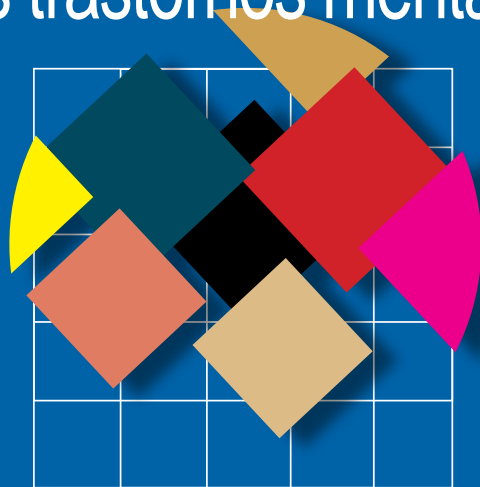


Controversias en la clasificación de los trastornos mentales

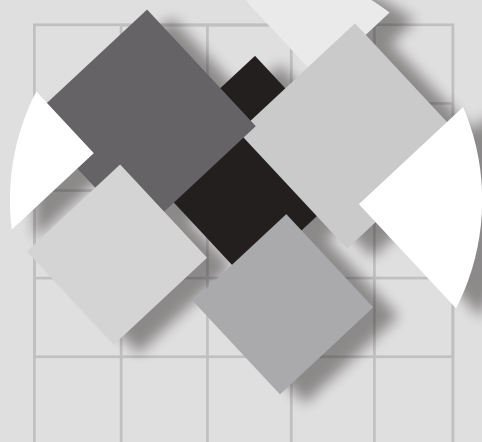


José Guimón

©RE ACADEMIC

ONE EDITORIAL
Colección *PrOMe*teo

Controversias en la clasificación de los trastornos mentales



José Guimón

Financiado por:



Controversias en la clasificación de los trastornos mentales

Edita: José Guimón

© José Guimón

© OMEditorial

© Core Academic

Edita: OMEditorial (ome@ome-aen.org), Core Academic

ISBN: 978-84-941387-4-4

Depósito Legal: BI-123-2014

Diseño y maquetación: Marra Servicios Publicitarios, S.L.

Imprime: Lankopi, S.A.

Reservados todos los derechos. Quedan prohibidos según lo establecido en la ley y bajo apercibimiento legalmente previsto. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares.

Índice

Prólogo	5
Capítulo 1. Diagnóstico y clasificación en psiquiatría	7
Capítulo 2. Dimensiones y espectros	25
Capítulo 3. El diagnóstico psicoanalítico	39
Capítulo 4. Criterios y diagnósticos en la DSM 5	55
Capítulo 5. Aciertos y excesos de las críticas al DSM 5	85
Conclusión	97
Bibliografía	99

Agradecimientos

A Iñaki Markez y Bárbara Díaz por su inestimable ayuda en la elaboración y edición de este librito.

El autor

Prólogo

El Instituto de Psicoterapia de Bilbao, fue fundado en la calle Manuel Allende, en abril de 1977¹ y en él se impartieron, además de un programa básico de psicoterapia, cursos de formación en terapia breve analítica, terapia familiar y relajación muscular autógena. Con cursos de psicopatología y tratamientos biológicos se completó una “Residencia en Salud Mental” en el, por entonces, llamado “Instituto de especialidades” del Hospital de Basurto, porque en aquella época no existía todavía una formación nacional reglada para formar profesionales de la Salud Mental.

Como aun en aquellos momentos en el Hospital de Basurto no se practicaba psicoterapia, desde 1983 las actividades clínicas del programa de formación, se realizaron en el mencionado Instituto y las teóricas fueron tomadas a cargo por la Fundación OMIE, creada informalmente en 1980. Posteriormente, en 1988 se fundó el sistema asistencial privado “Avances Médicos” (AMSA)² que, desde el principio se interesó en asegurar un abordaje científico a la Salud Mental y concedió una importancia primordial al establecimiento de métodos científicos de evaluación de los pacientes. Se realizó por ello un esfuerzo importante en la adaptación de instrumentos de diagnóstico y clasificación que se estaban desarrollando principalmente en los países anglosajones. Nuestros contactos con especialistas en esas aproximaciones nos llevaron a organizar en su día un Congreso

¹ Por José Guimón, Luis Yllá, Isidoro Delclaux y Miguel Gutiérrez, que previamente habían iniciado sus actividades asistenciales y docentes en el Hospital de Basurto, en el Campus de Leioa de la UPV/EHU y en la Clínica Guimón.

² Por José Guimón, Norberto Mascaró, José Mariano Galletero e Iñaki Eguiluz, a quienes se unió posteriormente Iñaki Zabala.

Internacional sobre Diagnóstico y Psiquiatría en el contexto del II Congreso Mundial Vasco que se celebró en Vitoria en 1988 y del que se publicó un volumen con las aportaciones de buena parte de las figuras internacionales que acudieron al mismo (Guimón, Mezzich, & Berrios, 1989). Un año después se publicaría un número monográfico de *British Journal of Psychiatry* (Guimón, Berrios, & Mezzich, 1989) con una parte de esos trabajos, coordinados por los mismos autores que el anterior volumen.

Un cuarto de siglo ha transcurrido, y el interés de los profesionales de AMSA en el Diagnóstico y la Clasificación, que pasa actualmente por un apasionante momento de avances y controversias (Guimón, 2007), no ha disminuido como muestra esta monografía que reúne los textos de las presentaciones realizadas al Curso organizado por AMSA en Bilbao y Donostia.

Este volumen se reparte gratuitamente a los participantes en ese curso.

El autor recomienda vivamente la consulta de las siguientes obras: “American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition.*

Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 (2014): Editorial Panamericana,

Enero 2014.

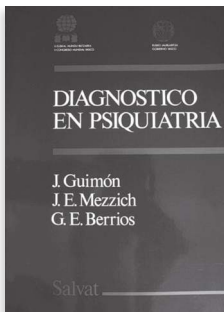


Fig. 1. Portada del volumen publicado en 1988 sobre el Diagnóstico en Psiquiatría.



Capítulo 1

Diagnóstico y clasificación en psiquiatría

El Diagnóstico psiquiátrico, como cualquier diagnóstico médico, es un proceso por el que se intenta someter a verificación científica la hipótesis de la pertenencia de determinadas manifestaciones clínicas observadas en un paciente a una “clase” dentro de una determinada clasificación de referencia. Los propósitos del diagnóstico son: diferenciar el cuadro observado de otros cuadros; otorgarle un nombre que permita comunicarnos fiablemente acerca de él; establecer pronósticos a su evolución (espontánea o con tratamiento); medir los cambios que se producen en esa evolución y realizar estudios sobre su etiología. Las clasificaciones en medicina suelen, por ello, basarse en la etiología, la descripción y la evolución de las enfermedades.

Una clasificación de referencia única no puede satisfacer todas las necesidades, por lo que algunos autores admiten la necesidad de una clasificación “científica” y de otra clasificación “práctica”. El tipo de clasificación que se ha de utilizar depende de la finalidad del estudio. Por ello, toda descripción encaminada a situar un objeto en una clasificación es reductora. El diagnóstico y la clasificación conllevan sucesivas pérdidas de información.

La pertenencia a una clase en una nosología debería, siguiendo las concepciones biologists, como mínimo, darnos informaciones en relación con la etiología, la patogenia, la terapéutica o el pronóstico de una enfermedad. Desafortunadamente, es bien sabido que, en psiquiatría, una etiqueta diagnóstica suele tan sólo informar acerca de un síntoma o de un conjunto de síntomas, más o menos correlacionados, que se presentan en un paciente. Pese a lo anterior, algunas clasificaciones psiquiátricas reposaban enteramente en criterios etiológicos, como en el caso de la nosología alemana

tradicional. Meyer asimismo sostuvo una clasificación de algún modo etiológica, manteniendo que los trastornos mentales son tipos de “reacción”, resultantes de causas múltiples. Freud, en el concepto de neurosis, presupone también un proceso etiológico específico.

Algunas clasificaciones como la CIE 9 hacen intervenir criterios etiológicos hipotéticos. Sin embargo, la mayoría de las clasificaciones psiquiátricas contemporáneas reconocen que sólo logran, en general, agrupar síntomas o síndromes.

Karl Jaspers (Jaspers, 1946) llevó a cabo la aplicación de la fenomenología a la Psicopatología, que fue la Ciencia básica para el diagnóstico y la clasificación psiquiátrica durante muchos decenios. Según este autor, tenemos que «representarnos intuitivamente los estados psíquicos que experimentan realmente los enfermos, considerarlos según sus relaciones de afinidad, delimitarlos y distinguirlos lo más estrictamente posible y aplicarles términos precisos». Debemos situarnos ante las vivencias morbosas del paciente «no como meros observadores, sino tratando de experimentarlas y representárnoslas”.

1. Elementos semiológicos

Queda fuera del propósito de este apartado el hacer un resumen de la Psicopatología descriptiva que se puede consultar en excelentes obras de autores españoles (Cabaleiro Goas, 1966). La relación de síntomas que se expone a continuación constituye más bien una breve semiología de las alteraciones de los grandes aspectos constitutivos de la personalidad (Guimón, 2008).

1.1. Alteraciones temporo-espaciales

La desorientación temporal se refiere a la alteración del tiempo conocido (cronológico), que se presenta principalmente en las psicosis orgánicas. La alteración de la vivencia del tiempo se presenta a menudo en distintos trastornos mentales, pero en especial en la manía, donde el ritmo psíquico se halla acelerado, y en la depresión, donde está enlentecido.

Entre las alteraciones subjetivas de la espacialidad, las más frecuentes son la impresión de irrealidad del espacio exterior en la «desrealización»

y la «despersonalización» y las impresiones de familiaridad o extrañeza de ese espacio (*déjà vu* y *jamaís vu*). Entre las alteraciones objetivas del espacio percibido están las macro o «micropsias», y la «agnosia espacial unilateral» (ignorancia del espacio contralateral en una lesión cerebral, generalmente derecha). Entre las alteraciones objetivas del conocimiento del espacio están las alteraciones de la derecha-izquierda, las alteraciones de las relaciones topológicas, las de la visión del espacio euclidiano, etc. que se observan en las demencias.

1.2. Alteraciones de la conciencia

Las alteraciones más importantes de la conciencia se pueden clasificar en: alteraciones en la ordenación de los contenidos (tóxicas o afectivas); estrechamientos del campo (en la «dipsomanía», la «cleptomanía», la «dromomanía» y los estados «crepusculares»); «obnubilación» y oscurecimiento (simples o acompañadas de «onirismo»); sueño excesivo (somnia, «hipersomnia», «letargia» y «narcolepsia»); y suspensiones de conciencia (paroxísticas o prolongadas).

Entre las alteraciones de la experiencia de sí mismo, las más frecuentes son las que afectan la apercepción de la actividad propia, que hacen que el individuo sienta que ya no es su «sí mismo» normal («despersonalización») o que el ambiente que le circunda es irreal («desrealización»). En otras ocasiones se presentan trastornos de la percepción de la propia unidad (el paciente siente como si fuera dos o más personas), de la continuidad de sí mismo (cree que no es el mismo que antes) o de las fronteras de sí mismo (cree que se difunde en el espacio exterior).

1.3. Alteraciones de la inteligencia

Se distinguen dos grandes trastornos de la inteligencia. La «oligofrenia» es la escasez de inteligencia, característica del retraso mental, que se gradúa según el cociente intelectual (leve de 50-55 a 70, moderado de 35-40 a 50-55, grave de 20-25 a 33-40 y profundo por debajo de 20-25).

La «demencia» es la pérdida de la inteligencia por diversos trastornos físicos (demencias orgánicas) y psíquicos («seudodemencias»).

Son diversas las alteraciones de las llamadas funciones «instrumentales» de la inteligencia. Entre las de la memoria se cuentan su disminución o

«amnesia» (orgánica o psicógena) y su distorsión (en el recuerdo o en el reconocimiento). El lenguaje puede presentar trastornos como las interrupciones y las tartamudeces, los «mutismos», los «neologismos» y las «afasias». Las alteraciones del reconocimiento de algunas percepciones que tienen carácter simbólico se denominan «agnosias» (visuales, auditivas, corporales o «asomatognosias») y los trastornos de los movimientos más o menos complejos destinados a realizar gestos cargados de simbolismo reciben el nombre de «apraxias» (constructivas, ideomotrices, ideatorias).

1.4. Alteraciones de las sensopercepciones

De entre los trastornos de las sensopercepciones (cuantitativos como «hiperestésias» e «hipoestésias»; cualitativos como extrañeza de la realidad, «escisiones perceptivas» y percepciones engañosas), los más importantes son las «alucinaciones». Se trata de percepciones engañosas que el individuo cree reales, que no surgen de la transformación de una percepción real, sino que son enteramente nuevas y se presentan simultáneamente a las percepciones reales.

Hay otros trastornos perceptivos que deben ser diferenciados de las alucinaciones. Las «alucinosis» tienen las mismas características que aquellas, salvo que el individuo critica la realidad de lo que percibe. En las ilusiones, un objeto real, situado en el mundo externo o proveniente del propio cuerpo, es considerado por el sujeto como deformado o distinto de como es.

En ocasiones es muy difícil decidir si una alteración perceptiva es una alucinación verdadera. Tal es el caso de las «seudoalucinaciones», que son representaciones espaciales en la esfera visual y auditiva, sin corporeidad, sin objetividad externa, captadas como por un «ojo interno», que aparecen y desaparecen, influenciadas por la voluntad, y a las que el sujeto cree, a veces reales. Frecuentemente es difícil que un enfermo mental precise con claridad los matices anteriores, por lo que algunos autores prefieren prescindir del término seudoalucinación y recomiendan, cuando una anomalía perceptiva no sea calificable con seguridad como alucinación, limitarse a describirla.

Las alucinaciones deben también ser diferenciadas de determinadas experiencias, como la llamada memoria de los sentidos (capacidad exagerada para evocar sensaciones que tienen algunas personas), y de los siguientes fenómenos «fantásticos» de la visión: «pareidolias», imágenes de

nuestra fantasía, creadas sobre objetos reales, pero sobre cuya irrealidad no nos caben dudas; «eidetismo» o reproducción a voluntad de imágenes de objetos anteriormente vistos; extrañeza de lo percibido; e impresiones de «ya visto».

1.5. Alteraciones del pensamiento

Entre los trastornos del pensamiento, se distinguen los referentes al tiempo («fuga de ideas», inhibición o enlentecimiento, «circunstancialidad» o «prolijidad»), la continuidad (bloqueo, «estereotipia», «perseveración»), la posesión (difusión, robo, imposición e influencia del pensamiento, obsesiones y compulsiones), la forma (concreción, descoordinación, fragmentación) y el contenido.

Entre los trastornos del contenido del pensamiento destacan las vivencias delirantes o «delirios primarios», significación anormal que se adscribe sin motivo a percepciones, representaciones o cogniciones. Las «ideas delirantes» son ideas falsas, absurdas según los conocimientos de la época, consideradas por la persona como ciertas, pese a cualquier demostración de lo contrario, y no influenciables. Deben ser distinguidas de las ideas «deliroides», derivadas de otras vivencias como la depresión, con estructura lógica normal, y vinculadas comprensiblemente a la historia vivencial de la persona.

Las vivencias delirantes son vivencias irrefutables, erróneas, incorregibles, que pueden modificar la conducta del individuo.

Los temas delirantes pueden ser variados: de culpa, ruina o enfermedad (típicos de los pacientes depresivos); de persecución o perjuicio; de amor o celos (pasionales); de grandiosidad, etc.

1.6. Alteraciones del esquema corporal

Se pueden distinguir alteraciones en el conocimiento del cuerpo y en la vivencia del mismo.

En las lesiones cerebrales focales izquierdas pueden aparecer «agnosia digital» (dificultad para el reconocimiento de los dedos de la mano) y «autotopagnosia» (o desconocimiento de la situación de distintas partes del

cuerpo). En las lesiones cerebrales derechas se puede observar «hemisomatognosia» (desconocimiento del hemicuerpo contralateral a la lesión) y, en raras ocasiones, «asimbolia al dolor» (desconocimiento del dolor pese a sentirlo) o «aloquiria» (sentimiento del dolor en un lugar distinto a aquel en que se produce).

En las lesiones cerebrales generalizadas de las demencias el esquema corporal se altera de forma progresiva, apareciendo en una primera fase agnosia digital y desorientación de la derecha-izquierda, para aparecer después una autotopagnosia más generalizada, que conduce incluso a que el paciente no reconozca el cuerpo propio reflejado en el espejo.

En las psicosis endógenas se observa con frecuencia despersonalización, que puede, en casos aislados, presentarse en forma de negación de la existencia del cuerpo propio o de parte de él (como el síndrome de Cotard) o de contemplación del propio cuerpo en el espacio exterior o uno mismo («autoscopia»).

En lo que se refiera a la vivencia corporal, las alteraciones varían desde la simple valoración negativa de la apariencia física (frecuente en las neurosis y denominada «dismorfofobia» cuando es intensa), hasta los delirios monosintomáticos (por ej. la «halitosis» o creencia en el mal olor propio, los delirios de «infestación», etc.). Se podrían también incluir aquí las alteraciones en la apercepción del estado de la salud propia, como la negación de enfermedad o, en el polo opuesto, la «hipocondría».

1.7. Alteraciones psicomotoras

Se ha ido abandonando la distinción entre alteraciones del comportamiento (que incluyen las de las actitudes y los movimientos gestuales), de la psicomotilidad (movimientos expresivos e intencionales) y de la psicomotricidad (movimientos vinculados a trastornos de base neurológica).

Entre los trastornos de los movimientos adaptativos, cabe encontrar un aumento o una disminución de los movimientos expresivos, reactivos y dirigidos a un fin, en la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia. Entre los movimientos no adaptativos se distinguen los espontáneos (tics, temblor estático) y los movimientos inducidos anormales (obediencia indebida, «ecopraxia», «grasping», «estereotipias», cooperación u oposición al movimiento inducido y negativismo).

Entre los trastornos de la postura se incluyen las poses, los manierismos, las estereotipias y la perseveración postural, que puede llegar a la «catalepsia».

Existen, finalmente, situaciones motrices complejas sin finalidad aparente («estupor» y excitación) o dirigidas a un fin (conducta anida de los psicóticos, juegos de los maniacos, agresividad, etc.)

1.8. Alteraciones afectivas

La angustia se describe como una vivencia desagradable de expectación ante un peligro indefinido, acompañada de un cortejo sintomático vegetativo.

La tristeza vital, característica de las depresiones, es un sentimiento desagradable, inmotivado, más o menos corporalizado y ligado a los ritmos vitales. Su opuesto es la euforia, característica de los cuadros «maniacos» e hipomaniacos.

En algunos pacientes orgánicos se observa labilidad de las emociones, que puede llegar a la incontinencia afectiva. Determinadas situaciones catastróficas provocan una indiferencia afectiva, como se ha descrito en algunos supervivientes de los campos de concentración. No debe confundirse la indiferencia con el embotamiento o aplanamiento afectivo que está presente en algunos esquizofrénicos. La ambivalencia afectiva es la coexistencia en una persona de sentimientos antitéticos, de amor y odio, por ejemplo.

Una alteración compleja de la afectividad es la «alexitimia» o incapacidad para expresar los sentimientos en palabras, que se asocia, en los enfermos psicósomáticos, a una pobreza en la producción de fantasías.

1.9. Alteraciones instintivas

Entre las alteraciones cuantitativas del sueño se distinguen el insomnio (psicógeno, tóxico y orgánico) y la hipersomnia (orgánica, tóxica y psicógena). Entre los trastornos cualitativos destacan los terrores nocturnos infantiles, las «alucinaciones hipnagógicas», el sonambulismo y la narcolepsia (accesos de sueño diurno con pérdida del tono).

Entre los trastornos de la nutrición destacan los cuantitativos (bulimia y anorexia), los cualitativos (*Pica* o ingestión de sustancias extrañas y

«coprofagia») y los trastornos de la sed («polidipsia» y «potomanía» o ingestión excesiva de líquidos).

Entre los trastornos de la conducta sexual destacan las alteraciones de la intensidad del deseo, como la «hipoversión» sexual (descenso de las fantasías y del deseo) y la aversión sexual; las alteraciones de la excitación (inhibición en la mujer e impotencia en el varón), las disfunciones del orgasmo (anorgasmia en la mujer y eyaculación retardada o prematura en el varón) y el dolor en el acto sexual («dispareunia» y «vaginismo» o contracción de la vagina que impide el coito). Entre las llamadas perversiones sexuales se distinguen aquellas en las que la obtención del orgasmo requiere objetos sexuales inadecuados, como la pedofilia (niños), el «bestialismo» (animales). La homosexualidad ya dejó de considerarse una perversión, tratándose de una opción de la sexualidad. O se halla subordinada de forma imperiosa a determinadas condiciones extrínsecas («fetichismo», travestismo, «voyerismo», exhibicionismo, sadomasoquismo).

Las alteraciones del instinto agresivo consisten en autoagresión (con el suicidio como forma extrema) y la heteroagresión (con el homicidio como forma extrema).

1.10. ¿Es hoy necesaria la Psicopatología descriptiva?

Vista la aceptación con que hoy cuentan las aproximaciones experimentales a la Psicopatología descriptiva cabe preguntarse hasta qué punto la nueva y orgullosa ciencia de la Psiquiatría exige a quienes la practican el conocimiento de la hoy algo olvidada Psicopatología descriptiva.

La ignorancia que presentan los profesionales de la Salud Mental (algo menos los psiquiatras) respecto a la semiología clásica psiquiátrica; la incapacidad que muestran en definir términos básicos como alucinación, ilusión, pseudopercepción, idea delirante, idea deliroide, confusión, perplejidad, estupor, catalepsia, etc.; la ligereza con que se satisfacen con datos de escalas de valoración mal traducidas del inglés, están poniendo en riesgo grave la seriedad de las afirmaciones y las investigaciones psicopatológicas. Los síndromes psiquiátricos básicos seguirán existiendo durante decenios y su diagnóstico fiable seguirá siendo imposible sin recurrir a la Psicopatología descriptiva que hoy se puede servir de entrevistas más o menos estructuradas y de medidas psicobiológicas que facilitan su evaluación.

2. Psicosis única y jerarquización

Hasta finales del siglo XIX se mantuvo la existencia de una enfermedad psiquiátrica única que tomaba, con el tiempo, distintos aspectos. A partir del Congreso de Berlín y de las propuestas de Kraepelin (Kraepelin, 1909) se fueron delimitando varias enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, aún avanzado el siglo XX, varios autores prestigiosos retornaron a la idea de la psicosis única.

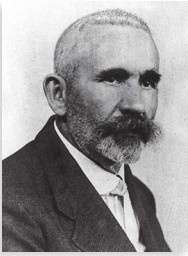
¿Una sola enfermedad o varias?	
	<ul style="list-style-type: none"> • Psicosis única: sucesión de diferentes estados psíquicos en el curso del mismo enfermo (XIX Chiarugi, Esquirol, Georget, Guislain, Griesinger). • Congreso de Psiquiatría de Berlín (1893): Paranoia como enfermedad primaria de la razón. • Kraepelin: Varias categorías jerarquizadas. • Hoche, Llopis, Ey, etc.: Síndrome axial y respuesta inespecífica del cerebro.

Fig. 2. Emil Kraepelin: Varias categorías jerarquizadas.

Los diagnósticos se realizaron por entonces atendiendo a una jerarquización de los síntomas y síndromes de modo que cuando existían razones para diagnosticar un cuadro de la serie superior, se mantenía ese diagnóstico aunque se pudieran detectar otros diagnósticos situados más abajo.

Jerarquización de los diagnósticos y los síntomas
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia o ausencia de trastornos orgánicos. • Presencia o ausencia de síntomas psicóticos. • Presencia o ausencia de categorías no psicóticas pero de elevada coherencia clínica y estabilidad temporal (fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, melancolía, etc.). • Síntomas que pueden desaparecer y síntomas que permanecen. • Las categorías inferiores, que reúnen alguno de los síntomas de la categoría principal, quedan subsumidas por ésta.

Tabla 1. Jerarquías.

Kraepelin sintetizó en sus propuestas diagnósticas los abordajes clínico descriptivo, somático y del curso. Aunque, como Griesinger (Griesinger, 1861) y sus seguidores, creía que se podría mostrar que las categorías diagnósticas estaban vinculadas a hallazgos neuropatológicos, Kraepelin pensó que el paso inicial más productivo sería el realizar una descripción conductual cuidadosa de los pacientes para buscar semejanzas y diferencias sistemáticas. Se interesó en diferenciar en algunos trastornos aquellos síntomas que, aunque fueran llamativos, podían aparecer y desaparecer en distintos momentos, de aquellos síntomas que permanecen y permiten realizar diagnósticos adecuados. Creyó que los últimos podían ser identificados principalmente examinando si se encontraban presentes consistentemente en el curso del trastorno.


Sin embargo, en los años 50, creció el interés por el diagnóstico al aparecer nuevos fármacos eficaces, como los neurolépticos y antidepresivos, y, más tarde, al descubrirse algunos tratamientos específicos para ciertos trastornos, como el litio en la manía. Por otra parte se fueron describiendo marcadores biológicos potenciales que podrían potencialmente proporcionar la validación concurrente de los diagnósticos y permitirían unos tratamientos más adecuados.

En Estados Unidos, un conjunto de investigadores se interesó por una aproximación científica al diagnóstico que evitara referencias etiológicas y persiguiera la descripción fina de los cuadros clínicos, como Kraepelin había hecho, para la consecución de diagnósticos fiables. En los años 60 aumentó el interés al hallarse medicaciones específicas para algunas entidades, lo que exigía detectarlas fiable y válidamente. En efecto, tras el estudio "UK-USA", se vio que había discrepancias inaceptables en los diagnósticos en distintas escuelas psiquiátricas.

2.1. Categorías en la DSM y la CIE

Gracias a un eficiente trabajo de la APA y de la OMS se realizaron nuevas propuestas "categoriales" que se estudiaron en distintos países y pronto se prefirieron porque proporcionaron un lenguaje común y ofrecieron bastante validez. Sin embargo, el psicoanálisis quedó excluido de esos diagnósticos lo que supuso un quebranto importante para los que lo practicaban.

Mundialización (A.P.A.; O.M.S.) del Diagnóstico categorial



- **Ventajas indudables de DSM y CIE**
 - Fiabilidad y validez.
 - Mundialización información.
 - Marcadores.
- **Críticas**
 - “Biblias”.
 - No son ateóricas.
 - Excluyen lo psicodinámico.

Fig.3. Diagnósticos categoriales de la OMS (Norman Sartorius en la fotografía) y la APA.

El primer DSM (*American Psychiatric Association, 1952*) fue publicado como una adaptación de la CIE-6 (*World Health Organization, 1949*) para uso de los psiquiatras americanos. De forma similar, el DSM-II (*American Psychiatric Association, 1968*) se publicó como una adaptación de la CIE-8 (*World Health Organization, 1967*). La Asociación Americana de Psiquiatría estuvo, de hecho, muy implicada en el desarrollo de la CIE-8, pero las orientaciones adicionales incluidas en el DSM-II estaban específicamente orientadas para resultar más útiles en la aplicación de la psiquiatría al contexto americano. Era usual entonces realizar modificaciones y adaptaciones nacionales, y en ese tiempo la clasificación era un apoyo profesional de segundo plano y no un elemento definitorio de la identidad de la Psiquiatría. Sin embargo, el DSM-III (*American Psychiatric Association, 1980*) representó una auténtica revolución en las clasificaciones psiquiátricas, rompiendo con el pasado de conceptualizaciones etiológicas teóricas y estableciendo un sistema basado en descripciones de síntomas y criterios explícitos. El trabajo llevado a cabo por la OMS en la preparación para el desarrollo de la CIE-9 había puesto parte de los cimientos para realizar este cambio, pero no fue hasta la publicación del DSM-III cuando se produjo plenamente (Sartorius, 2009).

Es posible que este fuera un cambio conceptual demasiado grande para hacerse en un contexto internacional, principalmente dado que los modelos psicoanalíticos continuaban dominando en Europa en aquel momento y que los implicados en el desarrollo del DSM-III habían sufrido un proceso extremadamente controvertido ya solamente a un nivel nacional. El DSM-III no contó apenas con participación internacional ni con participación directa de la OMS. El DSM-III tuvo un gran impacto profesional y éxito comercial,

lo que hizo que tanto él como sus versiones sucesivas ganaran una gran influencia internacional. Después de esto, existió una intensa colaboración entre los implicados en el desarrollo del DSM-IV y la CIE-10, que tuvo como resultado un aumento de la dominancia del modelo de clasificación psicopatológico establecido por el DSM-III y por tanto un DSM-IV y una CIE-10 bastante similares, aunque no idénticos, como ha señalado First en una detallada comparación de sus criterios diagnósticos publicada en 2009. First encontró que existían diferencias entre ambas clasificaciones en todas las categorías excepto una, considerándolas conceptuales en un 22% de 176 categorías existentes (First et al., 2002).

Sin embargo, estas nuevas clasificaciones no eran “ateóricas” sino que se basaban en el modelo biológico que mantiene que los trastornos psiquiátricos son verdaderas enfermedades y que deben ser diagnosticadas como tales. La definición de enfermedad psíquica por estos autores que se vinieron a llamar “neokraepelinianos” no ha sido, sin embargo, adecuadamente formulada. Es por ello que Spitzer diferencia los términos de “enfermedad” y “trastorno” mental. Por su parte, Wing (Wing, 1978), en su libro *Reasoning about Madness*, distingue entre dos significados del término enfermedad mental. El primero es un concepto amplio que incluye todas las desviaciones y anormalidades que llevan al paciente a acudir a un profesional y que resulta de la conjunción de dos procesos: desviación estadística y atribución social. El otro es mucho más específico y se refiere al concepto de enfermedad, que supone la existencia de un síndrome clínico y de un trastorno biológico subyacente. Subraya que en casos como los trastornos de personalidad no existen ni síndrome ni etiología comprobable.

En los años 70 creció el interés por el diagnóstico al pensarse que los nuevos tratamientos eficaces, si se utilizaban siguiendo algunos “marcadores” podrían proporcionar la validación concurrente de los diagnósticos que permitirían unos tratamientos más adecuados. Por otra parte, con el progreso de la psicofarmacología y de la investigación biológica se pudo ver la importancia de lograr replicar los resultados de la investigación en distintos medios y de elegir muestras homogéneas de pacientes.

El desarrollo de entrevistas más o menos estructuradas como el *Present Status Examination* (PSE) (Wing & et, 1974), los *Research Diagnostic Criteria* (RDC) (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976), los criterios Feighner (Feighner et al., 1972) y el *Diagnostic Interview Schedule* DIS (Spitzer & Klein,

1978), mejoraron la fiabilidad, como lo demostró el Proyecto Internacional de Esquizofrenia de la OMS del año 76 que se realizó con el PSE.

Otras razones de índole económico-política influyeron en la modificación, del interés respecto al diagnóstico: la corriente de la Psiquiatría de comunidad y la progresiva implantación de la seguridad social en la atención al enfermo mental en el mundo aproximaron a un gran número de pacientes mentales, antes reclusos en hospitales psiquiátricos, a los hospitales generales. Ello contribuyó a que los médicos generales y los psiquiatras de las consultas externas, públicas y privadas, se interesaran por tratar y medicar a estos pacientes.

Por otra parte, los administradores de los fondos de pensiones de invalidez y los jueces requerían diagnósticos precisos de los peritos psiquiatras. Pero esa inclusión de los enfermos psíquicos en el sistema médico general exigió pagar el tributo de un mayor acercamiento al llamado “modelo médico”.

En los años 60 y 70, varias escuelas de pensamiento criticaron la necesidad de la clasificación de las enfermedades mentales. Así, tanto Szasz (Szasz, 1961), que hablaba de “el mito de la enfermedad mental”, como Menninger (Menninger, 1963), que supuso que hay sólo una enfermedad mental con distintos grados de desorganización, apoyaron la teoría del “etiquetamiento”. Desde otra perspectiva, Bandura (Bandura, 1971) y otros teóricos del aprendizaje social criticaron el diagnóstico clásico, subrayando la importancia de los factores ambientales. Otros autores propusieron diagnósticos conductuales.

En vista de todo ello, se intentó obtener diagnósticos más precisos y se comenzó a subrayar la importancia de la fiabilidad en un momento en que una nueva generación de psiquiatras biólogos entró a la cabeza de los departamentos de Psiquiatría de las Universidades de Estados Unidos, sustituyendo a la de orientación psicoanalítica. Los psiquiatras se encontraron con más medicamentos eficaces que, a su vez, producían beneficios a las industrias, quienes en el sistema capitalista las promocionan mediante un eficaz marketing que influye en que algunas etiquetas diagnósticas se afiancen.

2.2. Las críticas a los diagnósticos categoriales

Aunque el modelo biológico aplicado al diagnóstico psiquiátrico es el responsable de los notables progresos logrados en la nosología en los últimos 40 años, ha conducido a concepciones teóricas altamente discutibles.

Las conclusiones abusivas de su empleo derivan principalmente de la utilización discutible del concepto de enfermedad mental y de una apreciación distorsionada de la fiabilidad y de la validez de los diagnósticos que proponen.

A través de numerosos instrumentos derivados de la psicología empírica se ha intentado delimitar los fenotipos de muchos trastornos psiquiátricos. Se ha hablado por una parte por de características propias del “endofenotipo” (fenotipo interno) y por otra de “exofenotipo” (fenotipo observable) de una enfermedad. Los segundos comprenden los síntomas y los primeros están constituidos por rasgos o signos más próximos al genotipo (variables neurobiológicas o neuropsicológicas). Estas manifestaciones pueden constituir marcadores de vulnerabilidad o indicadores de riesgo.

Finalmente, en psiquiatría biológica se han obtenido hallazgos notables que permiten diferenciar algunos cuadros de otros por su respuesta diferente al tratamiento. Sabemos también que comienza a afirmarse la existencia de marcadores biológicos potenciales susceptibles de validar el diagnóstico clínico. Pero, hoy por hoy, estamos aún muy lejos de poder hablar de validaciones biológicas., por lo que, prudentemente, hay que sustituir esa noción de causalidad por la de correlación.

Críticas hacia las clasificaciones categoriales

- a) Se incrementa el número de diagnósticos posibles, pero escasamente validados.
- b) Solapamiento entre categorías.
- c) La adscripción a categorías se establece por suma aséptica de síntomas.
- d) No hay relación entre los distintos ejes.
- e) Existen diferencias entre distintos métodos diagnósticos.

Tabla 2. Críticas a las clasificaciones categoriales.

En realidad se ha llegado a detectar la existencia de algunos trastornos bastantes validables y otros de escasa validez.

¿Dos tipos de Trastornos?

- **“Enfermedades” bastantes validables**
 - Demencias, Esquizofrenia, T.bipolar, T.obsesivo-comp, Melancolía.
 - Superponibles con las del resto de la Medicina.
- **“Trastornos” de escasa validez**
 - Ansiedad generalizada, Distimia, T. somatomorfos, T. de personalidad.
 - Trastornos y desequilibrios humanos, conductas anormales o síntomas, no enfermedades en el sentido médico estricto.
 - Elevada comorbilidad y escasa estabilidad diagnóstica.

Tabla 3. Enfermedades y Trastornos.



Capítulo 2

Dimensiones y espectros

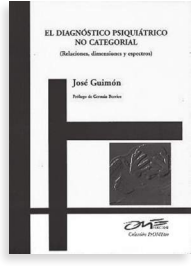
1. La evaluación de la gravedad

Las categorías actuales distinguen mal la gravedad. Por otra parte (Craddock, Jones, & al., 2004), la categoría “*Not Otherwise Specified*” es muy heterogénea y los casos “subclínicos” no se acomodan fácilmente a las categorías habituales .

En efecto, pronto se hizo evidente que había síntomas “subumbrales” que no se podían incluir y otros cuadros que no cuadraban en ningún epígrafe, por lo que se propuso completar las clasificaciones con un sistema dimensional más útil también para la investigación biológica de marcadores subyacentes a varios cuadros clínicos con dimensiones semejantes.

Del estudio de los rasgos y síntomas de la psicología empírica se han ido describiendo varias dimensiones es decir variantes con distribución continua. Varios autores aconsejan a los creadores de la nueva DSM5 que hagan un sistema al menos en parte dimensional (Maser & Patterson, 2002). El concepto de “Espectro” se reservó para cuadros de inicio precoz, cronicidad e inexistencia de un umbral claro de diferencia entre normal y patológico.

2. Dimensiones y Espectros



- **Dimensiones**
 - Variantes con distribución continua.
 - Gradiente de gravedad de los síntomas.
 - Rasgos de personalidad.
- **Críticas**
 - Agrupaciones sindrómicas con marcadores comunes.
 - Vulnerabilidad genética.
 - Parámetros biológicos específicos.
 - Presencia en las familias.

Fig 4. Dimensiones y espectros.

2. El avance de la Psicología experimental en el diagnóstico y la Clasificación

A lo largo de los últimos decenios, todos los aspectos de la Medicina están bajo escrutinio. Cada vez con más frecuencia, tanto los financiadores de los servicios clínicos como los directores de los programas, han aceptado la utilidad de la «Medicina basada en las pruebas». El juicio clínico ya no es aceptado como razón suficiente para ofrecer tratamientos psiquiátricos. Cada vez con más frecuencia las recomendaciones a nivel de la política nacional y a nivel del suministrador local de la Asistencia sanitaria están basadas en las pruebas de su eficacia.

En la Psicopatología actual, aunque originalmente los síntomas se calcaron de la tradicional Psicopatología descriptiva, poco a poco, en busca de una Psiquiatría basada en las pruebas, se introdujo una Psicopatología «experimental» apoyada en el importante desarrollo de lo que se ha venido a llamar «Neurociencias cognitivas». Pronto una serie de visiones «dimensionales» sobre la personalidad (la teoría de los «cinco grandes factores», la de los siete factores de Cloninger, o la de las dieciocho dimensiones de Livesley) se demostraron más útiles que las categorías previas a la hora de encontrar correlaciones con marcadores neuropsicológicos y bioquímicos.

Los fenomenólogos utilizaron, como hemos comentado, métodos subjetivos que iban desde la empatía al llamado «sentimiento precoz» y a la

historia clínica tradicional. Posteriormente se describieron los métodos «focales», entrevistas que estimulan áreas específicas de los procesos mentales del sujeto, facilitando respuestas más estructuradas en estas áreas. Cuando las entrevistas se hicieron más estructuradas (como en los cuestionarios de personalidad y las escalas de valoración) se obtuvieron observaciones clínicas más cuantificables, pero no más objetivas en realidad. Por ello se introdujeron además tests cognitivos, tests de respuestas conductuales, medidas psicofisiológicas, etc. Y se pudo hablar de métodos «cuasiobjetivos». Sin embargo, sólo las medidas fisiológicas totalmente involuntarias e inconscientes (como las medidas neurofisiológicas cerebrales, las nuevas técnicas de neuroimagen, las pruebas bioquímicas) pudieron considerarse «objetivas». Incluso en estos métodos, como hemos comentado, hay numerosas variables que interfieren, como motivación, afecto, adaptación, elaboración introspectiva, tipo de personalidad, nivel socioeconómico, etc.

3. Dimensiones

Frente al diagnóstico «categorial» utilizado en el DSM IV se han propuesto para algunos trastornos diagnósticos «dimensionales», alternativa que permite entender mejor la heterogeneidad de los síntomas, la falta de fronteras claras entre los diagnósticos. Permite este sistema además detectar mejor síntomas y rasgos subumbrales y cuantificar los síntomas. El análisis factorial permite a partir de ahí, encontrar las dimensiones principales que subyacen a esas variables, identificar los rasgos de personalidad que subyacen.

Clark y cols señalan dos ventajas de los modelos dimensionales: a) reemplazan las 300 categorías vigentes hasta ahora por muchas menos dimensiones básicas, y b) confieren un papel más importante al factor gravedad.

Sin embargo, se puede seguir defendiendo que determinadas patologías, aquellas que tienen presumiblemente una base biológica (psicosis, trastorno obsesivo-compulsivo, melancolía, crisis de angustia, algunos trastornos de personalidad, etc.) constituyen categorías discretas, bien diferenciadas unas de otras, mientras que la zona de la psiquiatría que está más impregnada de elementos psicosociales es más sensible a las aproximaciones dimensionales y responde al concepto de espectro, elevada comorbilidad y escasa estabilidad diagnóstica.

Ventajas de los modelos dimensionales

- Las 300 categorías actuales reemplazadas por pocas dimensiones básicas.
- Papel más importante del factor gravedad.
- Facilitan el cuantificar los síntomas.
- Detectan mejor síntomas subumbrales.
- La zona de la psiquiatría con más elementos psicosociales es más sensible a dimensiones.
- Recogen la heterogeneidad de los síntomas.
- Muestran la falta de fronteras claras entre los diagnósticos.

Tabla 5. Ventajas de los modelos dimensionales.

En cualquier caso, cada vez se tiende más a considerar a la personalidad de forma dimensional como un conjunto de variaciones cuantitativas a lo largo de varios rasgos o dimensiones que determinan un perfil específico (Bayón Pérez & Clonninger, 2005) en vez de forzar la integración de los pacientes en categorías cerradas. Se aceptan posibles casos heterogéneos, así como que existen transiciones entre las clases y se considera la normalidad y la anormalidad como fenómenos de un continuum más que fenómenos distintos y separables. El punto de vista dimensional define los trastornos de personalidad como variantes maladaptativas que no forman categorías discontinuas sino que tienen una distribución continua. Una formulación inicial dentro de los modelos teóricos dimensionales fue el *modelo interpersonal circunplejo* que conceptualiza los trastornos de personalidad en dos dimensiones.

Numerosos psicólogos destacados adoptaron esta posición, especialmente H. J. Eysenck en su libro *Dimensions of personality* (Eysenck, 1967) quien mantuvo la existencia de dos dimensiones básicas de la personalidad: la “extraversión-introversión” y el “neuroticismo-estabilidad”, en relación con la velocidad de la respuesta emocional. El tipo extravertido estaría compuesto por los rasgos de sociabilidad, impulsividad, actividad, viveza y excitabilidad; el neuroticismo integraría los rasgos de sugestionabilidad, falta de persistencia, lentitud en el pensar y el actuar, poca sociabilidad y represión del desagrado. Los extravertidos serían rápidos y los introvertidos lentos; los neuróticos tendrían una respuesta con intensidad muy elevada. La extroversión-introversión iría directamente relacionada con los niveles de activación del sistema nervioso central, mientras que el neu-

rótico se fundamentaría en la actividad del sistema nervioso simpático. Eysenck plantea que existen dos dimensiones: normal-neurótico y normal-psicótico.

En cuanto al psicoticismo agruparía distintos rasgos tales como tendencia a la promiscuidad sexual, falta de cooperación, escaso rendimiento en tareas de vigilancia, impulsividad, dificultades en tareas que exigen atención, tendencia a establecer asociaciones inusuales, lo que les da cierta «creatividad» u «originalidad». La variable psicoticismo estaría relacionada biológicamente con el sistema hormonal y, dado que en esta dimensión suelen obtener puntuaciones más altas los hombres que las mujeres, Eysenck plantea que las puntuaciones altas en psicoticismo podrían deberse a alteraciones en el equilibrio estrógenos y andrógenos.

El modelo llamado de los cinco grandes factores de personalidad (*“Big Five”*) ha superado al modelo de Eysenck y ofrece una teoría unificada sobre los diversos rasgos de personalidad que se investigaron por análisis factorial en diferentes poblaciones. Los rasgos forman las siguientes dimensiones: “neuroticismo”, “extraversión”, “amabilidad”, “responsabilidad” y “apertura a la experiencia”. Otros términos utilizados en este modelo son “emoción negativa”, “emoción positiva”, “agresión”, “contención” y “absorción”. Neuroticismo y extraversión son dimensiones similares a las definidas en el modelo de Eysenck; amabilidad es un constructo interpersonal relacionado con la calidez emocional; responsabilidad se relaciona con el control de conducta frente a la impulsividad y apertura a la experiencia se relaciona con la imaginación frente a la constrictión.

Evaluaciones dimensionales. Variantes con distribución continua



- H.J. Eysenck: “extraversión-introversión” y “neuroticismo-estabilidad”.
- Los “Big Five”.
- Cloninger (SFM): “Temperamento” (búsqueda de novedades, evitación del daño, dependencia del premio y persistencia) y “Carácter” (dirección hacia sí mismo, cooperación y autotranscendencia).
- Livesley.

Fig. 5. Evaluaciones dimensionales (en la fotografía H.J. Eysenck).



Fig. 6. Robert Cloninger.

En el modelo de siete factores (“*Seven Factors Model, SFM*”), Cloninger distingue, dentro de la personalidad, entre los conceptos de «temperamento», que contribuye con un 50% y que incluye los factores de búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia del premio y persistencia) y «carácter» que contribuye en el otro 50% e incluye los factores de «dirección hacia sí mismo», «cooperación y autotrascendencia». Son principalmente las dimensiones del carácter, “autodirección” y “cooperación”, las que determinan la presencia o ausencia del diagnóstico.

Algunos estudios han relacionado carácter y temperamento con trastornos psiquiátricos. Así las subescalas de temperamento “timidez frente a extraños”, “impulsividad”, “fatigabilidad”, “sentimentalidad” y “persistencia” aumentan el riesgo de síntomas depresivos (Elovainio et al., 2004). Del mismo modo (Guillem, Bicu, Semkovska, & Debrulle, 2002) la esquizofrenia negativa y la dimensiones desorganizadas de la esquizofrenia estarían relacionadas con rasgos de temperamento relacionados mientras que los síntomas psicóticos floridos estarían más relacionados con anomalías caracterizables.

Se han puesto en relación los trastornos “Internalizadores” (depresión mayor, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobias), los trastornos “externalizadores” (dependencia del alcohol y las drogas, personalidad antisocial y trastornos de conducta) con las dimensiones de personalidad “neuroticismo”, “extraversión” y “búsqueda de novedades”. El neuroticismo alto aparece como un factor de comorbilidad y la búsqueda de novedades contribuye algo a trastornos externalizantes.

Se han realizado muchos estudios con el modelo de siete factores de Cloninger (SFM)(C.R. Cloninger, 1996; C.R Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993) y con el modelo de cinco factores (Finzen & Hoffman-Richter, 1997) que parecen demostrar una cierta base biológica heredada para los rasgos. La evaluación del temperamento ayuda al diagnóstico diferencial de las categorías del DSM. Varios estudios relacionan el FFM con algunos trastornos de personalidad. Por otra parte, cada subtipo de trastorno de la personalidad tiene puntuaciones propias en las dimensiones del temperamento.

Numerosas investigaciones se han realizado también con el modelo de personalidad propuesto por Livesley (Livesley, 2005) que distingue cuatro

grandes factores: “desregulación emocional”, “conducta disocial”, “inhibición” y “compulsividad”.

Por su parte, Shedler ha propuesto (Shedler & Westen, 2004a) como alternativa al *five-factor model* los resultados obtenidos por el *Shedler-Western Assessment Procedure* (SWAP-200) que ofrece 12 dimensiones de la personalidad: “salud psicológica”, “psicopatía”, “hostilidad”, “narcisismo”, “desregulación emocional”, disforia, orientación esquizoide, obsesionalidad, trastorno del pensamiento, conflicto edípico (“sexualización histriónica”), disociación, y conflicto sexual.

Gabbard (Gabbard, Horwith, Frieswyk, & al., 1988) ha intentado hacer compatibles esta concepción con visiones como la psicoanalítica y compara el factor “auto-dirección” con la auto-estima, la “auto-cohesión” con las representaciones del self y las funciones del yo, la “cooperación” con las relaciones internas de objeto externalizadas en las relaciones interpersonales y la “autotradescencia” con la sublimación y el altruismo.

3.1. Elementos semiológicos

Parece que el instrumento de evaluación más utilizado para las cinco dimensiones es el NEO-PI-R (Costa y McCrae) y se ha visto que los distintos trastornos de la personalidad se pueden considerar relación con ellos. Ha sido también muy utilizado en el modelo de personalidad propuesto por Livesley que describió 18 rasgos dimensionales a través de una medida de autoevaluación con 290 ítems, agrupados en los cuatro grandes factores arriba mencionados: desregulación emocional, conducta disocial, inhibición y compulsividad.

Algunos instrumentos para la evaluación de los modelos dimensionales (1)

- Tangney’s t”Attributional Style Questionnaire”.
- Andreasen’s Three dimensional model.
- Toomey’s Five dimensional model.
- Shedler-Western Assesment Procedure (SWAP-200).
- Five Factors model.

Tabla 6. Instrumentos para la evaluación de los modelos dimensionales (a).

Instrumentos para la evaluación de los modelos dimensionales (2)

- NEO Personality Inventory General 5-Spectrum Measure.
- The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) (Samuels, 2005).
- Scale scores on the Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ).
- General 5-Spectrum Measure (GSM-V).
- Temperament and Character Inventory (TCI).

Tabla 7. Instrumentos para la evaluación de los modelos dimensionales (b).

Los modelos dimensionales han sido, sin embargo, objeto de diversas críticas.

Críticas a los modelos dimensionales

- No hay acuerdo sobre cuáles son las dimensiones básicas.
- El concepto de gravedad es ambiguo.
- Ciertas categorías bien establecidas, si son condicionadas por factores psicosociales, aparentan dimensiones.

Tabla 7. Críticas a los modelos dimensionales.

4. Espectros

Los Espectros son agrupaciones sindrómicas con marcadores comunes. Presentan inicio precoz, cronicidad e inexistencia de un umbral claro de diferencia entre normal y patológico, etiología común y respuesta semejante a tratamientos específicos. Mejor que considerar espectros aislados sería conceptualizar espectros múltiples que se solapan (Guimón, 2004, 2005a, 2005b).

Tabla 8. Algunos instrumentos para la evaluación de los espectros

- *General 5-Spectrum Measure del Collaborative Spectrum Project.*
- *Tangney's t"Attributional Style Questionnaire" (Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992).*
- *Cloninger's Temperament and Character Inventory(TCI) (C.R Cloninger et al., 1993).*
- *Andreasen's Three dimensional model (Andreasen, Arndt, Alliger, Miller, & Flaum, 1995).*
- *Toomey's Five dimensional model of (Toomey et al., 1997).*
- *Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) (Shedler & Westen, 2004a, 2004b).*
- *Five Factors model.*
- *The Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200).*
- *NEO Personality Inventory General 5-Spectrum Measure (Rucci & .Frank, 2003).*
- *The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R (Samuels, 2004 #3825).*
- *Scale scores on the Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) (Goel, Terman, & Terman, 2003).*
- *General 5-Spectrum Measure (GSM-V) , (Rucci & .Frank, 2003).*
- *Temperament and Character Inventory (TCI)(Guillem et al., 2002).*

En los últimos años se han añadido otros instrumentos. El *Structured Clinical Interview for the Psychotic Spectrum (SCI-PSY) (Sbrana et al., 2005)* se interesa por los síntomas blandos, subumbrales y por rasgos temperamentales y de la personalidad, que incluyen las manifestaciones subsindrómicas y clínicas de las psicosis. El SCI-PSY discrimina significativamente entre pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico de los que no lo tienen. Se ha propuesto así mismo (Craddock et al., 2004) una *Escala dimensional del trastorno afectivo bipolar (BADDs)*(Craddock et al., 2004) que proporciona síntomas subclínicos y que discrimina la gravedad de los síntomas.

Svrakic y cols. pusieron, por su parte, de manifiesto que puntuaciones bajas en estas dos dimensiones del carácter (Impulsividad-compulsividad) se correlacionaban de forma consistente con un número elevado de síntomas de cualquier trastorno de personalidad y con cada uno de los grupos definidos según el DSM-III-R.

Sin embargo, la etiología de los trastornos que se relacionan con el eje Impulsividad-compulsividad no está claramente establecida aunque varios estudios parecen indicar que intervienen diversos factores. El rol del factor genético parece importante, como lo han demostrado ciertos estudios, pero no está presente en todos los casos. Se ha subrayado también la existencia de factores constitucionales que condicionan defectos en el procesamiento de la información por el SNC. Sin embargo, los datos de la existencia de un endofenotipo son, como hemos visto, escasos. Los psicólogos experimentales han realizado diversas investigaciones en la dimensión «impulsivo-compulsivo», relacionando este eje disposicional con diagnósticos categoriales y con parámetros psicológicos y fisiológicos. Así realizan una tipología en la que en el que hay un extremo de «impulsivos», que se caracterizan por la tendencia a la «búsqueda de sensaciones» (Butkovic & Bratko, 2003) y la «evitación del daño» (Abrams et al., 2004). En ese extremo se sitúan los trastornos antisociales, seguidos de los borderline. En el intermedio van las compulsiones sexuales, el juego patológico, la tricotilomanía, el síndrome de la Tourette. Hacia el otros extremo se suceden la despersonalización, la anorexia nerviosa, el trastorno dismórfico, la hipocondría y, en el tope, el trastorno obsesivo-compulsivo (Hollander & Stein, 1995).

La compulsividad se ha puesto en relación con la hiperfrontalidad, con un aumento del 5-HIAA y con algunas modificaciones de los inhibidores de la serotonina. La impulsividad con la hipofrontalidad y la hipofunción serotoninérgica.

Aunque la noción de espectro tiene algún uso clínico es prematura para la investigación etiológica. Las dimensiones individuales pueden estar basadas en varias características fenomenológicas cognitivas, o biológicas. Se pueden identificar cuadros con etiología común, espectros que respondan a tratamientos específicos.

Espectros
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad generalizada-, ataques de pánico- agorafobia- fobias simples. • Sensibilidad a la separación- síntomas de pánico- sensibilidad al estrés- sensibilidad a las medicaciones y a las sustancias- expectación asiosa- agorafobia- hipocondría- necesidad de reaseguramiento. • Depresión mayor, trastorno dismórfico corporal, trastornos de la alimentación, uso de sustancias, trastorno paranoide, trastorno bipolar y autismo de Asperger (Ansiedad social). • Trastornos bipolares no psicóticos- trastornos bipolares psicóticos- trastornos esquizofrénicos. • Depresión Mayor, la Distimia, la Depresión menor y la Depresión Breve Recurrente. • Trastorno distímico, Trastorno premenstrual, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de ansiedad social, Trastorno de estrés, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno de la atención, Trastorno de la conducta alimentaria, Trastorno de fatiga crónica y Trastorno digestivos. • Trastornos bipolares I y II -los trastornos bipolares menores- Bipolar III. • Trastornos bipolares I y II -I Trastorno obsesivo-compulsivo, -Trastorno borderline- Trastorno esquizoafectivo. • Esquizofrenia- Esquizoidia- Esquizotipia- Trastorno esquizoafectivo.

Tabla 9. Algunos espectros hipotéticos.

Los casos límite o dudosos son tan frecuentes en los cuadros de aspecto “psicótico” que, como dicen algunos autores, en ocasiones parece conveniente establecer un diagnóstico dimensional y una clasificación en espectro que va desde los trastornos bipolares no psicóticos a los del espectro de los trastornos esquizofrénicos con los trastornos bipolares psicóticos como intermedios.

Correlaciones con otros espectros
<ul style="list-style-type: none"> • Los trastornos de personalidad paranoide y esquizoide correlacionan con la distimia. • Un exceso de inhibición correlaciona con la propensión a la esquizofrenia. • Al referirse a “bipolares” se evocan a menudo trastornos esquizoafectivos, esquizofreniforme, “<i>bouffée délirante aigue</i>” o psicosis puerperales. • En el trastorno disfórico interictal en las epilepsias se evocan con frecuencia tanto trastornos esquizofrénicos como depresivos.

Tabla 10. Correlaciones entre algunos cuadros “psicóticos”.

Últimamente se vienen adscribiendo a un llamado “espectro de la esquizofrenia” que incluye, además de este trastorno, la esquizoidia, la esquizotipia y el trastorno esquizoafectivo porque tienen síntomas parecidos, aunque en distintos grados, junto a algunas alteraciones radiológicas y bioquímicas comunes. Aunque la ansiedad Social es muy prevalente en esquizofrénicos y los trastornos evitativos se confunden a veces con los esquizoides, estos trastornos no se incluyen en el espectro.

Diversos estudios han intentado encontrar una correlación entre los síntomas clásicos y “subumbrales” (blandos) en esos trastornos, es decir han buscado hallar lo que actualmente se viene a llamar un “exo-fenotipo” común.

Las personas etiquetadas como “personalidades esquizoides” son descritas por Sula Wolf (Wolff, 1991) como solitarias, con fantasías especiales, con intereses especiales, con retrasos específicos en el desarrollo, especialmente en tareas relacionadas con el lenguaje. Tenían inteligencia media o por encima de la media y la mitad tenían otros síndromes.

Otros estudios confirma que las características ‘esquizoides’ son distintas de las ‘narcisistas’ aunque complementarias. Por otra parte, parece que la esquizofrenia negativa y la dimensión “desorganización” descrita en ese trastorno se relacionan con factores temperamentales mientras que los síntomas “psicóticos” están más vinculados a anomalías del carácter.



Capítulo 3

El diagnóstico psicoanalítico

El concepto de diagnóstico en psicoanálisis se relaciona íntimamente (Widlocher, 1984) con la noción de “analizabilidad”.

En los últimos decenios los conceptos psicoanalíticos quedaron como apéndice de las clasificaciones categoriales rara vez utilizados por los clínicos. Recientemente se han realizado esfuerzos que han dado lugar a diagnósticos propios que veremos si son utilizados por los psiquiatras o por psicoanalistas.



Figura 6. Diagnósticos psicoanalíticos y relacionales.

El Psicoanálisis ha descrito, por otra parte, entidades clínicas nuevas más o menos extensamente utilizadas en Psiquiatría (“neurosis fóbica”, “neurosis de carácter”, “neurosis de fracaso”, “estados límites” etc.). Estos y otros conceptos coexistieron y rivalizaron en ocasiones con los de la

Psicopatología descriptiva. En cualquier, caso, en general, los psicoanalistas mostraron poco interés por sistematizar esos hallazgos semiológicos en construcciones diagnósticas, aunque ha existido algún intento de diagnóstico y clasificación.

El psicoanalista dispone de una semiología que corresponde a las descripciones que, a lo largo de los años, las distintas tendencias del Psicoanálisis han hecho del funcionamiento mental.

Pensamiento	Mundo interno	Evolución libidinal
<ul style="list-style-type: none"> - Resistencias - Asociaciones - Contenido: <ol style="list-style-type: none"> 1. Manifiesto 2. Latente - Procesos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Primario 2. Secundario 	<ul style="list-style-type: none"> - Representaciones - Objetos - Funciones subordinadas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Empatía 2. Calidad 3. Tono afectivo 4. Habilidad para mantener relaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Eros - Tanathos - Fases (etapas) - Fijación - Regresión - Apego
Tipos de angustia	Mecanismos de defensa	Procesos de cambio
<ul style="list-style-type: none"> - Automática (primaria) - Señal - De castración - De separación - Paranoide (persecutoria) - Real (objetiva) - Neurótica - Psicótica - Generalizada - Aguda (pánico) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazo - Fijación - Regresión - Anulación reactiva - Formación reactiva - Transformación - Transformación en su contrario - Aislamiento - Somatización - Proyección - Identificación - Identificación proyectiva - Escisión - Sublimación - Idealización 	<ul style="list-style-type: none"> - Resistencias - Compulsión - Compulsión a la repetición - Reacción terapéutica negativa - Culpabilidad

Tabla 11. Algunos elementos para una semiología psicoanalítica.

Freud, entre los años 1900 y 1910 desarrolló en sus obras un conjunto de nociones algunas más marcadas por su formación médica pero otras de un neto contenido relacional. Así formuló la teoría de la sexualidad y describió los *com-*

plejos de Edipo y de castración. En la década de 1910 a 1920 formuló su teoría de la personalidad e inició el estudio de la *transferencia*. Desde 1920 hasta su muerte, desarrolló la técnica psicoanalítica y estudió el *instinto de muerte*.

En lo que se refiere al pensamiento, el interés del psicoanalista durante la cura se centra en las «*resistencias a pensar*» y en las «*asociaciones*» que el paciente hace tras sus interpretaciones. En el pensamiento del paciente existe un «*contenido manifiesto*» y un «*contenido latente*», así como un «*proceso secundario*» y «*primario*» del pensamiento.

Si se adopta la visión de las relaciones de objeto se hablará de «*mundo interno*», de «*representaciones de objetos*» y de un conjunto de «*funciones subordinadas*», como la «*empatía*», la «*calidad de las representaciones de objetos del self*», el «*tono*» afectivo de las relaciones, la habilidad de mantenerlas y de investir emocionalmente en ellas, etc.

La «*libido*» (representación mental del instinto sexual) obtiene su satisfacción en partes del cuerpo diferentes a lo largo de los primeros años del desarrollo del niño, lo que marcará distintas «*fases*» o «*etapas*» evolutivas de la personalidad (oral, anal, fálica, de latencia, genital). De la «*fijación*» mayor o menor de los individuos a esas fases dependerá en buena parte la personalidad del adulto y sus modos psíquicos de enfermar.

El «*tanathos*», (representación mental del impulso de muerte, del que deriva la agresividad), sigue una evolución paralela.

En el contexto del trabajo analítico se producen «*procesos de cambio*» y «*resistencias*» al cambio. Se utilizan términos como «*compulsión a la repetición*», «*reacción terapéutica negativa*», «*culpabilidad*», etc.

1. Los instintos

Según Freud, la realidad exterior y el mundo interior de cada individuo se combinan para determinar cada una de nuestras acciones. Las primeras experiencias infantiles son trascendentales para entender la conducta adulta.

Una parte de su teoría de los instintos tiene un carácter netamente biológico: El niño llegaría al mundo siendo una criatura cargada de impulsos libidinales que persiguen su descarga para la obtención de placer. Esa tendencia, que denominó «*principio del placer*», representaría la búsqueda de mantener la

cantidad de excitación sentida a nivel tan bajo y constante como fuera posible. Un estímulo provocaría un displacer y la tendencia a disminuir la tensión conduciría a la búsqueda de satisfacción inmediata, a través de una reducción de tensión. En el niño pequeño la búsqueda de la satisfacción se realiza incluso por medios inadecuados (llorar para descargar la tensión producida por la sensación de hambre) o fantasmáticos. Este modo de satisfacción caracterizaría al llamado «*proceso primario*», modo de funcionamiento psíquico propio de la vida onírica y presente también en la vida mental del psicótico y en determinados momentos de la creatividad artística.

La otra parte de la teoría de los instintos adquiere un tono netamente relacional. Los obstáculos impuestos por la realidad a la satisfacción inmediata de los deseos obligarían al aparato psíquico a adecuar su modo de acción a esas exigencias, sometiéndose al «*principio de realidad*». La acción se caracteriza así por las normas de eficacia, juicio, elección y decisión, propias del llamado «*proceso secundario*» prevalente en la actividad vigil. La “*sublimación*” de los instintos reprimidos estaría en la base de la génesis de la Cultura.

Freud, entre 1900 y 1910, desarrolló la teoría de que la libido se deposita o sobre el propio *self* (*libido «narcisista»*) o sobre los demás «*objetos*», es decir personas, cosas, valores (*libido «objetal»*). En ese concepto de «objeto» introduce más claramente la noción de relación con los demás. Freud describió, asimismo, las vicisitudes de las relaciones afectivas de los niños con sus padres, que incluyen los denominados «*complejos*» de Edipo (deseos eróticos hacia el progenitor del sexo opuesto y hostilidad hacia el del mismo sexo y los deseos contrarios en el llamado «*Edipo invertido*») y de «*castración*» (temor a ser castigado como consecuencia de esos deseos).

En la última etapa de su vida Freud habló de un «*instinto de muerte*» como una necesidad básica (biológica) del ser humano de buscar un descenso de su estado de tensión. Progresivamente fue adjudicando un papel más importante a ese instinto en fenómenos tales como el juego de los niños, los sueños repetitivos que se producen después de algunos sucesos traumáticos y la «*transferencia*».

2. El aparato psíquico

Tras el primer modelo de personalidad (*primera «tópica»*) propuesto por Freud como constituida por una zona «*consciente*» y otra «*inconsciente*», Freud propuso una nueva definición del aparato psíquico (*segunda «tó-*

pica)), que estaría formado por tres «instancias». La primera de ellas, el «Ello», sería la forma primitiva y original del aparato psíquico, que contendría la energía libidinal (sexual y agresiva) primero y los productos del rechazo después. Gobernado por el principio del placer a través del proceso primario, el Ello sería en su totalidad inconsciente.

Hasta aquí los modelos se basan en esquemas biológicos, pero el medio ambiente aparece al explicar cómo las otras dos instancias se diferencian a partir del Ello en el curso del desarrollo. En efecto, el aparato psíquico, en contacto con la realidad, elabora el Yo, que es como una diferenciación de las capas más superficiales del Ello. Asimismo, los llamados mecanismos de defensa empleados por el Yo suelen ser inconscientes. Las funciones del Yo son varias: funciones *instrumentales* (inteligencia, memoria, praxias y gnosias), funciones autónomas (motilidad voluntaria, capacidad de evitar tensiones excesivas, capacidad adaptativa), etc. Existe, asimismo, en el Yo un modo de «Yo corporal» o representación fina del propio cuerpo, en muchos aspectos equiparable a la noción de esquema corporal. En resumen, pues, el Yo tiene una función de síntesis: Debe mediatizar las relaciones del sujeto con el mundo exterior a la vez que controlar las exigencias instintivas (decidiendo si un deseo debe satisfacerse y, en caso afirmativo, cómo y cuándo).

Como una diferenciación más tardía del Yo, surge el «Super Yo». Contiene, en primer lugar, fuerzas represivas que se oponen a la gratificación incondicional de los deseos. El «Super Yo» es la norma interiorizada. Pero, además de las normas represivas, el Super Yo contiene una diferenciación del Yo, el «Ideal del Yo», creado a base de la autoobservación y la consciencia.

3. Los mecanismos de defensa

De la pugna entre los instintos por obtener satisfacción en contra de la oposición del Super-Yo y de las dificultades puestas por el mundo exterior surge la ansiedad o angustia.

Se han descrito una gran cantidad de tipos de ansiedad (Rycroft, 1968): ansiedad «automática» o «primaria» (respuesta del Yo frente a la acumulación de estímulos); ansiedad «señal» (mecanismo de alerta del Yo frente a amenazas); ansiedad de «castración» (por amenazas a la función sexual, a daños corporales o a la pérdida de estatus); *ansiedad de separación* (por miedo a la separación de objetos esenciales para sobrevivir); ansiedad

«*depresiva*» (por miedo de la propia hostilidad del individuo hacia los «objetos buenos»); *ansiedad «paranoide» o «persecutoria»* (por miedo a ser atacado por los «objetos malos»); *ansiedad «real» o «objetiva»* (frente a peligros externos); *ansiedad «neurótica»* (frente a peligros internos); *ansiedad «psicótica»* (en referencia a la *ansiedad «primaria»*, a la «*paranoide*» y a veces a la «*depresiva*» y a la que amenaza la propia identidad); *ansiedad «generalizada» o «libremente flotante»*; *ansiedad «aguda» o «crisis de pánico»* (que hace referencia en Psicoanálisis a las formas de presentación).

El Yo necesita *mecanismos psicológicos de defensa* en contra de la angustia que se hallan en menor o mayor grado en todas las personalidades y colorean la actividad del ser humano (Vucetic, Maercker, Gex-Fabry, Scherer, & Guimón, 2004). Sólo adquieren carácter patológico cuando se repiten de manera compulsiva o cuando persisten en edades en las que no son ya necesarios. En la patología psíquica los mecanismos de defensa se distribuyen de manera característica para las distintas enfermedades.

Entre los mecanismos descritos por Freud («*fijación*», «*regresión*», «*recha-*zo», «*aislamiento*», «*anulación retroactiva*», «*formación reactiva*», «*transformación en su contrario*», «*somatización*»), la fijación, la regresión y la somatización tienen más que ver con el desarrollo libidinal narcisista que con la relación objetal. Otros mecanismos de defensa, en cambio, implican un contexto relacional. La «*proyección*», la «*introyección*», la «*identificación*», la «*sublimación*».

Freud consideró a la angustia como una respuesta a peligros externos (angustia «*realista u objetiva*») o internos (angustia «*neurótica*»). Según la primera explicación que propuso, tales peligros sobrepasarían la capacidad de elaboración del individuo, produciendo una descarga en forma de angustia *automática* (o «*primaria*»). Según una segunda interpretación, los peligros, al ser percibidos, harían que el Yo produjera una *ansiedad «señal»*, como alerta, que pondría en marcha los mecanismos de defensa.

4. Los conceptos kleinianos

La llamada Escuela Británica propuso las llamadas «*relaciones objetales*». Según Melania Klein y sus seguidores «*objeto*» es toda persona, cosa, ente animado, inanimado o abstracto o toda parte de los mismos hacia los que se dirigen nuestras pulsiones, nuestros deseos. Esos objetos pueden ser

externos al sujeto pero éste lo procesa en su interior creando un objeto «*interno*», que representa al objeto externo.

El ser humano experimenta en relación con sus objetos internos una serie de percepciones y sensaciones a las que se añaden sentimientos y que tienen efectos corporales y conductuales aunque no tienen frecuentemente una expresión en palabras. Son las «fantasías inconscientes», contenido primario de los procesos mentales inconscientes de “*apego*” y agresividad.

Las ansiedades de diferenciación -que en ocasiones se llaman *confusiones «primitivas»*— tienen que ver con las primeras semanas de vida durante las que el «adentro» y el «afuera» del bebé no están bien delimitados. Fuera existen «objetos» (personas, cosas) que satisfacen con mayor o menor regularidad sus necesidades. Cuando siente algún displacer «algo acude» que calma esa sensación desagradable y la ansiedad que la misma pone en marcha.

El niño intenta controlar esas ansiedades, bien mediante una huída real bien mediante mecanismos de defensa o mediante la aceptación de su propia agresividad innata (y la *culpa* consiguiente), hasta entonces proyectada. Este último paso da lugar al tercer tipo de ansiedades, las relacionadas con la pérdida, el error y la culpa, que Melanie Klein llamó «*ansiedades depresivas*».

El niño acaba por percibir claramente que la fuente de sus satisfacciones, de su placer, está fuera de él, en su madre, que puede desaparecer. Teme entonces que sus ataques hacia ella hagan que la pierda, lo que le lleva a actitudes de *duelo* por su pérdida. Si logra tener confianza en sus propias capacidades de *reparar*, establece una buena relación con la realidad, con objetos totales (a la vez buenos y malos). Las maniobras defensivas de esta *posición «depresiva»* permiten ver una realidad externa menos deformada por sus propias necesidades.

Freud manejó el concepto de *narcisismo*, con diferentes matices, a lo largo de toda su obra. En 1914, en una de sus más importantes obras, «Introducción al narcisismo» (Freud, 1946), distinguió entre un *narcisismo primario* (que se desarrolla con el Yo tras el autoerotismo) y un *narcisismo secundario* que es un replegamiento sobre el Yo de las investiduras que previamente se habían depositado en el objeto.

En ese mismo trabajo desarrolló Freud el concepto de «*autoestima*» que implica una función yoica capaz de juzgar positiva o negativamente al

propio *self*. Cuando la autoestima se encuentra amenazada, se ponen en juego actividades narcisistas para protegerla.

El concepto de narcisismo ha experimentado interesantes desarrollos en los autores posteriores a Freud, aunque, desafortunadamente, utilicen conceptos con frecuencia demasiado especulativos.

Melanie Klein en «Envidia y gratitud» dice que, en el *duelo*, «el comienzo temprano de la *culpa* parece ser una de las consecuencias de la *envidia* excesiva».

La *culpa persecutoria* coexiste con la angustia persecutoria. La esencia de la culpa residiría en la sensación de que el daño hecho al objeto amado tiene por causa los impulsos agresivos del sujeto. La necesidad de anular o reparar ese daño proviene del sentimiento de culpa. Lo que caracteriza esencialmente a la *culpa depresiva* es el anhelo de reparar el objeto al que se imagina dañado por los propios impulsos destructivos.

La proporción con que interviene la culpa tras una pérdida y la calidad persecutoria o depresiva de tal pérdida, determinarán la calidad e intensidad de la reacción que se experimenta frente a la pérdida.

El sentimiento de dolor contenido en el duelo de la posición depresiva, junto con los impulsos reparatorios, constituyen la base de la creatividad y la sublimación, que surgen cuando se superan los mecanismos psicóticos que se convierten en neuróticos: inhibición, represión y desplazamiento. Cierta grado de culpa depresiva estimula la reparación y alienta la sublimación. La reparación maniaca, a diferencia de la depresiva, es una defensa ya que pretende reparar al objeto sin que aparezcan sentimientos de culpa o de pérdida y se orienta no hacia los objetos originales sino hacia objetos alejados, como es el caso de algunas personas que colaboran con instituciones de beneficencia.

Bowlby (Bowlby, 1973, 1977, 1979) describió las llamadas «conductas de apego». Erickson (Erickson, 1960) describió un «diagrama del desarrollo epigenético» paralelo a las fases del desarrollo libidinal de Freud: Apoyándose en esas fases, Erickson desarrolla un esquema de las principales etapas psicosociales por las que pasamos los seres humanos.

5. La evaluación psicodiagnóstica

El llamado «Psicodiagnóstico dinámico» juega hoy un lugar menos importante que hace unos decenios en Psiquiatría. La evaluación dinámica, en

cualquier caso, se enfrenta naturalmente a dificultades mayores que la medición de otras características de los pacientes.

Un diagnóstico en Psiquiatría dinámica actualmente debe incluir apreciaciones sobre factores tales como la *fortaleza o la debilidad del Yo*, la naturaleza de los *conflictos inconscientes* (Luborsky & Crits-Christoph, 1998), de los *mecanismos de defensa* y de la *estructura del Super-Yo*. Bajo la influencia de la Escuela británica, por otra parte, se ha subrayado la importancia de la evaluación de las relaciones familiares, los módulos transferenciales y las *relaciones objetales*.

Existen algunos instrumentos de evaluación psicodinámica global, como el cuestionario de Bellak (*EFA: evaluación de las funciones del Yo*) (Bellak, Hurvich, & Gedimen, 1973); el de Wenyrib & cols. del Instituto Karolinska (*KAPP*) (Weinryb, Rössel, & Asberg, 1991); y el «*Diagnóstico psicodinámico operacional*» de Cierpka (Cierpka & al, 1995).

Por otra parte, ciertos cuestionarios permiten medir algunos aspectos dinámicos específicos como la fortaleza del Yo, las relaciones objetales, las estrategias de *afrentamiento* (Tolsdorf, 1976) o los mecanismos de defensa. Finalmente, en diversos estudios de orientación psicodinámica, se han empleado instrumentos para medir variables de modificación en Psicoterapia.

Cuando la APA desarrolló su revolucionaria clasificación DSM-III, fracasó el intento de prestigiosos psicoanalistas que pretendieron incluir un eje adicional psicodinámico. Sin embargo, el eje II incluía, dentro de los trastornos de personalidad, categorías muy influidas por el pensamiento psicoanalítico. El hecho de que se recomendara siempre rellenar el diagnóstico con una categoría descriptiva de la personalidad dejaba un cierto margen a la comprensión dinámica del diagnóstico del paciente. La DSM IV propone una escala adicional de *mecanismos de defensa* para añadir, si se desea, al eje II.

La clasificación actual de la Organización Mundial de la Salud (la CIE-10) sitúa las cosas de modo diferente al incluir los trastornos de personalidad como un apartado más del eje principal. Por otra parte, los trastornos de la personalidad son definidos en términos puramente descriptivos sin dejar lugar a diferencias de tipo dinámico.

En realidad, es tal vez preferible que las clasificaciones psiquiátricas queden exclusivamente basadas en criterios descriptivos y que se intenten clasificaciones psicodinámicas paralelas hasta que estas últimas se desarrollen lo suficiente como para poder confluir con las primeras.

6. Tests

Se han realizado progresos importantes en la evaluación en Psiquiatría dinámica en los últimos dos decenios, tanto en lo que se refiere a la evaluación de la psicopatología, como en la evaluación del proceso de la psicoterapia, que no podemos comentar aquí. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones realizadas con esos instrumentos mostraron su escasa fiabilidad. Además, las evaluaciones con ellos formuladas se basan en la teoría de las pulsiones o la Psicología del Yo y las formas de actuación mental son determinadas en términos de «puntos de fijación» y «funciones del Yo». Para que sean útiles, los instrumentos derivados de estas teorías requieren personal muy experimentado en su utilización.

Tests y escalas	E.F.A	KAPP	DSM IV	Bel Air
<ul style="list-style-type: none"> - Rorschach - TAT - MMPI - Fortaleza del Yo - Relaciones objetales - Afrontamiento - Mecanismos de defensa - “Core Battery” (Mader, et AL., 1996) 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Intimidad y reciprocidad 2. Dependencia y separación 3. Rasgos de personalidad controladora 4. Tolerancia a la frustración 5. Control de impulsos 6. Regresión al servicio del Yo 7. Manejo de los afectos agresivos 8. Rasgos alexitímicos 9. Rasgos normapáticos 10. Concepción sobre el aspecto corporal y su importancia para la autoestima 11. Concepción sobre la función corporal y su importancia para la autoestima 12. Imagen corporal actual 13. Funcionamiento sexual 14. Satisfacción sexual 15. Sentido de pertenencia 16. Sentimiento de ser necesitado 17. Acceso al consejo y a la ayuda 18. Organización de la personalidad 	Nivel adaptativo: Elevado De inhibiciones mentales De menor De distorsión De encubrimiento	

Tabla 12. Algunos tests y cuestionarios psicodinámicos.

La DSM IV (Frances, First, & Pincus, 1997), en atención a las necesidades de los profesionales psicodinámicos ha creado una escala de veintisiete mecanismos de defensa predominantes y de estilos de afrontamiento, que también pueden enumerarse en el Eje II y que, como es sabido, se define en siete niveles. Se han propuesto algunos sistemas de evaluación interesantes, como la «*nosología interpersonal*» de Karen Horney y la de Erich Fromm, la «*rejilla circular*» de Leary, etc. que, sin embargo, no han sido utilizadas por muchos autores.

Schutz describió en 1958 el FIRO (*Fundamental Interpersonal Relations Orientation*) que permite construir un perfil interpersonal del individuo. Ha sido utilizado en algunos trabajos con finalidades tales como estudiar la selección de compañeros de habitación mediante un «índice de compatibilidad» y parece que puede resultar útil para predecir la conducta interpersonal en una sala psiquiátrica.

Otro método más cercano a la realidad clínica es la realización de una entrevista inicial orientada interpersonalmente. Muchos aspectos de la técnica de entrevista propuesta por Sullivan son útiles en este sentido. Se indaga si el paciente es, por ejemplo, capaz de hacer comentarios acerca del proceso de la entrevista en la que está inmerso o de aceptar los comentarios del entrevistador al respecto. En la misma línea, Frank (Frank, 1968) describió una «entrevista de relaciones interpersonales» que le permitía establecer conjeturas sobre la conducta interpersonal.

6.1. La batería Bel Air

En el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra utilizamos una batería (Guimón et al., 2000). que denominamos Batería Bel-Air constituida por un serie de instrumentos de evaluación (BSI, GAF, ERA, QFS y CERE). La «lista corta de síntomas» (*The Brief Symptoms Inventory*, BSI), La *Escala de Funcionamiento Global* (GAF); El *cuestionario de evaluación de las relaciones con los demás* (ERA, Fredenrich Zinetti, 2000); El Cuestionario de Funciones Sociales de (QFS).

“Batería Bel-Air” (Guimón et al., 2000)

- La “Lista corta de síntomas” (The Brief Symptoms inventory, BSI, Derogatis, 1993).
- La Escala de Funcionamiento Global (GAF).
- El Cuestionario de Clima Grupal (adaptado de McKenzie, 1990).
- El cuestionario de evaluación de las relaciones con los demás (ERA, Fredenrich Zinetti, 2000, 2003, 2004).
- El Cuestionario de Funciones Sociales (QFS) (Zanello, Weber Rouget, Maier & Gex-Fabry, 2000, 2003, 2004).
- El Cuestionario de Estrategias de Enfrentamiento de (“coping index” de K. Sherrer y U. Scherrer, adaptado por Vucetic, 2003, 2004).
- El Cuestionario de Satisfacción (Vucetic, 2003, 2004).
- El Cuestionario de Clima grupal (adaptado de McKenzie, 1990) es un cuestionario que consta de 12 preguntas que debe ser completado al final de cada sesión por el terapeuta, los miembros del grupo o el observador según las necesidades del diseño. Se distinguen en él tres subescalas (“colaboración activa”, “atmósfera conflictiva” y “evitación de responsabilidades”) que se evalúan separada o conjuntamente.
- El Cuestionario de Estrategias de Enfrentamiento (“coping index” de K. Sherrer y U. Scherrer, adaptado por Vucetic).

Tabla 13. Batería Bel-Air.

El Cuestionario de Estrategias de Enfrentamiento de «*coping index*» de K. Sherrer y U. Scherrer, adaptado por Vucetic (Vucetic et al., 2004).

Se trata de un instrumento que evalúa veintiún estrategias de enfrentamiento que se supone varían según tres dimensiones básicas («dominio funcional», «orientación general hacia el problema», y «foco de atención»). Fue aplicado a los participantes en el programa de formación en psicoterapia de grupo que realizamos en la Universidad de Ginebra antes y después de cada seminario, junto con otros instrumentos. El análisis de los resultados, muestra interesantes modificaciones de algunos mecanismos tras la experiencia grupal.

El Cuestionario de Clima Grupal (adaptado de McKenzie, 1990) es un cuestionario que consta de 12 preguntas que debe ser completado al final de cada sesión por el terapeuta, los miembros del grupo o el observador según las necesidades del diseño. Se distinguen en él tres subescalas

(«colaboración activa», «atmósfera conflictiva» y «evitación de responsabilidades») que se evalúan separada o conjuntamente.

6.2. La Entrevista Estructural

La Entrevista Estructural de Otto Kernberg (Kernberg, 1980), actualmente muy apreciada por los psicoanalistas, permite la clasificación de los trastornos personalidad de acuerdo con un criterio dimensional y otro categórico. Por un lado establece un criterio cuantitativo (trastornos graves y menos graves) y por otro una clasificación dimensional. Así, considera que la estructura de personalidad neurótica es la estructura normal y que existen además una estructura de personalidad de tipo límite u organización límite de la personalidad y una estructura de personalidad de tipo psicótico u organización psicótica de la personalidad. En la entrevista se comienza preguntando al paciente cuáles son sus síntomas, luego se le pregunta acerca de su funcionamiento en varios aspectos de su vida, para evaluar sus características de personalidad en todas las áreas y por último, se evalúan Identidad, Juicio de Realidad y los Mecanismos de Defensa.

En resumen, se obtiene la siguiente diferenciación de las patologías del carácter:

	Estructura Neurótica	Estructura Límite	Estructura Psicótica
Identidad del Yo	Presente	Ausente	Ausente
Juicio de Realidad	Mantenido	Mantenido	Perdido
Defensas	Avanzadas	Primitivas	Primitivas

Tabla 14. Patologías del carácter según Kernberg.



Capítulo 4

Criterios y diagnósticos en la DSM 5

Lo que a continuaci3n se transcribe es un Resumen de la Adaptaci3n provisional del 3ndice del Manual de la DSM 5 de fecha 4-XI-2013.

Los distintos cuadros cl3nicos no aparecen en el tratado en secciones separadas sino continuas, como se observa en la tabla adjunta que corresponde al 3ndice del texto.

Crterios diagn3sticos
Neurodevelopmental Disorders
Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders
Bipolar and Related Disorders
Depressive Disorders-Compulsive Disorders
Anxiety Disorders
Absessive- Compulsive and Related Disorders
Dissociative Disorders
Somatic- Symptom and Related Disorders
Feeding and Eating Disorders
Elimination Disorders

Tabla 15. Crterios Diagn3sticos DSM5 (a).

Crterios diagn3sticos
Sleep-Wake Disorders
Sexual Dyfunctions
Gender Dysphoria
Disruptive, Impulse- Control, and Conduct Disorders
Substance- Related and Addictive Disorders
Neurocognitive Disorders
Personality Disorders
Paraphilic Disorders
Other Mental Disorders
Medication-Induced movement Disorders And Oyher Adverse Effects of Meication
Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention

Tabla 15-b. Crterios Diagn3sticos DSM5.

La Sección I del DSM-5 contiene una descripción de los cambios relacionados con la organización de capítulos, explica las razones por las que el sistema multiaxial del DSM IV se excluye, y justifica la introducción de las evaluaciones tridimensionales (que se hallan en la sección III del volumen publicado por la APA) .

La nueva clasificación incluye varias secciones, con numeraciones que aquí omitimos y con epígrafes que no diferenciamos por su tamaño, hasta que las jerarquías estén adoptadas definitivamente, lo que no es el caso actualmente. Es por ello que lo que sigue debe tomarse como una mera orientación que no reemplaza ni equivale a la versión española de la Clasificación que verá la luz próximamente.

1. Trastornos del neurodesarrollo

1.1. Discapacidades Intelectuales

(Trastorno Global del Desarrollo Intelectual)

Los criterios diagnósticos del hasta ahora llamado “retraso mental” y ahora “Trastorno General del Desarrollo intelectual”) hacen hincapié en la necesidad de una evaluación tanto de la capacidad cognitiva (IQ o CI) como del funcionamiento adaptativo. La gravedad está determinada por el funcionamiento adaptativo en vez de por el coeficiente intelectual. El término retraso mental se utilizó en el DSM -IV. Sin embargo, la “discapacidad intelectual” es el término que ha entrado en el uso común durante las últimas dos décadas, entre médicos, educadores y otros profesionales, y por los grupos públicos laicos. Por otra parte, una cláusula legal federal en los Estados Unidos (Ley Pública 111-256) sustituye al término “retraso mental” por el de “discapacidad intelectual”. A pesar del cambio de nombre, se considera que los déficits en la capacidad cognitiva que comienzan en el período de desarrollo, con los criterios de diagnóstico “de acompañamiento”, constituyen un trastorno mental. El término “Trastorno del desarrollo intelectual” se puso entre paréntesis para reflejar el sistema de clasificación de la Organización Mundial de la Salud, que enumera los “trastornos” en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, ICD-11 que será lanzado en 2015) y basa toda la definición de la “discapacidad” en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, en la Discapacidad y la Salud (CIF). Debido a que la CIE-11 no se ha adaptado desde hace varios años, la “discapacidad intelectual”

fue elegida como el término preferido actual con el “término puente” para el futuro entre paréntesis.

1.2. Trastornos de la Comunicación

Los trastornos de la comunicación DSM-5 incluyen: “trastorno del lenguaje” (que combina los trastornos del lenguaje “receptivo”, “expresivo” y “mixtos”), el “trastorno de sonido de la voz” (un nuevo nombre para el trastorno fonológico), y “trastorno de la fluidez de inicio infantil” (un nuevo nombre para la tartamudez). También se incluye el “trastorno de la comunicación social (pragmática)”, una nueva condición para las dificultades persistentes en los usos sociales de la comunicación verbal y no verbal. Debido a que los “déficits de comunicación social” son un componente del trastorno del espectro autista (TEA), es importante tener en cuenta que en el trastorno de la comunicación social (pragmática) no se puede diagnosticar la presencia de conductas restringidas repetitivas, intereses y actividades (el otro componente de la CIA). Los síntomas de algunos pacientes con diagnóstico DSM-IV de trastorno generalizado del desarrollo no especificado pueden cumplir con los criterios del DSM-5 para el trastorno de la comunicación social.

1.3. Trastorno del Espectro Autista (TEA, ASD)

El “Trastorno del espectro autista” es un nuevo nombre DSM- 5 que refleja un consenso científico de que cuatro trastornos previamente separados en realidad son una sola enfermedad con diferentes niveles de gravedad de los síntomas en dos núcleos. El ASD (Trastorno del Espectro Autista) ahora abarca el anterior trastorno autista del DSM-IV (autismo), el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. El ASD se caracteriza por: 1) déficit en la comunicación social y la interacción social y 2) conductas intereses y actividades restringidas repetitivas (RRB).

1.4. Trastorno de Atención con hiperactividad (TDAH)

Los criterios diagnósticos para el trastorno de atención con hiperactividad (TDAH) en el DSM-5 son similares a los del DSM-IV. Se utilizan los mismos síntomas que en el DSM-IV, y continúan divididos en dos grupos de síntomas

(falta de atención e hiperactividad / impulsividad), de los cuales se requieren al menos seis síntomas en un grupo (dominio) para el diagnóstico. Sin embargo, se han hecho varios cambios en el DSM-5: 1) se han añadido ejemplos a los “criterios” para facilitar la aplicación en toda la duración de la vida, 2) el requisito “transituacional” se ha reforzado para “varios” síntomas en cada escenario”; 3) el criterio de inicio se ha cambiado de “síntomas que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años” a “varios síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años”, y 4) Los “subtipos” han sido sustituidos por los “especificadores” de presentación que se asignan directamente a los subtipos anteriores, 5) ahora se permite un diagnóstico de “comorbilidad” con el trastorno del espectro autista, y 6) se ha hecho un cambio del umbral de síntomas para los adultos, para reflejar una existencia sustancial de deterioro clínicamente significativo, con el punto de corte para el TDAH de cinco síntomas, en lugar de seis requerido para las personas más jóvenes, tanto en la falta de atención como en hiperactividad e impulsividad. Por último, el TDAH se colocó en el capítulo de trastornos del neurodesarrollo para reflejar correlatos de desarrollo del cerebro con el TDAH y la decisión del DSM-5 de eliminar el capítulo DSM-IV que incluye todos los diagnósticos realizados, por lo general primera vez en la infancia, niñez, o adolescencia.

1.5. Trastorno de aprendizaje específico

El término “Trastorno de aprendizaje específico” combina los diagnósticos DSM -IV de trastorno de la lectura, trastorno de las matemáticas, el trastorno de la expresión escrita y el trastorno de aprendizaje que no especifique lo contrario. Debido a que los déficits de aprendizaje en las áreas de lectura, expresión escrita y matemáticas comúnmente ocurren juntos, se incluyen los “especificadores” codificados para los tipos de déficit en cada área. El texto reconoce que determinados tipos de déficit de lectura se describen a nivel internacional en diversas formas como la dislexia y los tipos específicos de déficit en matemáticas como la discalculia.

1.6. Trastornos motores

Los siguientes trastornos motores se incluyen en el capítulo del DSM-5 sobre trastornos del neurodesarrollo: trastorno del desarrollo de la coordinación, trastorno del movimiento estereotípico, el trastorno de Tourette, trastorno de tic vocal o motor (crónico o persistente), trastorno de tic provisional,

y trastorno de tic no especificado. Los criterios de tics se han normalizado a través de todos estos trastornos en este capítulo. El Trastorno del movimiento estereotípico se ha diferenciado más claramente a partir de trastornos de la conducta repetitivas centradas en el cuerpo, que se encuentran en el capítulo del DSM-5 “Trastorno obsesivo-compulsivo”.

2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

2.1. Esquizofrenia

Se han realizado dos cambios el Criterio A del DSM-IV para la esquizofrenia. El primer cambio es en la eliminación de la atribución especial de ideas delirantes extrañas y alucinaciones auditivas de primer rango de Schneider (por ejemplo, dos o más voces que conversan). En el DSM-IV se necesita sólo una de tales síntomas para cumplir el requisito de diagnóstico para el criterio A, en lugar de dos de los otros síntomas enumerados. Esta atribución especial fue eliminada debido a la inespecificidad de los síntomas de Schneider y la escasa fiabilidad en la distinción de ideas delirantes extrañas y no extrañas. Por lo tanto, en el DSM-5, se requiere uno de esos síntomas para el diagnóstico de la esquizofrenia. El segundo cambio es la adición de un requisito en el Criterio A: que el individuo debe tener al menos uno de estos tres síntomas: delirios, alucinaciones, y lenguaje desorganizado. Al menos uno de estos “síntomas positivos” centrales es necesario para un diagnóstico fiable de la esquizofrenia.

2.1.1. Subtipos de esquizofrenia

Los subtipos DSM-IV de esquizofrenia (es decir, los tipos paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual) se eliminan debido a su estabilidad limitada de diagnóstico, y baja confiabilidad y validez. Estos subtipos tampoco se ha demostrado que presenten patrones distintivos de la respuesta al tratamiento o curso longitudinal. En cambio, en la Sección III, se incluye un enfoque dimensional a la calificación de la gravedad de los síntomas básicos de la esquizofrenia para captar la heterogeneidad importante en el tipo de síntomas y la gravedad que se expresa en las personas con trastornos psicóticos.

2.2. Trastorno esquizoafectivo

El principal cambio para el trastorno esquizoafectivo es el requisito de que un episodio afectivo importante esté presente en la mayor parte de la duración

total de la enfermedad después de que el Criterio A se ha cumplido. Este cambio se hizo por razones tanto conceptuales como psicométricas. Se hace un trastorno esquizoafectivo longitudinal en lugar de un diagnóstico más de la sección transversal comparable a la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor, que son puenteadas por esta condición. El cambio también se hizo para mejorar la fiabilidad, la estabilidad diagnóstica y la validez de este trastorno, aunque se reconoce que la caracterización de pacientes con síntomas psicóticos y del estado de ánimo, ya sea al mismo tiempo o en diferentes momentos de su enfermedad, ha sido un desafío clínico.

2.3. Trastorno delirante

Criterio A: para el trastorno delirante ya no existe el requisito de que los delirios deban ser “no extraños”. Un especificador del tipo “delirios extraños” proporciona continuidad con el DSM-IV. La demarcación de trastorno delirante de variantes psicóticos del trastorno obsesivo-compulsivo y del trastorno dismórfico corporal se mantiene explícitamente con un nuevo criterio de exclusión, que establece que “los síntomas no deben ser mejor explicados por enfermedades como el trastorno dismórfico corporal, el trastorno obsesivo-compulsivo o las creencias delirantes de la ausencia de visión corporal. En el DSM-5 ya no se separa el trastorno delirante del trastorno delirante compartido. Si en ambos pacientes se cumplen los criterios para el trastorno delirante se hace el diagnóstico. Si el diagnóstico no se puede hacer, pero las creencias compartidas están presentes, se utiliza el diagnóstico “otro espectro de la esquizofrenia y se especifica y otros trastornos psicóticos”.

2.4. Catatonia

Los mismos criterios se utilizan para diagnosticar la catatonia si el contexto es un psicótico, trastorno bipolar, depresión u otro trastorno médico, o una condición médica no identificada. En el DSM-IV se requieren dos de los cinco grupos de síntomas si el contexto era un psicótico o trastorno del estado de ánimo, mientras que sólo un grupo de síntomas que se necesitaba si el contexto es una condición médica general. En el DSM-5, todos los contextos requieren tres síntomas catatónicos (de un total de 12 síntomas característicos). En el DSM-5, la catatonia puede ser diagnosticada como un especificador para depresivo, trastorno bipolar, y trastornos psicóticos; como un diagnóstico independiente en el contexto de otra afección médica, o como otro diagnóstico especificado.

3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados

3.1. Trastornos Bipolares (I y II)

Para mejorar la precisión del diagnóstico y facilitar la detección temprana en el ámbito clínico, el Criterio A para episodios maníacos y hipomaníacos ahora incluye un énfasis en la evolución de la actividad y la energía, así como el estado de ánimo. Se ha eliminado el diagnóstico del DSM-IV de “Trastorno bipolar I, episodio mixto”, lo que requiere que la persona cumple simultáneamente todos los criterios para la manía y episodios de depresión mayor. En cambio, un nuevo especificador, “con características mixtas”, ha añadido que se puede aplicar a los episodios de manía o hipomanía en lo que rasgos depresivos están presentes, y a los episodios de depresión en el contexto de un trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar cuando las características de la manía / hipomanía están presentes.

Trastorno ciclotímico

Trastornos bipolares y relacionados inducidos por sustancias

Trastornos bipolares y relacionados debidos a otro trastorno médico

Trastorno Bipolar especificado y Trastorno relacionado

El DSM-5 permite la especificación de las condiciones particulares de “Otros: bipolar y trastorno relacionado”, incluyendo la categorización de las personas con antecedentes de un trastorno depresivo mayor que reúne todos los criterios para hipomanía, excepto el criterio duración (es decir, al menos 4 días consecutivos) especificado. Una segunda condición que constituye “Otro bipolar y Trastorno relacionado especificado” es aquella en que hay muy pocos síntomas de la hipomanía que están presentes para cumplir con los criterios para el síndrome completo bipolar de tipo II, aunque la duración es suficiente en 4 o más días.

4. Trastornos depresivos

El DSM-5 contiene varios trastornos depresivos nuevos, incluyendo el trastorno de desregulación del estado de ánimo y el trastorno disfórico premenstrual. Para abordar las preocupaciones sobre el potencial de sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno bipolar en los niños, un nuevo

diagnóstico, el Trastorno de desregulación perjudicial del estado de ánimo, que incluye a los niños hasta la edad de 18 años que presentan irritabilidad persistente y frecuentes episodios de descontrol conductual extrema. Basado en pruebas científicas sólidas, el trastorno disfórico premenstrual se ha movido desde el Apéndice B, “Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores” del DSM-IV, al cuerpo principal del DSM-5. Por último, el DSM-5 conceptualiza las formas crónicas de la depresión de una forma algo modificada. Lo que se conoce como “distimia” en el DSM-IV ahora cae bajo la categoría de trastorno depresivo persistente, que incluye tanto el trastorno depresivo mayor crónico como el trastorno distímico anterior. La incapacidad de encontrar diferencias científicamente significativas entre estas dos condiciones llevaron a su combinación con los especificadores para identificar diferentes vías para el diagnóstico y para dar continuidad con el DSM-IV.

4.1. Trastorno depresivo mayor

Ni los síntomas centrales se aplicaran criterio para el diagnóstico de episodio depresivo mayor ni la duración requerida de al menos 2 semanas ha cambiado de DSM-IV. Criterio A para un episodio depresivo mayor del DSM-5 es idéntica a la del DSM-IV, así como la necesidad de malestar o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes de la vida clínicamente significativo, aunque esto está catalogado como el Criterio B en lugar de criterio C. la coexistencia dentro de un episodio depresivo mayor de al menos tres síntomas maníacos (insuficiente para satisfacer los criterios para un episodio maníaco) es reconocida por el especificador “con características mixtas”. La presencia de características mixtas en un episodio de gran trastorno depresivo *in Highlights* incrementa la probabilidad de que existe la enfermedad en un espectro bipolar, sin embargo, si la persona en cuestión nunca ha cumplido con los criterios para un episodio de manía o hipomanía, se mantiene el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

4.2. Exclusión de duelo

En el DSM-IV, no fue un criterio de exclusión para un episodio depresivo mayor que se aplicó a los síntomas depresivos que duran menos de 2 meses después de la muerte de un ser querido (es decir, la exclusión de duelo). Esta exclusión se omite en el DSM-5 por varias razones. La primera es

eliminar la implicación de que el duelo suele durar sólo 2 meses, cuando los médicos y los consejeros de duelo reconocen que la duración es más comúnmente 1-2 años. En segundo lugar, de la pérdida se reconoce como un factor de estrés psicosocial grave que puede precipitar un episodio depresivo mayor en un individuo vulnerable, que suele comenzar poco después de la pérdida. Cuando el trastorno depresivo mayor se produce en el contexto de la aflicción, que añade un riesgo adicional para el sufrimiento, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, peor salud somática, peor funcionamiento interpersonal y trabajo, y un mayor riesgo para el trastorno por duelo complejo persistente, que ahora se describe con criterios explícitos, en condiciones de estudio adicional en el DSM-5 Sección III. En tercer lugar, es más probable que ocurra en personas con antecedentes personales y familiares de los últimos episodios de depresión mayor relacionada con el duelo. Está influenciada genéticamente y se asocia con características similares de personalidad, los patrones de comorbilidad, y los riesgos de cronicidad y / o la repetición como episodios depresivos mayores no relacionados con el duelo. Por último, los síntomas depresivos asociados con la depresión relacionada con el duelo responden a los mismos tratamientos psicosociales y medicamentos como la depresión no relacionada con el duelo. En los criterios para el trastorno depresivo mayor, una nota detallada ha sustituido a la más simple exclusión del DSM-IV para ayudar a los médicos en la toma de la distinción crítica entre los síntomas característicos del duelo y las de un episodio depresivo mayor. Por lo tanto, aunque la mayoría de las personas que sufren la pérdida de un ser querido, la experiencia de duelo sin el desarrollo de un episodio depresivo mayor, la evidencia no apoya la separación de la pérdida de un ser querido por otros factores de estrés en términos de la probabilidad de precipitar un episodio depresivo mayor o el familiar probabilidad de que los síntomas remiten espontáneamente.

4.3. Los especificadores de Trastornos Depresivos

El suicidio representa una preocupación fundamental en psiquiatría. Por lo tanto, para el médico se dan orientaciones sobre la evaluación de las ideas suicidas, planes, y la presencia de otros factores de riesgo con el fin de hacer una determinación de la importancia de la prevención del suicidio en la planificación del tratamiento para un individuo dado. Un especificador de nuevo para indicar la presencia de síntomas mixtos ha sido añadido a través de ambos el bipolar y los trastornos depresivos, lo que permite la posibilidad de características maníacas en los individuos con un diagnóstico de

la depresión unipolar. Un cuerpo sustancial de investigación llevado a cabo durante los dos últimos puntos décadas a la importancia de la angustia como relevantes para el pronóstico y el tratamiento de toma de decisiones. El “con la angustia ansiedad” especificador da al clínico la oportunidad de calificar la gravedad de la angustia ansiedad en todas las personas con trastornos bipolares o depresivos.

Trastorno depresivo persistente (distimia)

Trastorno disfórico premenstrual

Trastorno depresivo inducido por medicaciones

Trastorno depresivo inducido por otro trastorno médico

5. Trastornos de ansiedad

El capítulo del DSM-5 sobre el trastorno de la ansiedad ya no incluye el trastorno obsesivo-compulsivo (que se incluye con los trastornos obsesivo-compulsivos y afines) o el trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés agudo (que se incluye con el trauma y los trastornos relacionados con el estrés). Sin embargo, el orden secuencial de estos capítulos en el DSM- 5 refleja las estrechas relaciones entre ellos.

5.1. Agorafobia, fobia específica y trastorno de ansiedad social (fobia social)

Los cambios en los criterios para la agorafobia, fobia específica y el trastorno de ansiedad social (fobia social) incluyen la eliminación del requisito de que las personas mayores de 18 años reconocen que su ansiedad es excesiva o irrazonable. Este cambio se basa en la evidencia de que las personas con estos trastornos suelen sobrestimar el peligro en situaciones “fóbicas” y que las personas mayores suelen atribuir deshonestamente miedos “fobia” al envejecimiento. En cambio, la ansiedad debe estar fuera de proporción con el peligro real o amenaza de la situación, después de tomar factores contextuales culturales en cuenta. Además, la duración de 6 meses, que se limitaba a las personas menores de 18 años en el DSM-IV, se extiende ahora a todas las edades. Este cambio tiene por objeto minimizar el sobrediagnóstico de los temores transitorios.

5.2. Ataque de pánico

Las características esenciales de los ataques de pánico se mantienen sin cambios, aunque la terminología del DSM-IV complicado para describir los diferentes tipos de ataques de pánico (es decir, a una situación determinada / cued, una situación determinada o inesperada / uncued) se sustituye con los términos y ataques de pánico inesperados esperados. Los ataques de pánico funcionan como un marcador y factor o pronóstico de la gravedad de diagnóstico, por supuesto, y la comorbilidad a través de una variedad de trastornos, incluyendo pero no limitado a trastornos de ansiedad. Por lo tanto, el ataque de pánico puede ser catalogado como un especificador que es aplicable a todos los trastornos del DSM-5.

5.3. Trastorno de pánico y agorafobia

El trastorno de pánico y la agorafobia no están ligados en el DSM-5. Por lo tanto, los antiguos diagnósticos DSM-IV de trastorno de pánico con agorafobia, trastorno de pánico sin agorafobia y agorafobia sin historia de trastorno de pánico se sustituyen ahora por dos diagnósticos, trastorno de pánico y agorafobia, cada una con criterios diferentes. La co-ocurrencia de trastorno de pánico y agorafobia se codifican ahora con dos diagnósticos. Este cambio reconoce que un número considerable de individuos que la padecen no experimentan síntomas de pánico. Los criterios de diagnóstico para la agorafobia se derivan de los descriptores de DSM-IV para la agorafobia, aunque ahora se requiere la aprobación de los temores de dos o más situaciones de agorafobia, porque se trata de un medio sólido para distinguir la agorafobia de fobias específicas. Además, los criterios para la agorafobia se extienden para ser coherentes con conjuntos de criterios para otros trastornos de ansiedad (por ejemplo, el juicio clínico de los miedos como estar fuera de proporción con el peligro real de la situación, con una duración típica de 6 meses o más).

5.4. Fobia específica

Las características fundamentales de la fobia específica son las mismas, pero ya no es un requisito que las personas mayores de 18 años deben reconocer que el miedo y la ansiedad son excesivos o irracionales, y el requisito de duración (“normalmente una duración de 6 meses o más”) ahora se aplica a todas las edades. A pesar de que ahora se conocen como

especificadores, los diferentes tipos de fobia específica han permanecido esencialmente sin cambios.

5.5. Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Las características esenciales del trastorno de ansiedad social (antes llamado fobia social) siguen siendo los mismos. Sin embargo, se han realizado una serie de cambios, incluida la supresión de la exigencia de que las personas mayores de 18 años de edad deben reconocer que el miedo o la ansiedad son excesivos o irracionales, y el criterio de duración de “típicamente una duración de 6 meses o más”, ahora se requiere para todas las edades. El cambio más significativo es que el especificador “generalizada” ha sido eliminado y reemplazado por “una única actuación” como especificador. El DSM-IV generalizada especificador era problemático, ya que “los temores incluyen situaciones más sociales” era difícil de poner en práctica. Las personas que temen sólo las situaciones de rendimiento (por ejemplo, a hablar o actuar delante de un público) parecen representar un subconjunto de trastorno de ansiedad social en términos de etiología, edad de inicio, la respuesta fisiológica y la respuesta al tratamiento.

5.6. Trastorno de ansiedad por separación

Aunque en el DSM-IV, el trastorno de ansiedad por separación fue clasificada en la sección “Trastornos normalmente diagnosticados primero durante la infancia, la niñez o la adolescencia” ahora se clasifica como un trastorno de ansiedad. Las características fundamentales permanecen casi sin cambios, a pesar que la redacción de los criterios se ha modificado para representar de manera más adecuada la expresión de los síntomas de ansiedad de separación en la edad adulta. Por ejemplo, las figuras de apego pueden incluir a los niños con trastorno de ansiedad de separación, y conductas de evitación pueden ocurrir en el lugar de trabajo, así como en la escuela. También, en contraste con el DSM-IV, los criterios diagnósticos ya no especifican que la edad de comienzo debe ser antes de 18 años, debido a que un número sustancial de los adultos informan del inicio de la ansiedad de separación después de 18 años de edad. Además, una duración de “en general 6 meses o más” se ha añadido para los adultos para minimizar el sobrediagnóstico de los temores transitorios.

5.7. Mutismo selectivo

En el DSM-IV, el mutismo selectivo se clasifica en la sección “Trastornos diagnosticados normalmente inicialmente durante la infancia, la niñez o la adolescencia”. Ahora se clasifica como un trastorno de ansiedad, ya que una gran mayoría de los niños con mutismo selectivo son ansiosos. Los criterios diagnósticos siguen en gran medida sin cambios desde el DSM-IV.

6. Trastornos obsesivo-compulsivos y afines

El capítulo de los trastornos obsesivo-compulsivos y afines, que es nuevo en el DSM-5, refleja la creciente evidencia de que estos trastornos están relacionados entre sí en términos de una serie de validadores de diagnóstico, así como la utilidad clínica de la agrupación de estos trastornos en el mismo capítulo. Los nuevos trastornos incluyen trastorno de acumulación, excoiación (piel *-picking*), trastorno obsesivo-compulsivo inducido por sustancias y el trastorno obsesivo-compulsivo debido a otro trastorno médico.

6.1. Trastorno dismórfico corporal

En el DSM-5 el “trastorno dismórfico corporal”, un criterio diagnóstico que describe los comportamientos repetitivos o mentales en respuesta a preocupaciones con defectos o defectos en la apariencia física percibida, se han añadido algunas especificaciones: El especificador “con dismorfia muscular” se ha agregado para reflejar una creciente literatura sobre la validez diagnóstica y utilidad clínica de esta distinción en los individuos con trastorno dismórfico corporal. La variante delirante del trastorno dismórfico corporal (que identifica a las personas que están completamente convencidos de que sus defectos o fallas percibidas son verdaderamente anormales) ya no es codificada como trastorno delirante de tipo somático y en el trastorno dismórfico corporal del DSM-5 esta presentación es designada sólo como trastorno dismórfico corporal con el especificador “creencias delirantes”.

6.2. Trastorno de acumulación

El Trastorno de acumulación es un nuevo diagnóstico en el DSM-5. El DSM-IV enumera “atesoramiento” como uno de los posibles síntomas de

trastorno obsesivo-compulsivo, y señala que se puede producir acumulación extrema en el trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, los datos disponibles no indican que la acumulación sea una variante del trastorno obsesivo-compulsivo u otro trastorno mental. En cambio, hay evidencia de la validez diagnóstica y utilidad clínica de un diagnóstico independiente de trastorno de acumulación, lo que refleja la persistente dificultad para descartar o separarse de bienes debido a una necesidad percibida de guardar los objetos y el malestar asociados a deshacerse de ellos.

6.3. Tricotilomanía (trastorno de tirones de pelo)

La tricotilomanía se incluyó en el DSM-IV, además de “trastorno de tirones de pelo”, y esta última expresión se ha añadido entre paréntesis al nombre del trastorno en el DSM-5.

6.4. Trastorno Excoriación (*Skin-Picking*)

El trastorno Excoriación (*skin-picking*) se acaba de agregar al DSM-5, con pruebas claras de su validez diagnóstica y utilidad clínica.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo debido al uso de sustancias nocivas y el debido a otro trastorno médico se incluyen en el DSM 5.

“Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados especificados y no especificados” en el DSM-5 pueden incluir condiciones como el “Trastorno centrado en el cuerpo” que se refiere al comportamiento repetitivo caracterizado por comportamientos recurrentes distintos a los tirones de pelo y a pellizcarse la piel (por ejemplo, morderse las uñas, o los labios, masticar la mejilla) y la presencia de repetidos intentos para disminuir o detener esos comportamientos. La “envidia obsesiva” se caracteriza por la preocupación (pero no la percepción ilusoria) de infidelidad de su pareja.

7. Los trastornos relacionados con los Traumas y los Estresores

7.1. Trastorno por estrés agudo

En el DSM-5, el criterio “estresante” (Criterio A) para el trastorno de estrés agudo se cambia respecto al del DSM-IV. El criterio requiere ser explícito en cuanto

a si se califican eventos traumáticos que se experimentaron directamente, se presenciaron o se experimentaron indirectamente. Además, el DSM-IV Criterio A2 con respecto a la reacción subjetiva al evento traumático (por ejemplo, “la respuesta de la persona con un temor intenso, desamparo u horror”) ha sido eliminado. Con base en la evidencia de que las reacciones postraumáticas agudas son muy heterogéneas y que el énfasis del DSM-IV en los síntomas disociativos es excesivamente restrictivo, las personas pueden cumplir con los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de estrés agudo si presentan 9 cualesquiera de los 14 síntomas que figuran en estas categorías: la intrusión, el estado de ánimo negativo, la disociación, la evitación y la excitación.

7.2. Trastornos de Adaptación

En el DSM-5, los “trastornos de adaptación” se reconceptúan como un conjunto heterogéneo de síndromes de respuesta al estrés que se producen después de la exposición a un acontecimiento traumático o no traumático, en lugar de como una categoría residual para los individuos que exhiben malestar clínicamente significativo sin criterios para formar trastornos más específicos (como en el DSM -IV). Los subtipos DSM-IV marcados por depresión, síntomas de ansiedad o trastornos de conducta se han mantenido sin cambios.

7.3. Trastorno de estrés postraumático

Los criterios DSM-5 para el trastorno de estrés postraumático se diferencian significativamente de los del DSM-IV. Como se ha descrito anteriormente para el trastorno de estrés agudo, el criterio factor estresante (Criterio A) es más explícito en lo que respecta a cómo un individuo experimentó eventos “traumáticos”. El Criterio A2 (reacción subjetiva) ha sido eliminado. Mientras que hay tres grandes grupos de síntomas en el DSM-IV (re-experimentación, evitación / embotamiento, y excitación) en el DSM-5 hay cuatro grupos de síntomas, debido a que el cluster evitación / embotamiento se divide en dos grupos distintos: la evitación y las alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo.

7.4. Trastorno reactivo de la vinculación

El diagnóstico de “Trastorno de vinculación reactiva en la infancia” tiene en el DSM -IV dos subtipos: emocionalmente retirado / inhibido e indiscriminadamente social / desinhibido. En el DSM-5, estos subtipos se definen como

trastornos diferentes: el trastorno de vinculación reactiva y el trastorno de compromiso social desinhibido. Ambos trastornos son el resultado de la negligencia social u otras situaciones que limitan la posibilidad de un niño pequeño para crear vínculos selectivos. A pesar de compartir esta vía etiológica, los dos trastornos se diferencian en varios aspectos importantes.

8. Trastornos disociativos

Los cambios importantes en los trastornos disociativos del DSM-5 son los siguientes: 1) Desrealización que incluye los síntomas de lo que anteriormente se denominaba trastorno de despersonalización y ahora se llama trastorno de despersonalización / desrealización, 2) la fuga disociativa que es ahora un especificador de la amnesia disociativa y no un diagnóstico independiente, y 3) los criterios para el trastorno de identidad disociativo que se han cambiado para indicar que pueden presentarse síntomas de trastornos de la identidad, y que las lagunas en la memoria de eventos pueden ocurrir para sucesos de todos los días y no sólo para eventos traumáticos. Además, las experiencias de posesión patológica en algunas culturas se incluyen en la descripción de la interrupción identidad.

8.1. Trastorno de identidad disociativo

Se han hecho en el DSM-5 varios cambios en los criterios para el trastorno de identidad disociativo. En primer lugar, el criterio A se ha expandido para incluir a ciertos fenómenos y síntomas neurológicos funcionales para dar cuenta de las diversas presentaciones del trastorno. En segundo lugar, el criterio A señala ahora específicamente que las transiciones en la identidad pueden ser observables por otros o por sí mismo. En tercer lugar, de acuerdo con el Criterio B, las personas con trastorno de identidad disociativo pueden tener deficiencias recurrentes en el recuerdo de los acontecimientos cotidianos, no sólo de las experiencias traumáticas

9. Síntomas somáticos y trastornos relacionados

En el DSM-5, los “Trastornos somatomorfos” son ahora conocidos como síntomas somáticos y trastornos relacionados. En el DSM-IV, se produjo un solapamiento significativo en todos los trastornos somatomorfos y una

falta de claridad acerca de sus límites. Estos trastornos se observan principalmente en los centros médicos, y los médicos no psiquiatras encuentran los diagnósticos somatomorfos del DSM-IV problemáticos de usar. Las clasificaciones del DSM-5 reducen el número de estos trastornos y subcategorías para evitar solapamientos problemáticos. Se han eliminado los diagnósticos de trastorno de somatización, hipocondría, trastorno de dolor y el trastorno somatomorfo indiferenciado.

9.1. Trastorno de “síntoma somático”

El DSM-5 reconoce mejor la complejidad de la interfaz entre la psiquiatría y la medicina. Las personas con síntomas somáticos más pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales pueden o no tener una condición médica diagnosticada. Existe una relación entre los síntomas somáticos y la psicopatología a lo largo de un espectro. El diagnóstico de trastorno de somatización se basa esencialmente en un largo y complejo recuento de los síntomas sin explicación médica. En los individuos previamente diagnosticados con trastorno de somatización se suelen cumplir los criterios DSM-5 para el trastorno de los síntomas somáticos, pero sólo si tienen los pensamientos desadaptativos, sentimientos y comportamientos que definen la enfermedad, además de los síntomas somáticos.

En el DSM-IV, el diagnóstico “Trastorno somatomorfo indiferenciado” había sido creado en reconocimiento de que el trastorno de somatización sólo describe una pequeña minoría de individuos “ somatizadores”. Como la diferencia entre el Trastorno de somatización y el Trastorno somatomorfo indiferenciado resultó arbitraria, se fusionan ambos en el DSM-5 en el “Trastorno de síntomas somáticos”, y no se requiere determinado número de síntomas somáticos.

9.2. Los síntomas sin explicación médica

Los Criterios DSM-IV exageran la importancia de la ausencia de una explicación médica para los síntomas somáticos. Síntomas inexplicables están presentes en diversos grados, sobre todo en el trastorno de conversión, pero los trastornos de síntomas somáticos también pueden acompañar a trastornos médicos diagnosticados. La fiabilidad de los síntomas sin explicación médica es limitada. La clasificación DSM-5 define a los trastornos sobre la base de la existencia de “síntomas positivos” (es decir, los síntomas somáticos más

angustiosos, como pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales en respuesta a estos síntomas). Médicamente los síntomas inexplicables no siguen siendo una característica clave en el trastorno de conversión, porque es posible demostrar definitivamente en dichos trastornos que los síntomas no son consistentes con la fisiopatología médica.

9.3. Hipocondría y el Trastorno de “Ansiedad Enfermedad”

La hipocondriasis se ha eliminado como un trastorno, en parte debido a que el nombre fue percibido como peyorativo y no es propicio para una relación terapéutica eficaz. La mayoría de los individuos que han sido previamente diagnosticados de “hipocondría” tienen síntomas somáticos importantes, además de su alto nivel de “ansiedad sobre la salud”, y ahora reciben en el DSM-5 el diagnóstico de “Trastorno de síntomas somáticos”. En el DSM-5, las personas con altos niveles de ansiedad de salud sin síntomas somáticos recibirían un diagnóstico de “Trastorno de ansiedad” de enfermedad (a menos que su ansiedad por la salud se explique mejor por un trastorno de ansiedad primario, como el trastorno de ansiedad generalizada).

9.4. Trastorno por dolor

El DSM-5 tiene un enfoque con diferencias importantes en el ámbito clínico de personas con dolor. En el DSM-IV, los diagnósticos de trastorno de dolor asumen que ciertos dolores se asocian únicamente con factores psicológicos, algunos con enfermedades médicas o lesiones, y otros con ambos. Hay una falta de pruebas de que tales diferencias se puedan hacer con fiabilidad y validez, y una gran cantidad de investigaciones han demostrado que los factores psicológicos influyen en todas las formas de dolor. La mayoría de las personas con dolor crónico atribuyen su dolor a una combinación de factores somáticos, psicológicos, y ambientales. En el DSM-5, algunas personas con dolor crónico se diagnostican apropiadamente como trastorno de síntomas somáticos, con dolor predominante. Para otros, los diagnósticos de factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas o un trastorno de adaptación serían más apropiados.

9.5. Factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas y trastorno facticio

Los “factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas” es un nuevo trastorno mental en el DSM-5, después de haber sido anteriormen-

te incluido en el DSM-IV, en el capítulo «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica». El trastorno facticio se coloca entre el síntoma somático y los trastornos con “síntomas somáticos”.

9.6. Trastorno de conversión (Trastorno neurológico funcional)

Los criterios para el trastorno de conversión (“Trastorno neurológico funcional”) se modifican para enfatizar la importancia esencial de la exploración neurológica y en reconocimiento de que los factores psicológicos relevantes pueden no ser demostrables en el momento del diagnóstico.

10. Trastornos de la alimentación

En el DSM-5, los trastornos de la alimentación y el comer incluyen varios trastornos incluidos en el DSM-IV como trastornos de la alimentación de la lactancia o la primera infancia en el capítulo “Trastornos Normalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, la niñez o la adolescencia”. Además, se proporcionan una breve descripción y los criterios diagnósticos preliminares para varias condiciones en otros tipos de trastorno de la alimentación especificados. Actualmente; se dispone de una información insuficiente acerca de estas alteraciones para documentar sus características clínicas y su validez a fin de proporcionar criterios diagnósticos definitivos.

10.1. Pica y Trastorno de rumiación

Los criterios del DSM-IV para la Pica y para el trastorno de rumiación se han revisado para mayor claridad y para indicar que el diagnóstico se puede hacer para las personas de cualquier edad.

10.2. Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos

El trastorno DSM-IV de evitación / restricción de la ingesta de alimentos rara vez se utiliza porque un gran número de personas, sobre todo pero no exclusivamente, los niños y adolescentes, restringen considerablemente su consumo de alimentos y sufren problemas fisiológicos y psicosociales asociados importantes, pero no cumplen los criterios para un trastorno de la alimentación DSM-IV. El “Trastorno por evitación / restricción de la

ingesta de alimentos” es una categoría amplia destinada a incluir esta serie de presentaciones.

10.3. Anorexia nerviosa

Los criterios básicos de diagnóstico para la anorexia nerviosa continúan sin cambios conceptuales desde el DSM-IV, con una excepción: el requisito de presentar amenorrea ha sido eliminado. En el DSM-IV, este requisito fue suprimido en una serie de situaciones (por ejemplo, para los hombres, para las mujeres que toman anticonceptivos). Además, las características clínicas y la evolución de las mujeres que cumplen todos los criterios del DSM-IV para la anorexia nerviosa, excepto la amenorrea se parecen mucho a los de las mujeres que cumplen todos los criterios del DSM-IV. Al igual que en el DSM-V, las personas con este trastorno deben, para cumplir el Criterio A, tener un peso corporal significativamente bajo para su etapa de desarrollo. La redacción del criterio en el DSM 5 ha sido cambiada por razones de claridad y orientación sobre cómo juzgar si una persona está en o por debajo de un peso significativamente bajo. En el DSM-5, el criterio B se amplió para incluir no sólo el que se exprese abiertamente temor a aumentar de peso, sino también el comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso.

10.4. Bulimia nerviosa

El único cambio en los criterios DSM-IV para la bulimia nerviosa es una reducción en la frecuencia promedio mínima requerida de comer en exceso y la frecuencia de comportamiento compensatorio inapropiado de dos veces a una vez por semana. Las características clínicas y la evolución de las personas que cumplen este umbral ligeramente inferior son similares a los que cumplen el criterio DSM-IV.

10.5. Trastorno por atracones

Una amplia investigación siguió a la promulgación de criterios preliminares para “trastorno por atracón” en el apéndice B del DSM-IV, y los hallazgos apoyan la utilidad clínica y la validez del trastorno por atracones. La única diferencia significativa desde los criterios del DSM-IV es que la frecuencia media mínima de atracones de comida necesaria para el diagnóstico se ha

cambiado desde “a partir de al menos dos veces por semana durante 6 meses” a “por lo menos una vez por semana durante los últimos 3 meses”.

11. Trastornos de Eliminación

No hay cambios significativos en el diagnóstico de “trastornos de eliminación” del DSM-IV para el DSM-5 (Enuresis Encopresis y Otros). Los trastornos de este capítulo se clasificaron anteriormente como trastornos normalmente diagnosticados en la infancia, la niñez o la adolescencia en el DSM-IV y existen en la actualidad como una clasificación independiente en el DSM-5.

12. Trastornos del sueño y la vigilia

Debido a la exigencia del DSM-5 de especificar condiciones concurrentes (física y mental) los trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental y el trastorno del sueño relacionado con un otra condición médica general han sido retirados del DSM-5, y una mayor especificación de condiciones coexistentes es prevista para cada trastorno del sueño -vigilia. Este cambio pone de relieve que la persona tiene un trastorno del sueño que justifica una atención clínica independiente, además de los problemas médicos y mentales que también están presentes y reconoce los efectos bidireccionales e interactivos entre los trastornos del sueño y trastornos médicos y mentales coexistentes.

12.1. Insomnio, Hipersomnias y Narcolepsia

Por consiguiente, en el DSM-5, el diagnóstico de “insomnio primario” se ha cambiado por el de “insomnio” para evitar la diferenciación de insomnio primario y secundario. El DSM-5 también distingue la narcolepsia (que ahora se sabe está asociada con la deficiencia de hipocretina), de otras formas de hipersomnolencia. Estos cambios están justificadas por pruebas neurobiológicas y genéticas.

12.2. Trastornos del sueño relacionados con la respiración

En el DSM 5, los trastornos del sueño relacionados con la respiración se dividen en tres trastornos relativamente distintas: la apnea hipopnea obstructiva del sueño, apnea central del sueño, y la hipoventilación relacionada con el sueño. Este cambio refleja la creciente comprensión de la

patofisiología en la génesis de estos trastornos y, además, tiene relevancia para la planificación del tratamiento.

Apnea del sueño central

12.3. Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia

Los subtipos de trastornos de sueño y vigilia del ritmo circadiano se han ampliado para incluir el síndrome de fase avanzada del sueño, tipo irregular de sueño y vigilia, mientras que el tipo del *jet lag* se ha eliminado.

12.4. *Rapid Eye Movement* sueño y Síndrome de Piernas Inquietas

El movimiento rápido de los ojos y el síndrome de las piernas inquietas (trastornos independientes en el DSM-IV) en el DSM-5, han sido incluidos en *dysomnia* mientras no se especifique lo contrario.

13. Disfunciones sexuales

Para mejorar la precisión con respecto a los criterios de gravedad y duración y para reducir la probabilidad de diagnósticos excesivos, todos las disfunciones sexuales DSM-5 (excepto la disfunción *sexual substance/medication-induced*) ahora requiere una duración mínima de aproximadamente 6 meses y criterios de gravedad más precisas. Estos cambios proporcionan umbrales útiles para hacer el diagnóstico y distinguir las dificultades sexuales transitorias de la disfunción sexual más persistente.

En el DSM-IV, el concepto “disfunciones sexuales” hace referencia al dolor sexual o a una perturbación de respuesta sexual en una o más fases del ciclo. La investigación sugiere que la respuesta sexual no siempre es un proceso lineal, uniforme y que la distinción entre ciertas fases (por ejemplo, el deseo y la excitación) puede ser artificial. En el DSM-5, se han agregado las disfunciones sexuales específicas del género y, para las mujeres, el deseo sexual y trastornos de la excitación se han combinado en un trastorno: “Trastorno de interés / excitación sexual femenina”.

Trastorno eréctil

Eyacuación retrasada

Trastorno de orgasmo femenino

13.1. Trastorno de dolor genital-pélvico/ Penetración

El Trastorno de dolor Genital -pélvico / penetración es nuevo en el DSM-5 y representa una fusión de las categorías del DSM -IV de vaginismo y la dispareunia, que eran altamente comórbidos y difíciles de distinguir. El diagnóstico del trastorno de aversión sexual se ha eliminado debido a un uso poco frecuente y la falta de apoyo de la investigación.

13.2. Los subtipos

El DSM-5 sólo incluye los subtipos de trastornos sexuales “de toda la vida”, los adquiridos, los “generalizados” y los “situacionales”. La disfunción sexual debida a una enfermedad médica y el subtipo debido a factores psicológicos se han suprimido debido al hallazgo de que la presentación clínica más frecuente es aquella en el que tanto los factores biológicos y psicológicos contribuyen. Para indicar la presencia y el grado de correlación entre factores médicos y otros no médicos, se describen las siguientes características asociadas: factores de la relación, factores individuales de vulnerabilidad, factores culturales o religiosos, y factores médicos.

14. Disforia de Género

Disforia de género es una nueva clase de diagnóstico en el DSM-5 y refleja un cambio en la conceptualización de los rasgos distintivos del trastorno, haciendo hincapié en el fenómeno de la “incongruencia de género” en lugar de la identificación con el otro género en sí mismo, como era el caso del trastorno de la identidad de género en el DSM-IV. (Trastornos de identidad de género, disfunciones sexuales y parafilias). El Trastorno de identidad de género, sin embargo, no es una disfunción sexual ni una parafilia. La Disforia de género es una condición única, ya que se trata de un diagnóstico realizado por los proveedores de atención de salud mental, aunque una gran parte del tratamiento es endocrinológico y quirúrgico (por lo menos para algunos adolescentes y la mayoría de los adultos).

La incongruencia de género que resulta disforia de género puede adoptar muchas formas. La disforia de género por lo tanto se considera que es un concepto multicategoría en lugar de una dicotomía, y el DSM-5 reconoce la amplia variación de las condiciones de no congruentes con el género y grupos de criterios separados para disforia de género en niños y en adolescen-

tes y adultos. Los criterios de adolescentes y adultos incluyen un conjunto más detallado y específico de síntomas politéticos. Los criterios de “identificación” con el género y de “aversión hacia su género se han fusionado, porque no hay pruebas a partir de estudios de análisis factorial que apoyen mantenerlos separados. En la redacción de los criterios, el “otro sexo” se sustituye por “género alternativo”.

El criterio antes utilizado en niños de “fuerte deseo de ser del otro sexo” se sustituye por “deseo expresado en varias ocasiones” para capturar la situación de algunos niños que, en un entorno de coacción, no pueden verbalizar el deseo de ser de otro género.

15. Trastornos del control de los impulsos y trastornos de conducta

El capítulo sobre trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta es nuevo para el DSM-5. Reúne a los trastornos que anteriormente se incluían en los “trastornos generalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, la niñez o la adolescencia” capítulo (por ejemplo, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta y trastorno de comportamiento perturbador no especificado, ahora clasificado como otras especificadas y no especificadas perjudicial, control de los impulsos y trastornos de conducta) y el capítulo “trastornos de control de los impulsos no especificado” (es decir, el trastorno explosivo intermitente, la piromanía y la cleptomanía). Estos trastornos se caracterizan por problemas en el autocontrol emocional y conductual. Debido a su estrecha relación con el trastorno de conducta trastorno de la personalidad antisocial tiene la doble inclusión en este capítulo y en el capítulo de los trastornos de personalidad. Es de destacar que el TDAH es frecuente comorbilidad con los trastornos de este capítulo, pero está en la lista con los trastornos del neurodesarrollo.

15.1. Trastorno de oposición desafiante

Cuatro mejoras se han hecho a los criterios para el trastorno de oposición desafiante. En primer lugar, los síntomas se han agrupado en tres tipos: el estado de ánimo enojado / irritable, el comportamiento argumentativo / desafiante, y el deseo de venganza. En segundo lugar, se ha eliminado el

criterio de exclusión para el trastorno de conducta. En tercer lugar, dado que muchos de los comportamientos asociados con los síntomas del trastorno de oposición desafiante ocurren comúnmente en niños de desarrollo normal y adolescentes, se ha añadido una orientación sobre la frecuencia normalmente necesaria para considerar a un comportamiento como síntoma de la enfermedad. En cuarto lugar, se ha añadido una clasificación de gravedad a los criterios.

15.2. Trastorno explosivo intermitente

El principal cambio en el trastorno explosivo intermitente del DSM-5 es el tipo de brotes de agresividad que se deben considerar: en el DSM-IV se requiere la agresión física, mientras que en el DSM-5 la agresión verbal y no destructiva / no perjudicial también cumplen los criterios. DSM-5 también proporciona más criterios específicos que definen la frecuencia necesaria para cumplir con los criterios y especifica que los arranques agresivos son impulsivos y deben causar un malestar clínico significativo, deterioro laboral o interpersonal, o asociarse a consecuencias financieras o jurídicas negativas.

15.3. Trastorno de Conducta

Los criterios para el trastorno de conducta siguen en gran parte sin cambios desde el DSM-IV. Se ha añadido un especificador basado en investigaciones que muestran que algunas las personas con trastorno de la conducta tienden a tener una forma relativamente más severa de la enfermedad y una respuesta diferente al tratamiento.

16. Trastornos relacionados con sustancias y adictivos

Un importante punto de partida de los manuales de diagnóstico anteriores es que el capítulo de los trastornos relacionados con sustancias se ha ampliado para incluir trastornos de juego. Este cambio refleja la creciente y consistente evidencia de que algunos comportamientos, tales como juegos de azar, activan el sistema de recompensa del cerebro con efectos similares a los de las drogas de abuso y los síntomas del trastorno de juegos de azar que se asemejan a los trastornos por uso de sustancias en cierta medida.

16.1. Criterios y Terminología

El DSM-5 no separa el diagnóstico de abuso de sustancias y la dependencia como en el DSM-IV. Más bien, se proporcionan criterios para el trastorno de uso de sustancias, acompañado de criterios para la intoxicación, abstinencia, sustancia / trastornos inducidos por fármacos, y trastornos inducidos por sustancias no especificadas, cuando sea pertinente. Los criterios del trastorno DSM-5 sustancias son casi idénticos a los del abuso de sustancias del DSM-IV. Por el contrario, el DSM-IV no tiene una categoría para el abuso del tabaco, por lo que los criterios son nuevos para el tabaco en el DSM-5.

17. Trastornos neurocognitivos

17.1. Delirio

Los criterios para el delirio se han actualizado y esclarecido sobre la base de la evidencia disponible en la actualidad.

17.2. Trastorno neurocognitivo Leve y Mayor (grave)

Los diagnósticos del DSM-IV de la demencia y el trastorno amnésico se subsumen bajo la nueva entidad denominada trastorno neurocognitivo mayor (NCD). El DSM-5 ahora detecta un nivel menos grave de deterioro cognitivo, NCD leve, que es un nuevo trastorno que permite el diagnóstico de síndromes menos discapacitantes que pueden no obstante ser el foco de la preocupación y el tratamiento.

Aunque el umbral entre leve y grave (NCD) es arbitraria, hay razones importantes para considerar estos dos niveles de deterioro por separado. Aunque el síndrome leve es nuevo para el DSM-5, su presencia es consistente con su uso en otros campos de la medicina, donde se trata de un enfoque importante de la atención y de investigación.

18. Trastornos de la personalidad

Los criterios para los trastornos de la personalidad en la Sección II del DSM-5 no son diferentes de los del DSM-IV. Un enfoque alternativo para

el diagnóstico de trastornos de la personalidad fue desarrollado para el DSM-5 para el estudio adicional y se puede encontrar en la Sección III.

Los criterios de diagnóstico para los trastornos DSM-5 específicos de la personalidad en el modelo alternativo se definen constantemente a través de los trastornos por deficiencias típicas de funcionamiento de la personalidad y rasgos de personalidad característicos patológicos que han sido determinados empíricamente para estar relacionado con los trastornos de la personalidad que representan. Se han establecido empíricamente umbrales de diagnóstico para minimizar el cambio en la prevalencia del trastorno y maximizar las relaciones con la discapacidad psicosocial.

El enfoque del DSM-5 Sección III proporciona, por su parte, una base conceptual clara para todos los trastornos de la personalidad y un enfoque de evaluación eficiente con gran utilidad clínica.

19. Trastornos parafílicos

Un cambio general del DSM-V es la adición de los especificadores “en un medio controlado” y “en remisión” a los grupos de criterios diagnósticos para los trastornos parafílicos. Estos especificadores se agregan para indicar cambios importantes en la situación de un individuo. No hay consenso entre los expertos sobre si una parafilia de larga data puede remitir por completo, pero hay argumentos de que la angustia psicológica en el entorno, el deterioro psicosocial o la propensión a hacer daño a los demás pueden reducirse a niveles aceptables.

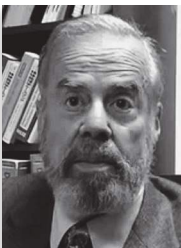


Capítulo 5

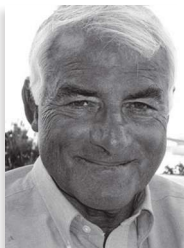
Aciertos y excesos de las críticas al DSM 5

Durante los últimos años en que se han ido conociendo los trabajos de los grupos de la Asociación Americana de Psiquiatría para la elaboración de su nueva DSM-5 (quinta versión de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) se han producido discusiones apasionadas y críticas desde distintos sectores de las profesiones de la Salud Mental que se han difundido incluso en los medios de difusión generalistas, produciendo cierta confusión entre los profesionales y el público en general.

1. Críticas por parte del “Institue of Mental Health norteamericano (NIMH)



Robert Spitzer.



Allen Frances.

La prensa ha avanzado críticas sustanciales a los cambios propuestos por el DSM-5. Se ha mencionado la relación “incestuosa” entre la psiquiatría académica y las empresas de fármacos con supuestos arreglos financieros. Por otra parte, los psiquiatras que encabezaron el DSM-III y DSM IV, Robert Spitzer, y Allen Frances (Frances, 2009) han atacado el DSM-5.

A finales de Abril el NIMH, la institución de investigación de salud mental más importante en EEUU, asestó un duro golpe a la autoridad del

DSM al anunciar que abandonaba el manual a favor de su propio manual NIMH “Criterios en el Campo de la Investigación” (Rdoc). Según el director del NIMH, Thomas Insel, el DSM 5 no ha logrado crear una base “científica” para la psiquiatría a través de diagnósticos basados en síntomas, como prometió. Cuando comenzaron a trabajar hace una década vieron su tarea como más ambiciosa que simplemente describir trastornos y conductas pretendiendo relacionar el diagnóstico a la genética y la neurobiología “subyacente”. Sin embargo, según Insel, conforme fueron trabajando fue cada vez más obvio de que no había suficientes pruebas para ese cambio.



Thomas Insel.

Por otra parte (Insel, 2013) la DSM 5 ha sido criticado desde otras direcciones: un conjunto de escándalos importantes de sobornos de las compañías de medicamentos a los “líderes de pensamiento” psiquiátrico; la preocupación creciente del público acerca del excesivo crecimiento de los diagnósticos y de la excesivas medicaciones administradas a los adultos y los niños; pruebas crecientes de que muchas de las medicaciones más vendidas (especialmente los antidepresivos) funcionaban poco o quizá no mejor que el placebo.

Por otra parte algunas “innovaciones” del DSM 5 como eliminar el “duelo” como un criterio de exclusión de la depresión mayor o la supresión de algunas categorías (como los trastornos de personalidad, por ejemplo) han sido ampliamente contestadas, etc.

El programa de Insel (Insel, 2013) para diseñar nuevas fronteras diagnósticas propone lo siguiente:

- Una aproximación diagnóstica basada en la biología así como en los síntomas no debe ser constreñida a las categorías actuales del DSM.
- Los trastornos mentales son trastornos biológicos que afectan a circuitos cerebrales que implican a campos específicos de la cognición, la emoción o la conducta.
- Cada nivel de análisis necesita ser comprendido a través de una “dimensión de función”.
- Es necesario hacer un mapa de los aspectos cognitivos, circuitos y genéticos de los trastornos mentales lo que permitirá nuevos y mejores objetivos para el tratamiento.

Insel anuncia que, en adelante, no van a financiar trabajos de investigación basados en el DSM porque “la debilidad del DSM 5 es su falta de validez”. A diferencia de nuestras definiciones médicas de enfermedad (sida, cáncer,...), los diagnósticos de la DSM están basados en un consenso a base de *clusters* (agregados) de síntomas clínicos y no por ninguna medida objetiva de laboratorio”. Esto es una acusación que también concierne a la psicología pero la psiquiatría sufre más por la crítica porque se supone que es la “más basada en la evidencia”; los psiquiatras tienen que ser primero médicos.

Insel continúa, “en el resto de la medicina esto sería equivalente a crear sistemas diagnósticos basados en la naturaleza del dolor de tórax o la cualidad de la fiebre. Básicamente dice que el DSM está anclado en el pasado. El diagnóstico basado en los síntomas, que fue en su momento habitual en otras áreas de la medicina, ha sido ampliamente superado en la mitad del último siglo cuando hemos comprendido que los síntomas rara vez permiten orientar sobre la realización del mejor tratamiento. Los pacientes con trastornos mentales merecen algo mejor”.

El NIMH quiere “dejar atrás el pasado”. En el pasado, dice Insel (Insel, 2013), se rechazaría un marcador biológico que no encaje en una categoría DSM. Actualmente se quiere recoger cómo todos los datos-genéticos, de imagen, fisiológicos y cognitivos- se agregan y no cómo se presentan los síntomas. Llamamos a esto el proyecto “Dominio de criterios de investigación (RDoC)”. La NIMH va a reorientar su investigación alejándose de las categorías DSM” dice, y esto quiere decir que la gente que solicita financiación va a tener que ajustarse al siglo XXI.

Dice Insel que “la APA y ciertamente algunos defensores del DSM 5 tal vez se muestren ultrajados pero yo hago la predicción de que aquellos que en las ciencias cognitivas quieren hacer ciencia y quieren obtener financiación del NIMH, se sentirán aliviados porque no van a tener que ceñirse a un documento que todo el mundo considera que está errado”.

Por su parte, David Kupfer, Presidente de la *American Psychiatric Association*, en la revista “*Psychiatric news*” de esa asociación, con fecha de 3 de mayo del 2013 señala que el DSM ofrece a los clínicos un manual diagnóstico con un lenguaje común para asegurar la mejor atención personal al paciente y que es el sistema más sólido actualmente para clasificar a los trastornos. Responde así a las críticas de Insel, que dice que el DSM usa clasificaciones diagnósticas fiables pero no válidas, porque el diagnóstico

está basado en el consenso acerca de conjuntos de síntomas clínicos y no en medidas objetivas de laboratorio, tal como se hace en los diagnósticos en otros campos de la Medicina. Insel dice que su proyecto federal llamado “*Research Domain Criteria RdoC*” permitirá al NIMH reorientar su investigación fuera de las categorías del DSM. Su comentario ha levantado tormentas en la comunidad de la salud mental. El doctor Insel dice que su motivación no es desprestigiar al DSM como un instrumento clínico, sino animar a los investigadores y a los revisores de peticiones de investigación de su agencia en relación con las categorías del DSM tras investigar las bases biológicas de los trastornos.

Presentación del Rdoc

El Rdoc seguirá tres principios rectores, con enfoques divergentes de diagnóstico actuales.

- En primer lugar el Rdoc se concibe como un sistema tridimensional (que refleja, por ejemplo, las mediciones de circuitos cerebrales, la actividad conductual, etc.) que abarca un rango de normal a anormal. Al igual que con las dimensiones como la hipertensión o la colesterolemia en otras áreas de la medicina, este enfoque incurre en el problema y ventaja de definir puntos de corte para la definición y la extensión de la patología (por ejemplo, leve, moderada y grave).
- En segundo lugar, en vez de comenzar con una definición de la enfermedad y la búsqueda de sus bases neurobiológicas, el Rdoc comienza con la comprensión actual de las relaciones cerebro-conducta y los relaciona luego con los fenómenos clínicos.
- En tercer lugar, el Rdoc utilizará varias unidades diferentes de análisis en la definición de constructos de sus estudios (por ejemplo, la neuroimagen, la actividad fisiológica, el comportamiento, y los auto-informes de los síntomas). En efecto, el Rdoc, se ha desarrollado con el objetivo explícito de permitir a los investigadores escoger una variable independiente de una de varias unidades de análisis diferentes.
- El marco de investigación el Rdoc puede ser considerado como una matriz cuyas filas corresponden a las dimensiones especificadas de la función, los cuales se denominan de forma explícita “constructos” y que están sujetos al perfeccionamiento continuo de los avances en la ciencia. Las construcciones representan la unidad fundamental de análisis

en este sistema, y se prevé que la mayoría de estudios se centren en un constructo (o tal vez en comparar dos construcciones sobre las medidas pertinentes).

- Algunas construcciones relacionadas se agrupan en grandes “dominios de funcionamiento”, lo que refleja el pensamiento contemporáneo sobre los principales aspectos de la motivación, la cognición y el comportamiento social. Los cinco dominios son; Sistemas valencia negativa (es decir, los sistemas de motivación aversiva); Sistemas valencia positiva; Sistemas Cognitivos; Sistemas para Procesos sociales y Sistemas de excitación / regulador.
- Las columnas de la matriz representan las diferentes clases de variables (o unidades de análisis) que se utilizan para estudiar los dominios. Se han especificado Siete de estas clases, que son genes, moléculas, células, circuitos neuronales, índices fisiológicos (por ejemplo, cortisol, la frecuencia cardiaca, reflejo de sobresalto), comportamientos y autoinformes. Los circuitos representan el aspecto central de estas clases de variables - tanto debido a que son centrales para los diversos niveles biológicos y de comportamiento de análisis como porque se utilizan para limitar el número de construcciones que se definen.
- Tres criterios guiaron la selección de la lista preliminar de construcciones. En primer lugar, la inclusión de un constructo estaba limitada por el hecho de un circuito particular del cerebro o área que, razonablemente se pueda especificar, que implementa esa dimensión de comportamiento. Dada la complejidad del cerebro y de la conducta, esto era más ambiguo en algunos casos que en otros; algunas construcciones, como la atención, reflejan una propagación de actividad relativamente difusa en muchas zonas del cerebro, mientras que el comportamiento de “fijación” puede reflejar de manera similar un neurotransmisor y funciones hormonales (por ejemplo, oxitocina) que actúan en lugares dispares en todo el cerebro. En segundo lugar, se hizo un intento de mantener un tamaño razonable que permita un listado manejable de las principales dimensiones funcionales de comportamiento.

Ejemplos de construcciones (entradas individuales) dentro de Dominios

Sistemas de valencia negativa

- Temor (polo opuesto, -falta de miedo): la amígdala, el hipocampo, las interacciones con ventromedial PFC.

- Amenaza potencial: eje HPA, BNST, el hipocampo, CRF, cortisol.

Sistemas de valencia positiva

- Motivación de aproximación (polo opuesto - anhedonia): vía de la dopamina mesolímbico.
- Comportamiento Habit-basado (incluyendo espectro TOC): la corteza orbitofrontal, el tálamo, el cuerpo estriado dorsal.

Sistemas Cognitivos

- La memoria de trabajo: PFC dorsolateral, otras zonas de PFC.
- El control cognitivo (con esfuerzo) (polo opuesto - impulsividad, desinhibición, externalización): circunvolución cingulada anterior, diversas áreas de la PFC medial y lateral.

Sistemas para Procesos Sociales

- Dominación social: la actividad cortical, los sistemas de dopamina mesolímbico, la testosterona, la serotonina.
- El reconocimiento de la expresión facial.
- Circuitos de auto-representación: dorsal y posterior del CAC, la ínsula.

Procesos de excitación / Regulación

- La regulación del estrés: circuitos núcleos del rafe, la serotonina.
- Facilitar el procesamiento de estímulo: Circuito locus coeruleus, norepinefrina.
- Preparación para el estímulo de tramitación y respuesta: Red de reposo cerebral.

Abreviaturas

- PFC: la corteza pre-frontal.
- HPA: eje hipotálamo-hipófisis.
- BNST: cama núcleo de la estría terminal.
- CRF: factor de liberación de corticotropina.
- TOC: trastorno obsesivo-compulsivo.
- Corteza cingulada anterior: ACC.

Proceso y Producto Final

El NIMH tiene la intención de que el proceso Rdoc sea lo más transparente posible. Un grupo directivo NIMH interno, asesorado por un pequeño grupo de expertos externos, ha creado el marco rdoc inicial y elaborado la lista de dominios, construcciones y clases de variables. El NIMH emitió una solicitud de opiniones sobre todos los aspectos de este primer borrador de la matriz Rdoc. Estos comentarios fueron tomados en cuenta para refinar aún más la versión inicial de la matriz.

La intención de la Rdoc es acelerar el ritmo de los nuevos descubrimientos mediante el fomento de las investigaciones que traduzcan los resultados de la ciencia básica en nuevos tratamientos que aborden los mecanismos fundamentales que trascienden las categorías de diagnóstico actuales. Las especificaciones de investigación tienen por objeto guiar a los investigadores en la realización de este tipo de investigación integradora mediante la inclusión de las variables de vanguardia en aplicaciones de investigación. Uno de los objetivos es acelerar el ritmo de la nueva información en todos los niveles de análisis. Por esta razón, el Rdoc incorporará un mecanismo para la evaluación continua de nuevos hallazgos.



David J. Kupfer.

Respondiendo a Insel, Kupfer (Director del grupo de trabajo del DSM 5) reconoce que “los esfuerzos como el del Instituto Nacional de la salud Mental según los Rdoc son vitales para el progreso continuo de las enfermedades mentales. Continúa diciendo que, sin embargo, la visión de Insel de un sistema basado de marcadores biológicos y genéticos “sigue estando lamentablemente distantes” y “no nos puede servir aquí y ahora”. Simplemente “otorga al paciente una nota prometedorra de que algo puede ocurrir en algún momento. Cada día los psiquiatras tienen que responder a pacientes que están sufriendo. Nuestros pacientes tienen derecho a ello”.

2. Las críticas desde los líderes del CIE 11

El psicólogo Geoffrey M. Reed (*Organización Mundial de la Salud, OMS, Suiza*), está dirigiendo un gran proyecto desde la OMS para crear una clasificación de trastornos mentales global, multicultural y multidisciplinar,

centrándose en mejorar su utilidad clínica. Además, en la actual revisión de la CIE, la OMS ha adoptado el español como segunda lengua de trabajo, lo que da una gran oportunidad a los profesionales de la salud mental de España y otros países hispanohablantes para implicarse activamente en el desarrollo de la próxima CIE 11.

Actualmente en la mayoría de los países del mundo se utiliza la CIE 10 y en EE. UU. la CIE 9 para una serie propósitos, entre los que el más importante es el tener un registro común sobre las causas de muerte.

Señala Reed que, según los resultados de una encuesta realizada por la OMS, en colaboración con la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), a psiquiatras de todo el mundo (Reed, 2010; Reed & Ayuso-Mateos, 2011), en España el uso de la CIE es de los más bajos de Europa. Según estos autores, la próxima publicación del CIE 11 en 2015 ofrece una buena oportunidad para que España adopte directamente la CIE-11, ajustándose al resto de Europa.

Dentro del marco de la revisión de la CIE, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS designó un Grupo Asesor Internacional para la Revisión de la CIE- 10, con representación global y multidisciplinar del que Reed, un psicólogo, es el coordinador.

Un gran número de artículos recientes han insistido en la importancia de armonizar las próximas versiones de DSM y CIE. Pero como ha señalado Jablensky (Jablensky, 2009), esa similitud entre ambas clasificaciones nunca fue algo pretendido, ya que tienen diferentes objetivos y son desarrolladas dentro de contextos organizacionales completamente diferentes entre sí. La CIE es una clasificación realizada por una agencia internacional de las Naciones Unidas, un recurso público de libre acceso para servir de herramienta en la salud pública. El DSM, sin embargo, es un sistema producido por una asociación profesional de una única disciplina de un solo país, y en el que la insisten algunos críticos radicales, asociación tiene un gran interés comercial. Por otra parte, el desarrollo de la CIE se enmarca dentro de un proceso global y multidisciplinar, y se lleva a cabo en diversas lenguas y teniendo en cuenta la multiculturalidad mundial (para lo que realiza un gran número de proyectos con numerosos grupos de trabajo en alguno de los cuales he participado (Guimón et al., 2002). Por su parte, en cambio, el DSM, pese a algunos esfuerzos, se genera desde una perspectiva eminentemente estadounidense y anglófona. La CIE tiene como objetivo ser de utilidad a los países miembros de la OMS, así como a los servicios de atención sanitaria de primera línea, mientras que el DSM está mayormente dirigido al campo

de la Psiquiatría. Dentro del debate sobre la existencia paralela de estas dos clasificaciones de trastornos mentales, la OMS es de la opinión de que los cambios sustanciales en las categorías de trastornos y sus definiciones deben realizarse a través de un proceso transparente, internacional, multidisciplinar y multilingüe que incluya la participación directa de un amplio conjunto de las partes implicadas y todo lo libre posible de conflictos de intereses. Tal y como han indicado autores como Moynihan (2011), un verdadero proceso multilateral de definición de trastornos no puede ser llevado a cabo legítimamente por una única organización profesional que representa a una única disciplina dentro de la salud, en un contexto de un país concreto y que cuenta con ocasionales intereses comerciales en los productos que utiliza.

Entre los diversos puntos que han sido criticados tras el desarrollo del DSM- 5 están los conflictos de intereses existentes entre los miembros de los grupos de trabajo implicados (Aldhous, 2012; Ledford, 2012); la preocupación por la inclusión de dos nuevos diagnósticos en trastornos de la infancia, concretamente el Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (Frances, 2011) y el Síndrome de psicosis atenuada; y la eliminación del duelo como criterio de exclusión para el diagnóstico de la depresión mayor (Frances, 2009). Estas críticas han disparado en algunos ámbitos la insatisfacción popular y profesional con el DSM-5, de lo que se puede encontrar un ejemplo en una reciente petición promulgada por psicólogos americanos expresando diversos puntos de protesta contra algunas de las actuales propuestas para el nuevo manual. El argumento que se desprende de esto es que una revisión no implica necesariamente una mejora. Un cambio basado en información imprecisa puede tener grandes repercusiones en muchos aspectos de la sociedad.

La OMS ha establecido unos principios básicos para orientar todo el proceso, entre los que destacan el objetivo principal de ayudar a los países miembros de la OMS a reducir la carga de los trastornos mentales y del comportamiento,

La encuesta global a psiquiatras anteriormente mencionada, llevada a cabo por la OMS y la WPA (Reed, 2010; Reed & Ayuso-Mateos, 2011), incluyó a casi cinco mil psiquiatras de 44 países, con representación de todas las regiones mundiales e incluyendo 27 países de ingresos medios y bajos, y fue realizada en 19 idiomas diferentes.

Señalan Reed y cols que el trabajo de la OMS para que en el desarrollo de la CIE exista una implicación internacional que incluya a países de todas las

regiones del mundo lleva asociada la barrera del lenguaje. En el pasado, el desarrollo y las revisiones de la CIE se han venido desarrollando en inglés, realizándose después la traducción a otros idiomas. Es por esta razón que muchos científicos y profesionales de países donde el inglés no es la lengua habitual en los entornos profesionales encontraban grandes obstáculos para participar en igualdad con respecto a sus colegas de países angloparlantes. Además, cada idioma cuenta con unas características específicas, y el inglés puede no recoger términos o significados que existan en otros idiomas o viceversa. El hecho de que en los países miembros de la OMS coexistan diferentes idiomas oficiales, con sus propias características e idiosincrasias lingüísticas supone un reto a la hora de generar una clasificación de trastornos que recoja los matices de cada lengua en una clasificación global. Con el desarrollo de las revisiones en varios idiomas de forma simultánea, la OMS pretende mejorar el proceso de revisión de la CIE, de forma que todos los países que utilicen de forma habitual el inglés puedan participar y hacer aportaciones en mayor igualdad de condiciones

Reed y cols añaden que en España existe aún cierta controversia acerca de la identidad profesional de la psicología. Mientras hay quienes abogan por su integración completa como una profesión sanitaria, hay otros preocupados por la posibilidad de que esto suponga renunciar a sus raíces como ciencia experimental. Desde la perspectiva de la OMS en relación a los servicios sanitarios, se necesita el apoyo tanto de psicólogos clínicos como investigadores para enfrentar el reto de reducir la carga de enfermedad de los trastornos del comportamiento. A pesar de la existencia de tratamientos eficaces, muchos de ellos intervenciones psicológicas, los trastornos mentales apenas son tratados.

La CIE-11, subrayan estos comentaristas, principalmente psicólogos, proporcionará un lenguaje común, que esperan sea asumido en Europa y en la mayoría de países. Los intereses de los profesionales en España y en el resto del mundo se verán más beneficiados uniéndose al esfuerzo global y multidisciplinar de la OMS en desarrollar recursos globales para la salud pública.

Conclusión

El diagnóstico es uno de los problemas clave en Psiquiatría. Fuente frecuente de estigma (Guimón, 2001) para quien lo padece y condición necesaria para quien intenta combatir la condición que lo sustenta, ha sido un caballo de batalla para los profesionales relacionados con la salud mental desde que la locura transitó en su viaje a partir de la brujería a la Medicina (Guimón, Fischer, & Sartorius, 1999).

A falta de datos biológicos que justificaran su presencia, el psicoanálisis satisfizo a medias durante decenios las ansias de conocer su origen y las ciencias sociales creyeron poder asignarlo a los males de la Sociedad. Desde los años sesenta del siglo XX los avances en las neurociencias prometieron encontrar sus bases biológicas aunque los hallazgos han decepcionado en buena medida a quienes nos sentimos demasiado esperanzados. Los métodos de la psicología científica nos han ayudado, en contrapartida, a poner un orden en nuestros conocimientos sobre la psicopatología experimental que han ayudado a la comprensión de los fenómenos anormales y a su manejo.

El conocimiento de la enorme prevalencia de los trastornos mentales los han convertido en un problema socio-político de primera magnitud y los gobernantes, los profesionales y los medios de comunicación (Guimón, 2001) han convertido en fuente de preocupación universal lo que antes era considerado un problema marginal cercano a la demoniología (Guimón, 1990).

Es difícil combatir a un enemigo en la obscuridad y por ello los avances en el diagnóstico y las clasificaciones de los trastornos mentales, extraordinariamente activos en nuestros días, que se discuten en estas páginas permitirán progresos insospechados a medio plazo si los profesionales involucrados los modulan con paciencia y templanza.

Bibliografía

- Abrams, K., Yune, S., Kim, S., Jeon, H., Han, S., Hwang, J. et al. (2004). Trait and state aspects of harm avoidance and its implication for treatment in major depressive disorder, dysthymic disorder, and depressive personality disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58(3), 240-248.
- Andreasen, N. C., Arndt, S., Alliger, R., Miller, D., & Flaum, M. (1995). Symptoms of schizophrenia. Methods, meanings, and mechanisms. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52, 341-351.
- Bandura, A. (1971). *Psychological Modeling: Conflicting Theories*. Chicago: Aldine, Aeherton.
- Bayón Perez, C., & Clonninger, C. R. (2005). Modelos de Clasificación. In J. Vallejo & C. Leal (Eds.), *Tratado de Psiquiatría* (Vol. 2, pp. 1399-1408). Barcelona: Ars Médica.
- Bellak, L., Hurvich, M., & Gedimen, K. (1973). *Ego Functions in Schizophrenics Neurotics, and Normals: A Systematic Study of Conceptual, Diagnostic, and Therapeutic Aspects*. New York: John Wiley & Sons.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Separation anxiety and anger*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 210.
- Bowlby, J. (1979). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Butkovic, A., & Bratko, D. (2003). Generation and sex differences in sensation seeking: results of the family study. *Percept Mot Skills*, 97 ((3 Pt 1)), 965-970.

- Cabaleiro Goas, M. (1966). *Temas psiquiátricos: Algunas cuestiones psicopatológicas generales*. Madrid: Paz Montalvo.
- Cierpka, M., & al, e. (1995). Die erste Version einer Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. *Psychotherapeut*, 40(69-78).
- Cloninger, C. R. (1996). Assessment of the Impulsive-Compulsive Spectrum of Behaviour by the Seven-Factor Model of Temperament and Character. In J. M. Oldham, E. Hollander & A. E. Skodol (Eds.), *Impulsivity and Compulsivity*. (pp. 59-97). London: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch. Gen. Psychiatry*, 50, 975-990.
- Craddock, N., Jones, I., & al. (2004). The Bipolar Affective Disorder Dimension Scale (BADD5)--a dimensional scale for rating lifetime psychopathology in bipolar spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 4.(1), 19.
- Elovainio, M., Kivimaki, M., Puttonen, S., Heponiemi, T., Pulkki, L., & Keltikangas-Jarvinen, L. (2004). Temperament and depressive symptoms: a population-based longitudinal study on Cloninger's psychobiological temperament model. *J Affect Disord.*, 83(2-3), 227-232.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The Sickness Rating Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 776-771.
- Erikson, E. H. (1960). The problem of Ego identity. In M. Stein, A. H. Vidich & D. M. White (Eds.), *Identity and anxiety*. New York: The Free Press.
- Eysenck, H. J. (1967). New ways in psychotherapy. *Psychology Today*, 1, 39-47.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G., & Muñoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Finzen, A., & Hoffman-Richter, U. (1997). Stigma and quality of life in mental disorders. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders*. Chichester: Wiley.
- Frances, A. (2009). Whither DSM-V? *The British Journal of Psychiatry*, 195, 391-392.
- Frances, A. (2011). DSM-5 approves new fad diagnosis for child psychiatry: Antipsychotic use likely to rise. *Psychiatric Time*.
- Frances, A., First, M. B., & Pincus, H. A. (Eds.). (1997). *DSM-IV, Guia de uso*. Barcelona: Masson, Barcelona.

- Frank, K. (1968). Indications for psychoanalytic group therapy. *Psyche*, 22, 778-785.
- Freud, S. (1946). *On narcissism: an introduction*. *Collected Papers* (Vol. Ch 4: p. 30-59). London: Hogarth Press.
- Gabbard, G. O., Horwith, L., Frieswyk, S. H., & al., e. (1988). The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 697-727.
- Goel, N., Terman, M., & Terman, J. (2003). Dimensions of temperament and bright light response in seasonal affective disorder. *Psychiatry Res.*, 15(119), 1-2.
- Griesinger, W. (1861). *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende* (deuxième ed.). Stuttgart.: Krabbe.
- Guillem, F., Bicu, M., Semkovska, M., & Debrulle, J. (2002). The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophr Res*, 56(1-2), 137-147.
- Guimón, J. (2001). Mass Media and Psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(6.), 533-534.
- Guimón, J. (1990). *Psiquiatras: De brujos a burocratas*. Barcelona: Salvat Ed.
- Guimón, J. (2001). *Inequity and Madness. Psychosocial and Human Rights Issues*. New York: Kluwer Academic.
- Guimón, J. (2004). Hacia un espectro de la timidez. *Avances en Salud Mental Relacional*, 3(2).
- Guimón, J. (2005a). Los límites del concepto de espectro en la esquizofrenia. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4(3).
- Guimón, J. (2005b). Los límites del espectro depresivo. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4(2).
- Guimón, J. (2007). *Diagnóstico Psiquiátrico no categorial. Relaciones, dimensiones y espectros*. Bilbao: OME.
- Guimón, J. (2008). *Salud mental basada en las pruebas*. Bilbao: Ed. Universidad del País vasco.
- Guimón, J., Baro, F. C. J., Becker, T., Breier, P., Czabala, J. C., Dilling, H. et al. (2002). WHO Tak Force on Mental Health Assesment: A reflection on an experience of three years. *The European Journal of Psychiatry*, 16(4), 233-239.

- Guimón, J., Berrios, G., & Mezzich, J. (1989). Psychiatric Diagnosis. *The British Journal of Psychiatry*, 154.
- Guimón, J., Erehsperger, S., Weber, B., Fredenrich, A., Vucetic, V., Zanello, A. et al. (2000). Evaluación de la psicoterapia grupal en la asistencia psiquiátrica : la Batería “ Bel-Air “. *Psiquis*, 21(6), 277-287.
- Guimón, J., Fischer, W., & Sartorius, N. (1999). *The Image of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. Basel: Karger.
- Guimón, J., Mezzich, J. E., & Berrios, G. E. (Eds.). (1989). *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelone: Salvat Editores, S.A.
- Hollander, E., & Stein, D. J. (1995). *Impulsivity and aggression*. New York: Wiley&sons.
- Insel, T. (2013, Transforming Diagnosis.
- Jablensky, A. (2009). Towards ICD-11 and DSM-V: Issues beyond “harmonisation”. *British Journal of Clinical Psychology*, 195, 379-381.
- Jaspers, K. (1946). *Psicopatologia general*. Buenos Aires: Delta.
- Kernberg, O. F. (1980). Neurosis, psychoses and the borderline states. In A. M. Kaplan, F. A.M. & J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kraepelin, E. (1909). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. .* Leipzig: Johann Ambrosius Barth; 8^a ed.
- liFirst, M. B., Bell, C. C., Cuthbert, B., Krystal, J. H., Malison, R., Offord, D. R. et al. (2002). Personality Disorders and Relational Disorders. In D. J. Kupfer, M. B. First & D. A. Regier (Eds.), *A Research Agenda For DSM-V*. (pp. 164,166): American Psychiatric Association.
- Livesley, W. Trait and behaviour prototypes of personality disorders. *Amer. J. Psychiat.*, 143, 728-732.
- Livesley, W. (2005). Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorder. *J Personal Disord*, 19(2), 131-155.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Maser, J., & Patterson, T. (2002). Spectrum and nosology: implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am.*, 25(4), 855-885.

- Menninger, K. (1963). *The vital balance*. Nueva York: Viking Press.
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 457-464.
- Reed, G. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Hacia una clasificación de los Trastornos Mentales de mayor utilidad clínica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 4, 113-116.
- Rucci, P., & Frank, E. (2003). Development and preliminary testing of the General 5-Spectrum Measure (GSM-V). *Depress Anxiety*, 18(3.), 109-117.
- Rycroft, C. (1968). *A critical dictionary of Psychoanalysis*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Sbrana, A., Dell'Osso, L., Benvenuti, A., Rucci, P., Cassano, P., Banti, S. et al. (2005). The psychotic spectrum: validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Psychotic Spectrum. *Schizophr Res.*, 15(75(2-3)), 375-387.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004a). Dimensions of personality pathology: an alternative to the five-factor model. *Am J Psychiatry*, 161(10), 1743-1754.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004b). Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatry*, 161(8), 1350-1365.
- Spitzer, R. L., & Klein, D. F. (1978). *Critical Issues in Psychiatric Diagnosis*. New York: Raven Press.
- Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Hoeber-Harper.
- Tangney, J., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *J Abnorm Psychol*, 101(3), 469-478.
- Tolsdorf, C. C. (1976). Social networks, support, and coping: an exploratory study. *Fam Process*, 15(4), 407-417.
- Toomey, R., Kremen, W. S., J.C. S., Samson, J. A., Seidman, L. J., Lyons, M. J. et al. (1997). Revisiting the factor structure for positive and negative symptoms. *Am. J. Psychiatry*, 154, 371-337.
- Vucetic, V., Maercker, A., Gex-Fabry, M., Scherer, U., & Guimón, J. (2004). Changes in Coping Behaviour after a Training Programme in Group Psychotherapy. *European Journal of Psychiatry*, 18(Supp), 93-106.
- Weinryb, R., Rössel, R., & Asberg, M. (1991). The Karolinska psychodynamic profile II. Interdisciplinary and cross-cultural reliability. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 73-76.

Widlocher, D. (1984). Le psychanalyste devant les problèmes de classification. *Confrontations Psychiatriques*, 24, 141-157.

Wing, J. K. (1978). *Reasoning about madness*. London: Oxford University Press.

Wing, J. K., & et, a. (1974). *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. London: Cambridge University Press.

Wolff, S. (1991). : “Schizoid” Personality in Childhood and Adult Life I: The Vagaries of Diagnostic Labelling. *British Journal of Psychiatry*, 159, 615-620.

Publicaciones de OMEditorial y/o del GSMP

1 Psiquiatría en la comunidad y neurolépticos de acción prolongada.
Oscar Martínez Azurmendi. 2004

2 El diagnóstico psiquiátrico no categorial.
José Guimón. 2007

3 Breves intervenciones en el largo viaje: La comunicación con pacientes con fibromialgia o síndrome de la fatiga crónica
Manual para profesionales sanitarios.
Clara Valverde, Iñaki Markez, Cristina Visiers. 2009

4 Nuevos retos en la consulta ¿Qué hacer ante la fibromialgia, el Síndrome de la Fatiga Crónica-EM y las Sensibilidades Químicas Múltiples? Manual de comunicación.
Clara Valverde, Iñaki Markez, Cristina Visiers. 2009

Atención Primaria de la Patología Psiquiátrica Dual en Prisión.
GSMP. 2006
J. Manuel Arroyo (Coord.)

5 Guía. Atención primaria de la salud mental en prisión.
GSMP. 2011
Cristina Iñigo e Iñaki Markez (Coords.).

6 Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas.
GSMP. 2012
Iñaki Markez y Cristina Iñigo (Coords.)

7 Olvido o reparación.
José Guimón. 2013

8 Controversias en la clasificación de los trastronos mentales.
José Guimón. 2014



El autor de esta Monografía, José Guimón Ugartechea, es Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco y ha sido Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Ginebra y Adjunct Clinical Professor de la New York University. Como miembro del cuadro de expertos de la OMS, dirigió el Centro Colaborador para la Investigación y Docencia de Ginebra. Es autor de diversas investigaciones y publicaciones sobre el Diagnóstico y la Clasificación de los trastornos psiquiátricos, entre los que se cuentan: Guimón, J. (1990). *Psiquiatras: De*

brujos a burócratas. Barcelona: Salvat Ed; Guimón, J. (2005a). Los límites del concepto de espectro en la esquizofrenia. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4(3); Guimón, J. (2007). *Diagnóstico Psiquiátrico no categorial. Relaciones, dimensiones y espectros*. Bilbao: OME.; Guimón, J. (2008). *Salud mental basada en las pruebas*. Bilbao: Ed. Universidad del País Vasco; Guimón, J., Baro, F. C. J., Becker, T., Breier, P., Czabala, J. C., Dilling, H., et al. (2002). WHO Tak Force on Mental Health Assesment: A reflection on an experience of three years. *The European Journal of Psychiatry*, 16(4), 233-239.; Guimón, J., Berrios, G., & Mezzich, J. (1989). Psychiatric Diagnosis. *The British Journal of Psychiatry*, 154.; Guimon, J., Fischer, W., & Sartorius, N. (1999). *The Image of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. Basel: Karger.; Guimon, J., Mezzich, J. E., & Berrios, G. E. (Eds.). (1989). *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.

El diagnóstico es uno de los problemas clave en Psiquiatría. Fuente frecuente de estigma para quien lo padece y condición necesaria para quien intenta combatir la condición que lo sustenta, ha sido un caballo de batalla para los profesionales relacionados con la salud mental desde que la locura transitó en su viaje a partir de la brujería a la Medicina.

El conocimiento de la enorme prevalencia de los trastornos mentales los han convertido en un problema socio-político de primera magnitud y los gobernantes, los profesionales y los medios de comunicación han convertido en fuente de preocupación universal lo que antes era considerado un problema marginal cercano a la demoniología. Los avances en el diagnóstico y las clasificaciones de los trastornos mentales que se discuten en estas páginas permitirán progresos insospechados a medio plazo.