

DSM-5-TR: ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS PRINCIPALES CAMBIOS

DSM-5-TR: HISTORICAL BACKGROUND AND OVERVIEW OF MAJOR CHANGES

Recibido: 18 de julio de 2022 | Aceptado: 16 de octubre de 2022

DOI: <https://doi.org/10.55611/reprs.3302.08>

Juan Aníbal **González-Rivera** ¹, Yazmín **Álvarez-Alatorre** ¹

¹ Ponce Health Sciences University, San Juan University Center, San Juan, Puerto Rico

RESUMEN

La revisión del texto de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5-TR, por sus siglas en inglés) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) fue publicada en marzo de 2022. La publicación de cada versión del DSM genera reacciones inmediatas que aumentan la curiosidad, abren nuevos (y viejos) debates y promueven la discusión entre distintos sectores. En este artículo presentamos un resumen de los principales antecedentes históricos del DSM, así como algunas críticas y reflexiones que han surgido alrededor de la publicación de cada manual. También, presentamos los principales cambios incluidos en el DSM-5-TR en comparación con el DSM-5. Por último, hacemos comentarios finales reflexionando sobre si era necesaria la publicación de una nueva versión del DSM o no.

PALABRAS CLAVE: DSM-5-TR, Diagnóstico, Trastorno mental, Clasificación, Historia.

ABSTRACT

The text revision of the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) of the American Psychiatric Association (APA) was published in March 2022. The publication of each version of the DSM generates immediate reactions that increase curiosity, open new (and old) debates and promote discussion among different sectors. In this article we present a summary of the main historical background of the DSM, as well as the criticisms and reflections that have arisen around the publication of each manual. In addition, we present the main changes included in the DSM-5-TR compared to the DSM-5. Lastly, we make final remarks on whether the publication of a new version of the DSM was necessary or not.

KEYWORDS: DSM-5-TR, Diagnosis, Mental disorder, Classification, History.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) es el principal sistema de clasificación de condiciones de salud mental utilizado por profesionales de psicología y psiquiatría en Estados Unidos, Canadá y Puerto Rico. Su principal función es proveer un listado oficial de trastornos mentales en un lenguaje estandarizado que facilite el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico. Ha sido traducido a más de veinte idiomas y es frecuentemente utilizado en la práctica clínica de profesionales de salud mental, así como en los contextos académicos, investigativos y legal. Ha alcanzado un estatus casi hegemónico como principal fuente de referencia para la evaluación y categorización de trastornos mentales, no solo en Estados Unidos, sino también en Europa y Asia (Kawa & Giordano, 2012). Aunque es importante señalar que, unos pocos estudios que comparan el uso del DSM y el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), sugieren que en Europa hay una tendencia a utilizar más el CIE a nivel clínico (no investigativo ni legal) que el DSM (Mezzich, 2002).

La última edición del DSM fue publicada en marzo de 2022 luego de ser anunciado su lanzamiento el 28 de diciembre de 2021 (Moran, 2021). Con la publicación de cada nuevo manual, o revisiones de este, surgen reacciones inmediatas que aumentan la curiosidad, abren nuevos (y viejos) debates que promueven la discusión entre distintos sectores que no se limitan al de salud mental (García-Zabaleta, 2018; Leon-Sanromà et al., 2014). Históricamente, cada DSM pone de manifiesto los valores y reflexiones del *Zeitgeist* que distingue a la época de cada una de sus ediciones, impactando la forma en que es concebida y tratada la psicopatología, los pacientes en psiquiatría y los factores cognitivos, emocionales y conductuales (Kawa & Giordano, 2012). El DSM-5-TR es publicado nueve años de su versión anterior (DSM-5), tiempo en el que, según APA (2022a), surgieron avances científicos significativos para su inclusión en esta última edición. Los diag-

nósticos y las clasificaciones de los trastornos son fundamentales para el entendimiento de las enfermedades mentales. De igual importancia es conocer la historia e influencia del pensamiento contemporáneo en cada DSM (Fischer, 2012); esto amplía la comprensión evolutiva de los cambios que ocurren en cada uno.

Con el propósito de evidenciar lo polémico y cuestionable que puede ser la publicación de cada DSM, el primer objetivo del presente artículo es presentar un resumen sucinto de los principales antecedentes históricos de cada versión del manual, así como algunas críticas y señalamientos que han surgido. El segundo objetivo es presentar los principales cambios incluidos en el DSM-5-TR en comparación con el DSM-5 para luego analizar críticamente si era necesaria la publicación de una nueva versión del manual o no.

Antecedentes Históricos: Desarrollo y Evolución del DSM

Durante el siglo XIX el desarrollo de la nosología psiquiátrica fue restringido intelectual y científicamente, la patología era definida por observaciones de síntomas externos y prevalían las más antiguas clasificaciones como manía, monomanía, demencia e idiotez (Grob, 1991). No fue hasta finales del siglo XIX que el interés por la nosología resurgió, específicamente por los aportes de Kraepelin (1894), que, aunque no fueron inmediatamente acogidos, contribuyeron al cambio de la visión de unicidad de las circunstancias de las enfermedades por una más generalizada y de probable carácter universal. El primer intento de tener un sistema estandarizado de nosología psiquiátrica surgió en 1908, cuando la Oficina del Censo de los Estados Unidos pidió a la Asociación Americana Médico-Psicológica que creara un Comité de Clasificación de Enfermedades para facilitar la recolección de datos. Fue así que se desarrolló, en 1913, el Comité de Estadísticas para establecer un sistema uniforme de recolección de datos de enfermedades mentales (Grob, 1991). En 1917 el comité reportó fallas significativas en la uniformidad de las clasificaciones (Salmon et

al., 1917), por lo que, con el apoyo del Comité Nacional de Higiene Mental se publicó el primer manual estandarizado de nosología psiquiátrica: *Manual Estadístico para el Uso de las Instituciones para los Enfermos Mentales* (APA, 1918).

La Segunda Guerra Mundial (1939-1945) implicó un reenfoque sobre los trastornos mentales, principalmente por las observaciones de psiquiatras que servían en la milicia estadounidense. En ese período, se pudieron notar grandes diferencias en los resultados de intervenciones realizadas fuera del contexto hospitalario; además, reafirmaron la importancia de integrar los modelos psicoanalítico y psicodinámico, pues proveían beneficios significativos en estados mentales alterados por el estrés ambiental de la guerra (Grob, 1991). En la posguerra surgió una mayor preocupación sobre las enfermedades mentales y la diversidad de poblaciones que las padecían, ya que no se limitaban al contexto hospitalario. Esto provocó que, en 1946, se creara el Grupo para el Avance de la Psiquiatría con el fin de reorganizar la estructura de la APA. Tradicionalmente, los enfoques diagnósticos eran hacia la patología, sin embargo, psiquiatras de la posguerra, aunque no rechazaban esta orientación, empezaron a priorizar aspectos psicodinámicos, integrando una terminología distinta a la usual en su práctica clínica. Así pues, la proliferación de la confusión nosológica junto con la gran influencia psicodinámica y psicoanalítica llevaron a que el Comité de Nomenclaturas y Estadísticas de la APA, en 1948, pospusiera los cambios al manual para solicitar sugerencias para las modificaciones. Después de las revisiones necesarias, fue sometido al Consejo de la APA en 1950 el *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-I)* para su publicación final en 1952 (Grob, 1991).

DSM-I (1952)

El propósito principal de su creación fue reportar información estadística de hospitales estatales de los Estados Unidos considerando

aspectos sociodemográficos como raza, nivel económico y estado marital, entre otros (Fischer, 2012). La APA decidió contribuir con la reducción del caos clasificatorio existente publicando esta primera versión. Contaba con 132 páginas e incluía 128 categorías organizadas en un sistema jerárquico que diferenciaba los trastornos de origen orgánico de los funcionales a un precio de tres dólares (Blashfield et al., 2014). Tenía un distintivo y predominante enfoque psicodinámico (característico de la psiquiatría estadounidense de ese entonces) que enfatizaba en los conflictos entre pulsiones y factores estresores. Gran parte de los diagnósticos contenían terminologías que hoy se consideran problemáticas; por ejemplo, cada enfermedad era denominada una “reacción” (Fischer, 2012), término altamente influenciado por una de las más notables figuras de la historia de la psiquiatría, Adolf Meyer (Pressman, 1997).

Su visión psicobiológica de los trastornos mentales como representaciones de las reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos, fue notable en la redacción del manual (APA, 2022b). El DSM-I fue una variante del CIE-6, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y fuertemente influenciado por las contribuciones de la milicia estadounidense y la Administración de Veteranos tras la Segunda Guerra Mundial (APA, 2022b). Aun así, existían diferencias notables y significativas entre los esquemas de clasificación del CIE-6 y el DSM-I, y no fue hasta publicaciones posteriores que lograron un acercamiento más equilibrado (Kawa & Giordano, 2012).

DSM-II (1968)

Aun con los esfuerzos realizados para clasificar los trastornos mentales y acercarse a una nosología psiquiátrica unificada, no existía una aceptación generalizada del listado de trastornos provistos por el CIE-6 (OMS, 1948) y el CIE-7 (OMS, 1957). Fue por esto que la OMS patrocinó una revisión extensa para atender esta problemática; el proceso fue dirigido por el psiquiatra Erwin Stengel (APA,

2022b). Mientras la comunidad internacional producía el CIE-8 (OMS, 1968), la encomienda principal para la APA fue la actualización del DSM para que fueran compatibles (Gruenberg, 1969). El DSM-II fue publicado en 1968 y fue notable, desde su introducción, el interés por implementar terminología psiquiátrica. Los cambios en el campo en las décadas de los 50 y 60, así como las preocupaciones sobre adquirir un lenguaje legítimo e internacional se ven reflejados en el manual (Fischer, 2012). El trabajo colaborativo entre la OMS y psiquiatras estadounidenses se evidenció en el claro acercamiento al alineamiento entre el DSM-II y el CIE-8 (Kawa & Giordano, 2012). No obstante, la ronda de revisiones que llevó a estas publicaciones no consideró las recomendaciones de Stengel, por lo que el DSM-II fue muy similar al DSM-I, pero con la remoción del término psicodinámico “reacción” (APA, 2022b). Aunque las ideas psicodinámicas se mantuvieron en el manual, el retiro del término “reacción” fue un buen inicio para evolucionar a un sistema ateoórico (Fischer, 2012).

DSM-III (1980)

Aunque el DSM-I y el DSM-II habían provisto un marco de referencia para los clínicos de la época, la descripción de las enfermedades (que integraba explicaciones psicodinámicas de los trastornos), dificultaba que una persona recibiera el mismo diagnóstico por distintas personas profesionales de la psiquiatría, por lo que las personas investigadoras no siempre aceptaban los diagnósticos del DSM en sus estudios (Fischer, 2012). Además, los comités de trabajo de estos DSM no contaban con una sólida base de investigación clínica, más bien sus posturas se sustentaban en la opinión de las personas que integraban el comité, principalmente con bagaje psicoanalítico (Fischer, 2012). Estas inquietudes, llevaron a Feighner y colegas (1972) a desarrollar entrevistas estructuradas, examinar prognosis y estudiar familias diagnósticas por más de 20 años, sentando las bases para refinar los criterios diagnósticos con validez excepcional. Así pues, la investigación surgía como uno de los mayores retos para el DSM-III. Este sería

elaborado usando como base los criterios diagnósticos para la investigación psiquiátrica de Feighner et al. (1972) y su modificación subsecuente, los “Criterios Diagnósticos de Investigación” (RDC, por sus siglas en inglés) (Fischer, 2012).

Otro de los aspectos controversiales que marcó la evolución de los paradigmas de la época de esta edición fue la remoción oficial del término “neurosis”, aunque esta enmienda fue parcialmente realizada. Después de intensos debates en la comunidad científica se incluyó el término “trastorno neurótico” como una medida de reestructuración y reorganización de previos trastornos conceptualizados bajo términos psicodinámicos (Kawa & Giordano, 2012). Del mismo modo, la remoción oficial y permanente de la categoría “homosexualidad” del DSM-II fue una de las enmiendas de mayor impacto para el DSM-III (aunque este cambio ya se había decidido por votación en la APA desde la séptima impresión del DSM-II en 1973) (Mayes & Horwitz, 2005).

No se puede hablar del DSM-III sin mencionar al protagonista principal de su creación, el Dr. Robert Spitzer (véase Decker, 2013). Antes de 1980, la clasificación psiquiátrica internacional tenía muchas deficiencias y limitaciones: diferencias abismales en la incidencia de trastornos mentales entre países, serias diferencias conceptuales entre las escuelas psicodinámica y de orientación empírica, y un rechazo por parte de muchos clínicos en la práctica que preferían tratar síntomas antes que diagnosticar (Tyrer, 2018). Robert Spitzer entendió que, sin un acuerdo sustancial entre las principales escuelas psiquiátricas, el futuro de la psiquiatría estaba en peligro. De hecho, un grupo significativo de psicoanalistas estadounidenses de la oposición, intentaron sabotear el DSM-III de muchas formas (Decker, 2013). Fue Spitzer quien negoció un compromiso para que la vertiente psicoanalista quedara complacida y organizó una serie de coloquios en el Instituto Psiquiátrico de Nueva York para poner en orden los nuevos prototipos de diagnóstico. El resultado principal de estos coloquios fue un

listado de propuestas revolucionarias que Spitzer pactó con todas las partes y fueron aceptadas por la APA (Tyrer, 2018).

Del mismo modo que las ediciones anteriores, el desarrollo del DSM-III se realizó en coordinación con el CIE-9 (publicado en 1975); después de varios años de esfuerzos y con resultados innovadores se publicó el DSM-III en 1980 (APA, 2022b). Los avances en el conocimiento de los trastornos mentales eran notables para este entonces. Esto fue evidenciado por el alto número de categorías de trastornos mentales que se elevó de 182 (contenidos en el DSM-II) a 265 en esta edición, incluyendo el espectro de la esquizofrenia que se ampliaba de 14 a 18 categorías (Kawa & Giordano, 2012). Además, el DSM-III contaba con casi 500 páginas, en comparación con las 119 y 132 de sus predecesores DSM-I y DSM-II respectivamente (Kawa & Giordano, 2012).

A diferencia de las descripciones cortas de los pasados manuales, el DSM-III incluía criterios diagnósticos para especificar cada categoría, descripciones de perfiles demográficos y diferencias entre una categoría y otra; todo expuesto de manera amplia (Blashfield et al., 2014). Otros cambios revolucionarios en esta edición fueron: 1) el uso de listas de verificación de características de los diagnósticos (a diferencia de las comparaciones prototípicas del DSM-I y DSM-II), 2) proveyó la definición de trastorno mental, y 3) introdujo el sistema multiaxial (cinco ejes para atender las áreas de: síndromes clínicos y códigos V; trastornos de personalidad y destrezas académicas; trastornos físicos; severidad de estresores psicológicos; nivel de funcionamiento adaptativo) (Fischer, 2012). La publicación del DSM-III representó un giro revolucionario en la historia de la psiquiatría americana, llegando a ser considerado como “el consenso final” por haber logrado facilitar el uso de un lenguaje común entre profesionales de la salud y mostrando el favor incluso de exponentes de la tradición psicodinámica (Kawa & Giordano, 2012). El impacto del DSM-III fue tal, que, aunque su objetivo inicial fue

revisarlo para que fuera compatible con el CIE-9, sus alcances llegaron a especialidades médicas más allá de la psiquiatría, identificando problemas que provocaron que esta vez fuera el CIE-9 el que hiciera esfuerzos para ser compatible con el DSM (Fischer, 2012).

DSM-III-R (1987)

A tan solo tres años de la publicación del DSM-III, en 1983, se inició su revisión. Esta vez el fin fue reexaminar la utilidad del manual desde una perspectiva clínica, principalmente por aquellos diagnósticos no probados (por ejemplo, “niño atípico”) y para integrar la experiencia clínica a los diagnósticos establecidos por la investigación (Fischer, 2012). Evidencia empírica en muchos trabajos de investigación puso de manifiesto las fallas en los criterios diagnósticos del DSM-III, por lo que las autorías decidieron actualizarlos (Blashfield et al., 2014). Spitzer y colegas (1990) crearon entrevistas clínicas estructuradas para apoyar la medición de varios aspectos diagnósticos de los trastornos mentales que fueron incluidas en el DSM-III-R. Así pues, después de las revisiones y correcciones pertinentes, fue publicado el DSM-III-R en 1987 (APA, 2022b) con un total de 253 categorías, de las que 174 se definían utilizando criterios diagnósticos (Blashfield et al., 2014).

La tendencia a especificar los criterios operacionalmente se hizo más pronunciada, añadiendo información acerca de la prevalencia, comorbilidad, diferencias por sexo y edad, entre otros (Kawa & Giordano, 2014). El DSM-III-R conservó en su estructura el sistema multiaxial, el uso de criterios diagnósticos y la organización en familias de trastornos mentales del DSM-III, sin embargo, su sistema de clasificación cambió significativamente en sus especificaciones y detalles, convirtiéndolo no solo en una versión revisada sino en un nuevo sistema de clasificación (Blashfield et al., 2014). Entre estos aspectos más precisos, detallados y expandidos están las modificaciones al sistema multiaxial, destacándose el cambio en el Eje V que, en esta versión utilizaba una Escala de Funcionamiento Global

(APA, 1987). Esta versión también se distinguió por continuar los pasos para despatologizar la homosexualidad, eliminando el término “homosexualidad egodistónica” (incluido en el DSM-III) (Fischer, 2012).

DSM-IV (1994)

En 1988 (a tan solo un año de la publicación del DSM-III-R), ya se iniciaban los esfuerzos de la APA para preparar el DSM-IV. Esta versión del manual estuvo a cargo del reconocido psiquiatra Allen Frances, quien, al momento de esta publicación, es profesor y presidente emérito del Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Medicina de la Universidad de Duke. La intención esta vez era sustentar con la mayor cantidad de evidencia científica y empírica los diagnósticos, ya que, en el DSM-III-R, aun utilizando los criterios de Freighner y el RDC, la mayoría eran resultado de opiniones de expertos (Fischer, 2012). Así pues, en 1994, después de seis años de trabajo de investigación que involucró a más de mil personas y organizaciones profesionales, y luego de extensas revisiones de literatura que sentaron bases empíricas firmes para su modificación, se publicó el DSM-IV (APA, 2022b). Se realizaron más de 150 revisiones de literatura y además se condujeron ensayos de campo que consistían en entrevistas, encuestas, grabaciones y otros estudios enfocados en analizar los criterios alternativos propuestos (Widiger et al., 1991).

El resultado fue un aumento en las categorías diagnósticas a 383, de las que 201 se definían usando criterios diagnósticos; además, la cantidad de páginas aumentó a 886 (Blashfield et al., 2014). Debido a la amplitud de las revisiones de literatura, pruebas de campo y estudios realizados previo a su publicación, se añadieron cinco volúmenes para incluir esta evidencia científica, conocidos como “Libros de Referencias” (Source Books), que daban apoyo al DSM-IV (Fischer, 2012). Esta versión tuvo múltiples cambios en los conjuntos diagnósticos y en sus descripciones (APA, 2022b), sin embargo, aunque casi todos

los diagnósticos tuvieron modificaciones, solo algunas fueron significativas si las comparamos con el DSM-III-R (Fischer, 2012). El grupo de trabajo del DSM-IV tuvo una alianza colaborativa con las personas creadoras del CIE-10 (1993), resultando en una mayor congruencia entre sistemas clasificatorios (APA, 2022b). Cabe destacar que, desde el anuncio de los preparativos para la publicación del DSM-IV, hubo objeciones y protestas, destacándose las del psiquiatra Zimmerman (1989), quien resaltó lo problemático de haber publicado tres manuales en doce años y por la insuficiencia del tiempo de investigación para reflejar cambios sustanciales. Estas y otras inquietudes –como el cuestionar los esfuerzos persistentes por hacer el CIE y el DSM compatibles siendo tan diferentes– nunca fueron respondidas adecuadamente por los líderes de las revisiones del manual (Fisher, 2012).

DSM-IV-TR (2000)

Aunque se suponía que el DSM-IV no tuviera modificaciones en los criterios diagnósticos hasta el 2010 (año proyectado para la publicación del DSM-5), la APA decidió actualizar el texto asociado a cada diagnóstico debido a los avances en las investigaciones ocurridas de 1992 a 1998 (Fischer, 2012). Este fue publicado en el 2000, con correcciones menores en la redacción de los criterios relacionados a los trastornos del desarrollo, tics y parafilias (APA, 2000) y con cambios en la sección de “características asociadas” que integraban hallazgos asociados a pruebas de laboratorio, edad, cultura, género, curso y prevalencia (First & Pincus, 2002). Para evitar confusión de ser considerada una versión revisada del DSM-IV, la APA decidió nombrarlo DSM-IV-TR (Texto Revisado) para hacer la distinción de una versión que revisaba solo el texto (First & Pincus, 2002). Esta versión no estuvo exenta de controversias, múltiples profesionales cuestionaron si las razones para una nueva edición eran justificables o si pudieron haber publicado las actualizaciones en boletines informativos o impresiones subsecuentes del DSM-IV. Además, resaltaron

las cuantiosas ganancias millonarias que obtiene la APA con el lanzamiento de cada manual dejando reflexiones abiertas a todo tipo de debates (Blashfield et al., 2014; Fischer, 2012).

DSM-5 (2013)

El desarrollo del DSM-5 (APA, 2013a) inició en el 1999 y, antes de su lanzamiento oficial en el 2013, fueron publicados varios borradores para obtener comentarios y sugerencias de profesionales de salud mental alrededor del mundo (Blashfield et al., 2014). El equipo de trabajo incluyó 13 grupos compuestos de líderes en campos de la medicina y la salud mental, además, había miembros que representaban más de 90 instituciones académicas y de salud mental internacionales (APA, 2013b). La meta de este manual era crear un sistema de clasificación que fuera congruente con la biología molecular, las neurociencias cognitivas y afectivas y la psicometría (Blashfield et al., 2014). También buscaba lograr un mayor alineamiento con la siguiente edición del CIE (que ya estaba en proceso de revisión por varios líderes que eran miembros simultáneos de la fuerza de trabajo tanto del CIE como del DSM-5), integrando el contexto cultural a los criterios diagnósticos y hacerlo más compatible internacionalmente (Regier et al., 2013).

Participaron más de 300 profesionales para brindar asesoría externa, comités científicos, clínicos y de salud pública, así como organizaciones que se aliaron a la agenda de investigación como la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional de Salud Mental (APA, 2013b). Aunque el DSM-IV hacía la aclaración de que las categorías diagnósticas no se deberían asumir como unas de límites absolutos (que dividen un trastorno y otro), el uso estricto categórico daba la impresión de que los trastornos psiquiátricos eran unitarios. Teniendo esto en consideración, el DSM-5 intentó evolucionar en este particular incluyendo aspectos dimensionales junto a los categóricos, expandiendo el número de especificadores y subtipos (Regier et al., 2013). El

contenido de las 947 páginas del manual abarcaba 541 categorías diagnósticas de las que 151 se definían usando criterios diagnósticos (Blashfield et al., 2014). Cabe destacar que, además de incorporar nuevos trastornos (como el de Trastorno Disruptivo del Estado de Ánimo), la remoción de otros (como el duelo en los trastornos depresivos) y los cambios en el uso del lenguaje y terminología (como retraso mental a discapacidad intelectual) (Regier et al., 2013), el haber dado acceso al borrador del manual a la opinión pública -generando más de 11,000 comentarios y críticas- fue una iniciativa sin precedentes que fortaleció su publicación (APA, 2013b). Otro aporte importante del DSM-5 fue el acercamiento a la sensibilidad cultural. Se añadió el capítulo "Formulación Cultural" donde se incluyó un instrumento para evaluar de forma sistemática los aspectos culturales. De este modo, habría una mayor precisión diagnóstica al considerar los significados de las experiencias particulares de cada individuo según su diversidad cultural.

Allen Frances, pasó de ser el líder y principal promotor del DSM-IV, a ser antagonista y crítico ferviente del DSM-5. De manera impetuosa y persistente, dejó saber sus firmes posturas en diferentes foros (nacionales e internacionales) sobre lo que él consideraba una patologización de la vida cotidiana. Esto lo explicó ampliamente en su libro "Saving Normal" (Frances, 2013a). Ahí expone su postura claramente opuesta a etiquetar erróneamente la cotidianidad humana con una "inflación diagnóstica" (se añadieron alrededor de 160 categorías del DSM-IV al DSM-5). Además, señala una tendencia a intervenciones psicofarmacológicas innecesarias, obviando las capacidades naturales de autocompensación y resistencia que tiene el cerebro humano y que nos han mantenido cuerdos durante millones de años. También resalta los beneficios multimillonarios que la industria farmacéutica obtiene de cada etiqueta arbitraria que se otorga a la condición humana, mal nombrada "enfermedad" (Frances, 2013a).

DSM-5-TR (2022)

El DSM-5-TR se publicó en marzo de 2022, nueve años después de la publicación del DSM-5, tiempo en el que APA (2022c) insiste que hubo avances científicos pertinentes para su integración en esta nueva edición. Incluye revisiones al texto, nuevas referencias, aclaraciones en los criterios diagnósticos y actualizaciones a los códigos del CIE-10-MC (APA, 2022d) que es la versión de Modificaciones Clínicas desarrollada por Estados Unidos para diagnósticos médicos basados en el CIE-10 de la OMS (National Center for Health Statistics, 2015). Los esfuerzos para esta publicación de texto revisado se iniciaron en el 2019 e involucró a más de 200 expertos (muchos de ellos habían participado en el desarrollo del DSM-5) que realizaron revisiones de literatura y actualizaron partes del texto; además incluyó cuatro grupos de expertos para revisar específicamente aspectos forenses, de cultura, sexo, género y suicidio (APA, 2022b).

Principales Cambios en el DSM-5-TR

Sistema de Codificación

La primera versión del DSM-5 contiene tanto los códigos diagnósticos del CIE-9-MC como los del CIE-10-MC, dado que, en el 2013 (fecha de publicación del DSM-5) todavía se utilizaba en Estados Unidos el CIE-9-MC. La versión de texto revisado del DSM-5 eliminó el sistema de codificación del CIE-9-MC y mantiene únicamente los códigos del CIE-10-MC (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Este cambio era esperado, ya que, luego de mucha resistencia de la clase médica, el 1 de octubre de 2015 se oficializó el CIE-10-MC como el sistema de codificación oficial en Estados Unidos (APA, 2022f).

*Sensibilidad Cultural,
Racismo y Discriminación*

La APA, en respuesta a las preocupaciones de su matrícula y de profesionales de la salud mental, desarrollaron varios comités para revisar asuntos relacionados a la cultura, raza,

diferencias etnoraciales y discriminación en el texto del DSM-5-TR. En este particular se debe destacar la aportación del psiquiatra puertorriqueño Roberto Lewis Fernández, quien fungió como coordinador de los comités de cultura y co-coordinador del comité de igualdad etnoracial. El trabajo de revisión culminó en la implementación de dos cambios principales en el DSM-5-TR: 1) el uso de un lenguaje que reta la concepción clásica y conservadora de las razas, y 2) la inclusión de advertencias diagnósticas sobre expresión de síntomas, normas culturales y diferencias entre grupos demográficos (APA, 2022g; Moran, 2022). Entre los cambios en el lenguaje se destacan los siguientes: (a) el uso de “racializado” en lugar de “raza/racial” para puntualizar que se trata de una construcción social; (b) el uso de “Latinx” en lugar de Latino/Latina para promover la inclusión del género; (c) el término “etnoracial” se adoptó para referirse a las categorías del censo de Estados Unidos que combina identificadores étnicos y raciales como, por ejemplo, hispano, blanco o afroamericano; (d) se eliminaron los términos “minoría” y “no blanco” para no perpetuar las jerarquías sociales; y (e) se eliminó el uso del término “caucásico” por sus fundamentos erróneos del origen de una etnia europea.

Para trabajar el asunto de las advertencias diagnósticas se incluyeron datos de prevalencia de grupos etnoraciales únicamente en aquellos casos con suficiente evidencia científica. Además, se incluyó información sobre expresiones sintomatológicas y diferencias entre grupos demográficos y se presentó información sobre cómo las normas culturales pueden afectar los síntomas que presentan las personas de distintos contextos. Por último, se advierte sobre los posibles riesgos de conferir un diagnóstico erróneo a personas de grupos etnoraciales socialmente oprimidos (APA, 2022e; Moran, 2022).

Lenguaje en el Capítulo de Disforia de Género

Uno de los avances más grandes del DSM-5-TR es la actualización de términos utilizados en el capítulo de Disforia de género por unos más culturalmente sensibles y menos estigma-

tizantes. La Tabla 1 presenta la actualización de estos términos. También, en este capítulo no solo se añadió la definición de cisgénero, sino que fueron un paso más adelante

sugiriendo la utilización del término “no-transgénero” como forma de visibilizar y centralizar a las personas transgénero.

TABLA 1.
Actualización del lenguaje asociado a la disforia de género.

| Lenguaje DSM-5 | Lenguaje DSM-5-TR |
|--|---|
| Sexo natal | Género asignado al nacer |
| Nacidos varones/nacidas mujeres | Individuo asignado como varón/mujer al nacer |
| Tratamientos de reasignación de género | Tratamientos de afirmación de género |
| Género deseado | Género experimentado |
| Cirugía de reasignación sexual | Cirugía de afirmación del género |
| Tratamiento hormonal de reasignación de género | Tratamiento hormonal de afirmación del género |
| Trastorno del desarrollo sexual | Diferencias en el desarrollo sexual |

Trastorno del Estado de Ánimo no Especificado

El trastorno del estado de ánimo no especificado, que estaba incluido en el DSM-IV-TR, quedó fuera del DSM-5 en el 2013 al eliminarse la familia diagnóstica de los trastornos del estado de ánimo para desarrollar dos nuevas agrupaciones: los trastornos bipolares y los trastornos depresivos. El DSM-5-TR reincorpora este trastorno al manual para aplicarse a aquellos cuadros clínicos donde sea complejo y problemático elegir entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado. Por esta razón, este diagnóstico está presente tanto en la sección de los trastornos bipolares como en la sección de los trastornos depresivos. La reincorporación de este diagnóstico al manual tiene dos justificaciones principales: buscar compatibilizar cada vez más el DSM con el CIE-10-MC (que ya incluye este diagnóstico) y ofrecer a los proveedores de salud mental un diagnóstico más preciso y menos estigmatizante. Se debe mencionar que este trastorno no tiene criterios diagnósticos como tal, sino una explicación bastante sencilla de la categoría (ver DSM-5-TR).

Trastorno de Duelo Prolongado

El trastorno de duelo prolongado (TDP) es el único diagnóstico totalmente nuevo en el

DSM-5-TR, aunque estaba presente en el capítulo Condiciones que Requieren Mayor Estudio de la sección III del DSM-5 bajo el nombre Trastorno de duelo complejo persistente. Los antecedentes históricos de dicha inclusión comienzan a tomar fuerza cuando el equipo de trabajo del CIE-11 sobre trastornos asociados al estrés, recomendaron la inserción del TDP en el CIE-11 (OMS, 2019) afirmando que las pruebas disponibles eran lo suficientemente sólidas como para reconocerlo como un nuevo trastorno mental (Maercker et al., 2013).

En el 2018, en respuesta a la inclusión del TDP en el CIE-11, un equipo de especialistas sometió al Comité Directivo del DSM y al Comité de Revisión de Trastornos Internalizantes una propuesta para incluir el TDP en la Sección II del DSM-5-TR. En 2019, el Comité Directivo del DSM programó un taller de trabajo para generar un consenso en torno a los criterios apropiados para el TDP, basados en la más reciente evidencia científica. Posteriormente, se abrió un foro público durante los meses de abril y mayo de 2020 para comentarios de la clase profesional. Las mayores preocupaciones expresadas en dicho foro fueron: 1) la posible patologización del duelo normal, y 2) la posibilidad de diagnosticar en un tiempo demasiado cercano a la muerte del allegado. Por esta razón, el equipo de trabajo del DSM estableció que el

diagnóstico debe conferirse 12 meses después de la muerte de la persona allegada; contrastando con los 6 meses que exige el CIE-11 (Maercker et al., 2013).

Finalmente, el 7 de noviembre de 2020, la Asamblea de la APA aprobó la inclusión del TDP en el DSM-5-TR (Maercker et al., 2013). El TDP se une a la familia diagnóstica de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, donde figuran el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo. Las principales características del TDP son: 1) una respuesta de duelo persistente durante más de 12 meses (6 meses para un niño o niña), 2) síntomas que interrumpen significativamente el funcionamiento diario de una persona, y 3) experiencias que no pueden atribuirse a otra condición, como el trastorno depresivo mayor o el trastorno de estrés postraumático (ver DSM-5-TR).

Conducta Suicida y Autolesión No Suicida

El DSM-5-TR incluyó dentro de la sección “Otros problemas que pueden ser objeto de

atención clínica” códigos diagnósticos para conducta suicida y autolesión no suicida. El propósito de esta inclusión es proporcionar a los profesionales de la salud mental un listado sistemático que permita documentar y registrar estas conductas en los expedientes clínicos de pacientes. Anteriormente no existía una forma de incluir estas conductas dentro de la impresión diagnóstica. Los códigos añadidos son los siguientes: (a) Comportamiento suicida actual, encuentro inicial; (b) Comportamiento suicida actual, encuentro posterior; (c) Antecedentes de conducta suicida; (d) Autolesiones no suicidas actuales; y (e) Historial de autolesiones no suicidas.

Cambios Menores

En términos de diagnósticos clínicos, el DSM-5-TR únicamente cuenta con un trastorno nuevo, un trastorno que se reincorpora y los nuevos códigos para conducta suicida y autolesión no suicida. No obstante, hubo cambios menores en varios trastornos del manual. La Tabla 2 presenta un resumen de algunos de estos cambios.

TABLA 2.
Descripción y justificación de los cambios menores del DSM-5-TR.

| DSM-5 | DSM-5-TR | Justificación |
|---|--|--|
| Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) | Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) | Alinear la terminología con la utilizada en el CIE-11. |
| Criterio A del Trastorno del espectro autista: “Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, <u>manifestado por lo siguiente</u> , actuales o pasados...”. | Criterio A del Trastorno del espectro autista: “Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, <u>manifestado por todo lo siguiente</u> , actuales o pasados...”. | Puntualizar que se requiere “todo lo siguiente” y evitar que se entienda como “cualquiera de los siguientes”. |
| Cuarto ejemplo de Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado: “síntomas delirantes en la pareja del individuo con trastorno delirante”. | Cuarto ejemplo de Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado: “síntomas delirantes en el contexto de la relación con un individuo con delirios prominentes”. | No dar a entender que el material delirante de la pareja dominante provee contenido para el delirio de la persona, y no sugerir que el ejemplo se reduce exclusivamente a una relación romántica. |
| No aplica. El DSM-5 no incluía especificadores para los episodios maníacos. | <i>Leve</i> : Se cumplen los criterios sintomáticos mínimos para un episodio maníaco. <i>Moderado</i> : Aumento muy significativo de la actividad o deterioro del juicio. <i>Grave</i> : Se requiere una supervisión casi continua para evitar daños físicos a sí mismo o a otros. | Los especificadores del DSM-5 solo tenían sentido si el episodio actual es un episodio depresivo mayor. Los que tenía el DSM-5 permanecen en el DSM-5-TR como especificadores de episodios depresivos. |
| Criterio D del Trastorno de depresión mayor: “El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro | Criterio D del Trastorno de depresión mayor: “ <u>Al menos un episodio depresivo mayor</u> no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo y no se superpone a la esquizofrenia, al trastorno esquizofreniforme, al trastorno | Explicar mejor la relación entre los episodios depresivos y los trastornos psicóticos, y clarificar que este criterio es aplicable a cualquier episodio depresivo (actual o pasado). |

| DSM-5 | DSM-5-TR | Justificación |
|---|---|---|
| trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. | delirante o a otros trastornos del espectro esquizofrénico especificados y no especificados y a otros trastornos psicóticos”. | |
| Trastorno depresivo persistente (distimia) | Trastorno depresivo persistente | La distimia, según definida en el DSM-IV, no puede incluir un episodio depresivo mayor en ningún momento de los dos años. Mantener el término distimia sería contradictorio. |
| Trastorno de ansiedad social (fobia social) | Trastorno de ansiedad social | El término <i>fobia social</i> no proporciona ninguna utilidad clínica en la actualidad. |
| Criterio A.2 de PTSD en niños: “Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías”. | <i>Eliminado.</i> | La nota es redundante, el criterio A.2 ya requiere que los sucesos se experimenten presencialmente. |
| Especificadores de duración del Trastorno de Adaptación: <i>Agudo</i> : Si la alteración dura menos de 6 meses. <i>Persistente (crónico)</i> : Si la alteración dura 6 meses o más. | Especificadores de duración del Trastorno de Adaptación: <i>Agudo</i> : Este especificador puede utilizarse para indicar la persistencia de los síntomas durante menos de 6 meses. <i>Persistente (crónico)</i> : Este especificador puede utilizarse para indicar la persistencia de los síntomas durante 6 meses o más. Por definición, los síntomas no pueden persistir durante más de 6 meses tras la finalización del factor de estrés o sus consecuencias. Por lo tanto, el especificador persistente se aplica cuando la duración de la alteración es superior a 6 meses en respuesta a un estresor crónico o a un estresor que tiene consecuencias duraderas. | El criterio E del trastorno de adaptación indica lo siguiente: “Una vez que el estresor o sus consecuencias han terminado, los síntomas no persisten durante más de 6 meses adicionales”. Este cambio pretende clarificar la aparente contradicción entre el criterio E y el especificador de duración de 6 meses o más en respuesta a un estresor crónico. |
| Trastorno de conversión (Trastorno de síntomas neurológicos funcionales) | Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (Trastorno de conversión) | Trastorno de conversión está dejando de ser utilizado por investigadores y clínicos, y no es un término etiológicamente neutro. |
| Primer ejemplo del Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado, anorexia nerviosa atípica: “Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal”. | Primer ejemplo del Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado, anorexia nerviosa atípica “Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal. <i>Los individuos con anorexia nerviosa atípica pueden experimentar muchas de las complicaciones fisiológicas asociadas a la anorexia nerviosa.</i> ”. | Clarificar que la presencia de consecuencias fisiológicas no significa que el diagnóstico sea el de anorexia nerviosa |

Discusión y Comentarios Finales

Las publicaciones del DSM, en cada edición, han ido incrementando su tamaño al mismo tiempo que las controversias. Las principales críticas han ido evolucionando desde las desavenencias entre la biología y el psicoanálisis, pasando por los reclamos feministas sobre cambios desfavorecedores para las mujeres (Angel, 2012), hasta controversias sobre el secretismo de los procesos de toma de decisiones y los altos

ingresos y ganancias que se obtienen de ellos (Blashfield et al., 2014). La historia del desarrollo de las distintas ediciones del DSM se ha distinguido por cambios conceptuales sobre lo que es la salud y la enfermedad mental, así como por notables esfuerzos por adherirse a los cánones ontológicos, biomédicos y, sobre todo, para sustentar la identidad médica de la psiquiatría (Kawa & Giordano, 2012). Otra característica que distingue cada nueva edición del DSM es el intento por ser compatible con los criterios de

CIE, hecho criticado ampliamente por Zimmerman (1989), quien señala que la búsqueda de esa compatibilidad deja la duda abierta sobre si entonces habría necesidad de siquiera publicar un DSM, habiendo ya un CIE.

Tras la publicación del DSM-IV y dados los aumentos, tanto en tamaño como en complejidad de los manuales, Rogler (1997) se dio a la tarea de describir los principales cambios históricos hasta entonces (del DSM-I al DSM-IV). Identificó cinco: 1) cambios teóricos en la conceptualización de los trastornos mentales (desde lo biopsicosocial, investigativo y modelo médico), 2) desarrollo del sistema multiaxial, 3) inclusión de nuevos trastornos y expansión de otros, 4) reorganización de los trastornos en categorías amplias que fusionaban algunos y eliminaban otros, y 5) cambio al paradigma neo-Kraepeliano que reforzó la orientación descriptiva y somática (que posteriormente fue la norma en las siguientes publicaciones). Podríamos inferir que, después de más de 70 años de publicaciones de sistemas clasificatorios, los esfuerzos por encontrar una nosología definitiva, es la simple expresión del anhelo humano por alcanzar la omnisciencia (sin nunca lograrlo) que mencionó Grob (1991) en su análisis del origen del primer DSM.

Hoy, nueve años después de la publicación del DSM-5, tenemos a la mano un DSM-5-TR con cambios mínimos en términos clínicos que no justifican para nada el lanzamiento de una nueva edición. Más aun, cuando las críticas a otros ejemplares del DSM o las propuestas para mejorarlo no siempre son tomadas en consideración para ediciones subsecuentes (Blashfield et al., 2014). Por dar un ejemplo, podemos señalar los “intocables” trastornos de la personalidad que se mantienen intactos desde el DSM-IV-TR, a pesar de los esfuerzos tanto del Grupo de Trabajo sobre Trastornos de la Personalidad del DSM-5 –quienes propusieron cambios radicales en esta sección– como de muchos investigadores y académicos (Sperry, 2016).

La inquietud de Fischer (2012) sigue estando vigente cuando, tras una nueva publicación, seguimos cuestionándonos si los cambios o revisiones ameritaban la emisión de un nuevo DSM o si este pudo haber sido actualizado y publicado en impresiones consecutivas de la misma edición. No olvidemos que el DSM-III se convirtió en uno de los libros más vendidos, hecho que marcó un cambio notablemente favorecedor para la fuente de ingresos de la APA a partir de 1980 (Wortis, 1982). Cifras provistas por Blashfield y colegas (2014) sugieren aumentos impactantes en los ingresos de la APA, que fueron de \$9.33 millones para el DSM-III a \$120 millones en el DSM-IV, siendo consistentes con el aumento del precio de los manuales que en la transición del DSM-II al DSM-III fue nueve veces mayor (de \$3.50 a \$31.75); del DSM-IV al DSM-IV-TR subió de \$48.95 a \$74.95 y su precio se duplicó en el DSM-5 a \$199 por copia física. El DSM-5-TR cuesta \$170.00 en su versión física y \$136.00 en su edición virtual (las versiones traducidas al español son de mayor precio). Exponer estas cifras puede ser suficiente información para que el debate sobre la necesidad o el deber científico de publicar manuales revisados, con modificaciones mínimas a precios exorbitantes continúe abierto.

Por su parte, Allen Frances (2013b), líder de la fuerza laboral del DSM-IV, opinó (tras la publicación del DSM-5) que una revisión no implica necesariamente una mejor versión y alerta sobre las repercusiones socioeconómicas de hacer cambios basados en información imprecisa. También alertó que cambiar un solo criterio diagnóstico afecta significativamente la prevalencia, tratamiento, prescripciones y costos, tanto para pacientes como para el sistema de salud pública. En el caso del DSM-5-TR no se esperan grandes repercusiones socioeconómicas dado que no tenemos a la mano una mejor o peor versión del DSM, sino que prácticamente tenemos la misma versión anterior con un solo diagnóstico incluido.

Por último, ¿es necesaria la compra del DSM-5-TR para el ejercicio clínico de la

psicología y la psiquiatría? La respuesta es que no; ni para la codificación de los trastornos se requiere dado que son los mismos códigos diagnósticos del DSM-5. En una o dos hojas impresas –que puede colocar dentro de su copia del DSM-5– podría tener a la mano los principales cambios del DSM-5-TR. Por otra parte, ¿era necesaria la publicación de un nuevo DSM? No, en el tiempo transcurrido desde la publicación del DSM-5 no se han generado nuevos hallazgos de investigación que justifiquen una edición revisada en este momento. Además, en este artículo se puede apreciar, que, tras la publicación de cada manual (e incluso desde antes), ya se prepara el próximo, como si la conducta humana o el cerebro evolucionaran a la velocidad de la tecnología de un celular. Cual automóvil último modelo –que opaca a su antecesor y lo convierte en “viejo”, no por su rendimiento sino porque ya surgió una nueva versión–, los manuales parecen depreciar, como tecnología obsoleta, a niveles que afectan no solo al profesional sino al estudiante que muy a pesar del alto precio, debe adquirirlo para estar “actualizado” con el último modelo. Excluyendo al acertado acercamiento a la sensibilidad cultural y el enfoque inclusivo hacia la diversidad humana de este manual en la revisión de su texto, toda la evidencia apunta a que la publicación del DSM-5-TR está más vinculada a ganancias financieras que a necesidades clínicas.

Estándares Éticos de Investigación

Financiamiento: El trabajo no fue financiado.

Conflicto de intereses: Las personas autoras expresan que no hubo conflictos de intereses al redactar el manuscrito.

Aprobación de la Junta Institucional Para la Protección de Seres Humanos en la Investigación: No aplica.

Consentimiento informado: No aplica.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association, Committee on Statistics, in collaboration with the Department of Statistics of the National Committee for Mental Hygiene. (1918). *Statistical manual for the use of hospitals for mental diseases*. NCMH.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2013b). The people behind DSM-5. *Educational Resources*. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM_People-Behind-DSM-5.pdf
- American Psychiatric Association. (2022a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychiatric Association. (2022b). DSM History. *Educational Resources*.

- <https://psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources>
- American Psychiatric Association. (2022c). The people behind DSM-5-TR. *Educational Resources*.
<https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/DSM-5-TR/APA-DSM5TR-ThePeopleBehindDSM.pdf>
- American Psychiatric Association. (2022d). Facts about DSM-5-TR. *Psychiatric News*.
<https://doi.org/10.1176/appi.pn.2022.03.328>
- American Psychiatric Association. (2022e). DSM-5-TR section III. *Educational Resources*.
<https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/DSM-5-TR/APA-DSM5TR-SectionIII.pdf>
- American Psychiatric Association. (2022f). *Coding and recording procedures*. *Educational Resources*.
<https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/DSM-5-TR/APA-DSM5TR-Coding.pdf>
- American Psychiatric Association. (2022g). Attention to culture, racism, and discrimination in DSM-5-TR. *Educational Resources*.
<https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/DSM-5-TR/APA-DSM5TR-AttentiontoCultureRacismandDiscrimination.pdf>
- Angel, K. (2012). Contested psychiatric ontology and feminist critique: 'Female sexual dysfunction' and the Diagnostic and Statistical Manual. *History of the Human Sciences*, 25(4), 3-24.
<https://doi.org/10.1177/0952695112456949>
- Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & Miles, S. R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 25-51. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *ICD-10-CM official guidelines for coding and reporting*.
https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/10cmguidelines_2013_final.pdf
- Decker, H. S. (2013). *The making of DSM-III®: A diagnostic manual's conquest of American psychiatry*. Oxford University Press.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Jr, Winokur, G., & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1), 57-63.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750190059011>
- First, M. B., & Pincus, H. A. (2002). The DSM-IV Text Revision: Rationale and potential impact on clinical practice. *Psychiatric services*, 53(3), 288-292.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.3.288>
- Fischer, B. A. (2012). A review of American psychiatry through its diagnoses: The history and development of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(12), 1022-1030.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318275cf19>
- Frances, A. (2013a). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. William Morrow.
- Frances, A. (2013b). The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *BMJ (Clinical research ed.)*, 346, f1580.
<https://doi.org/10.1136/bmj.f1580>
- García-Zabaleta, O. (2018). Los problemas y limitaciones del DSM-5. *Dilemata*, 27(1), 367-391.
- Grob, G. N. (1991). Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *The American Journal of Psychiatry*, 148(4), 421-431.
<https://doi.org/10.1176/ajp.148.4.421>
- Gruenberg, E. M. (1969) How can the new diagnostic manual help? *International Journal of Psychiatry*, 7, 368-374.
- Kawa, S., & Giordano, J. (2012). A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric

- canon and practice [Editorial]. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7, 2. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-2>
- Kraepelin, K. (1894). Revision der Skorpione. II. Scorpionidae und Bothriuridae. *Mitteilungen aus dem Naturhistorischen Museum in Hamburg*, 11(1), 1-248.
- Leon-Sanromà, M., Mínguez, J., Cerecedo, M. J., & Téllez, J. (2014). ¿Nos pasamos al DSM-5? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas. *Atención Primaria*, 46(1), 4-5. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.002>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683-1685. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)62191-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)62191-6)
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267. <https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>
- Mezzich, J. E. (2002). International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology*, 35(2-3), 72-75. <https://doi.org/10.1159/000065122>
- Moran, M. (2021). Updated DSM-5 text revisions to be released in March. *Psychiatric News*. <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2022.1.20>
- Moran, M. (2022). Impact of culture, race, social determinants reflected throughout new DSM-5-TR. *Psychiatric News*. <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2022.03.3.20>
- National Center for Health Statistics. (2015). International Classification of Diseases, (ICD-10-CM/PCS). Transition – Background. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm_pc_s_background.htm
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción* (CIE-6). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1957). *Clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción* (CIE-7). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1968). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos* (8va ed.). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos* (10ma ed.). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos* (11ma ed.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Pressman, J. D. (1997). Psychiatry and its origins. *Bulletin of the History of Medicine*, 71(1), 129-139. <http://doi.org/10.1353/bhm.1997.0044>
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2), 92-98. <https://doi.org/10.1002/wps.20050>
- Rogler, L. H. (1997). Making sense of historical changes in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Five propositions. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 9-20. <https://doi.org/10.2307/2955358>
- Salmon, T. W., Copp, O., May, J. V., Abbot, E. S., & Cotton, H. A. (1917). Report of the committee on statistics of the American Medico-Psychological Association. *American Journal of Insanity*, 74, 255-260.
- Sperry, L. (2016). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-5 personality disorders:*

- Assessment, case conceptualization, and treatment.* Routledge.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R: SCID.* American Psychiatric Association.
- Tyrer P. (2018). Robert Spitzer's legacy: Agreement is halfway to truth. *BJPsych bulletin*, 42(5), 198–199. <https://doi.org/10.1192/bjb.2018.22>
- Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H. A., Davis, W. W., & First, M. B. (1991). Toward an empirical classification for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 280–288. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.280>
- Wortis J. (1982). DSM III: The big debate. *Biological Psychiatry*, 17(12), 1363–1365.
- Zimmerman, M. (1989). Is DSM-IV needed at all? [Letter to the editor]. *Archives of General Psychiatry*, 46, 959-961.