



Capítulo 17/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

DSM-5: UN SISTEMA DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Trabajamos para su tranquilidad...

DSM-5: un sistema de diagnóstico psiquiátrico

Anna M. Georgiopoulos, MD
Abigail L. Donovan, MD

Puntos clave

Contexto

- Un sistema diagnóstico psiquiátrico útil permite que florezcan los trabajos clínicos y de investigación.
- El DSM-5, el sistema diagnóstico más usado en EE. UU., fomenta la evaluación y descripción de múltiples tipos de información: psiquiátrica, médica y psicosocial.
- Un uso minucioso del DSM-5 puede promover la conceptualización rigurosa de los asuntos psiquiátricos y favorecer la comunicación clínica.

Historia

- El DSM-5, publicado en mayo de 2013, es la revisión más reciente de nuestro sistema diagnóstico psiquiátrico.
- Al DSM-5 se le añadieron varios trastornos nuevos, y se revisaron los criterios diagnósticos de otros.

Retos para la investigación y la clínica

- Como parte de un sistema diagnóstico en evolución, el DSM-5 está sujeto a futuras revisiones basadas en nuevos avances de la investigación y marcos conceptuales diagnósticos distintos.

Apuntes prácticos

- La formulación diagnóstica usando el DSM-5 es un proceso continuo que requiere habilidad y juicio clínico.

DSM-5 en contexto: un sistema diagnóstico en evolución

La clasificación diagnóstica psiquiátrica cumple varios propósitos. El diagnóstico señala las fronteras entre la presencia de trastornos mentales y la ausencia de trastorno (como las variaciones normales de la personalidad), y entre un tipo de trastorno y otro.¹ Los esquemas diagnósticos tienen implicaciones prácticas para ayudar a los clínicos a conceptualizar temas psiquiátricos, comunicarse con pacientes y otros clínicos e, idealmente, realizar predicciones pronósticas y planificar tratamientos eficaces.²⁻³ Un sistema diagnóstico útil hace posible además que la investigación psiquiátrica prospere. Permite una clasificación válida y fiable

de las enfermedades que podría beneficiarse de la investigación básica. Los intentos de documentar, describir y clasificar las enfermedades mentales se remontan a hace miles de años; incluyen tentativas de agrupar a las enfermedades según su fenomenología transversal, teorías de causalidad y, posteriormente, por su evolución clínica.⁴

En EE. UU., el sistema diagnóstico más usado es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5.^a Ed.⁵ El DSM se ha propagado internacionalmente de forma progresiva. La Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados, 10.^a revisión (CIE-10)⁶ de la Organización Mundial de la Salud (OMS) también se emplea mucho internacionalmente. La CIE se utiliza en EE. UU. con fines de codificación en los sistemas de reembolso médico; el paso de la versión previa, la Clasificación internacional de las enfermedades, modificación clínica, 9.^a revisión (CIE-9-MC),⁷ a la CIE-10 estaba previsto para 2014, pero finalmente se retrasó hasta octubre de 2015.⁸

El DSM-5, publicado en 2013, representa el último escalón de un proceso continuo de cambio en nuestro sistema diagnóstico psiquiátrico.⁹ Aunque el Manual diagnóstico y estadístico: trastornos mentales original¹⁰ fue publicado en 1952, la transición entre la segunda edición (DSM-II)¹¹ y la tercera (DSM-III)¹² representó un cambio fundamental en el abordaje de los diagnósticos psiquiátricos. Las formulaciones psicodinámicas dejaron de ser inherentes a la categorización diagnóstica, y el DSM-III se consideró atórico y descriptivo en su orientación, con un sistema diagnóstico multiaxial. En las revisiones posteriores^{5,13,14} hubo progresivamente más intentos de garantizar la fiabilidad y validez diagnóstica, incorporar hallazgos de la investigación y recoger información nueva mediante estudios de campo.^{3,15-18}

Antes de la llegada del DSM-5, el DSM-IV y su actualización posterior, el texto revisado (DSM-IV-TR),⁸ siguieron usando el sistema diagnóstico multiaxial. El eje I contenía todos los trastornos psiquiátricos excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental, registrados en el eje II. El eje III recogía las enfermedades médicas no psiquiátricas. Los problemas psicosociales y ambientales se señalaban en el eje IV.¹⁹ La escala de valoración global del funcionamiento (GAF), una cifra resumen del grado actual de deterioro psicosocial, laboral y educativo del paciente, estaba marcada en el eje V.²⁰ En algunos casos, la utilización del DSM-5 se está incorporando gradualmente. Por ejemplo, en los exámenes de certificación psiquiátrica de EE. UU. seguirán usándose los criterios del DSM-IV-TR hasta 2017.²¹ Así pues, aunque el sistema multiaxial ha sido eliminado en el DSM-5, es posible que siga siendo relevante estar familiarizado con los constructos del DSM-IV-TR durante un tiempo en entornos clínicos y de investigación.

Proceso de cambio al DSM-5

Cuando se publicó el DSM-IV-TR ya había iniciativas destinadas a considerar mejoras para el DSM-5. El apéndice del DSM-IV-TR incluía conjuntos de criterios diagnósticos para su posible inclusión en futuras ediciones. Otras indicaciones de cambio reflejaban avances en la investigación psiquiátrica o peticiones basadas en la utilidad clínica.² La American Psychiatric Association (APA), la OMS, la World Psychiatric Organization, el National Institute of Mental Health y el National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse^{5,9} de EE. UU. fueron los agentes activos en la fase de preparación del DSM-5. Los grupos de trabajo de la Task Force del DSM-5 de la APA lanzaron propuestas para revisiones, se realizaron estudios de campo,²² y se buscaron comentarios del público y los profesionales. Un comité

de revisión científica se encargó de la revisión por pares,²³ y un comité clínico y de salud pública, así como consultores forenses y estadísticos, participó en la consideración de los cambios propuestos.⁵ Además, se intentó coordinar el formato del DSM-5 con la actualización prevista de la CIE-10 en CIE-11, resultando en cambios estructurales para el agrupamiento de los trastornos en el DSM.²⁴

Estructura en tres secciones del DSM-5

Sección I

El DSM-5 se divide en tres secciones. La sección I contiene una breve historia del DSM y una guía para su uso. Hay que destacar que los criterios diagnósticos del DSM-5 no están diseñados para aplicarse rígidamente con el fin de incluir o excluir a personas del tratamiento cuando las circunstancias clínicas señalan lo contrario. Además, como el DSM-5 ha sido creado principalmente con el fin de ser utilizado en la asistencia sanitaria y la investigación, no es de esperar que sea suficiente para establecer determinaciones legales. En todos los entornos hay que aplicar el juicio clínico a la hora de recoger e interpretar la información diagnóstica, garantizar la presencia de malestar o deterioro funcional, e incorporar todos los datos disponibles en una formulación clínica.

Sección II

La sección II recoge los diagnósticos y códigos del DSM-5, agrupados en categorías de trastornos relacionados. La descripción de los trastornos comienza con aquellos que se originan en el neurodesarrollo al principio de la vida y termina por las enfermedades que aparecen con más frecuencia al final de la vida. En el marco conceptual del desarrollo los trastornos también han sido agrupados según el conocimiento neurocientífico actual que relaciona trastornos de acuerdo con hallazgos genéticos (es decir, entre trastorno bipolar y trastornos psicóticos), evoluciones clínicas y patrones de enfermedades concomitantes compartidos.²⁴ La variabilidad y los cambios de presentación que se producen a lo largo de la vida –como el cambio dependiente de la edad en los síntomas hiperactivos que tiene lugar típicamente en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)– también se tienen en cuenta en los trastornos individuales bajo el epígrafe de «Desarrollo y curso». Los factores relacionados con el sexo que puedan influir en el riesgo, la presentación o la evolución clínica quedan incorporados en toda la sección II bajo el epígrafe «Aspectos diagnósticos relacionados con el género». Estas dos subsecciones nuevas se añadieron para destacar la importancia del desarrollo y el sexo en el diagnóstico psiquiátrico.²⁵

A la hora de determinar qué diagnósticos encajan mejor en un paciente concreto hay que considerar cuáles son jerárquicos y mutuamente excluyentes, y cuáles podrían ser concomitantes/estar presentes a la vez. Por ejemplo, un paciente tiene un trastorno de ansiedad de separación que comienza en la etapa preescolar, desarrolla fobia social incapacitante al comienzo de la adolescencia y posteriormente sufre una fobia específica a las alturas tras una excursión al Gran Cañón del Colorado en el instituto, lo que provoca tres trastornos de ansiedad concomitantes en el momento de la presentación a la edad de 15 años. Además, los trastornos adaptativos excluyen otros diagnósticos, de modo que el psiquiatra tiene que determinar que los síntomas de presentación no cumplen los criterios de otro

trastorno psiquiátrico. Del mismo modo, suele ser necesario descartar una causa médica no psiquiátrica o inducida por drogas antes de poder diagnosticar cualquier otro trastorno.

Se precisa una técnica para describir trastornos que, aunque clínicamente relevantes, no encajan bien en las principales categorías diagnósticas, o en los que son necesarios más datos antes de asignar un diagnóstico más preciso. En el DSM-IV-TR se usaban los diagnósticos «no especificados (NE)» (not otherwise specified [NOS]) para esta situación; por ejemplo, el «trastorno de la conducta alimentaria NE» podía emplearse en pacientes que no cumplían todos los criterios de la anorexia o bulimia nerviosa. En el DSM-5 los diagnósticos NE han sido eliminados. En vez de estos, los clínicos pueden usar el término «otro especificado» (other specified) cuando deseen indicar el motivo por el cual no se cumplen todos los criterios diagnósticos ([cuadro 17-1](#)). Es posible usar una categoría diferente de «no especificado», «sin especificar» (unspecified), cuando el trastorno está presente claramente, pero no se da un motivo específico por el que no cumple todos los criterios. Esta situación se produciría cuando la información de la anamnesis es insuficiente, como en la evaluación urgente de un paciente. La etiqueta de «sin especificar» puede emplearse para indicar a grandes rasgos la presencia de un trastorno psiquiátrico (p. ej., trastorno mental sin especificar) o, siempre que sea posible, situar un diagnóstico en una familia de trastornos (p. ej., trastorno bipolar y relacionados sin especificar) (v. [cuadro 17-1](#)). Otra opción para denotar la incertidumbre diagnóstica es marcar un diagnóstico como provisional, lo que significa que se anticipa que el diagnóstico elegido surja más claramente con el tiempo o gracias a información adicional.

Cuadro 17-1 Diagnósticos bajo las etiquetas «otro especificado» y «sin especificar»: ejemplos de casos

Ejemplo 1: diagnóstico de otro especificado

Hombre de 20 años atendido en primera consulta en un centro ambulatorio. Refiere malestar importante por sus cicatrices de acné, que son prominentes. Pasa al menos 4 h todos los días examinándose la piel en el espejo y rascándose la piel alrededor de las cicatrices. No ha sido capaz de asistir a clase en la universidad ni de mantener un trabajo en los últimos 3 años debido a esta conducta y a la preocupación por su aspecto. Recibe el diagnóstico de «otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado especificado: trastorno similar al dismórfico corporal con defectos reales».

Ejemplo 2: diagnóstico sin especificar

Una mujer de 25 años acude al servicio de urgencias (SU) traída por una ambulancia después de que algunos transeúntes llamaran al 112. Había estado corriendo por las calles, vestida solo con un camisón, gritando: «Se acerca el día del juicio final». En la exploración se detectó que se distraía con gran facilidad y tenía un discurso inconexo y prolijo. El estado de ánimo era irritable, y el afecto lábil. Refirió oír la voz de Dios que le decía que el día del juicio final estaba próximo. También relató delirios de que sus vecinos eran demonios enviados por Satán para vigilar sus andanzas hasta el momento del juicio final. La paciente no fue capaz de referir antecedentes médicos o psiquiátricos, la evolución temporal de sus síntomas actuales, ni consumo reciente de alcohol o drogas. En el SU recibió los diagnósticos operativos de: trastorno bipolar y relacionado sin especificar; trastorno del espectro de la esquizofrenia sin especificar y otros trastornos psicóticos.

La paciente queda ingresada en la unidad de psiquiatría del hospital. Los resultados analíticos están dentro de los límites normales y los paneles de tóxicos resultan negativos. Todo el estudio médico posterior es negativo. Los padres de la paciente, con quienes mantenía una relación cercana, aportaron la siguiente información colateral: en las últimas 2 semanas la paciente había estado actuando de forma muy extraña. Solo dormía unas pocas horas por la noche, y después dejó de dormir por completo. Estaba muy irritable y se enfadaba fácilmente. Se quejaba de que los pensamientos iban muy rápido, y estaba mucho más habladora de lo normal. También se distraía con mucha facilidad. El día anterior a la visita al SU les dijo que oía a Dios que le hablaba. Había tenido un episodio anterior de depresión en la adolescencia, y nunca había oído voces ni estado paranoica antes. Su funcionamiento era normal hasta 2 semanas antes del ingreso. En el momento del alta, el diagnóstico había pasado a ser trastorno bipolar tipo I, con características psicóticas, episodio más reciente maníaco.

También se pueden añadir especificadores a los diagnósticos para aportar más información sobre la evolución clínica, características y gravedad. En muchos diagnósticos la gravedad presente se indica con especificadores (es decir, leve, moderada o grave). Cuando los síntomas han mejorado notablemente en ocasiones se usan los especificadores «en remisión parcial» o «en remisión total». Varios trastornos tienen sus propios especificadores recogidos en el DSM-5, como, por ejemplo, «con fuga disociativa» para la amnesia disociativa. Otros cuentan con varios subtipos mutuamente excluyentes, como tipo sangre-inyección-heridas o entorno natural para la fobia específica. El apéndice del DSM-5 contiene una guía para representar los especificadores o subtipos a través de los últimos números de los códigos diagnósticos de la CIE-9-MC o CIE-10.

Como mencionamos anteriormente, el formato multiaxial ha sido eliminado en el DSM-5. Todos los diagnósticos médicos y psiquiátricos relevantes para la asistencia deberían ser recogidos en orden de relevancia clínica, de modo que el diagnóstico más importante que motiva el encuentro clínico queda señalado en primer lugar. Estos pueden incluir diagnósticos relativos a la interacción entre trastornos médicos y psiquiátricos. Por ejemplo, se considera que la ingesta de una droga es la causante del problema psiquiátrico, resultante en un diagnóstico de «trastorno psicótico inducido por drogas». O bien la enfermedad médica se califica de causante del trastorno mental, lo que lleva a un diagnóstico del formato «[trastorno psiquiátrico] debido a [otra enfermedad médica]» ([cuadro 17-2](#)). Los síntomas psiquiátricos subumbral (p. ej., ansiedad o hiperfagia), rasgos de personalidad o mecanismos de defensa, afrontamiento inadaptado (p. ej., incumplimiento del tratamiento médico) o las respuestas de estrés fisiológico que tengan un impacto negativo en la evolución de una enfermedad médica reciben el diagnóstico de «factores psicológicos que afectan a otras enfermedades médicas» (v. [cuadro 17-2](#)). Además, es posible señalar «otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica», incluyendo tantos problemas o factores de estrés como sean relevantes para el diagnóstico y tratamiento clínico ([tabla 17-1](#)). Estas situaciones se recogen típicamente con su código correspondiente de la CIE (códigos V en la CIE-9; códigos Z en la CIE-10).

Cuadro 17-2 Interacciones entre trastornos psiquiátricos y médicos

Ejemplo 1: trastorno psiquiátrico debido a otra enfermedad médica

Una mujer de 38 años sin antecedentes psiquiátricos presenta por primera vez crisis de angustia, pérdida de peso e intolerancia al calor a lo largo de varios meses, resultantes en

problemas laborales; se descubre que su concentración de hormona estimulante de la tiroides es anómalamente baja. Asumiendo que las crisis de angustia han sido desencadenadas por el estado tirotóxico, la valoración diagnóstica podría ser como sigue:

1. Hipertiroidismo.
2. Trastorno de ansiedad debido a hipertiroidismo, con crisis de angustia.
3. Desavenencia con el supervisor en el trabajo.

Ejemplo 2: factores psicológicos que afectan a otras enfermedades médicas

Una mujer de 38 años sin antecedentes psiquiátricos recibe el diagnóstico de carcinoma de ovario por la ecografía pélvica realizada en el transcurso de una evaluación de infertilidad. Tras la cirugía, empieza a faltar repetidamente a las sesiones de quimioterapia, lo que atribuye a despistes o a lo ocupada que está. A pesar de la información aportada repetidamente por el oncólogo, sigue minimizando el efecto que podría tener el retraso del tratamiento sobre su pronóstico. No se considera que el propio carcinoma ni los efectos cognitivos adversos del tratamiento estén causando directamente esta conducta, aunque hay dudas sobre si las discusiones estresantes con su marido sobre adoptar un niño podrían estar contribuyendo, y su evitación está interfiriendo claramente en el tratamiento adecuado del cáncer. En el trabajo ha seguido un patrón de evitar la ayuda del supervisor en proyectos críticos, pero no cumple los criterios de trastorno de ansiedad, trastorno de la personalidad ni otro trastorno mental. Con esta formulación diagnóstica, la evaluación diagnóstica en este caso podría ser la siguiente:

- Carcinoma epitelial de células claras del ovario izquierdo en estadio IA.
- Factores psicológicos que afectan al tratamiento del carcinoma de ovario.
- Infertilidad.

Tabla 17-1

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Problema	Ejemplos
Grupo de apoyo primario	<p>Disrupción de la familia por separación o divorcio</p> <p>Problemas de relación con cónyuge o pareja</p> <p>Duelo no complicado</p>
Entorno social	<p>Dificultades de aculturación</p> <p>Exclusión o rechazo social</p>
Laborales	<p>Efecto adverso del ambiente de trabajo</p> <p>Desempleo</p>
De vivienda	Falta de vivienda

Problema	Ejemplos
	Desavenencias con vecinos, inquilinos o arrendador
Económicos	Ingresos escasos Pobreza extrema Seguro social o asistencia pública insuficiente
Legales	Encarcelamiento u otra reclusión Víctima de delincuencia
Otros problemas psicosociales/ambientales	Problema religioso o espiritual Exposición a catástrofe, guerra u otras hostilidades

Sección III

La sección III contiene material nuevo. Análoga al apéndice B del DSM-IV-TR, la sección III recoge trastornos candidatos que precisan más estudio antes de considerarlos para ser incluidos en futuras revisiones. Entre ellos están constructos como el trastorno de juego por Internet²⁶ y la autolesión no suicida.

Además, la sección III presenta una entrevista de formulación cultural para ayudar a recoger información culturalmente relevante que afecte al diagnóstico y planificación del tratamiento con poblaciones diversas. El DSM-5 introduce un enfoque más detallado destinado a comprender cómo la cultura puede influir en el tratamiento clínico que sustituye a los «síndromes ligados a la cultura» del DSM-IV-TR. Un glosario incluido en el apéndice describe destacados conceptos culturales importantes de malestar, como pueden ser los síndromes culturales (como ataque de nervios), los términos culturales de malestar (como kufungisisa) y las explicaciones culturales (como maladi moun). La descripción de los trastornos específicos en la sección II también contiene información sobre la variación cultural en las presentaciones clínicas. Por ejemplo, en la exposición de la pica, se señala que algunos grupos podrían adscribir un valor espiritual a la ingesta de sustancias no alimentarias específicas, algo que no debería diagnosticarse como trastorno mental.

Una crítica importante del DSM-IV-TR se centraba en las limitaciones del modelo categórico y aconsejaba la inclusión de enfoques dimensionales en las futuras ediciones. De acuerdo con esas críticas, el DSM-5 ofrece cambios sustantivos hacia un modelo dimensional del diagnóstico. La sección III del DSM-5 contiene una medida estandarizada de «síntomas transversales», como ira y problemas de sueño, que aparecen en múltiples trastornos psiquiátricos. Además, se incluye una medida dimensional de gravedad de síntomas en la psicosis. Como la GAF ha sido eliminada del DSM-5, hay una medida alternativa para valorar la discapacidad, el WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0).

También se ha trabajado con un espíritu dimensional en el área de estudio de los trastornos de la personalidad. Aunque la APA optó por mantener el sistema para diagnosticar trastornos de la personalidad sin variaciones en la sección II del DSM-5 ([tabla 17-2](#)), la sección III

introduce una forma diferente de conceptualizar los trastornos de la personalidad.²⁷ Este modelo considera cuatro áreas de funcionamiento de la personalidad: identidad, autodirección, empatía e intimidad. Además, se evalúan los rasgos de personalidad que pertenecen a uno de los cinco dominios (p. ej., afectividad negativa) y cada uno de ellos presenta «facetas de rasgos» más específicas (como hostilidad o labilidad emocional).

Tabla 17-2

Trastornos de la personalidad

Grupo A	Trastorno de la personalidad paranoide
	Trastorno de la personalidad esquizoide
	Trastorno de la personalidad esquizotípica
Grupo B	Trastorno de la personalidad antisocial
	Trastorno de la personalidad límite
	Trastorno de la personalidad histriónica
	Trastorno de la personalidad narcisista
Grupo C	Trastorno de la personalidad evitativa
	Trastorno de la personalidad dependiente
	Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Cambios en los criterios diagnósticos

El DSM-5 introdujo varios diagnósticos nuevos (tabla 17-3) y numerosos cambios en los criterios diagnósticos. Además de las variaciones en la nomenclatura o clasificación, se han creado varios trastornos combinando o separando categorías diagnósticas previas, y se han añadido o eliminado criterios diagnósticos específicos. El apéndice del DSM-5 describe estos cambios en su totalidad.⁵ A continuación exponemos algunos de los más destacados.

Tabla 17-3

Categorías diagnósticas nuevas en el DSM-5

Sección	Diagnóstico
Trastornos del neurodesarrollo	Trastorno de la comunicación social (pragmático)

Sección	Diagnóstico
	Trastorno del espectro autista Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) (anteriormente, retraso mental)
Trastornos depresivos	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo Trastorno disfórico premenstrual Trastorno depresivo persistente (distimia)
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	Trastorno de acumulación Trastorno de excoriación (rascarse la piel) Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	Trastorno de relación social desinhibida
Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados	Trastorno de síntomas somáticos
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	Trastorno de atracones
Disforia de género	Disforia de género
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	Trastorno por juego Trastorno por consumo de sustancias Abstinencia de cannabis Abstinencia de cafeína Trastorno por consumo de tabaco
Trastornos neurocognitivos	Trastorno neurocognitivo leve Trastorno neurocognitivo mayor

Trastornos del neurodesarrollo

Quizá el cambio más controvertido en este capítulo es la eliminación de las categorías diagnósticas separadas de autismo, trastorno de Asperger, trastorno desintegrador infantil y trastorno generalizado del desarrollo NE. En vez de estas categorías, los trastornos se incorporan al diagnóstico único de trastorno del espectro autista (TEA) debido al consenso de que los trastornos son la misma entidad diagnóstica, manifestada a lo largo de un rango de gravedad. Se pueden añadir otros especificadores al diagnóstico (lo que permite más especificidad) para señalar la presencia o ausencia de deficiencia intelectual, trastorno del lenguaje, catatonía o asociación con otro trastorno, como síndrome del cromosoma X frágil. Los pacientes con dificultades persistentes en los aspectos sociales de la comunicación verbal y no verbal, pero que carecen de conductas repetitivas restrictivas, reciben actualmente el diagnóstico de trastorno de la comunicación social (pragmático) en vez de TEA.

Los cambios introducidos en el TDAH son más discretos. El umbral diagnóstico para adolescentes mayores y adultos se ha reducido a cinco síntomas, y se ofrecen ejemplos que describen las distintas presentaciones de los síntomas a lo largo de la vida. La edad de inicio ha sido modificada para requerir la presencia de varios síntomas antes de los 12 años, en vez de síntomas «causantes de deterioro» antes de los 7 años, y no se permite un diagnóstico concomitante con TEA. Los subtipos del TDAH del DSM-IV-TR se recogen ahora como especificadores, aunque su contenido no ha cambiado.

Por último, el retraso mental ha pasado a denominarse «discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)». La gravedad de la enfermedad está determinada actualmente por el funcionamiento adaptativo, en vez de por el CI, como sucedía en el DSM-IV-TR.

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

En el DSM-5 se han eliminado todos los subtipos de esquizofrenia debido a su limitada estabilidad diagnóstica, escasa validez, baja fiabilidad y ausencia de valor pronóstico. Así pues, la catatonía ya no es un subtipo de esquizofrenia, sino que pasa a ser un especificador de un trastorno afectivo o psicótico, parte de una enfermedad médica u otro diagnóstico especificado. La importancia única otorgada a los delirios extravagantes y dos voces conversando entre sí (que previamente permitían cumplir sin más el criterio A necesario para la esquizofrenia) ha sido eliminada. Ahora se necesitan dos síntomas del criterio A en todos los casos para el diagnóstico de esquizofrenia. Hay otro requisito adicional de que los pacientes tengan al menos uno de los tres síntomas «nucleares»: delirios, alucinaciones o lenguaje desorganizado.

En el DSM-5 el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo exige actualmente que esté presente un episodio afectivo mayor durante la mayoría (en vez de una «porción sustancial») de la duración total del trastorno. En el trastorno delirante, ya no es necesario que los delirios sean «no extravagantes». Además, el diagnóstico de trastorno psicótico compartido (folie à deux) ha sido eliminado como categoría separada, y se incluye en el diagnóstico general de trastorno delirante.

Trastorno bipolar y trastornos relacionados

El trastorno bipolar y los trastornos relacionados ocupan ahora un capítulo distinto de los trastornos depresivos. Los criterios diagnósticos de episodios maníacos incluyen actualmente un requisito de cambio en la actividad o energía, además del estado de ánimo. Se ha eliminado también el diagnóstico de episodio mixto; en vez de este, se puede añadir el especificador

«con características mixtas» a cualquier trastorno afectivo (incluidos los depresivos). También es posible añadir un nuevo especificador de «con ansiedad» a los trastornos bipolares, además de a los trastornos depresivos.

Trastornos depresivos

Se han añadido dos trastornos depresivos nuevos al DSM-5. El diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDREA) se añadió para abordar la controversia relativa al diagnóstico de niños con trastorno bipolar. El trastorno describe niños que muestran irritabilidad crónica y episodios frecuentes de desregulación conductual extrema. Los síntomas están presentes casi todos los días, durante 1 año o más. Así pues, el DSM-5 diferencia entre irritabilidad crónica y estallidos de desregulación extrema de larga evolución, compatibles con el TDREA, y síntomas afectivos claramente episódicos e intermitentes, correspondientes al trastorno bipolar. El trastorno disfórico premenstrual es la segunda adición: ha saltado del apéndice del DSM-IV-TR a la sección II del DSM-5 debido a un mayor respaldo científico de su estabilidad y fiabilidad diagnóstica.

El DSM-5 también combina los diagnósticos de distimia y trastorno de depresión mayor (TDM) crónico en uno solo: trastorno depresivo persistente (distimia). Los criterios diagnósticos del TDM se mantienen básicamente invariables en el DSM-5, con la excepción de que se ha eliminado la exclusión del duelo, la restricción previa de que no podía diagnosticarse TDM en un paciente en duelo por la muerte de un ser querido en los 2 meses anteriores. El texto incluye una nota para ayudar a los clínicos a diferenciar el duelo normal y un trastorno depresivo.

Trastornos de ansiedad

La ansiedad y los trastornos relacionados han sido reorganizados en el manual. El trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo se incluyen actualmente en el capítulo de los trastornos de ansiedad, del mismo modo que todos los trastornos agrupados anteriormente como de inicio en la lactancia, infancia o adolescencia se han trasladado a las categorías que contienen los diagnósticos relacionados en adultos. Además, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno por estrés agudo ocupan ahora capítulos distintos, siguientes a los trastornos de ansiedad para reflejar su estrecha relación. Por último, en el DSM-5, el trastorno de angustia y la agorafobia se consideran diagnósticos distintos, y se puede recoger la crisis de angustia como especificador en varios trastornos.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

El TOC y los trastornos relacionados conforman un nuevo capítulo distinto en el DSM-5, reflejando los avances recientes que indican que estos trastornos están relacionados entre sí pero son diferentes de otros trastornos de ansiedad. El capítulo incluye el TOC, así como varios trastornos nuevos, como trastorno de acumulación y trastorno de excoriación (rascarse la piel). El trastorno de acumulación ha dejado de ser un subtipo de TOC debido a la idea actual de que se trata de un trastorno diferente con tratamiento y pronóstico distintos. La tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) se ha trasladado a este capítulo desde el dedicado al control de impulsos. Se han añadido especificadores para el TOC, el trastorno

dismórfico corporal y el trastorno de acumulación que señalan que la ausencia de introspección o las creencias delirantes deberían motivar el diagnóstico de TOC o de un trastorno relacionado concreto más que un trastorno psicótico. También se ha añadido un especificador de tics debido al reconocimiento de que un trastorno por tics concomitante tiene implicaciones clínicas importantes.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Se ha añadido un nuevo capítulo sobre trastornos relacionados con traumas y factores de estrés al DSM-5. Este capítulo contiene el trastorno de apego reactivo (TAR), trastorno de relación social desinhibida, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo y trastornos de adaptación.

Se han modificado los criterios diagnósticos de TEPT y trastorno de estrés agudo. La definición de exposición traumática ha crecido hasta incluir la experiencia directa e indirecta, así como exposición repetida (como sucede con primeros respondedores de los servicios de urgencia). Los grupos de síntomas también se han aumentado para incluir otros nuevos, como estados emocionales negativos persistentes.

El diagnóstico de TAR también ha sido revisado. Los dos subtipos descritos anteriormente (retraído emocionalmente/inhibido e indiscriminadamente social/desinhibido) son ahora trastornos diferentes: TAR y trastorno de relación social desinhibida. La separación se produjo por el reconocimiento de que los dos subtipos cuentan con diferencias suficientes en sus correlatos, evoluciones y respuestas a las intervenciones.

Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

El DSM-5 ha eliminado los diagnósticos de trastorno de somatización, hipocondría, trastorno por dolor y trastorno somatomorfo indiferenciado. En vez de estos, el trastorno de somatización y el trastorno somatomorfo indiferenciado se combinan en el trastorno de síntomas somáticos. Este trastorno incluye actualmente síntomas somáticos que son molestos o disruptivos para la vida cotidiana, además de pensamientos, sentimientos y conductas excesivos relacionados con los síntomas somáticos o problemas de salud. El requisito de un número específico de síntomas de cuatro grupos de órganos también ha sido eliminado, al igual que la necesidad de que los síntomas fueran «médicamente inexplicables».

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria existentes han tenido revisiones menores. Los criterios de anorexia nerviosa ya no incluyen el requisito de amenorrea, que no podía aplicarse a los hombres ni a mujeres antes de la menarquia o después de la menopausia. La frecuencia necesaria de atracones para el diagnóstico de bulimia se ha reducido a uno por semana (de dos por semana). El trastorno de atracones, respaldado actualmente por extensas investigaciones científicas, es un diagnóstico nuevo de este capítulo. Por último, la pica, el trastorno de rumiación y el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos se han trasladado a este capítulo, ya que todos los trastornos infantiles se agrupan ahora con sus homólogos adultos.

Disforia de género

La disforia de género es una categoría diagnóstica nueva en el DSM-5. Sustituye al trastorno de identidad de género, y hace hincapié en el malestar por la incongruencia de género, en vez de sobre la identificación con el género opuesto, como sucedía en el DSM-IV-TR. Esta incongruencia de género y disforia resultante puede manifestarse por distintas presentaciones, y existen criterios diferentes para niños, adolescentes y adultos, según el estadio del desarrollo. Se sustituyó el término «trastorno» por «disforia» para reducir el estigma y ser más consistente con la terminología clínica. Por último, la disfunción sexual y las parafilias se han trasladado a capítulos aparte, debido a la ausencia de relación entre estos trastornos y la disforia de género.

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

Este capítulo es nuevo en el DSM-5. Combina trastornos que pertenecían anteriormente a los «trastornos habitualmente diagnosticados por primera vez en la lactancia, infancia o adolescencia», incluidos el trastorno negativista desafiante (TND), el trastorno de la conducta y el trastorno de conducta disruptiva, con trastornos incluidos en «trastornos del control de los impulsos no especificados», como el trastorno explosivo intermitente (TEI), la piromanía y la cleptomanía. Actualmente estos trastornos están agrupados al reconocer en todos ellos problemas con la autorregulación emocional y conductual.

Varios trastornos de esta sección han sido revisados. Por ejemplo, los síntomas del TND se agrupan actualmente en tres categorías (enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante y vengativo) para reflejar la presencia de síntomas emocionales y conductuales. El criterio de exclusión para el trastorno de la conducta se ha eliminado y se han añadido criterios de duración específicos, con el fin de distinguir entre conducta infantil o adolescente normal y trastornos. Los criterios de TEI también se han expandido para incluir agresividad verbal además de la física, y ahora es necesaria una edad mínima de 6 años con vistas a diferenciarlo de las rabietas, normales en el desarrollo.

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

Los diagnósticos de abuso y dependencia de sustancias ya no están aparte en el DSM-5, sino que un diagnóstico nuevo de trastorno por consumo de sustancias combina los criterios diagnósticos previos del DSM-IV-TR. Anteriormente se consideraba que el abuso de sustancias era una forma más leve de un trastorno relacionado con sustancias; sin embargo, actualmente se reconoce que el abuso de sustancias puede presentarse con sintomatología grave y por este motivo se han eliminado esas fronteras diagnósticas.

El DSM-5 añade también la nueva categoría de adicciones conductuales. El único diagnóstico de este grupo es el trastorno por juego. La inclusión de este trastorno en el capítulo de trastornos relacionados con sustancias refleja la similitud entre las adicciones de sustancias y conductuales en cuanto a su presentación, las enfermedades concomitantes, su fisiología y su tratamiento.

Trastornos neurocognitivos

La demencia se ha sustituido por el diagnóstico de «trastorno neurocognitivo». Se ha incluido el trastorno neurocognitivo leve para potenciar el diagnóstico precoz y tratamiento proactivo antes de que aparezcan síntomas más incapacitantes. Los subtipos están determinados por

criterios específicos de cada etiología, y es posible seguir usando el término «demencia» para especificar el subtipo etiológico.

Críticas y limitaciones del DSM-5

Las críticas al DSM-5 comenzaron a aparecer incluso antes de su publicación.²⁸⁻³¹ Algunos creyeron que las experiencias normativas se habían patologizado en el DSM-5.³²⁻³³ Otros señalaron que los criterios diagnósticos eran más restrictivos para algunos trastornos,³⁴ con posibles ramificaciones en el mundo real para la prestación de asistencia, como sucede en el TEA.³⁵ Otros autores hicieron público su desacuerdo con las decisiones tomadas sobre aspectos de ciertos diagnósticos.³⁶⁻³⁹ También se expresaron dudas sobre la fiabilidad diagnóstica en los estudios de campo⁴⁰ y la aplicación de nuevos enfoques dimensionales a los trastornos de la personalidad.^{41,42}

Más fundamental, se ha intentado a lo largo de los años poner a prueba la base «ateórica» del DSM y reintroducir esquemas diagnósticos explícitamente motivados por teorías. Algunos investigadores han apuntado a la necesidad de un modelo de base biológica explícita resultante en una reclasificación fundamental de los trastornos de acuerdo con la fisiopatología subyacente.³² Este cambio ha sido todo este tiempo difícil de aplicar con el estado actual del conocimiento científico. El proyecto de Research Domain Criteria (RDoC) del National Institute of Mental Health de EE. UU.⁴³ es un gran trabajo concebido «con el fin de crear un marco conceptual para la investigación sobre fisiopatología, especialmente genómica y neurociencia, que en última instancia iluminará los futuros esquemas de clasificación».⁴⁴ Los RDoC pueden considerarse una estrategia «complementaria» a los sistemas diagnósticos actuales cuyos hallazgos emergentes, a medida que pasen a ser clínicamente relevantes de forma más directa, podrían incorporarse finalmente a las versiones futuras del DSM.^{28,45}

Otros autores expresan su ambivalencia hacia la idea del diagnóstico psiquiátrico y el «modelo médico» en general, objetando, por ejemplo, posibles usos y abusos antiterapéuticos, legales, éticos, sociales y económicos de la información diagnóstica.^{28,46,47}

El DSM-5 reconoce la necesidad de incorporar información sensible a la experiencia de enfermedad de los pacientes,⁴⁸ así como perspectivas socioculturales,^{30,49} basadas en el sexo²⁴ y del desarrollo/etapa de la vida.⁵⁰⁻⁵² Los procesos destinados a incorporar estas perspectivas de formas más sofisticadas deberían seguir evolucionando. A continuación describimos algunas críticas adicionales al DSM procedentes de orientaciones teóricas específicas.

Enfoques psicodinámicos

Una crítica de la evaluación psiquiátrica centrada exclusivamente en determinar diagnósticos basados en el DSM es que puede olvidarse la formulación psicodinámica. Algunos han planteado que los principios psicodinámicos vuelvan al DSM. Además, una coalición de organizaciones de orientación psicoanalítica ha desarrollado su propio manual diagnóstico aparte del DSM.⁵³

Enfoques conductuales

Los clínicos de orientación conductual argumentan que no tiene sentido describir una conducta aislada de su contexto y función, y que el análisis funcional de la conducta debería incorporarse a la clasificación diagnóstica.^{54,55} Por ejemplo, puede ser más útil en la planificación de un tratamiento conductual crear categorías que expliquen lo que está reforzando la conducta de transgredir las normas en un niño, en vez de enumerar los tipos o números de normas incumplidas, para crear una categoría tal como «trastorno de la conducta».⁵⁶

Teoría sistémica/de familias

El DSM-5 identifica los trastornos mentales como presentes exclusivamente «en un individuo».⁵ Los críticos provenientes de la terapia familiar o de orientación sistémica han cuestionado este axioma fundamental, especialmente en los niños. El DSM-5 señala la relevancia clínica de los patrones de relación problemáticos, pero no los reconoce como trastornos mentales. Esto podría resultar en el problema práctico de dificultades para recibir el reembolso de pagadores por el tratamiento, independientemente del posible deterioro causado por las dificultades relacionales en los individuos afectados.⁴

Conclusión

Se han generado varios argumentos para mejorar –o incluso desechar– el sistema diagnóstico del DSM. Dada la complejidad del encéfalo del ser humano, de las conductas humanas y de la variedad de entornos naturales y sociales en los que vivimos las personas, es probable que cualquier sistema diagnóstico psiquiátrico futuro tendrá que considerarse provisional: sujeto a cambios de acuerdo con los indicios empíricos y la utilidad clínica. A pesar de todo, el DSM-5 puede usarse enormemente por los clínicos atentos a sus limitaciones y que mantengan el centro pragmático en lo que beneficia a sus pacientes individuales. El DSM-5 aporta un marco conceptual que puede ayudar a los clínicos a recoger y sintetizar información sistemáticamente y comunicarse claramente. Una evaluación minuciosa permite que el psiquiatra clínico vaya más allá del ámbito diagnóstico del DSM, hacia un tratamiento eficaz. Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Wakefield JC, First MB. Clarifying the distinction between disorder and non-disorder: confronting the overdiagnosis (false-positives) problem in DSM-V. In: Phillips KA, First MB, Pincus HA, eds. *Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2003.
2. First MB, Pincus HA, Levine JB, et al. Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2004;161:946–954.
3. Widiger TA, Clark LA. Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychol Bull*. 2000;126:946–963.

4. First MB, Frances A, Pincus HA. *DSM-IV-TR guidebook*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004.
5. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. ed 5 Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
6. World Health Organization *International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision*. Geneva: World Health Organization; 1992.
7. World Health Organization *International classification of diseases, ninth revision, clinical modification*. Ann Arbor, MI: Commission on Professional and Hospital Activities; 1978.
8. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. ed 4, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000: text revision.
9. Kupfer DJ, First MB, Regier DA, eds. *A research agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002.
10. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952.
11. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. ed 2 Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
12. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. ed 3 Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
13. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. ed 3 Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
14. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. ed 4 Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
15. Bayer R, Spitzer RL. Neurosis, psychodynamics, and DSM-III: a history of the controversy. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:187–196.
16. Klerman GL, Vaillant GE, Spitzer RL, et al. A debate on DSM-III. *Am J Psychiatry*. 1984;141:539–553.
17. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1970;126:983–987.
18. Kendler K. Toward a scientific psychiatric nosology: strengths and limitations. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:969–973.

19. Skodol A. Axis IV: a reliable and valid measure of psychosocial stressors? *Compr Psychiatry*. 1991;32:503–515.
20. Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising Axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry*. 1992;149:1148–1156.
21. Moran M. DSM-5 offers creative teaching opportunity. *Psychiatr News*. 2013;48(11):18–25.
22. Clarke DE, Narrow WE, Regier DA, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part I: study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *Am J Psychiatry*. 2013;170(1):43–58.
23. Kendler KS. A history of the DSM-5 scientific review committee. *Psychol Med*. 2013;3:1–8: [Epub ahead of print].
24. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013;12(2):92–98.
25. Kupfer DJ, Kuhl EA, Regier DA. DSM-5—the future arrived. *JAMA*. 2013;309(16):1691–1692.
26. Petry NM, O’Brien CP. Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction*. 2013;108(7):1186–1187: [Epub 2013 May 13].
27. Gore WL, Widiger TA. The DSM-5 Dimensional Trait Model and Five-Factor Models of General Personality. *J Abnorm Psychol*. 2013;122(3):816–821: [Epub ahead of print].
28. Gornall J. DSM-5: a fatal diagnosis? *BMJ*. 2013;346: f3256.
29. Roehr B. American Psychiatric Association explains DSM-5. *BMJ*. 2013;346: f3591.
30. Jacob KS, Kallivayalil RA, Mallik AK, et al. Diagnostic and statistical manual-5: Position paper of the Indian Psychiatric Society. *Indian J Psychiatry*. 2013;55(1):12–30.
31. Stringaris A. Editorial: The new DSM is coming—it needs tough love. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(5):501–502.
32. Kudlow P. DSM-5 lends new urgency to brain-based evidence for mental illness. *CMAJ*. 2013;185(10):E457–E458: [Epub 2013 May 21].
33. Frances A. The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *BMJ*. 2013;346: f1580.
34. Torjesen I. Architect of DSM-5 rejects claims it will lead to labeling of more people as mentally ill. *BMJ*. 2013;346: f3648.

35. McPartland JC, Reichow B, Volkmar FR. Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(4):368–383: [Epub 2012 Mar 14].
36. Blanchard R. A dissenting opinion on DSM-5 Pedophilic Disorder. *Arch Sex Behav*. 2013;42(5):675–678: [Epub ahead of print May 16].
37. Koukopoulos A, Sani G, Ghaemi SN. Mixed features of depression: why DSM-5 is wrong (and so was DSM-IV). *Br J Psychiatry J*. 2013;203:3–5.
38. Bisson JI. What happened to harmonization of the PTSD diagnosis? The divergence of ICD11 and DSM5. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2013;22(3):205–207: [Epub ahead of print].
39. Birgegård A, Norring C, Clinton D. DSM-IV versus DSM-5: implementation of proposed DSM-5 criteria in a large naturalistic database. *Int J Eat Disord*. 2012;45(3):353–361.
40. Freedman R, Lewis DA, Michels R, et al. The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. *Am J Psychiatry*. 2013;170(1):1–5.
41. Livesley J. The DSM-5 personality disorder proposal and future directions in the diagnostic classification of personality disorder. *Psychopathology*. 2013;46(4):207–216: [Epub 2013 May 4].
42. Lynam DR, Vachon DD. Antisocial personality disorder in DSM-5: missteps and missed opportunities. *Personal Disord*. 2012;3(4):483–495.
43. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med*. 2013;11:126.
44. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*. 2010;167(7):748–751.
45. Stetka BS, Correll CU. A guide to DSM-5. Medscape May 21, 2013. Accessed online at www.medscape.com/newarticle/803884.
46. Eriksen K, Kress VE. *Beyond the DSM story: ethical quandaries, challenges, and best practices*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2005.
47. Szasz TS. *Liberation by oppression: a comparative study of slavery and psychiatry*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers; 2002.
48. Stein DJ, Phillips KA. Patient advocacy and DSM-5. *BMC Med*. 2013;11:133.
49. Lewis-Fernández R, Aggarwal NK. Culture and psychiatric diagnosis. *Adv Psychosom Med*. 2013;33:15–30: [Epub 2013 Jun 25].

50. Knapp P, Jensen PS. Recommendations for DSM-V. In: Jensen PS, Knapp P, Mrazek DA, eds. *Toward a new diagnostic system for child psychopathology: moving beyond the DSM*. New York: Guilford Press; 2006.

51. Bryant C, Mohlman J, Gum A, et al. Anxiety disorders in older adults: Looking to DSM5 and beyond.... *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21(9):872–876: [Epub ahead of print].

52. Bögels SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(5):663–674: [Epub 2013 Apr 2].

53. PDM Task Force *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.

54. Follette WC. Introduction to the special section on the development of theoretically coherent alternatives to the DSM system. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64:1117–1119.

55. Follette WC, Houts AC. Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: a case study of the DSM. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64:1120–1132.

56. Scotti JR, Morris TL, McNeil CB, et al. DSM-IV and disorders of childhood and adolescence: can structural criteria be functional? *J Consult Clin Psychol*. 1996;64:1177–1191.

(Stern, 20171024, pp. 163.e4-171.e1)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.