

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Una aproximación crítica a su quinta edición (DSM-5)

Drs. Carlos Rojas Malpica*, Miguel Ángel De Lima Salas**, Adele Mobilli Rojas***

Algunas precisiones terminológicas y conceptuales

Según el DRAE, la palabra diagnóstico proviene del griego *διαγνωστικός*, y en medicina se refiere al “arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos”, así como la “calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte” (1). Es importante destacar que la definición hace referencia a “conocer la naturaleza” y no específicamente a su clasificación. El Diccionario de Términos Médicos (DTM), de reciente publicación por la Real Academia Nacional de Medicina de España es más riguroso, tanto en la etimología como en precisión terminológica: la palabra proviene “del griego *diagnosti-ós/-é, dia* “diferencia” + *gno-* “conocer” + *-stik-ós/e*; documentado en Galeno con el sentido actual, reintroducido y documentado en inglés desde 1625. Sustantivo masculino. Identificación de una enfermedad, trastorno o síndrome, habitualmente por su cuadro clínico, con o sin el concurso de las exploraciones complementarias. Admite numerosas categorías que dependen del aspecto de la enfermedad, trastorno o síndrome que se quiera reconocer. Sinónimo, *diagnosis*” (2). Laín Entralgo afirmaba que el diagnóstico es mucho más que la identificación de una perturbación o trastorno o su diferenciación de otro de apariencia similar, pues diagnosticar implica, además, el conocimiento de lo que ocurre en la psiquis y el cuerpo de la persona que requiere de nuestro cuidado (3). La discusión sobre el diagnóstico no

es baladí ni intrascendente, pues dependiendo de lo que el clínico entienda por diagnóstico quedarán centradas su observación, pensamiento y práctica profesional, así como los principios y valores por los que regule su relación con el paciente y los usuarios de los servicios de salud, pues diagnosticar tiene una dimensión antropológica que no puede ser ignorada por el médico (4). Coincidimos con Solanes en que “la medicina sin antropología, no es más que la provincia humana de la veterinaria” (5).

En psiquiatría se han desarrollado diversos sistemas de diagnóstico y clasificación. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, *American Psychiatric Association*), ha venido publicando desde 1952 revisiones seriadas de su Manual diagnóstico y estadístico (DSM).

Para los efectos de esta comunicación, es relevante detenerse a considerar el diagnóstico multiaxial (DMA), el diagnóstico idiográfico (DI), y el denominado diagnóstico centrado en la persona (DCP) (6). En el DMA el clínico consigna su observación en varios ejes. Desde el DSM-III y hasta el DSM-IV-TR se han utilizado los siguientes ejes, con algunas modificaciones de uno a otro manual:

Eje I: Corresponde al trastorno clínico-psiquiátrico.

Eje II: Trastornos de la personalidad y retraso mental.

Eje III: Enfermedad médica concurrente.

* Profesor Titular del Departamento de Salud Mental. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.

** Profesor de Historia de la Medicina y de Psiquiatría de Enlace.

Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.

*** Profesora del Doctorado en Ciencias Médicas. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales. Escala de estrés en el último año de vida.

Eje V: Escala de ajuste global (7).

No hay duda de que con el DMA se produce una ampliación de la mirada clínica. Es un avance en la comprensión del denominado “proceso-salud-enfermedad” hacia el denominado modelo “bio-psico-social”. Sin embargo, hay que hacer notar que se trata de variables para ser manejadas estadísticamente. Son “escalas” donde la información viene operacionalizada, medida, pesada, y por tanto, cosificada o reificada. Es la mirada del médico, con su carga epistemológica, la que queda consignada en el diagnóstico multiaxial de los DSM, lo cual no está mal, pero se puede llegar más lejos y consignar la mirada del paciente, no siempre coincidente con la de la ciencia médica. Es por eso que la Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP) se ha atrevido a proponer un *EJE IDIOGRÁFICO* inspirado en la investigación cualitativa etnográfica, con lo cual se otorga la palabra al paciente, registrando con su propio discurso su percepción de la enfermedad, la salud y los componentes subjetivos y culturales que influyen en su recuperación. La trascendencia de esta información consignada en la historia es enorme, pues se inscribe en la necesidad de un diálogo respetuoso, ético y de verdadera dimensión antropológica. No importa que la opinión del paciente y su comunidad de vida no coincidan con la del médico, incluso pueden ser divergentes, de lo que se trata es de reconocer al “otro”, con su saber y su cultura, en un diálogo fructífero y tenso, renovador, y rico en posibilidades de promover la salud (8). Se trata de un gran aporte de la psiquiatría latinoamericana que no debe ser desconocido y que hoy se despliega con vigor en Europa con el nombre de Medicina Narrativa.

Las valiosas investigaciones del Dr. Hernán Méndez Castellano y su método Graffar-Méndez Castellano, que permite distribuir la población en cinco estratos sociales, han logrado demostrar la relación existente entre la condición social y otras variables de salud y morbilidad, como talla, peso, estado nutricional, prevalencia de enfermedades comunes en la infancia, así como la esperanza y/o expectativa de vida del venezolano (9). Con su aporte, estaría perfectamente justificada la inclusión de un eje social tanto en la historia clínica como en el modelo diagnóstico de la medicina venezolana.

Es importante reconocer el aporte que la filosofía, las ciencias sociales y las humanidades han representado y representan hoy para la medicina. Las

nuevas preguntas que promueven la investigación en neurociencias proceden de fructíferos intercambios con las humanidades, de allí que se hable de neuroestética, neurofilosofía, filosofía de la mente y hasta de neuroteología con absoluto rigor científico (10). Se podría afirmar que de ese intercambio está surgiendo una nueva antropología que permea hacia la medicina toda. Desde allí también se propone un diagnóstico centrado en la persona, al que se podrían atribuir raíces muy antiguas en medicina (6). Como respuesta al feroz embate de la denominada “medicina basada en la evidencia” (MBE), de fuerte y muy cuestionada estructura positivista (11), desde el diálogo filosofía/medicina se propone una “práctica basada en valores” (PBV, *evidence-based practice, values-based practice, VBP*), donde no se desconozca la importancia de la experiencia ni la subjetividad del médico, como tampoco la del paciente, pues no solo no se les quiere confiscar ni colocar entre paréntesis, sino que se les ubica en primer lugar (12). Con arreglo a esta concepción de la PBV, los datos de laboratorio y hasta la ecuación genética del paciente sirven y quedan subordinados a un diagnóstico y una práctica de una medicina centrada en la persona (MCP). No hay duda entonces de que la medicina avanza en dirección al sujeto y su mundo de vida. La MBE es muy importante, pero lo que debe gobernar las decisiones en la relación médico-paciente son los valores, y no hay una “data de valores” aplicables en todos los casos, sino que siempre se debe contar con la persona. Se trata de una necesidad ética y epistemológica (13) que no puede ser resuelta por la metodología de la MBE.

Con ocasión de este debate, es oportuno recuperar tres términos de uso frecuente en la medicina: nosografía, nosotaxia y nosología. La raíz griega común a dichos términos es νοσος (nosos), que significa enfermedad. Según el DRAE nosografía es la parte de la nosología que trata de la clasificación y descripción de las enfermedades. Sin embargo, más preciso sería decir que la nosografía trata de la descripción y la nosotaxia de la clasificación de las enfermedades, pero este último término no está registrado en el DRAE. En realidad, las tres actividades son inseparables y todas forman parte del diagnóstico. Cuando se habla de enfermedades o trastornos mentales, se está haciendo nosografía, pues es necesario describir los síntomas por los cuales se manifiestan dichos trastornos, pero también nosotaxia, por cuanto se subraya que lo nuclear y común a esas perturbaciones es la alteración mental en función de la cual son clasificadas, y además nosología, porque

todo irá acompañado de un esfuerzo por explicar y/o comprender las relaciones entre los síntomas y el substrato personal, biológico, genético, emocional, vivencial, social y psicológico que los hace posibles. De tal manera, que el ejercicio más abarcativo de todos es la nosología, por medio de la cual, el clínico quiere aprehender el “*logismos de la physis*” (14), es decir, las lógicas inscritas en la naturaleza de la perturbación morbosa.

Pero hay que hacer matices al hablar de lógica. La racionalidad que funciona para comprender los procesos a nivel psicosocial, no es la misma utilizada para explicar lo que ocurre a nivel bioquímico, molecular, ni subatómico. Es cierto que la conducta y la enfermedad tienen determinaciones genéticas, pero no es menos cierto que experiencias vividas en primera persona pueden afectar la fisiología, de la misma manera que el ambiente social y cultural puede afectar la expresión genética. No cabe otra opción que aceptar la necesidad de un pluralismo explicativo que cruce transdisciplinariamente por diversos saberes, si es que se quieren remontar los modelos simples de razonamiento clínico (15). El debate científico contemporáneo admite que no todos los procesos pueden ser entendidos desde la lógica mecanicista que anima las ciencias naturales, nacidas y estructuradas en el positivismo de la modernidad, hoy en día profundamente cuestionado y problematizado por los teóricos del pensamiento complejo y de la teoría de sistemas. Lo novedoso, y también la dificultad del pensamiento complejo, es que no aspira eliminar la contradicción, la oscuridad ni la incertidumbre, sino que las asume y problematiza como aspectos constitutivos del orden/desorden de la naturaleza (16).

No se puede ignorar el caos al hablar de la locura (así como tampoco suponer que son sinónimos). En este nivel de reflexión, la psiquiatría ha de ser heteróclita y heterológica, es decir, debe tomar las lógicas de las ciencias de la naturaleza y las del espíritu (heterológica), pero también asumir que entre sus objetos de estudio, en este caso, tanto la subjetividad sana como sus procesos mórbidos, contienen un alto grado de incertidumbre y no se dejan aprehender cuando se estudian con arreglo a la norma común, por cuanto se expresan nada menos que a través del claroscuro del lenguaje y sus metáforas (heteróclita) (17).

Para hacer nosografía se han empleado mucho las estadísticas y el análisis de frecuencia. Siguiendo las investigaciones que parten de un modelo supuestamente “ateórico”, como los DSM, se corre

el riesgo de definir la enfermedad por los síntomas y la frecuencia con que aparecen y no por su estructura. Hay que advertir entonces, que lo más importante, no necesariamente es lo que más se repite, sino aquello que resulta indispensable para que se configure la estructura. De ninguna manera quedará mejor descrita una enfermedad refiriendo la frecuencia con la que aparecen sus síntomas, que captando aquello que es esencial de su proceso. Hacia allí dirigió su mirada Karl Jaspers, valiéndose del método fenomenológico para apuntalar su Psicopatología General (18). Por tanto, no debe confundirse la mera aliteración sintomatológica con la fenomenología, pues esta última aspira y se propone una captación de lo esencial y/o estructural a la que no puede llegarse por el simple análisis de frecuencia. Además, el clínico deberá hacer uso del rigor hermenéutico, para interpretar aquellos procesos y contenidos simbólicos estructurantes del psiquismo, que no se dejan explicar por las lecturas convencionales. Es por ello que hoy se admite sin reparos, que la psiquiatría debe auxiliarse de la fenomenología, la analítica existencial y la hermenéutica simbólica para aproximarse a la subjetividad que estudia (12).

Sobre los DSM de la APA

La tendencia a clasificar está inscrita en el lenguaje. Cuando se habla de alto/bajo, ancho/estrecho, próximo/distante se está clasificando. Si no queremos retrotraernos tan atrás en el tiempo, podríamos aceptar sin polémicas que el “primer” intento de clasificar en medicina corresponde a Thomas Sydenham, en su magna obra “Observaciones médicas” (“Observaciones médicas acerca de la historia y curación de las enfermedades agudas”, del original latín *Observationes Medicae circa Morborum Acutorum Historiam et Curationem*, de 1676). En efecto, es Sydenham quien, enmarcado en la ingente tarea de la reconstrucción del saber médico ya caído el edificio del galenismo gracias a Vesalio (*De Humani Corporis Fabrica, Libri Septem*, 1543) en la Anatomía, y a Harvey (*Exercitatio Anatomica de Moto Cordis et Sanguinis in animalibus*, 1628), en Fisiología, propone por primera vez la noción de las “especies morbosas”, dando un paso gigantesco hacia la construcción de una nosografía moderna (19).

En el Congreso Estadístico Internacional celebrado en Europa en 1853, se encargó a William Farr y Marc d’Espine la organización de una nomenclatura

uniforme para catalogar las causas de muerte. Pasaron 40 años hasta que un grupo dirigido por Jacques Bertillon produjo la Clasificación internacional de causas de muerte en 1893. A este texto siguió la Clasificación internacional de enfermedades, daños y causas de muerte, que luego fue revisada cada diez años, dando lugar a que la Sexta revisión de 1948 fuera asumida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para registrar morbilidad y mortalidad. La Clasificación internacional de enfermedades de la OMS de 1967 (CIE-8), derivada de las anteriores, ya contiene un esfuerzo significativo por recoger la morbilidad psiquiátrica. En su elaboración participa por primera vez un latinoamericano, creador del Centro Colaborador de la OMS para la clasificación de Enfermedades, que es el venezolano Darío Curiel. Luego ocurren muchos episodios de aproximación y distancia entre los CIE de la OMS y los DSM de la APA. La CIE-6 de la OMS no contemplaba trastornos de personalidad y reacciones situacionales transitorias, que cobraron mucha importancia después de la Segunda Guerra Mundial en las escuelas norteamericanas de Adolf Meyer y William Menninger, fuertemente influenciados por corrientes sociológicas y psicoanalíticas. Entonces la APA decide recoger estas observaciones y en 1952 publica el DSM-I como alternativa a la CIE-6. El DSM-I distinguía dos grandes grupos de enfermedades mentales. Por un lado, aquellas donde la causa era una alteración orgánica evidente, y por el otro, las que obedecían a una inestabilidad psicológica personal, que también podía expresarse a través de una alteración corporal. El DSM-II, publicado en 1968, coexiste temporalmente con la CIE-8 (1967), aunque son muy diferentes. Ahora se abandonan los términos de “reactivo” y “situacional” y son sustituidos por la idea de Menninger de “niveles de desorganización psicológica” (20).

El surgimiento de los nuevos psicofármacos, desde el trabajo pionero de J. Delay, P. Deniker y JM Harl sobre el uso de la clorpromazina en el tratamiento de los trastornos mentales en el año de 1952, desplaza el interés de la psiquiatría hacia un modelo biologicista (21,22). Por otro lado, la evolución de las técnicas estadísticas, exige un nuevo nivel de rigor. Es entonces cuando la APA, en 1974, constituye un grupo de trabajo coordinado por Robert Spitzer para trabajar en la elaboración del DSM-III. La mayor novedad, es que el DSM-III prescinde de supuestos sobre la etiología biológica, psicológica o social de los fenómenos psicopatológicos, y propone criterios de inclusión y exclusión basados en estudios

de confiabilidad provenientes de la concordancia entre psiquiatras expertos, trabajando en unos cien centros de atención clínica, y con la participación de millares de pacientes. El DSM-III se publica en 1980 y viene precedido de un prólogo del Profesor Pierre Pichot, para ese entonces Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, donde compara la obra con la publicación de la sexta edición del Manual de psiquiatría de Kraepelin (23). Se trata de un aval europeo que la APA quiere y necesita para entrar al debate psiquiátrico de ese momento y sobre todo, para las investigaciones que vayan saliendo en el nuevo formato. Es por ello que Pichot analiza la acogida que da Europa al nuevo modelo clasificatorio y las críticas que recibe, especialmente en su posición atea, lo cual es tomado como pragmático y superficial, así como el esfuerzo cuantificador, que se aparta de la tradición europea del estudio individual de cada caso (24). Aparte del significativo esfuerzo para construir una nueva nosotaxia, el DSM-III trae la novedad del diagnóstico multiaxial, lo cual constituye un extraordinario aporte que intenta captar lo complejo del trastorno mental en sus diversos componentes y no solo en su expresión clínica.

Muy pronto la APA determina que debe revisar el manual y encomienda al mismo Robert Spitzer la tarea. Es así como ve la luz el DSM-III-R (25). Se corrigen algunas fallas observadas, se flexibilizan los criterios, en el sentido de que algunos síntomas son necesarios, pero ninguno en específico es requerido para hacer el diagnóstico, y se cambia el EJE V por una escala de valoración del funcionamiento global. Posteriormente, Spitzer y col., desarrollan un modelo de entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R con la intención de mejorar los registros y afinar la precisión diagnóstica (26). También Pichot presenta un estudio histórico de los modelos nosológicos en psiquiatría donde ubica y reconoce el aporte y significación del DSM-III-R (27). La vigilancia epistemológica sobre la APA y sus modelos diagnósticos, nunca ha cesado, como se observa en el enjundioso trabajo de Renato Alarcón (28), donde se debate la transición hacia el DSM-IV.

Para coordinar el grupo de trabajo del DSM-IV la APA designa a Allen Frances, Jefe del Departamento de Psiquiatría de *Duke University School of Medicine*, psiquiatra formado en psicoanálisis y editor de importantes revistas norteamericanas. El texto aparece publicado en 1994 (29). El Coordinador general de las ediciones española, francesa e italiana es Pierre Pichot y el Director de la Edición Española

es JJ López-Ibor Aliño. El DSM-IV mantiene los constructos categoriales, recomienda que su uso se reserve a profesionales entrenados, intenta un equilibrio con la CIE-10 de la OMS, abandona la categoría de “trastorno mental orgánico” para evitar falsas dicotomías entre lo orgánico y lo funcional, se detallan mejor las categorías y se incluye el diagnóstico diferencial, la comorbilidad, datos de laboratorio y curso longitudinal. Los trastornos del desarrollo pasan del EJE II al EJE I. Además, el DSM-IV incluye un apéndice de síndromes culturales. El concepto de “trastorno” es precisado en los siguientes términos:

“A pesar de estas consideraciones, la definición de trastorno mental del DSM-IV es la misma que la del DSM-III y la del DSM-III-R, ya que es tan útil como cualquier otra definición y, además, ha permitido tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre la normalidad y la patología, que deberían ser incluidas en el DSM-IV. En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción” (30).

Una versión revisada del DSM-IV, fue publicada en el año 2000 (31). Sheehan DV y col., desarrollaron un modelo de entrevista mínima estructurada con arreglo a los criterios del DSM-IV (32). Ninguno de los manuales de la APA ha recibido acogida unánime. Se han hecho señalamientos críticos desde perspectivas epistemológicas, metodológicas, éticas, políticas y económicas. La crítica se ha acentuado aún más con el DSM-5, como veremos a continuación.

Sobre el DSM-5

El DSM-5 recibió fuertes críticas que comienzan mucho antes de su publicación. Grupos de orientación

científica diversa y con distintos niveles de rigor y credibilidad, suscribieron un “Manifiesto por una psicopatología clínica no estadística”, con un fuerte cuestionamiento a los modelos clasificatorios, pero especialmente al DSM-5. Allí se propone que todo conocimiento clínico debe ser considerado como una aproximación teórica y de ninguna manera puede ser asumido como “la verdad”, y sobre todo se alerta contra la códigos de diagnóstico y tratamiento únicos, obligatorios y universales, concebidos desde estructuras de poder económico y científico, determinadas por datos estadísticos concebidos por empresas como el “*Cochrane Institute*” (33).

Una observación hecha por Uribe al DSM-IV debe ser destacada. Este autor insiste en la importancia del componente cultural en el diagnóstico y demuestra que no solo los contenidos del delirio están influenciados por la cultura, sino que lo que es delirante en un ambiente cultural, en otro puede no serlo. De allí que cultura y psiquiatría estén inextricablemente entrelazadas y que cualquier sistema diagnóstico deba contar con referentes culturales (34).

Algunos autores han señalado la llamativa proliferación de trastornos con cada edición de los DSM, así como el interés económico que podría estar por debajo: “Cuando el DSM-III se publicó en 1980, contenía un total de 265 categorías diagnósticas (frente a las 162 de la edición anterior). El DSM-III fue sustituido por el DSM-III-R en 1987, el DSM-IV en 1994, y la versión actual, el DSM-IV-TR (texto revisado) en el año 2000, que cuenta con 365 diagnósticos. “Con cada edición posterior — escribe Daniel Carlat — el número de categorías de diagnóstico se multiplica, y los manuales empiezan a ser más voluminosos y más caros. Cada manual diagnóstico se ha convertido en un *best seller* de la APA, y el DSM supone una de las principales fuentes de ingresos de la organización”. El DSM-IV ha supuesto la venta de más de un millón de copias (35). De 106 estructuras clínicas reconocidas en el DSM-I, se llegó hasta 297 en el DSM-IV-TR dice otro autor (36). Se esperaba un notable incremento de trastornos en el DSM-5, y aunque no llegó a ocurrir en esa magnitud, de todos modos sumó quince nuevas estructuras clínicas.

La crítica más severa contra el DSM-5 la fórmula Allen Frances, el Director del Grupo del DSM-IV. Es necesario detenerse en ella, pues es una de las más citadas en la literatura. Aparece en 2010, tres años antes de que la APA presentara el DSM-5. Comienza por decir que el borrador al que tuvo acceso, está pobremente escrito, con una redacción inadecuada y

afirma que la reducción de los umbrales diagnósticos hará entrar una gran cantidad de población sana en la condición de enfermos. Algunas situaciones de la vida cotidiana, como la aflicción que acompaña al duelo, podrían quedar medicalizadas como un estado mórbido. El nuevo “síndrome de riesgo psicótico” tiene una cantidad enorme de falsos positivos y podría inducir a indicaciones innecesarias de psicofármacos. El “trastorno de disfunción temperamental con disforia” podría ocasionar que cualquier agresión cometida durante un ataque de ira pudiera ser utilizada para exonerar o atenuar la responsabilidad penal de muchos agresores. El “trastorno neurocognitivo menor”, descrito con síntomas muy frecuentes en el envejecimiento, también podría inducir prescripciones innecesarias. Asimismo, el “trastorno parafílico de coerción”, el “trastorno de hipersexualidad”, el “trastorno por adicción comportamental” y la “paidoefilia” presentan tantos aspectos polémicos, que debería haberse evitado su inclusión en el manual. Allen Frances termina su artículo señalando que conoce a la mayoría de los integrantes de los diversos comités de trabajo y que puede dar fe de que no están comprometidos con la industria farmacéutica (37). Basados en esas advertencias, autores de mucho prestigio y significación se sumaron a la preocupación creciente que despertaron los borradores del DSM-5: “El otro tema polémico de actualidad es el de una pretendida manipulación nosográfica basada ya no, como otrora, en la observación cuidadosa de los clínicos y los psicopatólogos sino en el interés comercial de la industria farmacéutica. Es el debate insoslayable sobre la medicalización de la vida, la medicamentación (*sic*) del bienestar, la fabricación corporativa de enfermedades. Este es uno de los temas centrales de la desconfianza con los que la psiquiatría debe contender y frente a los que debe responder en defensa de su identidad, en la defensa de sus pacientes y en la de la sociedad frente a la cual tiene una responsabilidad moral” (38).

La APA designó a David J. Kupfer, Profesor de la Universidad de Pittsburg, con una evidente inclinación por la investigación neurobiológica, como Coordinador del Equipo de Trabajo para el DSM-5. La decisión se tomó en 1999, pero el grupo dirigido por Kupfer comenzó a trabajar en 2007. La esperanza de un futuro modelo clasificatorio basado en las evidencias aportadas por las neurociencias fueron muy altas (39). Se organizaron trece equipos para revisar el DSM-IV y proponer el nuevo modelo clasificatorio. Se les exigió a todos los integrantes una declaración jurada de no estar incursos en conflictos de

interés con la industria farmacéutica. También fueron definidas estrategias y rigurosas líneas de trabajo. Se hizo lo posible por lograr puntos de encuentro y homogeneización con los códigos de la CIE de la OMS. El texto estuvo listo en mayo de 2013, para ser presentado en el Congreso de Psiquiatría de la APA (40).

Las críticas no fueron ignoradas por el grupo de trabajo. Desde la definición de trastorno mental ya se disipa una buena parte de las dudas. He aquí nuestra traducción del concepto: “Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por perturbaciones clínicamente significativas en la cognición, emoción o conducta de un sujeto que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, evolutivos y biológicos que subyacen a las funciones mentales. Los trastornos mentales están frecuentemente asociados a distrés significativo o discapacidad social y ocupacional o de otras actividades importantes de la vida. Una respuesta esperable o culturalmente aceptada a un estresor cotidiano o a una pérdida, como la muerte o una ruptura amorosa, no constituyen un trastorno mental. Una conducta de disidencia social (política, religiosa o sexual) o conflictos que son primordialmente entre un individuo y la sociedad, tampoco constituyen un trastorno mental, a menos que sean el resultado de una perturbación como la señalada anteriormente” (40).

Hay varios componentes que se deben destacar en la definición. En primer lugar, la perturbación debe tener significación clínica y ser reflejo de una disfunción importante de los diversos procesos que subyacen a las funciones mentales. En segundo lugar, se señala que los malestares de la vida cotidiana no constituyen trastorno alguno. En tercer lugar, pero igualmente importante, el contexto cultural debe ser considerado en la evaluación del trastorno. En cuarto lugar, la perturbación debe producir algún grado de discapacidad o sufrimiento en el sujeto y su vida de relaciones sociales. No hay duda de que las críticas y advertencias hechas antes de su aparición, morigeraron las definiciones y criterios del DSM-5, pues tampoco fueron incluidos muchos “trastornos” que con toda razón preocuparon tanto a Allen Frances como a otros autores. Sin embargo, las adiciones conductuales sí fueron incorporadas en el manual.

Para la valoración de la discapacidad, se han hecho sustanciales esfuerzos por parte del Grupo de Trabajo del DSM-5 y la OMS para separar los conceptos de trastorno mental y discapacidad (incapacidad en áreas sociales, ocupacionales, y otros aspectos importantes del funcionamiento). En el sistema de la OMS, la CIE

cubre todas las enfermedades y trastornos, mientras que la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) proporciona una clasificación separada para la discapacidad global. La lista de evaluación de discapacidad de la OMS (WHODAS) se basa en el CIF y ha demostrado ser útil como un modelo de aproximación al problema. En su tercera sección, el DSM-5 propone una serie de escalas de valoración, entre ellas un cuestionario basado en la CIF para valorar la discapacidad. Es por ello que en el DSM-5 se abandona la escala de valoración global (GAF) que venía siendo manejada en el EJE V del DSM-IV. Aunque el DSM-5 abandona el modelo multiaxial de los manuales precedentes, la misma definición que asume de lo que es un trastorno, obliga a una valoración de la discapacidad.

Por otra parte, el concepto de trastorno, también obliga a su contextualización cultural. Aunque no sea un EJE diagnóstico, la sección tercera del DSM-5 contiene una formulación cultural (EFC) que resulta muy importante para atender al paciente en su comunidad de conciencia. La entrevista de formulación cultural es un cuestionario de 16 preguntas centrado en la persona, que proporciona información al clínico sobre cuatro áreas fundamentales: definición cultural del problema (preguntas 1-3); percepciones culturales de la causa, contexto y apoyo (preguntas 4-10); factores culturales que afectan el afrontamiento en la persona (preguntas 11-13), y factores culturales que afectan la búsqueda de ayuda (preguntas 14-16). Tanto el proceso de realización de la EFC como la información que provoca se centran en la persona y pretenden mejorar la validez cultural del diagnóstico, facilitar la planificación del tratamiento y promover el compromiso y la satisfacción del individuo. Para alcanzar estos objetivos, la información obtenida de la EFC debe integrarse con el resto del material clínico disponible en una evaluación clínica completa y contextual. Una versión para el informante del EFC puede ser utilizado para recoger información colateral sobre los dominios de EFC, en sus familiares y/o cuidadores. La formulación cultural del DSM-5 es conceptualmente próxima al eje idiográfico de la GLADP. Renato Alarcón, colaborador en ambos modelos diagnósticos, ha subrayado el gran reto que supone el DSM-5 para la psiquiatría latinoamericana, que se ha esmerado en la consideración del contenido cultural de los trastornos mentales (42,43).

Aunque lo especulativo no tiene cabida en la nosología oficial de la APA, se admite que los DSM deben evolucionar en el contexto de otras

iniciativas de investigación clínica en el campo. Un aspecto importante de esta transición se deriva del amplio reconocimiento de que un sistema categórico demasiado rígido no recoge la experiencia clínica ni importantes observaciones científicas. Los resultados de los estudios de comorbilidad, así como la transmisión familiar de la enfermedad, incluidos los estudios en gemelos y de genética molecular, constituyen argumentos de peso para lo que muchos médicos astutos han observado durante mucho tiempo: los límites entre muchas categorías y trastornos son más fluidos a lo largo de la vida de lo que las nosografías y nosotaxias oficiales, incluyendo el DSM-IV, han reconocido. Se pueden producir muchos síntomas comúnmente asignados a un solo trastorno, con distintos niveles de gravedad, que también se presentan en muchos otros trastornos. Estos resultados significan que los DSM, al igual que otras clasificaciones de la enfermedad médica, deben dar cabida a enfoques dimensionales para estudiar los trastornos mentales, incluyendo dimensiones que trascienden las categorías actuales. Este enfoque debería permitir una descripción más precisa de las presentaciones de la conducta del paciente y aumentar la validez de un diagnóstico (es decir, el grado en que los criterios de diagnóstico reflejan la manifestación completa de un trastorno psicopatológico subyacente). El DSM-5 está diseñado para cubrir mejor las necesidades de los médicos, pacientes, familias e investigadores con el objeto de tener una descripción clara y concisa de cada trastorno mental organizada por criterios de diagnóstico explícitas, que pueden ser mejoradas, si es el caso, con medidas dimensionales que cruzan las fronteras de diagnóstico. Lo dimensional es una característica que el DSM-5 quiere resaltar, pues los denominados “criterios” ya no se cuantifican para hacer el diagnóstico, incluso puede ser suficiente con que esté presente uno solo, pues lo dimensional no se refiere a la frecuencia de un rasgo o de un síntoma, sino a su significación clínica. Al respecto, Otto Dorr afirma que “La perspectiva dimensional propone, en cambio, un sistema para medir la proporción en que está presente un determinado trastorno de personalidad, con lo cual está evitando los peligros ya mencionados de las definiciones categoriales, en las cuales el clínico se ve obligado en cada caso a afirmar o no la existencia de un determinado trastorno, prescindiendo de intensidades y matices” (44). El DSM-5 también incorpora a menudo los componentes etiopatogénicos del trastorno, expresados en imágenes cerebrales y exámenes de laboratorio. Nos parece

ver en lo dimensional una saludable tendencia a no rectificar por completo el diagnóstico.

Con respecto al uso legal, en el DSM-5 se hacen algunas precisiones importantes. Aunque el DSM-5 proporciona criterios diagnósticos y está diseñado fundamentalmente para ayudar a los médicos en la realización de la evaluación clínica, la formulación de casos y la planificación del tratamiento, también puede utilizarse como referencia por los tribunales y los abogados en la evaluación forense de los trastornos mentales. En vista de ello, es importante tener presente que la definición de trastorno mental fue desarrollada en el DSM-5 para satisfacer las necesidades de los médicos, profesionales de la salud pública e investigadores, mas que las necesidades técnicas y las complejidades de los tribunales y los profesionales del derecho. En caso de uso forense es recomendable mejorar lo que aporta el DSM-5 con el uso de escalas, instrumentos de valoración psicológica y todos los exámenes complementarios que se consideren convenientes.

En el área estrictamente nosológica, nosográfica y nosotáctica, el DSM-5 también trae cambios significativos e importantes. Nos limitaremos a señalar las entidades dónde se han producido modificaciones, pues un análisis pormenorizado requeriría un ensayo aparte por cada entidad: 1) Trastornos del neurodesarrollo (discapacidad intelectual, trastornos de la comunicación, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno específico del aprendizaje, trastornos motores); 2) Espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos (esquizofrenia, subtipos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, catatonía); 3) Trastorno bipolar y relacionados (trastornos bipolares, trastorno bipolar específico y otros relacionados, especificador de distrés y ansiedad); trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, se excluye el duelo sin significación clínica, especificador para trastorno depresivo, especialmente cuando hay riesgo suicida); 4) Trastornos de ansiedad (agorafobia, fobia específica y fobia social, ataque de pánico, trastorno de pánico con agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo); 5) Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados (especificadores para el TOC, trastorno dismórfico corporal, trastorno por acumulación, trastorno por tricotilomanía, trastorno por excoiación, abuso de medicación y sustancias por TOC o TOC inducido por abuso de medicación y sustancias, otros TOC especificados o no especificados); 6)

Trauma y trastornos relacionados con estresores (trastorno por estrés agudo, trastornos de ajuste, trastorno por estrés postraumático, trastorno reactivo de apego o dependencia); 7) Trastornos disociativos (trastorno disociativo de identidad); 8) Trastornos por síntomas somáticos y relacionados (trastorno por síntomas somáticos, síntomas medicamente inexplicables, trastorno de hipocondriasis y ansiedad por enfermar, trastorno por dolor, trastorno por afectación psicológica a otras condiciones médicas y trastorno facticio, trastorno de conversión o trastorno de síntomas neurológicos funcionales); 8) Trastornos del comer y de alimentación (trastorno de pica y rumiación, trastorno por evitación y restricción de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón de comida, trastornos por eliminación); 9) Trastornos de vigilia sueño (trastornos de la respiración asociados al sueño, trastornos del ritmo circadiano vigilia/sueño, trastornos de la conducta onírica en fase MOR y síndrome de las piernas inquietas); 10) Disfunciones sexuales (trastorno por dolor génito-pélvico con la penetración, subtipos de disfunciones sexuales, disforia de género); 11) Trastornos de conducta disruptiva y control de los impulsos (trastorno de oposición y desafío, trastorno de conducta, trastorno explosivo intermitente); 12) Trastornos adictivos y relacionados con sustancias (trastorno por juego adictivo); 13) Trastornos neurocognitivos (delirium, trastornos neurocognitivos moderados y mayores, subtipos etiológicos); 14) Trastornos de personalidad; 15) Trastornos parafilicos (con especificadores han ocurrido cambios de denominación diagnóstica) (45).

Reflexiones finales

Semanas antes de ver la luz el DSM-5, el Director del poderoso Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), declaró que no se regirían por el manual, ni tampoco subvencionarían investigaciones llevadas en ese formato. No es una biblia, su fortaleza está en la confiabilidad entre expertos, pero su debilidad es la validez estadística. EL NIMH quiere investigaciones clínicas con marcadores tomados de la neurociencias, que crucen y problematicen las categorías diagnósticas, o incluso, que construyan nuevas. El DSM-5 incorpora los hallazgos de las neurociencias, pero esa es una exigencia epistemológica que casi exige reconstruir la nosología psiquiátrica (46). Por otra parte, se puede añadir, que los hallazgos del correlato neurobiológico

requieren una lectura que trascienda el mecanicismo neo-kraepeliniano de alinear el hallazgo con el síntoma, pues entre uno y otro está el hiato órgano-clínico muy bien expuesto y discutido por Henri Ey en el siglo pasado (47).

El DSM-5 se queda corto cuando se refiere al problema de la comorbilidad. Los denominados trastornos no son entidades discretas sin solución de continuidad con otras alteraciones que se observan en la clínica. Muchos síntomas son comunes a diversos padecimientos y un mismo paciente puede recibir diversos diagnósticos simultáneamente o a lo largo de la vida. Los mejores clínicos reconocen que lo que hoy se diagnostica como esquizofrenia, en el futuro se podría diagnosticar como trastorno bipolar. Los casos “puros” son casi tan frecuentes como los controversiales. Es frecuente que un enfermo bipolar también presente un trastorno de personalidad y alguna adicción. La mayoría de los pacientes ansiosos también se deprimen, y una depresión mayor siempre cursa con un elevado nivel de angustia ¿Padecen nuestros enfermos dos o tres patologías distintas? ¿O procede toda la clínica de un mismo magma común? De ser así, la manera de sistematizar la clínica requiere de una aproximación novedosa que considere y dé cuenta del proceso por el cual se producen y emergen los síntomas. Algunas veces experiencias vividas en primera persona afectan profundamente el funcionamiento psicosocial, sus bases neurobiológicas y la dinámica epigenética. En otras oportunidades la procedencia parece estar radicalmente en la genética. Hay familias con linaje suicida que alcanza hasta tres generaciones. El ambiente social siempre ejercerá su efecto patoplástico modelando la expresión clínica. Se requiere entonces de una psicopatología que recoja mejor esos procesos con sus respectivas consecuencias en el ordenamiento nosotáxico (48).

El concepto de trastorno y/o enfermedad mental admite varias lecturas y cada una lleva a su propia categorización diagnóstica (49). Las más interesantes son las que propone el DCP, porque le da una dimensión ética al acto médico, que permite transponer el mero pragmatismo utilitario (50). Todo trastorno mental afecta de manera significativa al sujeto y su despliegue, es decir, a su subjetividad. En algún momento del DSM-5 se lee que el diagnóstico lo es de una enfermedad, no de una persona. No es ni quiere ser una etiqueta. Por eso se habla de persona con esquizofrenia y no de esquizofrénico. La EFC del DSM-5 está basada en los conceptos propuestos

por la MCP.

Ahora bien, ninguna clasificación en psiquiatría nos dejará totalmente satisfechos. El DMA fue una ganancia en complejidad para la psiquiatría, aunque llegara operacionalizado, convertido en cifras que cosifican el estrés o el ajuste global de la persona. El DSM-5 prescinde del DMA tal y como venía siendo utilizado en los manuales precedentes. Sin embargo, solo se trata de un reacomodo, pues lo que estaba en los tres primeros ejes, ahora queda en el primer eje, pero luego se incorporan la EFC y la valoración de la discapacidad. La psiquiatría es una disciplina compleja, que asume ocuparse de la subjetividad y su contexto social. No elude el orden simbólico, difícilmente abordable desde las estadísticas. Y tanto el sujeto como el símbolo son constituyentes ineludibles de la estructura híbrida, siempre borrosa y permeada por otros componentes de la perturbación psicopatológica (51). De allí que ninguna nosotaxia pueda dar cuenta completa de un fenómeno tan complejo y movedizo como la enfermedad mental. El concepto mismo de trastorno mental implica una dicotomía mente/cuerpo heredada de los tiempos cartesianos. Sin negar la luz de la razón, la tendencia hoy es a admitir lo oscuro, lo intangible, el caos y la tensión subyacente a la vida psíquica, en lugar de atrincherarse en fortalezas positivistas mineralizadas. La psiquiatría vive hoy una tercera etapa con nuevas teorías sobre la conciencia y la subjetividad que no pueden ser ignoradas por ningún modelo que pretenda ordenar la nosología psiquiátrica (52). Una ontología de la enfermedad mental implica replantearse su ser, es decir, su estatuto ontológico. Hasta ahora ha predominado una lectura positivista que tiende a reificarla, transformarla en un hecho objetivo, medible, pesable, y cuantificable, con una racionalidad similar a la que se ha impuesto en el resto de la medicina. Sin embargo, la esencia de la enfermedad mental es de naturaleza compleja y no se deja reducir fácilmente al modelo positivista. Los componentes de la enfermedad mental no interaccionan en términos rígidos ni mecánicos. En lugar de estar separados, parecen más bien estar entretejidos en una densa red de interrelaciones. Lo psicológico, lo social y lo biológico no son “factores”, separables ni susceptibles de ser rebanados para su ponderación, sino partes de un todo en permanente interacción. Las lógicas para analizar lo físico-químico, no son igualmente válidas para el nivel bioquímico y/o neurofisiológico, y al mismo tiempo, todos los niveles puede ser afectados desde lo social o de las vivencias que se dan en primera persona. No es posible ni deseable la supresión

de la subjetividad con la intención de lograr un pretendido estatuto científico superior. La psiquiatría debe entenderse con esa ambigüedad y aparente contradicción si de verdad quiere apropiarse de su objeto de estudio científico. Se trata de una tensión enriquecedora y no de un obstáculo en la producción de saber. Hay avances que es justo reconocer, pero se requiere de una nueva psicopatología abierta a las nuevas interrogantes y propuestas formuladas por las neurociencias, las humanidades y la filosofía de las ciencias, para desde allí construir una nueva nosología.

REFERENCIAS

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Editorial Espasa Calpe, SA; 2001.
2. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid: Diccionario de Términos Médicos. Editorial Médica Panamericana; 2012.
3. Laín-Entralgo P. El Diagnóstico Médico: Historia y Teoría. Barcelona: Salvat; 1982.
4. Mezzich JE, Salloum IM. Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116:1-5.
5. Solanes J. El Campo de la Psicología Médica. Caracas: Editorial Espasaand; 1984.
6. Garrabé J. La psiquiatría de la persona. *Salud Ment [revista en la Internet].* 2009 Oct [citado 2013 Dic 29];32(5):359-363. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S018533252009000500001&lng=es.
7. Stagnaro, JC. Nosografías psiquiátricas. En: *Psiquiatría. Suárez Richard, M (Comp).* Buenos Aires: Editorial Polemos SA; 2012:165-188.
8. Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). México: Editorial de la Universidad de Guadalajara, 2004.
9. Méndez Castellano H. Ecosistema de la salud: morbilidad y mortalidad según estrato social. *Gac Méd Caracas.* 1996;104(2):112-121.
10. Trimble M. *The soul in the brain.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
11. Conti NA. Algunas reflexiones en torno a la corriente de Psiquiatría basada en evidencias y su impacto en la Psiquiatría contemporánea. *VERTEX Rev Arg Psiquiat.* 2010;XXI:444-449.
12. Fulford KW, Stanghellini G, Broome M. What can philosophy do for psychiatry? *World Psychiatry.* 2004;3(3):130-135.
13. Pieczanski P, Matusevich D. Promoviendo nuevos paradigmas: Bill Fulford y la Medicina basada en los valores. *VERTEX Rev Arg Psiquiat.* 2010;XXI:450-458.
14. Laín Entralgo P. *La Medicina Hipocrática.* Madrid: Ediciones de la Revista de Occidente; 1984.
15. Kendler K. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry.* 2005;162:433-440.
16. Morin E. *El pensamiento Complejo.* Barcelona: Editorial Gedisa, S. A; 2003.
17. Heteróclito, según el DRAE: Se dice del nombre que no se declina según la norma común, y en general, de todo paradigma que se aparte de lo regular. Op cit.
18. Jaspers K. *Psicopatología General.* Buenos Aires: Editorial Beta; 1977.
19. Laín Entralgo P. *Historia de la medicina.* Barcelona: Masson S. A; 2003.
20. Jorge M. Los sistemas diagnósticos y de clasificación en psiquiatría. En: Alarcón R, Mazzotti G, Nicolini H, editor. *Psiquiatría.* México, D.F., Bogotá, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, El Manual Moderno, S.A. de C.V.; 2005:261-272.
21. Pichot P. *Un siglo de psiquiatría.* París: Editions Roger Dacosta; 1983.
22. López-Muñoz F, Álamo C, Cuenca E. Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: Medio siglo De psicofarmacología. *FRENIA,* 2002; Vol. II-1:78-107.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 3ª edición. (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
24. Pichot P. DSM-III and its reception: A European view. *Am J Psychiatry.* 1997;154(6 Suppl):47-54.
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* DSM-III. Third Edition, Revised (DSM-III-R). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1987.
26. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon MSP, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)I: History, Rationale, and Description. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:624-629.
27. Pichot P. Nosological models in psychiatry. *Br J Psychiatry.* 1994;(164):232-240.
28. Alarcón RD. Hacia El DSM-IV: Historia reciente, estado actual y opciones futuras. *Acta Psiquiat Psicol Amér Lat.* 1991;37(Z):105-122.

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV. 4ª edición.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
30. American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).* Barcelona: Masson, S.A; 1995.
31. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª edición. Text Revised (DSM-IV-TR).* Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
32. Sheehan DV, Lecubrier Y, Sheehan H, Amorim P, Janau J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):22-33.
33. Manifiesto por uma psicopatologia clínica não estatística. Editorial. *Rev Latinoam Psicopat Fund.*, São Paulo. 2013;16(3):361-372.
34. Uribe CA. La controversia por la cultura en el DSM-IV. *Rev Colombiana Psiquiatr.* 2000;XXIX(4):345-366.
35. Carlat D. Unhinged: The Trouble with Psychiatry — A Doctor's Revelations About a Profession in Crisis. Free Press. 2010. Fuente: <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why/>. Consulta en línea. 1/2/2014.
36. García Maldonado G, Saldívar González AH, Llanes Castillo A, Sánchez Juárez IG. El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2011 Ago [citado 2014 Abr 23];34(4):367-378. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400009&lng=es.
37. Frances A. Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions For DSM-5. *Psychiatric Times.* 2010;(11):1-10.
38. Pérez-Rincón H. Defensa e ilustración de la psiquiatría. *Salud Mental.* 2011;(34)6:473-480.
39. Kupfer DJ, Regier DA. Neuroscience, Clinical Evidence, and the Future of Psychiatric Classification in DSM-5. *Am J Psychiatry.* 2011;168;7:672-674.
40. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ª edición.* Arlington, VA, American Psychiatric Association. 2013.
41. Alarcón RD. DSM-5 y la Psiquiatría Latinoamericana. *Rev Neuropsiquiatr* 2013, 76 (2): (61-62).
42. Alarcón RD. Les composantes culturelles dans le DSM-5: Contenus fondamentaux ou concessions purement cosmétiques? *L'Évolution Psychiatrique* 2014;79(1):39-53.
43. Dörr Zegers O. Los trastornos de personalidad desde una perspectiva fenomenológica. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008;36(1):10-19.
44. American Psychiatric Association. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. <http://www.dsm5.org/about/pages/faq.aspx>. Consulta en línea. 30/6/2014.
45. NIMH. Director's Blog: Transforming Diagnosis. Consulta en línea. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>. 24/1/2014.
46. Rojas-Malpica C, Rojas-Esser MD. De Emil Kraepelin a Sigmund Freud y Henri Ey: fracturas, candiles y penumbras de la Posmodernidad. *Rev Neuropsiquiatr.* 2013;76(2):69-76.
47. Rojas-Malpica C, De la Portilla N, Mobilli-Rojas A, Martínez D. La psicosis única revisitada. De la nosotaxia a la nosología. *Salud Mental.* 2012;35:109-122.
48. Wakefield JC. El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial. *World Psychiatry (Ed Esp)* 2007; 5:3(149-156).
49. Berganza CE, Mezzich JE, Pounce C. Concepts of Disease: Their Relevance for Psychiatric Diagnosis and Classification. *Psychopathology.* 2005;(38):166-170.
50. Berrios G. Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2011.
51. Ojeda C. La tercera etapa: ensayos críticos sobre psiquiatría contemporánea. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos, 2003.