

# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS CHIAPAS**

**MATERIA: PSIQUIATRIA**

**DOCENTE: MTRA LOURDES YAZMIN  
SARABIA GONZÁLEZ**

**ALUMNO: MARCOS GONZÁLEZ MORENO**

**SEMESTRE Y GRUPO: 5°A**

**TEMA:**

**“ENFERMEDADES QUE SE HAN ELIMINADO  
Y AGREGADO A LO LARGO DE LA HISTORIA  
DEL DSM”**

## DSM-I (1952)

El DSM-I apareció como una recopilación del IDC-4 (1948) y de la mano de dos personalidades Meyer (psiquiatra organicista) y Menninguer (psicoanalista) además de la colaboración de los psiquiatras del Ejército y los médicos del NIMH. Hubo colaboración de dos instituciones y dos fuerzas vivas de la época. Ello condicionó su orientación multidimensional; por eso se ha dicho que el DSM es «aconfesional» y se funda en el consenso de expertos.

El primer DSM tuvo una acogida fría y un uso limitado. Un estudio, sobre el consenso diagnóstico de los que lo utilizaban, mostró que era alto para las psicosis con base orgánica, pero malo en otras categorías (Smith y Fonda, 1952).

Las críticas menudearon desde la Psicología, por ausencia de criterios y el uso de etiquetas diagnósticas sin que hubiese una identidad en los conceptos, tal como señalaron H.J.Eysenck (1952) y R.B.Cattell (1957). Apoyando las críticas anteriores, P. E. Meehl (1965) arremetió contra la fiabilidad del juicio clínico categorial, y con L. Cronbach y Meehl (1955) se clamaba por una necesidad de mejora. Spitzer & Endicott que trabajaban en DIAGNO, (1968), un sistema de diagnóstico informatizado encontraron graves problemas en el uso del DSM y así Endicott, Guze, Klein, Robins and Winokur asumieron la tarea de revisar el manual del DSM-I para mejorar la siguiente edición.

## DSM-II (1968)

Un año después del IDC-8 (1967). La revisión limitó la influencia de Meyer, mientras creció la influencia del psicoanálisis y los neokrapelianos que juntos podían extender su uso por profesionales. Supuso la novedad de aplicar el modelo médico a los síndromes mentales haciendo clusters sintomáticos.

Se intentó confluir con el IDC-8, pero, lejos de conseguirse, las diferencias se ahondaron; de hecho, el DSM-II incluyó 39 categorías más que el IDC-8. Hubo también discusiones sobre terminología especialmente en esquizofrenia. Nadie quedó satisfecho. Así que un año después de su aparición comenzó su revisión.

## DSM-III (1980)

El grupo de trabajo (Task Force) estuvo liderado por, R. Spitzer, que con su equipo había publicado previamente el Research Diagnostic Criteria RDC. Junto a Spitzer Raíces y evolución del DSM 85 había otros colaboradores de prestigio internacional: N. Andreasen, J. Endicott, D.F. Klein, M. Kramer, Th. Millon, H. Pinsker, G. Saslow and R. Woodruff. Previamente a una reunión que se celebró St. Louis (1976) se preparó un primer borrador en el que colaboraron muchas instituciones: La Academy of Psychiatry, the American Academy of Child Psychiatry, la American Academy of Psychoanalysis, la American Association of Chairmen of Departments of Psychiatry, la American College Health Association, la American Orthopsychiatry Association y por primera vez la American Psychological Association, que tuvo sus más y sus menos con la American Academy of Psychoanalysis que acabaron resolviéndose.

Los objetivos eran: a) expandir el uso del DSM a todos los profesionales, b) diferenciar los niveles de severidad de los trastornos, c) mantener la compatibilidad con ICD-9, editado

en 1978, d) establecer criterios diagnósticos con bases empíricas e) evaluar las quejas emitidas por profesionales y pacientes representativos (Millon, 1996).

Entre 1977 y 1979 el borrador fue enviado a expertos y profesionales para su estudio, en orden a considerar la necesidad o conveniencia de incorporación de sugerencias.

Se incorporaron criterios de inclusión y exclusión para cada categoría, siempre que hubiesen sido empíricamente comprobados y también la edad de comienzo, duración, incidencia y prognosis. Esto mejoró la fiabilidad y validez de los diagnósticos.

El sistema multiaxial incorporado fue una ampliación de los ejes I y II de Feighner, Robins, Guze et al., (1972), de carácter fenomenológico el primero y etiológico el segundo que tenían origen en los generados en Europa por el equipo sueco de Essen, Möller and Wohlfahrt (1947). Los otros tres son de carácter temporal y social. Los cinco ejes ya habían sido usados en Europa por Rutter (1969) en su clasificación infantil. Esta incorporación mejoró la precisión diagnóstica y la eficacia de tratamientos con la inclusión de elementos psicosociales (Haynes & O'Brien, 1988). De nuevo el mismo fenómeno: los ejes se crearon en Europa, pero el DSM los incorporó antes, en 1980 y el IDC en 1992.

Los ejes incorporados han sido los siguientes: I Síndromes clínicos, II Problemas de desarrollo infantil y trastornos adultos, III Trastornos con causa orgánica, IV Intensidad y severidad de los estresores psicológicos, y V Adaptación del paciente en el último año.

A pesar de que el DSM-III continuó siendo a teóricico, se mantuvo muy fiel al fisicalismo, aunque se notó la participación de los psicólogos en su confección.

Se le criticó el haber incluido demasiadas categorías (265) y especialmente los psicoanalistas protestaron por la ausencia de un eje que incluyese mecanismos de defensa y funciones del ego. Se produjo un cambio de la terminología: las «neurosis» pasaron a llamarse «trastornos de ansiedad»

#### V. DSM-III-R (1987)

Esta revisión la hizo también el grupo de Spitzer y consistió en la reorganización de algunas categorías (trastornos afectivos, hiperactividad). y mejoras en el Eje IV y la inclusión en el Eje V de un índice que permite precisar el grado de adaptación del paciente (Global Assessment of Relational Functioning, GARF) . Esta revisión logró un gran impacto y el uso del DSM se generalizó

#### DSM-IV (1994)

En esta ocasión, el grupo de trabajo lo dirigió Allen Frances en colaboración con muchos grupos internacionales que cuidaron su compatibilidad con el IDC (Widiger et al., 1994).

Los objetivos de la revisión fueron: a) brevedad de criterios; b) claridad de lenguaje; c) declaración explícita de constructos; d) recolección de datos empíricos recientes (Spitzer et al., 1994); e) coordinación con ICD-10.

El DSM-IV hace cambios los trastornos mentales orgánicos desaparecen y se incorporan nuevos como 'trastornos de la alimentación', 'delirio', 'demencia' y 'amnesia', 'trastornos cognitivos' y 'trastornos del desarrollo severos', (síndrome de Rett, síndrome de Asperger). También fueron remodelados los trastornos sexuales infantiles.

En el eje IV, se incluyeron muchos más acontecimientos estresantes, y se transformó en el V, el número de escalas para evaluar la desadaptación (Social and Occupational Functioning Assessment Scale, SOFAS) y Global (Assessment of Relational Functioning, GARF).

#### **DSM-IV-TR (2000)**

La última edición del DSM ha sido llevada a cabo por un grupo de trabajo liderado por A. Francés y un prestigioso grupo de expertos para cada una de las secciones del manual. Las secciones permanecen y se han añadido párrafos de clarificación, como el uso del juicio diagnóstico, y las categorías diagnósticas. Se ha aumentado las instrucciones para cumplimentar el GAF.

Se han añadido algunas precisiones en los trastornos infantiles como en el Trastorno de Déficit de Atención/ Trastorno de Hiperactividad respecto a sus subtipos, sobre la prevalencia de los Trastornos de Comunicación, Separación, Alimentación y Pica, sobre el comienzo del Autismo y algunas alteraciones genéticas del de Rett y aspectos diferenciales del de Asperger. Se añaden varios retoques sobre los Tics.

En esta edición se recogen 404 códigos diferentes, lo que indica una remodelación hacia el alza. Hay nuevos códigos para la Demencia. En general se han añadido Raíces y evolución del DSM 87 en todas las perturbaciones los nuevos datos sobre causas físicas que aparecen en la investigación reciente

En una parte de los trastornos se han hecho precisiones sobre prevalencias y se han añadido subgrupos en casi todas las categorías, es decir se siguen incorporando datos de la investigación.

#### **DSM-V (2013)**

En relación con la versión anterior del DSM IV-TR, presenta cambios relacionados con la organización de los trastornos; ya que, estos se establecen según el sexo, desarrollo y características culturales del paciente, eliminándose el sistema de evaluación multi-axial, pues creaba distinciones artificiales. Pero lo más sustancial, se refiere a las novedades en los diagnósticos específicos de los distintos trastornos.

Se han incorporado nuevos trastornos como el trastorno de disregulación emocional disruptivo (Disruptive Mood Dysregulation Disorder). Se caracteriza por niños con rabietas recurrentes y desproporcionadas en intensidad y duración, 3 o más veces por semana durante más de un año. Además, de forma persistente muestran un humor enojado e irritable, presente en al menos dos entornos (casa, escuela o con compañeros). Son niños con episodios frecuentes de un gran descontrol en su comportamiento. El inicio del cuadro es antes de los 10 años y el diagnóstico no se realizará antes de los 6 ni después de los 18 años. Esta nueva categoría surge después de un amplio debate sobre la idoneidad del diagnóstico de trastorno bipolar en la infancia y la opinión de la mayoría de los expertos acerca del incremento de dicho diagnóstico en niños.