulsivo/traumáticos/disociativos (3/15);
 - ▶ Grupos relativos al desarrollo del ciclo vital (0/9)
 - ▶ confluencia entre la medicina general y la psiquiatría(0/11).

Publicación DSM 5

-Mayo de 2013 en Estados Unidos

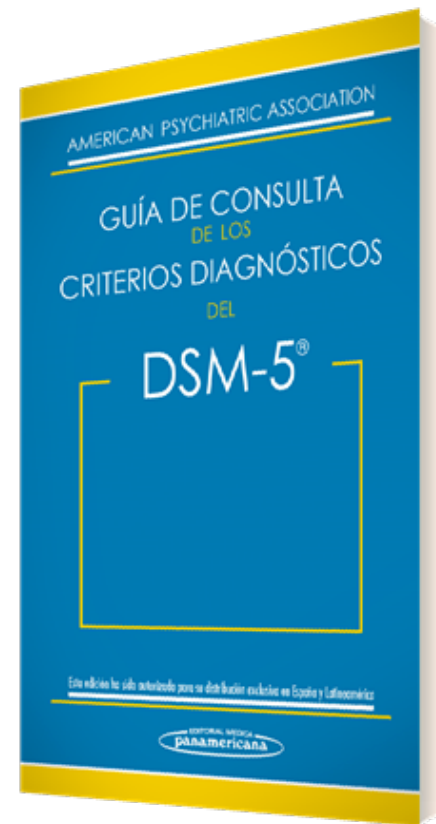
-En España 2014

Precio:

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: **109, 25 Euros**

Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5: **44,65 Euros**

(**criticas** al respecto...)



El TM en el DSM 5

- **Crítica:** El DSM-5 sigue entroncándose en el modelo médico categorial de enfermedad, que, en el caso de los trastornos mentales presentan limitaciones .
- En el DSM-5, como en sus ediciones anteriores, **se habla de trastornos mentales**, no de enfermedades mentales.
- A día de hoy no es posible determinar los factores etiológicos ni los procesos patológicos subyacentes para la mayoría de los cuadros clínicos.
- Por ello, se opta por limitarse a describir de la forma más detallada posible los criterios diagnósticos actualizados de los trastornos es más un diccionario descriptivo que un manual de psicopatología.
-

El TM en el DSM 5

- ▶ 1º proposición, Stein (2013): *Disfunción cerebral con una causa biológica subyacente.*
 - ▶ Crítica: Pereceptiba Biologicista.

Definición (definitiva, consensuada):

Un trastorno mental se define como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos y del desarrollo que subyacen en su función mental. Los trastornos mentales habitualmente se asocian a un estrés significativo o a una discapacidad en las actividades sociales, ocupacionales u otras de importancia. Una respuesta esperable o culturalmente aceptable como resultado de un estresor común o una pérdida, como la muerte de un ser querido, no se considera un trastorno mental. Una conducta socialmente desviada (política, religiosa, etc) y los conflictos primarios entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales a no ser que la desviación o el conflicto resulten de una disfunción del individuo, como se ha descrito anteriormente.

El TM en el DSM 5

Extraído de Sandín (2013)

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).

-Caballero y Escobar (2014): 157

Si incluimos dimensiones se estima que puede haber miles de códigos diagnósticos posibles. (>400)

El TM en el DSM 5

► 15 Nuevos diagnósticos:

Nombre del trastorno	Subgrupo	Grupo
Retraso global del desarrollo	Discapacidades intelectuales	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		Factores psicológicos que afectan a otros problemas médicos
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

El TM en el DSM 5

- ▶ El aumento de Trastorno mentales o de la reducción de la exigencia para cumplir diagnóstico...
 - ▶ **Crítica:**
 - ▶ La psicopatologización del la vida cotidiana: problemas que interfieren negativamente en la vida de una persona y que desbordan sus recursos de afrontamiento, pero que no constituyen propiamente un trastorno mental.
 - ▶ Generación de pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos psiquiátricos
 - ▶ Riesgo de “sobret ratamientos”. Los intereses de la industria farmacéutica: la ampliación del concepto de enfermedad hasta invadir lo que antaño era vida psíquica normal permite aumentar el número de beneficiarios del abordaje farmacológico.
 - ▶ Uso generalizado e indiscriminado de la prescripción farmacológica, lo que constituye un fenómeno especialmente preocupante en el ámbito infantil (Boyle, 2013; Carlat, 2010).

El TM en el DSM 5

- ▶ DSM 5:
 - ▶ El diagnóstico de trastorno mental. Debería tener una utilidad clínica: debería ayudar a los clínicos a determinar el pronóstico de los trastornos, a establecer planes de tratamiento y a potenciales resultados de tratamiento para sus pacientes. Sin embargo, **el diagnóstico de trastorno mental no es equivalente a la necesidad de tratamiento.**
- ▶ Hay quien propone también de manifiesto...
 - ▶ Se puede ayudar y tratar psicológicamente a una persona que tiene problemas, incluso síntomas clínicos, pero que no llegan a ser un trastorno: el tratamiento no requiere necesariamente el etiquetaje diagnóstico de un problema (Bracken et al., 2012; British Psychological Society, 2011; Echeburúa, 2010).

DSM 5: Cambios generales/conceptuales

- I. Cambio en el sistema multiaxial
- II. Irrupción de las dimensiones y los espectros
- III. Expresiones del trastorno según las etapas del ciclo vital

DSM 5: Cambios generales/conceptuales.

I: Adiós al sistema multiaxial

- ▶ El conocido sistema multiaxial fue introducido por el DSM-III (APA, 1980) como una gran innovación para el diagnóstico de los trastornos mentales.
 - ▶ Permite codificar información relevante sobre el diagnóstico a partir de 5 ejes; en el síndromes clínicos; retraso mental y los trastornos de personalidad; enfermedades médicas, problemas psicosociales y ambientales; el funcionamiento global del individuo.
- ▶ El sistema se multiaxial se suprime en el DSM 5. No quedan muy claras las razones.
 - ▶ 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 puede ser razonable, ya que la separación entre ambos no estaba suficientemente justificada, la comorbilidad de entre ellos alta.
 - ▶ **Crítica:** 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.
 - ▶ 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, se pierde el eje dimensional (Eje V).

DSM 5: Cambios generales/conceptuales.

I: Adiós al sistema multiaxial

D
S
M
5

Sección I

- Pautas para el uso clínico y forense del manual

Sección II

- **Criterios y códigos diagnósticos de los diferentes trastornos**
- Ejes I y II del DSM-IV-TR, con anotaciones separadas en cada categoría para las condiciones médicas asociadas (antiguo Eje III), para los factores psicosociales y ambientales (antiguo Eje IV) y para la discapacidad, entendida esta como daño en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas significativas de la vida cotidiana (antiguo Eje V).

Sección III

- Evaluación de los síntomas, criterios sobre la formulación cultural de los trastornos. WHOLA.
- Propuesta alternativa sobre la conceptualización de los trastornos de personalidad
- Descripción de las condiciones clínicas que están actualmente en estudio.

DSM 5: Cambios generales/conceptuales.

II. Irrupción de las dimensiones y los espectros

- ▶ Los problemas característicos de la clasificación categorial, adopción de enfoques de clasificación dimensionales.
- ▶ 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.
 - ▶ Intento por plasmarlo con la incorporación de parámetros dimensionales
 - (a) Espectros o equivalentes dimensionales para diagnósticos (dimensiones psicopatológicas)
 - (b) Evaluaciones dimensionales (medidas de síntomas transversales -cross-cutting- y medidas de gravedad).

DSM 5: Cambios generales/conceptuales. Irrupción de las dimensiones y los espectros

a) Dimensiones psicopatológicas

- ▶ La idea central fue conservar, por el momento, los diagnósticos categoriales, si bien reagrupándolos en dimensiones que podrían integrar múltiples

Elementos externos de validación compartidos, sugeridos para la agrupación de trastornos en espectros propuestos. (Adaptado de Hyman, 2012)

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.

DSM 5: Cambios generales/conceptuales.

II. Irrupción de las dimensiones y los espectros

a) Dimensiones psicopatológicas

- ▶ Los intentos por incorporar parámetros dimensionales casi limitados a agregar especificadores de gravedad acompañados de las correspondientes dimensiones subyacentes.
- ▶ 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 discapacidad intelectual (incluye 3 dimensiones: conceptual, social y práctica)
 - ▶ 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 desorganizado, desorganizado, conducta psicomotora anormal, y síntomas negativos; 3 dimensiones complementarias: deterioro cognitivo, depresión, y manía).
 - ▶ Los trastornos neurocognitivos (6 dimensiones: atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, perceptivo-motor, y cognición social)

DSM 5: Cambios generales/conceptuales.

II. Irrupción de las dimensiones y los espectros

a) Dimensiones psicopatológicas

- ▶ 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).
- ▶ 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.
 - ▶ Llama la atención que no se haya aplicado a algunos grupos importantes de trastornos; trastornos de ansiedad, trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, los trastornos relacionados con traumas y estresores y los trastornos disociativos.
- ▶ **Crítica:** forma en la estructura básica del diagnóstico es «tímida» y bastante irregular, la única sección III, TP. Se basa en variantes desadaptativas de rasgos de personalidad que se funden imperceptiblemente entre sí y con la normalidad (APA, 2013)

DSM 5: Cambios generales/conceptuales.

II. Irrupción de las dimensiones y los espectros

B) Medidas de síntomas transversales (cross-cutting) y de gravedad

Sólo algunos de estos instrumentos de evaluación aparecen en el manual

- ▶ Las medidas de síntomas transversales tienen como finalidad identificar áreas adicionales de estudio que puedan favorecer el tratamiento y el pronóstico del trastorno. No se refieren a trastornos específicos, sino que evalúan síntomas que suelen ser relevantes para cualquier paciente.
 - ▶ Evaluación 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
 - ▶ Evaluación Nivel 2: más profunda sobre determinados dominios de síntomas.

DSM 5: Cambios generales/conceptuales. Irrupción de las dimensiones y los espectros

B) Medidas de síntomas transversales (cross-cutting) y de gravedad

- ▶ **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, ejemplo psicosis.
- ▶ 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**.
 - ▶ Puede ser de gran relevancia para la evaluación del deterioro funcional
 - ▶ Posibilita evaluar 7 áreas del funcionamiento personal; 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

DSM 5: Cambios generales/conceptuales.

II. Irrupción de las dimensiones y los espectros

B) Medidas de síntomas transversales (cross-cutting) y de gravedad

- ▶ 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.
- ▶ **Crítica**
 - ▶ **NO** se ha establecido una **suficiente integración** de estas medidas en los criterios **diagnósticos**
 - ▶ 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, (trastornos de ansiedad, los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, los trastornos relacionados con traumas) no se establecen 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
 - ▶ **No se aportan medidas para todos los trastornos** o conceptos clínicos relevantes.

DSM 5: Cambios generales/conceptuales.

II. Irrupción de las dimensiones y los espectros

B) Medidas de síntomas transversales (cross-cutting) y de gravedad

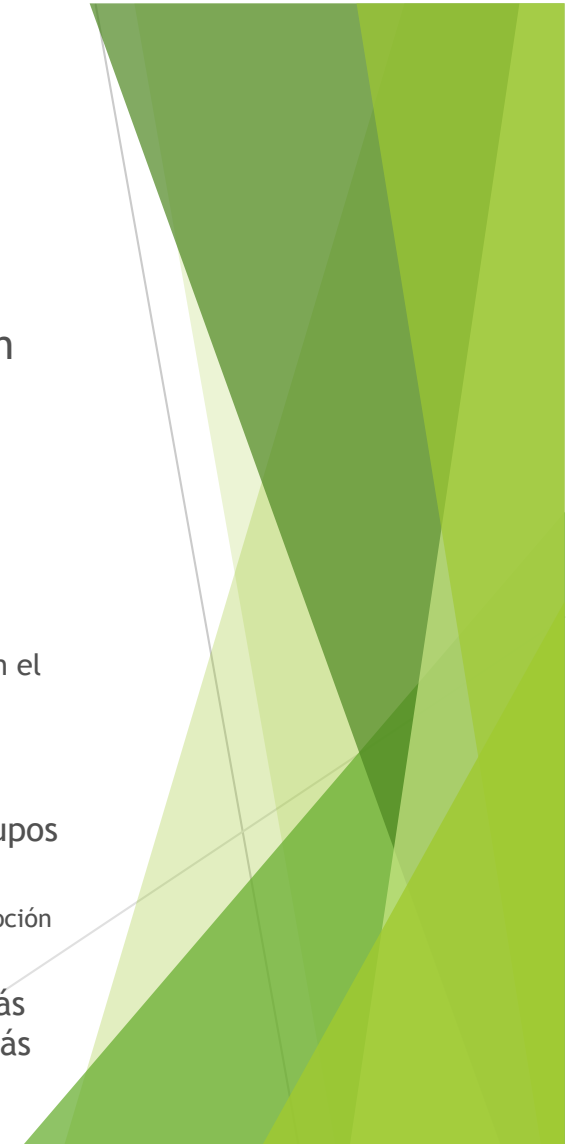
Crítica:

- ▶ 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).
- ▶ 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).

DSM 5: Cambios generales/conceptuales.

III. Expresiones del trastorno según las etapas del ciclo vital, cultura, género

- ▶ Se Refinan las descripciones clínicas y aportó información adicional en relación con el proceso evolutivo (ciclo vital), y los condicionantes sexuales y culturales.
 - ▶ Cambios más llamativos ha sido la supresión de la tradicional separación entre la psicopatología infantil y la psicopatología adulta.
 - ▶ Ya no psicopatología clásica de adultos o infancia-adolescencia
 - ▶ Trata de dar mayor valor taxonómico a los procesos neurobiológicos relacionados con el desarrollo. Este nuevo grupo de trastornos (denominado Trastornos del neurodesarrollo).
 - ▶ Se establecen diferentes manifestaciones de los trastornos según edad: presentación de los síntomas o las diferencias en prevalencia según ciertos grupos de edad.
 - ▶ forma muy limitada pero 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»
 - ▶ El manual comienza con el diagnóstico de los trastornos que se manifiestan más tempranamente, continúa con los diagnósticos que se manifiestan de forma más típica durante la adolescencia y la juventud.



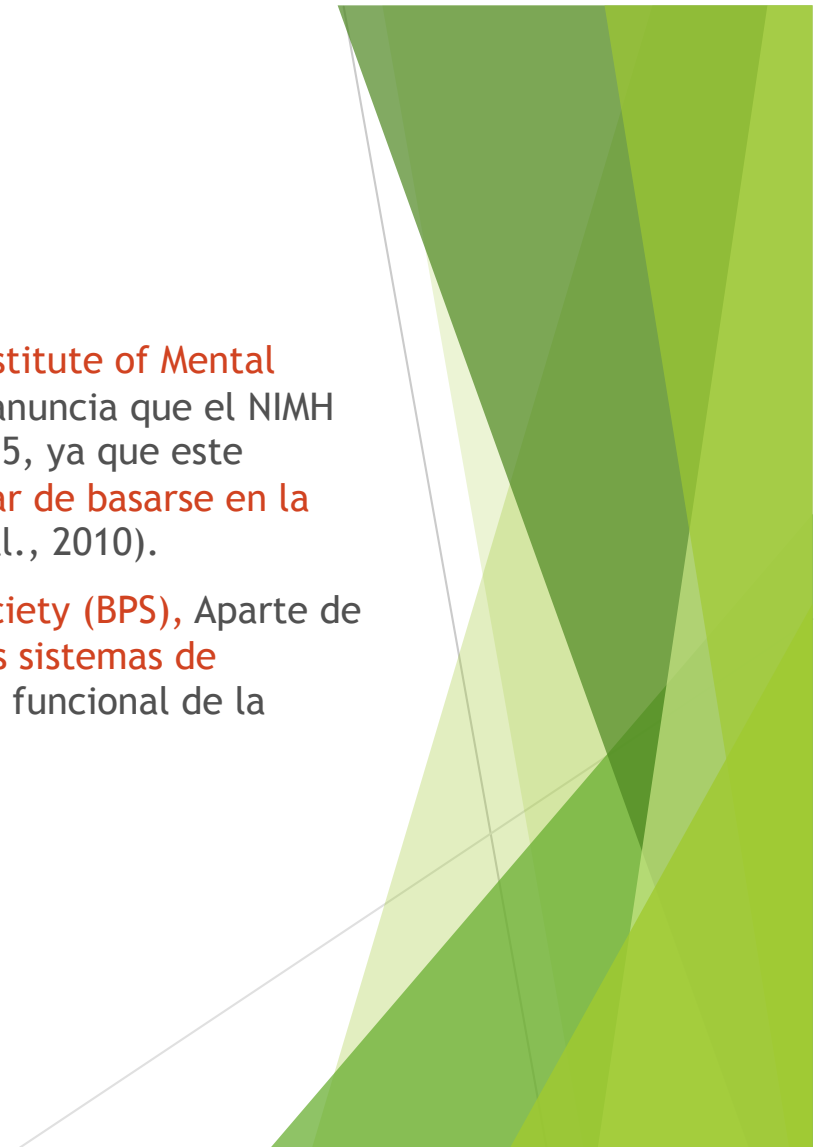
+ Críticas...

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.

- ▶ Colectivos que cuestionan la validez de la psicopatología o la psiquiatría, y en particular la propia existencia de los trastornos mentales
- ▶ Entre las críticas de mayor impacto mediático, **Allen J. Frances**, coordinador del DSM IV, y la Society for Humanistic Psychology (SHP; División 32 de la American Psychological Association). Fundamentadas y personales. Denuncia problemas en el proceso de elaboración y de formación diagnóstica.
 - ▶ Críticas 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;
 - ▶ (3) excesivo énfasis en las teorías médico-biológicas.

+ Críticas...

- ▶ En el contexto de la propia psiquiatría, el **NIMH (National Institute of Mental Health)**, a través de su director **Thomas Insel** (Insel, 2013), anuncia 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).
- ▶ **División of Clinical Psychology de la British Psychological Society (BPS)**, 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.

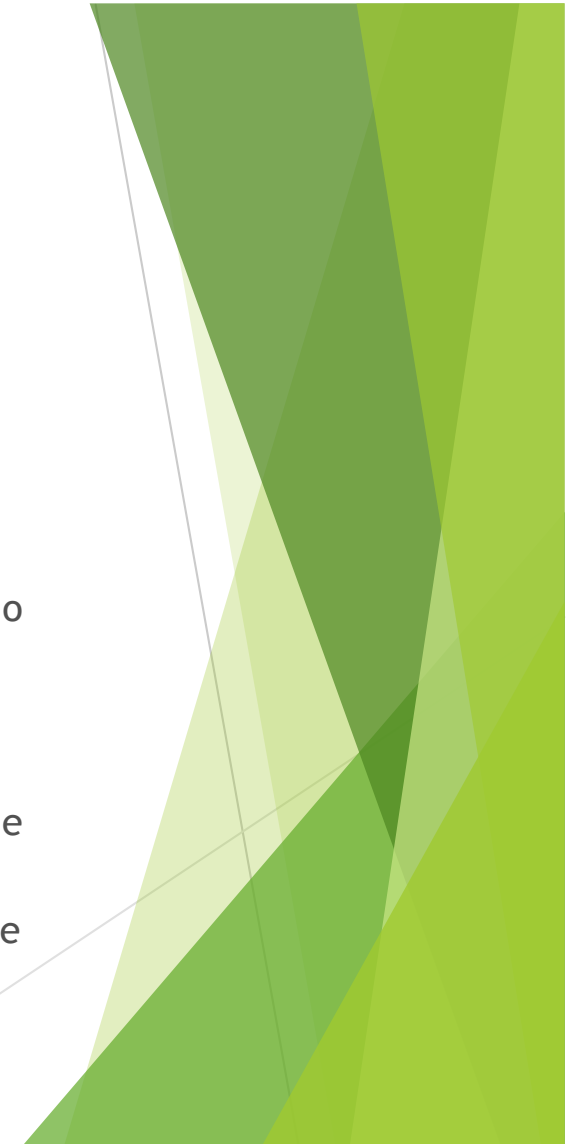


+ Críticas...

Revisión reciente sobre la polémica suscitada en torno a la elaboración del DSM-5, **Welch et al. (2013)**

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

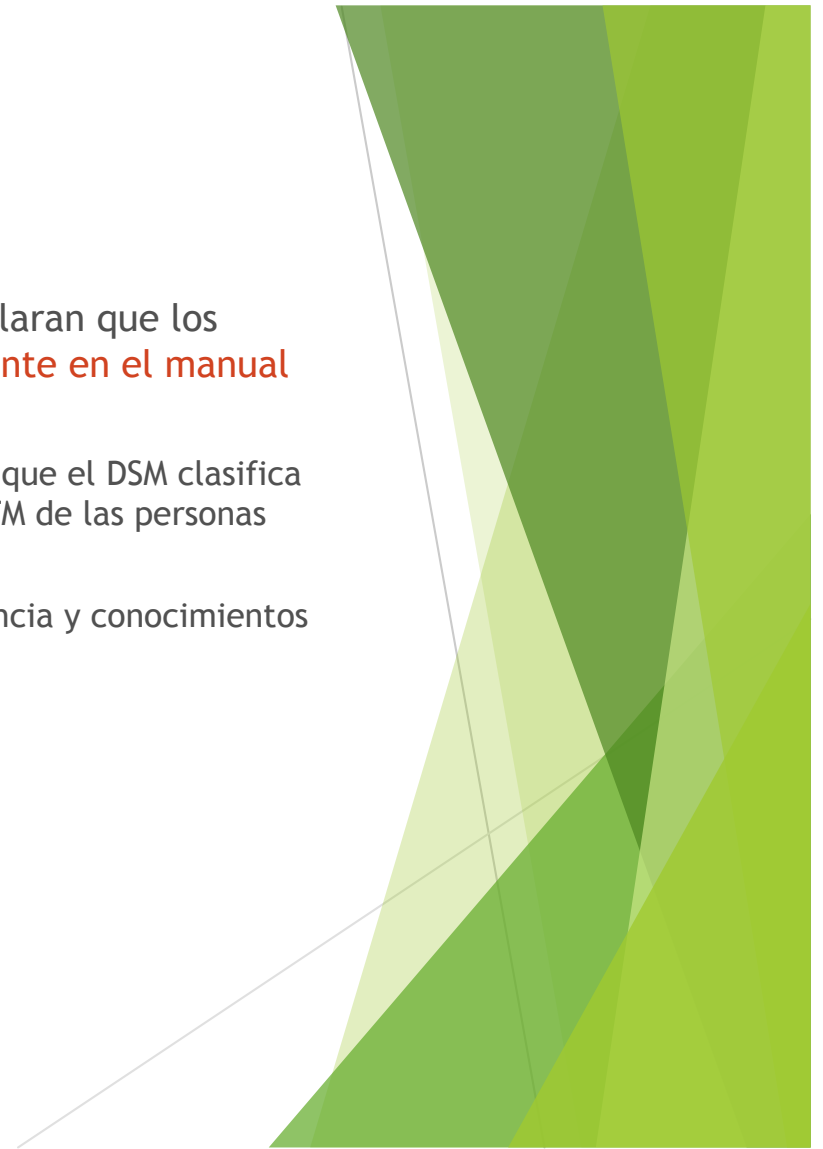


Trastornos más cuestionados:

- ▶ **El trastorno de desregulación del ánimo perturbador**, incluido en el grupo de trastornos depresivos.
 - ▶ se incrementarán los diagnósticos y el exceso de prescripciones de medicamentos antipsicóticos en la población infantil.
 - ▶ Pensado para reducir TB en niños
- ▶ **El trastorno neurocognitivo leve**
 - ▶ Fundamentalmente por la dificultad que conlleva diferenciarlo del envejecimiento
- ▶ Trastorno de atracones
- ▶ de trastornos somatomorfos: **Trastorno de síntomas somáticos**
 - ▶ no explicado médicamente (o no totalmente explicado médicamente) Al suprimirse esta condición fundamental, cualquier enfermedad médica puede ser diagnosticada como TSS.
- ▶ **La exclusión del duelo: del TDM**
 - ▶ 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
- ▶ **TTPP**

Y en contraposición...

- ▶ los autores que apoyan el DSM-5 lo ven como **un avance** y aclaran que los **posibles «efectos adversos» del mismo no están intrínsecamente en el manual sino en el uso** que se le da.
 - ▶ destacando que un error de interpretación frecuente es pensar que el DSM clasifica a las personas; cuando lo que realmente hace es clasificar los TM de las personas que los padecen.
 - ▶ El DSM-5 debe ser utilizado como una guía junto con la experiencia y conocimientos profesionales, el juicio clínico y los criterios éticos necesarios.



¿Aceptamos el DSM-5 con sus defectos para clasificar los trastornos mentales...hasta el próximo manual?

