

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA CLASIFICACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

Autor: Diego Aurofio Gómez Guimaraes

Tutor: Pablo García Medina

Trabajo Final de Grado

Grado en Psicología por la universidad de la laguna

Curso académico 2015-106

Resumen

Este trabajo recoge una revisión teórica donde el objetivo es exponer el desarrollo histórico de los principales métodos de clasificación y diagnóstico en psicopatología, atendiendo a sus principios teóricos, los resultados obtenidos, las objeciones metodológicas y las líneas de futuro en este campo. En primer lugar, se explica la clasificación kraepeliana, en segundo lugar, las aproximaciones neo-kraepelianas para finalmente entrar a modelos alternativos, como el de Achenbach, o el enfoque transdiagnóstico, para llegar a la situación actual en la psicopatología. En las conclusiones se muestran las principales deficiencias de las clasificaciones psiquiátricas y las propuestas de mejora en el diagnóstico.

Palabras clave: Psicopatología, Revisión, Clasificación, Diagnóstico.

Abstract

This work includes a theoretical review where the goal is to expose the historical development of the main methods of classification and diagnosis in psychopathology paying attention to its theoretical principles, results obtained, methodological objections and future lines in this field. First of all it is explained the kraepelian classification, secondly, the neo-kraepelian approaches and finally alternative models such as Achenbach Model or the Transdiagnostic, to arrive at the current status in psychopathology. The conclusions show the main deficiencies of the psychiatric classifications and the improvement proposals in diagnosis.

Keywords: Psychopathology, Review, Classification, Diagnosis.

Introducción

Desde el comienzo la humanidad se ha preocupado por comprender la conducta anormal y sus intentos de explicación han estado presentes en la historia de la humanidad. El estudio de la historia de la psicopatología es un campo muy reciente. ``La explicación de cómo se ha abordado la conducta anormal a lo largo de la historia está repleta de lagunas, o mejor aún, es una laguna con algunas islas de conocimiento`` (Vázquez, 1990b, p. 416).

Los conceptos sobre la locura no surgen al margen de una determinada visión del mundo, por lo que no son neutros. Detrás de cada término que trata de describir un comportamiento anormal se establecen puentes entre las creencias dominantes en un momento dado y algunos pocos hechos (Coto, Gómez-Fontail y Belloch, 1995). Del mismo modo, debemos tener en cuenta que en psicología aún no disponemos de un sistema clasificatorio que sea independiente del propio sistema (Widiger y Frances, 1987, citado en Vázquez, 1990a). Entonces, cobra importancia el conocimiento histórico del desarrollo que dio lugar a los sistemas clasificatorios actuales ya que como dijo Jorge Santayana ``Quien olvida su historia está condenado a repetirla``.

Para abordar el tema de la clasificación y el diagnóstico, se situará como punto de inicio se situará en la obra de Kraepelin al ser una de las clasificaciones más influyentes en su tiempo y predecesora de los sistemas de clasificación categoriales más empleados en la actualidad.

INFLUENCIA DE KRAEPELIN EN LA CLASIFICACIÓN

El trabajo de Kraepelin es considerado al tiempo que un compendio una propuesta clasificatoria. Sobre su clasificación, Blashfield (1984) destaca la adherencia al modelo médico. Siguiendo este modelo los trastornos mentales representan estados de enfermedad subyacente. El principio fundamental de su clasificación es que las enfermedades mentales pueden ser aisladas agrupando aquellos pacientes cuyos trastornos tengan un curso similar.

El sistema de clasificación de las enfermedades mentales de Kraepelin es en el que se basan los sistemas de clasificación actuales de mayor influencia como lo son el DSM e ICD. Autores como Wernicke habían defendido sistemas

clasificatorios basados en causas supuestas, hipotéticas lesiones o anomalías cerebrales. Frente a esto, Kraepelin propone la creación de sistemas clasificatorios basados en las manifestaciones clínicas de las alteraciones y no en sus supuestas causas (Vázquez, 1990b). Siguiendo este criterio, efectuó una clasificación con criterios pragmáticos teniendo en cuenta la imposibilidad de realizar una clasificación taxonómica siguiendo los criterios tradicionales de la medicina: Síntomas, Curso y Etiología. Vázquez señala el énfasis especial que Kraepelin le da a la observación longitudinal. Por este motivo el curso de los pacientes era determinante para el diagnóstico.

Blashfield (1984) señala lo interesante que es el modo en que presenta un acercamiento más clínico hacia la psicopatología que sus contemporáneos. El interés que despertaron sus libros fue principalmente por su claridad expositiva y que, a pesar de defender una etiología orgánica, defendía el análisis cuidadoso del comportamiento de los pacientes. Además, Kraepelin reformulaba sus propuestas ante las críticas que se le iban haciendo y que él procuraba recoger (Belloch y Baños, 1986).

Entre sus influencias más notables encontramos Gudden y Wundt (Blashfield, 1984), dos de sus profesores. Gudden se refería a la tarea de la clasificación de los trastornos mentales como insoluble. A pesar de que su trabajo se centró en la neuroanatomía, le dio poca importancia a buscar cambios identificables en el tejido cerebral de los enfermos mentales. Por otro lado, Kraepelin empleó en sus estudios métodos de la psicología de laboratorio de Wundt como tiempos de reacción, habilidades mentales básicas y el efecto de la fatiga física y mental (Blashfield, 1984). Estudió el funcionamiento normal de la mente para asentar líneas divisorias. Pensaba que las funciones mentales podían medirse y la mente trastornada difería de una normal en rasgos cuantificables (Coto, Gómez-Fontail y Belloch, 1995).

Blashfield habla de la perspectiva de Kraepelin sobre las enfermedades y conceptos clasificatorios como una perspectiva platónica. Según esta perspectiva los tipos ideales existen más allá del mundo de las formas materiales y objetos naturales. Cualquier objeto natural sería una aproximación de un tipo ideal universal. Aplicado a la medicina, las enfermedades son los tipos ideales y cada una es sólo la aproximación a un proceso esencial de enfermar. La tarea

de la ciencia siguiendo esta perspectiva sería descubrir estas enfermedades esenciales y su forma básica expresada a través de los síntomas del paciente.

Bonhöffer criticó la idea de trastorno mental como especie morbosa, proponía cambiar el concepto por el de tipo de reacción. Se basaba en que no existía sintomatología específica para cada causa orgánica ya que, ante distintas causas externas, el organismo respondía con idéntico tipo de reacción psicopatológica. Otra de las críticas que recibió Kraepelin fue debido a que sus experimentos solían realizarse con un sujeto único, que podía ser el propio experimentador. Esto hizo que las conclusiones derivadas de ellos no resistieran bien a las críticas (Maher y Maher 1985 y Talland, 1968).

Dos conceptos revolucionarios para esa época le llevaron a extender su influencia: La locura maníaco-depresiva (Actual Trastorno Bipolar en DSM 5) y Demencia Precoz (Actual esquizofrenia). La locura maníaco depresiva era una fusión de dos conceptos descriptivos, manía y melancolía. Hasta entonces se habían identificado únicamente por separado durante más de dos mil años (Blashfield, 1984).

Tabla 1. Criterios de Kraepelin para la esquizofrenia

1. *Criterios sintomatológicos*

- Trastornos de la atención y de la comprensión.
- Alucinaciones, especialmente auditivas (voces).
- Pensamiento Audible.
- Vivencias de influencia del pensamiento.
- Trastornos en el curso del pensamiento, fundamentalmente asociaciones laxas.
- Alteración de la función cognitiva y de la capacidad de juicio.
- Aplanamiento afectivo.
- Presencia de conductas mórbidas:
 - Disminución del tono vital.
 - Obediencia automática.
 - Ecolalia, ecopraxia.
 - Conductas impulsivas.
 - Agitación Catatónica.

-
- Estereotipias.
 - Negativismo.
 - Autismo.
 - Alteración del lenguaje verbal.

2. Criterios según el curso de la enfermedad

- Evolución hacia la invalidez psíquica

Nota: Extraído de Colodrón (1990)

Su última obra ``Las formas de manifestación de la locura`` muestra la imposibilidad de trasladar el modelo médico de enfermedad a la patología mental (Castilla del Pino, 1988).

Las ideas de Kraepelin llegaron a los Estados Unidos en 1892 con la llegada al país del médico suizo Meyer. Habla de una teoría holística de la psiquiatría e introduce por primera vez el término psicobiología (Blashfield, 1984). Meyer entendía el trastorno psiquiátrico como un conjunto de reacciones. Estas, son reacciones psicobiológicas al estrés multicausal en la vida. Rechaza la idea de las enfermedades mentales como entidades con cursos establecidos. En su lugar, ve las enfermedades como la representación de una desviación en el proceso por el que un individuo intenta adaptarse a un entorno cambiante. Puede entenderse como una formación progresiva de hábitos, por lo que el tratamiento consistiría en enseñar nuevos hábitos y eliminar aquellos que son defectuosos (Blashfield, 1984).

En un principio, Meyer estuvo interesado en la clasificación Kraepeliana, pero más tarde fue extremadamente pesimista sobre la utilidad de la clasificación. Recomendaba abandonar el intento de clasificar a las personas como se hacía con las plantas (Blashfield, 1984). Para él, el diagnóstico es una etiqueta y ninguna etiqueta podría representar la complejidad del ser humano y su ambiente psicológico. Este reducido interés por la clasificación y el diagnóstico, y el creciente interés que mostró por una evaluación cuidadosa del paciente era consistente con los principios del conductismo. No obstante, no rechazó conceptos como la personalidad o el inconsciente que habían sido extendidos por los psicoanalistas. Su evaluación del individuo comprendía examinar la personalidad, aspectos conscientes e inconscientes, así como el análisis de conducta.

CLASIFICACIÓN PSIQUIÁTRICA MODERNA

Durante el Siglo XX fueron propuestos varios sistemas de clasificación. Estos sistemas reflejan la importancia concedida a los conceptos kraepelianos.

Durante la primera guerra mundial los profesionales de la salud mental de los Estados Unidos adoptaron un sistema clasificatorio que incluía los conceptos demencia precoz, Trastorno maníaco-depresivo y paranoia. También hacía la distinción kraepeliana fundamental entre síndromes orgánicos cerebrales, psicosis funcionales y trastornos neuróticos.

En el período de entreguerras, la Asociación Americana de Psiquiatría adoptó un nuevo sistema como parte de la Nomenclatura clasificada estándar de enfermedades. Esta clasificación incluía veinticuatro categorías fundamentales, de las cuales diecinueve aparecían en la clasificación kraepeliana. No obstante, esta nueva clasificación no fue popular y nunca ganó la aceptación de la psiquiatría (Menninger, 1963).

Tras la Segunda Guerra Mundial había cuatro principales sistemas clasificatorios que competían en los Estados Unidos: El sistema estándar adoptado por la APA, el sistema del ejército de los EEUU, El sistema de la marina de los EEUU y el sistema de Administración de Veteranos. Ante esta situación caótica la APA decide formar una unidad especial para crear un sistema estándar. El resultado fue la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1952). El objetivo de esta edición era crear una clasificación que fuera un consenso del pensamiento de la época (Blashfield, 1984). Este objetivo es la razón básica de la existencia de cualquier sistema clasificatorio: El uso de una nomenclatura que los profesionales puedan emplear para comunicarse. Este énfasis en la comunicación llevó a un movimiento organizador similar en el ámbito internacional. Un comité presidido por el psiquiatra británico Stengel se creó para revisar los sistemas clasificatorios usados por varios países. Encuentra una desorganización, por lo que en 1951 la OMS propone una clasificación psiquiátrica internacional como parte de la clasificación internacional de enfermedades (ICD-6, 1948 citado en Balshfield, 1984). Es en la octava edición donde se adopta un sistema de consenso. La

versión estadounidense de la ICD-8 fue la segunda edición del DSM (APA, 1968). Las diferencias entre ambos sistemas eran pequeñas (Blashfield, 1994).

El movimiento Neo-Kraepeliano

En la década de 1960 tuvieron lugar tres acontecimientos que tenían una orientación negativa hacia el proceso diagnóstico: La fiabilidad entre clínicos, el modelo médico y la perspectiva del etiquetado en el diagnóstico (Blashfield, 1984). Esto hizo que la clasificación se hiciese impopular entre los profesionales de la salud mental.

Fueron publicados estudios empíricos que demuestran unos valores bajos de fiabilidad, inaceptables en la clasificación psiquiátrica tradicional. Estos estudios fueron revisados por Kreitman (1961), Beck (1962), Zubin (1967) y Spitzer y Fleiss (1974). En segundo lugar, se criticaron los sistemas tradicionales por su asociación al modelo médico. La perspectiva del modelo médico entraba en conflicto con otras que habían ganado influencia en la salud mental tales como la humanista, conductista o la psicoanalítica. Estos ataques provenían tanto desde dentro de la psiquiatría con autores del movimiento antipsiquiátrico como Szasz (1961), como fuera de la disciplina con psicólogos como Schact y Nathan, (1977).

Por último, otra de las críticas a la clasificación psiquiátrica vino de la sociología, de la teoría del etiquetado (Goffman 1959, Scheff 1966, Matza 1968). De acuerdo con esta teoría, las etiquetas actúan como profecías autocumplidas que tienen efectos fuertes sobre la persona que es etiquetada. Una publicación de gran repercusión en este momento fue "Estar sano en lugares insanos" (Rosenhan, 1973). En el documento se describía un experimento en el que ocho personas sanas fingieron síntomas y fueron aceptadas en doce hospitales distintos y representativos de la época. Tras su ingreso, dejaron de fingir los síntomas y volvieron a su comportamiento normal. Estuvieron ingresados una media de diecinueve días y cuando les fue dado el alta se les diagnosticados como esquizofrénicos en remisión.

En los sistemas diagnósticos anteriores al DSM-III había problemas que eran comunes: Descripción y etiología eran confundidas, lo que llevaba a usar etiquetas con referencias a una etiología no demostrada y la subdivisión de

categorías según la supuesta etiología (Vázquez, 1990c). También había una falta de criterios objetivos para cuantificar y sopesar síntomas. A esto se le sumaba la falta de definición de los síntomas y los síndromes. Sobre la escasa fiabilidad y validez de estos sistemas, Hersen y Turner (1984) argumentaron que parecía deberse más a las limitaciones de construcción de estos sistemas que a las dificultades propias de la actividad clasificatoria. Spitzer et al. (1974) demostraron que la fiabilidad diagnóstica del DSM-II era inaceptablemente baja. El acuerdo entre jueces oscilaba entre 0,06 para trastornos de personalidad y 0,48 para el grupo de las esquizofrenias.

La respuesta a esta situación de descontento con el diagnóstico en psicopatología fue el movimiento Neo-kraepeliano. Este movimiento promovía un resurgir de muchas de las ideas de Kraepelin y su visión. Fue un intento de volver a las bases de la disciplina (Blashfield, 1984).

El artículo "Criterios Diagnósticos para usar en la investigación psiquiátrica" (Feighner et al, 1972) era un breve documento que contenía criterios diagnósticos que definían dieciséis categorías diagnósticas. Feighner et al. desarrollaron una serie de reglas operativas y precisas que señalaban qué síntomas son necesarios y cuántos bastan para efectuar el diagnóstico de una categoría (Vázquez, 1990c). Estos criterios eran bastante estrictos. No obstante, los criterios Feighner no pueden entenderse como operacionales al no especificar las operaciones a realizar para formar juicios clínicos (Lemos, 1995). Las comparaciones con las dos primeras ediciones del DSM mostraron una importante mejora en la consecución de este objetivo.

La segunda aportación fue el desarrollo de los criterios diagnósticos de Investigación, (Research Diagnostic Criteria, RDC) (Spitzer, Endicott y Robins, 1975). Fueron inspirados por el reducido, aunque preciso sistema de Feighner et al. Conceptualmente son el antecedente directo e inmediato del DSM-III (Vázquez, 1990c). Estos criterios se mueven en el terreno descriptivo, evitando entrar en explicaciones etiológicas y básicamente delimitan una sintomatología fundamental, una sintomatología asociada y unos criterios de exclusión para las entidades diagnósticas que recogía (Lemos, 1995).

En los criterios diagnósticos de investigación al menos la mitad de los índices Kappa para los trastornos afectivos y Esquizofrénicos se sitúa en 0,90 para el acuerdo inter-jueces (Spitzer et al. 1978.). Es un sistema diseñado para evitar más falsos positivos que falsos negativo, por tanto, es importante el parámetro de especificidad. El modelo es mixto: categorial y dimensional. Su objetivo es llegar a una categoría diagnóstica, pero la presencia o ausencia de los síntomas se determinan dimensionalmente (Vázquez, 1990c).

Tanto el sistema del grupo de investigación de Feighner et al. Como el de criterios diagnósticos de investigación señalan los síntomas necesarios para el diagnóstico, establecen una duración mínima y presentan criterios de exclusión (Vázquez, 1990c). Los dos sistemas tienen pocas categorías. Aproximadamente un 40% de los pacientes que solicitan ayuda tienen cabida en ellos (Ries et al, 1980). Esto hace que el uso de estos sistemas fuera limitado a las áreas diagnósticas a las que son aplicables.

Paralelamente a la aparición de los sistemas anteriores se llevó a cabo un proyecto en el que colaboran Gran Bretaña y EEUU. Durante los años 60 se descubrió que las frecuencias de algunos diagnóstica eran diferentes en Europa (especialmente Gran Bretaña) y en EEUU (Vázquez, 1990c). Los norteamericanos diagnosticaban nueve veces más esquizofrenia que trastornos afectivos mientras que los británicos diagnosticaban ambos trastornos en una proporción similar. La OMS creó una comisión con expertos de ambos continentes para descubrir el origen de estas diferencias. La conclusión a la que llegaron fue que no existían diferencias en las cifras epidemiológicas reales, eran los clínicos quienes diagnosticaban de un modo diferente los mismos casos (Cooper et al. 1972, Escobar, 1982). Esta investigación señala la importancia de emplear reglas diagnósticas claras y precisas, ya que de esta manera se puede conseguir una concordancia diagnóstica muy alta (Helzer et al. 1981). También puso de manifiesto la necesidad de un cambio radical en el modo de proceder en el diagnóstico psicopatológico.

EI DSM-III

La APA crea en 1974 una comisión para elaborar un nuevo sistema de clasificación que superase las limitaciones de los anteriores. Fue designado

Spitzer, psiquiatra especialista en problemas diagnósticos. Vázquez (1990c) señala que Spitzer había trabajado en el pasado en investigaciones sobre psicoterapia junto a Zubin, importante psicólogo clínico en la época. Este hecho pudo explicar en cierta medida la apertura hacia la psicología en el DSM-III.

En 1980 se publica el DSM-III. Este manual representa la culminación del trabajo de clasificación del movimiento Neo-Kraepeliano. Vázquez (1990) afirma: "El DSM-III es heredero directo de este <<espíritu Kraepeliano>> en la medida que se enfatiza el descriptivismo ateoórico y la observación como elementos básicos de dicho sistema" (p.680). El manual mostraba una preocupación por la fiabilidad y el proceso de entender la psicopatología (Blashfield, 1994).

El DSM-III fue una clasificación consensuada, un intento de que cualquier clínico, independientemente de su orientación teórica, pudiese adoptar una nomenclatura y unas reglas de clasificación uniformes. Se convirtió en un instrumento de comunicación entre los clínicos, una de las principales funciones de las clasificaciones (Vázquez, 1990c). En su elaboración se mezclaron intereses muy diversos. Intentó cubrir a toda la población de personas que solicitaban ayuda, lo que hizo que se clasificaran a personas que no presentan alteraciones psicopatológicas, pero acuden a resolver problemas personales, como aquellas que acudían por problemas en la pareja. También se incluyen para algunas categorías las cifras de prevalencia e incidencia, curso y diagnóstico diferencial.

Una de las razones de su expansión fue la exigencia por parte de compañías de seguros médicos de emplear una nomenclatura oficial para reembolsar gastos de psicoterapia. Este motivo hipertrofió el número de trastornos cubiertos en la clasificación, alejándolo de ser una clasificación científica (Spitzer, 1981a; Miller et al. 1981; Sartorius, 1988). En comparación al DSM-II, se pasan de 182 categorías a 265 en el DSM-III en 17 grandes áreas. No obstante, este aumento no se debe tanto al aumento de las principales entidades nosológicas como a un desglose de las ya existentes (Vázquez, 1990c).

La revisión de esta edición introdujo cambios menores respecto a los criterios de algunos cuadros, la reagrupación de algunos cuadros, la inclusión tentativa de algunos trastornos de personalidad y la introducción a un sistema

propio de los trastornos del sueño. También incluye varios apéndices como un glosario en el que se definen los términos técnicos, un índice donde se señalan todos aquellos cuadros en los que está presente un síntoma o un apéndice con algunos árboles de decisión diagnóstica.

Las novedades que aportó el DSM-III según Vázquez (1990c) fueron:

1. Definición viable de trastornos mentales.
2. Criterios diagnósticos explícitos de inclusión y exclusión.
3. Enfoque diagnóstico multiaxial.
4. Enfoque descriptivo empírico y ateórico
5. Pruebas de fiabilidad previas a la publicación definitiva y fiabilidad significativamente mayor.

En la definición de trastorno mental, el DSM-III-R reconoce que no existe una definición satisfactoria que especifique límites precisos del concepto de trastorno mental. Este concepto es conceptualizado como:

“Un síndrome o patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador (distress) a deterioro en una o más áreas principales de actividad o con un riesgo significativamente mayor de padecer dolor, incapacidad, pérdida de libertad o muerte. No es algo esperable a un acontecimiento particular. La conducta socialmente desviada, sea política, religiosa o sexual, o los conflictos del sujeto con la sociedad no son trastornos mentales, a menos que la desviación sea un síntoma perteneciente a una disfunción”. (APA, 1988, p. XXVII)

Esta definición deja de lado el modelo médico estricto en el que no tendrían lugar cuadros poco asimilables por un modelo organicista como la onicofagia, alteraciones en lectura y escritura o tics (Vázquez 1990c).

Como contrapartida al ateoricismo del DSM-III, encontramos una ausencia no sólo de hipótesis etiológicas, sino también en la ausencia de recomendaciones terapéuticas (Vázquez, 1990c)

Los criterios diagnósticos operativos consisten en una indicación estricta de criterios, lo que ofrece la ventaja de reducir la ambigüedad en el proceso de

clasificación y aumenta la fiabilidad diagnóstica. La desventaja es la pérdida de información idiosincrática potencialmente útil sobre el paciente (Vázquez, 1990c). En estos criterios se especifican mínimo de síntomas requeridos para formular el diagnóstico y en ocasiones edad de comienzo y criterios de exclusión. No se conoce el procedimiento en el que se basaron para determinar estos criterios debido a la ausencia de referencias bibliográficas en la publicación del manual (Schacht y Nathan, 1977; Sprock y Blashfield, 1984). Para que un sujeto reciba un diagnóstico no se requiere que cumpla todos los elementos que componen un criterio (clasificación politética), lo que aumenta la fiabilidad, pero facilita la existencia de grandes diferencias en personas agrupadas bajo la misma etiqueta diagnóstica. Como señala Vázquez, para el trastorno paranoide de personalidad podría haber 2.866 combinaciones posibles de síntomas.

Por su parte, el empleo de un sistema multiaxial permite cubrir diversos parámetros importantes para la descripción y pronóstico adecuados de la condición del paciente. Se incluyeron cinco ejes diagnósticos:

1. Síndromes clínicos.
2. Trastornos de personalidad y Trastornos de la infancia y la Adolescencia.
3. Enfermedades y Condiciones Físicas.
4. Gravedad de los estresores psicosociales.
5. Evaluación Global del Funcionamiento.

Los tres primeros ejes son categoriales y los dos últimos dimensionales.

De los mencionados ejes, sólo se requieren los tres primeros para realizar un diagnóstico formal, esto es, atribuir un caso a una categoría de un sistema diagnóstico de clasificación (American Psychiatric Association, 1987). La decisión de incluir los ejes referidos a estresores psicosociales y el funcionamiento global recoge el enfoque biopsicosocial de la descripción y explicación de los trastornos mentales (Engel, 1977; Schwartz, 1982). No obstante, su evaluación se realiza de un modo bastante subjetivo e impreciso (Vázquez, 1990c). Queda atrás la perspectiva uniaxial de origen kraepeliano, basada en la idea de que existen formas únicas de enfermedad sustentadas en una única fuente etiológica (Mezzich, 1984a). La perspectiva multiaxial supone un cambio en el enfoque de los trastornos psicológicos (Strauss, 1975) pero la

idea no es nueva, ya existían desde los años cuarenta al menos una veintena de sistemas clasificatorios con múltiples ejes (Mezzich, 1984a, b, 1988).

Atendiendo a la agrupación, la decisión jerárquica en el DSM-III consiste en otorgar el diagnóstico principal al problema por el que se solicitó ayuda. Esto lleva a problemas teóricos no resueltos como el tratar cuadros como si fuesen independientes, ya que en el manual no se menciona el tipo de relaciones entre múltiples diagnósticos (Vázquez, 1990c). El establecimiento de jerarquías se establece mediante principios de exclusión con el fin de homogeneizar las muestras, pero las bases teóricas del establecimiento de un sistema jerárquico en psicopatología distan de estar claras. Además, hay una ausencia empírica de diagnósticos excluyentes (Boyd et al, 1984 citado en Vázquez, 1990c).

Otra de las críticas está relacionada con las subcategorías de las alteraciones infantiles, de las cuales Achenbach (1980) critica la poca solidez que tienen y lo poco ligadas al cuerpo de datos empíricos existentes. Un claro ejemplo es mezclar en el eje 2 los trastornos de personalidad con los de infancia cuando conceptualmente no tienen ningún punto de contacto.

EI DSM-IV

Para su siguiente edición la APA tenía la intención de dar prioridad a resultados de investigaciones sobre otros criterios de decisión en la elaboración de la nueva taxonomía (Widiger, Frances, Pincus, Davis y First, 1991). Con esto se pretendía darles más peso a los datos empíricos que al consenso entre experto. Spitzer (1991) anticipaba que el DSM-IV (APA, 1994) se basaría fundamentalmente en el criterio de expertos debido a la dificultad de derivar decisiones de la revisión de la literatura científica por ausencia de datos fundamentales respecto a algunos criterios diagnósticos. También consideró que varios cambios dependieron más de decisiones conceptuales que de cambios empíricos.

Entre los cambios más relevantes se encuentran la desaparición de trastornos mentales orgánicos y la inclusión de las categorías delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos. En los trastornos del estado de ánimo se añaden categorías para aquellos debidos a alteraciones médicas generales y aquellos inducidos por sustancias. En los trastornos

Bipolares se distinguirá entre tipo I y tipo II, y también según su presentación. Otro de los cambios es la distinción entre obsesiones y compulsiones (Lemos, 1995).

EL DSM-5

En los últimos años han tenido lugar cambios en las demandas terapéuticas de la población. Se tiende a consultar además de cuadros clínicos tradicionales, por problemas menores derivados de una mayor intolerancia al sufrimiento por parte de los pacientes (Echeburúa, Salaberría, Corral y Cruz-Sáez, 2012).

En las clasificaciones psiquiátricas se refleja la psicopatologización de las dificultades de la vida cotidiana y los efectos de una sociedad individualista que favorece la soledad y la incomunicación (Cruz-Saéz, Echeburúa, y Salaberría, 2014). Las personas se sienten sobrepasadas en sus estrategias de afrontamiento para hacer frente a las dificultades cotidianas y frecuentemente carecen de una red de apoyo sólido. El volumen de estas consultas puede suponer entre un 20% y un 30% de las demandas asistenciales en un centro de Salud Mental (Ortiz, González y Rodríguez, 2006).

En el DSM-5 (APA, 2013) hay varios cambios con respecto a su anterior edición. En primer lugar, incorpora un enfoque más dimensional al analizar la severidad mayor o menor de los síntomas en diversos cuadros clínicos. El sistema multiaxial se eliminó y en su lugar se incluyen anotaciones separadas en cada categoría para las condiciones médicas asociadas, los factores psicosociales y ambientales, y otras áreas significativas de la vida. También incluye una escala autoadministrada de la Organización Mundial de la salud que es más clara y rigurosa que la Escala Global del Funcionamiento del DSM-IV-TR(2000).

Uno de los cambios es el cambio de los trastornos de inicio de la infancia, niñez o adolescencia a trastornos del neurodesarrollo. En esta sección el retraso mental pasa a llamarse discapacidad intelectual para evitar el estigma asociado y se insiste en la necesidad de evaluar el grado de adaptación a la vida cotidiana además del funcionamiento cognitivo. Los trastornos generalizados del desarrollo desaparecen como tales y se integran en trastornos del espectro autista, en el que se incluye el trastorno autista, el Asperger, el Desintegrativo

infantil y el Generalizado del desarrollo no especificado. En el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se contempla la posibilidad de su diagnóstico junto a un trastorno del espectro autista y en adultos se reduce el número de síntomas.

Entre las insuficiencias del DSM 5 hay que destacar la permeabilidad en los límites de las categorías diagnósticas. Hay un mínimo de pacientes con un diagnóstico puro, siendo la comorbilidad más la regla que la excepción y muy frecuente se emplea el recurso de diagnósticos no especificados, en los que se puede incluir un caso que no cumple todos los criterios necesarios (Cruz-Saéz, Echeburúa, y Salaberría, 2014).

También se presentan nuevos trastornos diagnosticados que no cuentan con apoyo empírico sólido y pueden implicar una medicalización de conductas normales como el trastorno disfórico premenstrual o el trastorno por atracón (Cruz-Saéz, Echeburúa, y Salaberría, 2014).

ALTERNATIVAS A LOS SISTEMAS CATEGORIALES

La propuesta de Achenbach

Un problema de las clasificaciones DSM que aún se mantiene en la 5ª edición (APA, 2013) es que suministra criterios explícitos que deben cumplirse, pero no especifica procedimientos de evaluación que permitan determinar si un individuo cuenta con las características requeridas para satisfacer esos criterios (Achenbach y Edelbrock 1989). En este sentido, sólo se especifica el uso de test de CI para el diagnóstico de retraso mental.

En psicopatología infantil es difícil juzgar problemas conductuales-emocionales como presentes o ausentes, ya que varían con la edad, las situaciones y las personas interactuantes. Juzgar a un niño que tiene un problema concreto depende de cómo y cuándo es evaluado. La evaluación suele exigir informes de personas que no son clínicos y esta información se ve afectada por las situaciones en que se evalúa al niño y los distintos papeles que desempeñan con respecto a él los informadores (Achenbach y Edelbrock, 1989).

Achenbach, McConaughy y Howell (1987) realizaron un meta-análisis de estudios para determinar el nivel de coherencia entre diferentes informadores.

Se tomaron como informadores a los progenitores, maestros, trabajadores de la salud mental, compañeros de clase, auto-reportes y observación directa. Entre informadores con papeles similares la media global fue sustancial, aunque no perfecta. Entre los informadores con papeles diferentes la media de acuerdo era considerablemente inferior. Las bajas correlaciones entre distintos informadores reflejaban diferencias en el funcionamiento de los niños de una situación a otra, el impacto de diferentes personas sobre los niños y en sus normas para juzgarlos. Esto muestra la dificultad para aplicar criterios diagnósticos que deben ser juzgados como presentes o ausentes sin hacerse operativos. Cada fuente de datos puede aportar información válida pero diferente, por lo que no se debe sustituir a ninguna fuente (Achenbach y Edelbrock 1989).

La inclusión de varios ejes en el DSM-III reflejó la necesidad de integrar diferentes tipos de datos para evaluar la psicopatología. Los trastornos no pueden conceptualizarse únicamente en términos de síndromes psiquiátricos. Del mismo modo, los procedimientos de evaluación pueden organizarse de manera multiaxial. Así, se procura un eje separado para cada tipo de datos relativo al funcionamiento de los niños (Achenbach y Edelbrock, 1989). En este enfoque, no todos los ejes son siempre relevantes y en algunos casos pueden ser relevantes otros tipos de evaluación.

Tabla 3. Ejes de Evaluación Multiaxial.

Ejes
I. Informes de Padres
II. Informes de los maestros
III. Evaluación Cognitiva
IV. Evaluación Física
V. Evaluación directa del niño

Nota: Adaptado de Achenbach y McConaughy (1987)

Los ejes I, II y V son relativos al funcionamiento conductual-emocional del niño a partir de informes de padres, madres, observadores, clínicos y el propio niño. Los informes tratan de poner de manifiesto cómo es visto el niño por cada informador. Se dice que están basados empíricamente ya que se basa en observaciones o experiencias (Woolf, 1977, p. 373). Este tipo de evaluación no presupone ninguna teoría particular sobre por qué se produce el comportamiento

desadaptativo. Para hacer idónea su capacidad de captar las características distintivas de cada caso, Achenbach y Edelbrock (1989) establecen que la evaluación debe adherirse a los siguientes principios psicométricos:

1. Debe utilizar procedimientos estandarizados.
2. Deben utilizarse múltiples ítems para analizar cada aspecto del funcionamiento
3. Los ítems deben agruparse a fin de suministrar puntuaciones cuantitativas de cada aspecto del funcionamiento.
4. Las puntuaciones deben normalizarse para indicar cómo se compara un individuo con los grupos relevantes de referencia.
5. En variables supuestamente relacionadas con el desarrollo, los grupos de referencia normativos deben constituirse según la edad u otros índices del desarrollo.
6. Para ser considerados psicométricamente correctos, los procedimientos de evaluación deben ser fiables y válidos, aunque los tipos de fiabilidad y validez varían con el tipo de procedimiento.

Para esta clasificación, se va a optar por prototipos en lugar de categorías diagnósticas. Asumir categorías diagnósticas implica que ciertos hechos son necesarios y suficientes para determinar la pertenencia a la categoría en cuestión. También implica que todos los miembros de la categoría deben compartir tales hechos o características. En su lugar, los prototipos (Rosch, 1978) se basan en conjuntos de características correlacionadas imperfectamente. Por este motivo, la pertenencia a una categoría sería una cuestión de grado, de magnitud de coincidencia entre las características de un caso individual y las características que definen la categoría. En psicopatología infantil representan una ventaja, ya que la mayoría de los casos presentan una amplia variedad de problemas donde muy pocos se presentan como tipos puros de las categorías existentes (Achenbach y Edelbrock, 1989).

Para obtener prototípicos taxonómicos se emplean datos empíricos. El análisis factorial de los problemas de los niños permite identificar grupos de ítems que tienden a ocurrir conjuntamente formando síndromes. Estos síndromes proporcionan una taxonomía de prototipos que permiten comparar un caso concreto con el prototipo que más encaje (Achenbah y Edelbrock, 1989).

Los instrumentos del ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment; Achenbach, 1966) analizan el comportamiento adaptativo y anómalo en diferentes rangos de edad. Los análisis factoriales separados de cada grupo relevante muestran síndromes particulares para un sexo o edad determinados. Un análisis factorial de segundo orden revela dos grandes agrupaciones: Interiorizada y Exteriorizada. En interiorizada se encuentran síndromes que en otros estudios se han denominado como hipercontrolados, problemas de personalidad, timidez o ansiedad e inhibición. En la agrupación de Exteriorizada, se asemejan a los síndromes infracontrolados, problemas de conducta, cólera o desafío y agresión.

Los instrumentos ofrecen ventajas en el conocimiento de las alteraciones comportamentales. Aporta más información sobre la gravedad de los trastornos, llegando a ser mejores predictores que las estrategias seguidas por el enfoque categorial (Fergusson y Horwood, 1995). Además, ayudan a la valoración de los tratamientos al permitir obtener medidas repetidas de las conductas problema evaluadas.

Para el instrumento referido al informe de los padres "Child Behavior Checklist", la fiabilidad test re-test de una semana tuvo un valor de 0,89 de media para todas las escalas y grupos de sexo y edad. En 3 meses fue de =0,74 y entre 6 y 18 meses 0,62. Esto sugiere una notable estabilidad en las puntuaciones (Achenbach y Edelbrock, 1983). La validez fue confirmada en muestras de niños asistidos y no asistidos clínicamente, donde la puntuación en problemas conductuales era superior para el grupo de los asistidos. Además, se ha observado que las puntuaciones correlacionan significativamente con otras medidas obtenidas empíricamente (Achenbach y Edelbrock, 1989).

Los síndromes de problemas conductuales basados empíricamente suministran una base para construir taxonomías de los trastornos conductuales de los niños. Se trata de un método taxométrico (Achenbach, 1985). Taxometría se refiere a los procesos cuantitativos de construir taxones y clasificar individuos. Estos tipos pueden servir como constructos taxonómicos, pero no ponen de manifiesto tipos verdaderos como correspondientes a unos genotipos adyacentes. Suministran un marco provisional que ayuda a ordenar y reducir

datos multivariados complejos, generar y verificar hipótesis, y predecir diferencias de grupo (Achenbach y Edelbrock, 1989).

Empleando métodos de agrupación, Edelbrock y Achenbach (1980) han tratado de obtener taxonomías de los trastornos conductuales de los niños basadas en la versión para padres del Child Behavior Profile. Se obtuvieron seis tipos de perfil para varones de 6-11 años y siete tipos de perfil para los restantes grupos de edad y sexo. También se reveló la presencia de relaciones jerárquicas entre los distintos tipos de perfil, obteniendo una agrupación donde predominaban las escalas de interiorización, otra donde destacaban las de interiorización y para una agrupación las combinaciones no se combinaban ni con la Interiorizada ni con las exteriorizadas, por lo que se denominó Mixta.

Este sistema empírico de evaluación se adoptó a población adulta (Achenbach y Rescorla, 2003). El "Adult Self Report" Es un instrumento de autorreporte que examina diversos aspectos del funcionamiento adaptativo y problemas. Por otro lado, el "Adult Behavior Checklist" es un instrumento paralelo que es empleado para obtener información del individuo a través de la evaluación realizada por otra persona que le conozca como puede ser la pareja, un familiar o un amigo. Del análisis factorial de los anteriores instrumentos sobre una muestra de adultos se obtuvieron ocho escalas para síndromes y posteriormente se crearon 6 escalas construidas para tener características consistentes con el DSM-IV (Psychology Center Resource).

Entre las limitaciones del modelo, Millon (1991) señala que este no permite abarcar la gran diversidad de trastornos. Por su parte, Hartman et al. (1999) cuestionan la validez de las dimensiones rastreadas.

Frente a estas críticas cabe mencionar que Achenbach (1995) explica que el modelo no pretende reemplazar a los sistemas diagnósticos categoriales. En su lugar, prefiere considerarlo como una herramienta en la que apoyar el diagnóstico.

Transdiagnóstico

En psicopatología ha habido una disputa entre enfoques dimensionales y categoriales de conducta anormal, pero ha triunfado el enfoque categorial por

poseer múltiples ventajas y ser más vistoso. Algunos de los problemas de este enfoque son la inflación de categorías diagnósticas y la elevada comorbilidad, que puede suponer una validez limitada para estos trastornos (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

Se ha encontrado en muestras clínicas que varios diagnósticos coocurren con otro diagnóstico secundario en la mayoría de los casos (Clark, 1995). También aparecen grupos de trastornos comórbidos, como los del grupo de ansiedad con otro de ansiedad y depresión (Mineka, Watson y Clark, 1998). La comorbilidad ha motivado la búsqueda de alternativas más consistentes a la descripción y clasificación de los trastornos mentales, así como también a la investigación de constructos basados en criterios dimensionales (Sandín, Chorot y Valiente, 2012). Desde el punto de vista psicopatológico, el transdiagnóstico consiste en entender los trastornos mentales sobre la base de un rango de procesos etiopatogénicos causales y/o mantenedores de la mayor parte de los trastornos mentales (Sandín, Chorot y Valiente, 2012). Se basa en una concepción dimensional, pero consiste en una integración con el enfoque categorial.

Las primeras aportaciones se basan en la aplicación de las teorías del aprendizaje a la explicación de la conducta anormal (Mowrer, 1939; Skinner, 1957; Wolpe, 1969). Las teorías se extendían a la mayor parte de los problemas y podían aplicarse mediante terapia de conducta a cualquier trastorno mental. Eysenck (1959) describió las dimensiones de neuroticismo y extraversión para caracterizar a los trastornos neuróticos mientras que la dimensión de psicoticismo se relacionaba con trastornos psicóticos y la conducta antisocial. Ellis (1962) asoció procesos cognitivos del pensamiento emocional como el catastrofismo, la baja tolerancia a la frustración y la exigencia a los trastornos emocionales. Beck (1967) se basó en creencias y actitudes negativas que llevan a sesgos cognitivos o sesgos en el procesamiento de la información.

Entre los desarrollos más recientes llama la atención el modelo tripartito de Clark y Watson (1991) sobre afecto, ansiedad y depresión. Inicialmente fue propuesto para diferenciar ansiedad y depresión, pero también ha sido relevante para unificar trastornos emocionales a partir del factor de ansiedad negativa (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

También cabe destacar la aportación del modelo contextual, que en contraposición con el modelo médico abandona la perspectiva del defecto internalista para explicar los trastornos y ofrece una explicación interactiva, funcional y contextual (Pérez-Álvarez, 2012b). La persona se encontraría dentro de unas circunstancias problemáticas. Las terapias de tercera generación tienen este enfoque de dimensiones transdiagnósticas en términos de Evitación experiencial o Inflexibilidad psicológica (Pérez-Álvarez, 2014). Se entiende el concepto de evitación experiencial como el proceso de intentar liberarse de las sensaciones de malestar o sufrimiento. Esto envuelve a la persona en un círculo vicioso convirtiéndose en un problema (Wilson y Luciano, 2007).

CONCLUSIONES

A pesar del enfoque biologicista de los trastornos y del supuesto carácter universal de estos, los cambios experimentados por las diferentes versiones del DSM muestran que los elementos clasificados cambian con el tiempo en gran medida debido a diferencias en los puntos de vista teóricos y no tanto como consecuencia de cambios en un conjunto de enfermedades que tengan lugar de manera natural (Lemos, 1995).

Son numerosas las insuficiencias del modelo médico del que derivan las clasificaciones psiquiátricas. El enfoque categorial que sigue vigente en el DSM-5 se ha establecido fundamentalmente mediante consenso más que atendiendo a pruebas empíricas. Sin embargo, los diagnósticos sólo deben emplearse cuando se basan en pruebas empíricas y tienen utilidad clínica (Frances, 2013; Kraemer, Kupfer, Clarke, Narrow y Regier, 2012 citado en Echeburúa, Salaberría, Cruz-Saéz. 2014). Por otra parte, El DSM no indica cómo evaluar si una persona cumple los criterios de un trastorno, por lo que son necesarias propuestas como la de Achenbach para evaluar empíricamente y conocer en qué magnitud se presentan los problemas clínicos (Achenbach y Edelbrock, 1989).

El sufrimiento humano es el resultado de una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que implica la necesidad de la formulación psicológica, es decir, una evaluación y tratamiento individualizado fundamentado en terapias basadas en la evidencia (Echeburúa et al. 2010). Es posible ayudar y tratar psicológicamente a una persona sin el etiquetaje

diagnóstico del problema. El abuso de diagnósticos psiquiátricos o la ampliación de categorías recogidas en el DSM-5 y la reducción de la exigencia de los criterios puede traer la psicopatologización de problemas de la vida cotidiana, pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos y su uso indiscriminado y generalizado de la prescripción farmacológica (Echeburúa, Salaberría, Cruz-Saéz. 2014).

Como ya se venía diciendo en las críticas al DSM-III, estas clasificaciones también se alejan de ser científicas por la exigencia por parte de compañías de seguros de emplear una nomenclatura oficial, lo que lleva a un aumento en el número de categorías. En la actualidad encontramos casos como el de la disforia de género, antes trastorno de identidad sexual, cuyo nombre fue modificado para evitar la estigmatización asociada. Aunque la APA reconoce que no se trata de un trastorno, se sigue incluyendo en el DSM-5. El diagnóstico de disforia de género es requerido para los procedimientos de reasignación y el cambio de identidad en las administraciones (Polo y Olivares, 2011). A pesar de su aparente enfoque ateorico, se han mezclado motivos políticos e ideológicos como la inclusión de la homosexualidad en las primeras ediciones del manual, que no desapareció por completo como trastorno hasta el DSM-III-R.

En cuanto al enfoque transdiagnóstico, cabe destacar que su vertiente aplicada a la terapia puede tener varias ventajas. Posibilita abordar factores psicopatológicos comunes que se dan simultáneamente en varios trastornos. Además, no se basa en el conocimiento de cada diagnóstico específico para ser efectiva y podría abordarse en formato grupal para distintos tipos de trastornos simultáneamente. Otra de las posibilidades es su aplicación en prevención y promoción de salud mental (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

Para terminar, es importante destacar que es necesario tener en cuenta que ningún comportamiento, sentimiento o actividad mental puede calificarse de patológico sin examinar su posible utilidad adaptativa y las condiciones contextuales en las que se presenta (Echeburúa, Salaberría, Cruz-Saéz. 2014).

Referencias

- Achenbach T.M. , Rescorla L.A. (2003) *Manual for ASEBA adult forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M. (1966). *The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study*. Psychological Monographs, 80, (No. 615).
- Achenbach, T. M. (1985). *Assesment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock (1983). *Manual for the Child Behavior checklist and revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock (1989). Taxonomic Issues in Child Psychopathology. En Ollendick, T. H. y Hersen, M. (Eds.), *Handbook of Child Psychopathology* (pp.75-93).
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. y Howell, C. T. (1987). *Childs/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of Cross-informant correlations for situational specificity*. Psychological Bulletin, (vol 101, 213-232).
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. y Howell, C. T. (1987). *Empirically-based assesment of child and adolescent psychopathology: Practical applications*. Newbury Park, CA: Sage.
- Achenbach, T.M. (1980). *DSM-III in light of empirical research on the classification of child psychopathology*. Journal of the American Academy of Child Psychiatry (vol. 19, pp. 395-412).
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1ª ed.). Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2ª ed.). Washington, DC: APA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed. Rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^a ed rev.). Washington, DC: APA.
- Asociacion americana de Psiquiatria. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatria.
- Beck, A. T. (1962). *Reliability of psychiatric diagnosis: A critique of sistematic studies*. American Journal of Psychiatry, 119, pp .210-216.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Belloch, A., y Baños, R. (1986). Clasificación y categorización en psicopatología. En A. Belloch y P. Barreto (Dir.), *Psicología clínica: Trastornos biopsicosociales* (pp. 1-48). Valencia: Promolibro.
- Blashfield, R. (1984) *The Classification of Psychopathology. Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches*. New York: Plenum Press.
- Castilla del Pino, C. (1988). *Emil Kraepelin y la teoría nosológica*. Prólogo a la reimpresión castellana de E. Kraepelin (1905). Introducción a la clínica psiquiátrica. Madrid: Nieva.
- Clark, L. A., Watson, D., & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Colodrón, A. (1990). *Las esquizofrenias*. Madrid: Siglo XXI de España editores.

- Cooper, J. E, Kendall, R. E., Gurland, B. J., Sharpe, L., Copeland, J. R., y Simon, R. J. (1972). *Psychiatric diagnosis in New York and London*. Maudsley Monographs, Oxford, University Press. Londres.
- Coto, E., Gómez-Fontail, Y. y Belloch, A. (1995). Historia de la psicopatología. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. . *Manual de psicopatología*, (vol. 1, pp. 128-157). Madrid: Mcgraw-Hill.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., y Cruz-Sáez, M.S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. *Behavioral Psychology/Psicología. Conductual* ,20, 423-435.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 247-256.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Cruz-Saéz, M. (2014). *Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica*. *Terapia psicológica* (Vol. 32, nº1, pp 65-74). Sociedad Chilena de psicología clínica.
- Edelbrock, C., Achenbach, T. M. (1980). *A typology of child behavior profile patterns: distribution and correlates for disturbed children aged 6–16*. *Journal of abnormal child psychology*, (vol, 8, pp. 441-470)
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Escobar, J. L. (1982). *El diagnóstico psiquiátrico. Principios generales, nuevos sistemas diagnósticos e instrumentos diagnósticos estructurados*. *Psiquis* (vol. 3, pp. 73-81).
- Eysenck, H. J. (1959). *Maudsley Personality Inventory*. London: University of London.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guzen, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G. y Munoz, R. (1972). *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*. *Archives of General Psychiatry*, (vol. 26, pp. 57-63).
- Fergusson, D. y Horwood, L. (1995). *Early disruptive behavior, IQ, and school achievement and delinquent behavior*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, (vol. 23, pp. 183–199).

- Goffman, E. (1959). *The moral career of the mental patient*. Psychiatry, (vol. 22, pp. 123-142).
- Hartmann, C. A., Hoop, J., Erol, N., Mellenbergh, G. J., Oosterlaan, J., Shalev, R. ... Zilber, N. (1999). *Syndrome Dimensions of the Child Behavior Checklist and the Teacher Report Form: A Critical Empirical Evaluation*. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
- Hersen, M. y Turner, S. M. (1984). *DSM-III and behavioral therapy*. En S. M. Turner y M. Hersen (Eds.). *Adult Psychopathology and diagnosis*. (pp. 485-502). Wiley, New York.
- Helzel, J. E.: Brockington, I. F., y Kendell, R. E. (1981). *Predictive Validity of DSM-II and Feighner definitions of schizofrenia*. Archives of General Psychiatry (vol. 38. pp. 791-797).
- Kreitman, N. (1961). *The reliability of psychiatric diagnosis*. Journal of Mental Science, (vol. 107, pp. 878-886).
- Lemos, S. (1995). Clasificación y Diagnóstico en psicopatología. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F.. *Manual de psicopatología*, (vol. 1, pp. 128-157). Madrid: Mcgraw-Hill.
- Maher, B. A., y Maher, W. B. (1985). *Psychopathology: II*. From the eighteen century to modern times. En G. A. Kimble y K. Schlesinger (Eds), *Topics in the history of psychopathology*. Nueva Jersey: LEA.
- Matza, D. (1968). *Becoming deviant*. Englewood cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Menninger, K.(1963). *The vital balance*. Nueva York: Viking Press.
- Mezzich, J. (1984a). *Diagnosis and classification*. En S- M Turner y M. Hersen, (Eds.), *Adult Psychopathology and diagnosis*. Wiley. Nueva York.
- Mezzich, J. (1984b). Multiaxial diagnostic systems in psychiatry. En H. I. Kaplan, B. J. Sadock, (Eds), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4ª ed). Williams y Wilkins, Baltimore.
- Mezzich, J. (1984b). *On developing a psychiatryc multiaxial schema for ICD-10*. British Journal of Psychiatry (vol 152 (Suppl.), pp. 38-43).

- Miller, L. S.; Bergstrom, D. A.; Cross, H. J. y Grube, J. W. (1981) *Opinions and use of the DSM-III system*. Professional Psychology. (vol. 12, pp. 385-390, 1981)
- Millon, T. (1991). *Classification in Psychopathology: Rationale alternatives and standards(Special Issue: Diagnoses,, dimensions and DSM-IV: The science of classification)*. Journal of Abnormal Psychology, 100 (vol. 3, pp. 245-261).
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Mowrer, O. H. (1939). Stimulus response theory of anxiety. *Psychological Review*, 46,553-565.
- Ortiz, A., González, R., y Rodríguez, F. (2006). La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria*, 38, 563-569.
- Pérez-Álvarez, M. (2012b). Third-Generation Therapies: Achievements and Challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12 (2), 291-310.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Polo, C., Olivares, D. (2011), Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (110), pp. 285-302
- Psychology Centre Resource. *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) - Adult Self-Report (ASR) & Adult Behavior Checklist (ABCL)*. Recuperado el 10/06/2016 de <http://psycentre.apps01.yorku.ca/drpl/commercial-test/achenbach-system-empirically-based-assessment-aseba-adult-self-report-asr-adult>.
- Ries, R., Bokan, J. y Schukit, M. A. (1980). *Modern diagnosis of schizofrenia in hospitalized psychiatric patients*. American Journal of Psychiatry, (vol. 137, pp. 1419-1421).
- Rosch, E. (1978). Principles of categorization. En Rosch, E. & Lloyd, B. B. (eds) *Cognition and categorization* 27-48. Hillsdale, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum.

- Sandín, B., Charot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2012, Vol. 17 (3), 185-203.
- Sartorius, N. (1988). *International perspectives of psychiatric classifications*. British Journal of Psychiatry, (vol. 152, (Suppl.), pp. 9-14)
- Schacht, T., y Nathan, P. E. (1977) *But is it good for psychologist? Appraisal and status of DSM-III*. American Psychologist (vol. 32, pp1017-1025).
- Scheff, T. J. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Chicago: Aldine.
- Schwartz, G. E. (1982). *Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine?* Journal of Consulting & Clinical Psychology (vol. 50, pp.1040-1053).
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Acton, MA: Copley Publishing Group.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. y Robins, E. (1975). *Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders*. Nueva York: NY State Psychiatric Institute.
- Spitzer, R. L. (1981a). *Nonmedical myths and the DSM-III*. APA monitor, (vol. 12, p.13).
- Spitzer, R. L., y Endicott, J. (1978). Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria. En R. L. Spitzer y D. Klein (Eds.), *Critical issues in psychiatric diagnosis*, Raven Press. Nueva York.
- Spitzer, R. L., y Fleiss, J. L. (1974). *A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis*. British Journal of Psychiatry. (vol. 125, pp. 341-347).
- Spitzer, R. R. (1991). *An outsiders view about revising the DSMs*. Journal of Abnormal Psychology, (vol. 100, pp. 294-296).
- Sprock, R. K., y Blashfield (1984). Classification and nosology. En M. Hersen, A.E. Kazdin y A. S. Bellack (Eds). *The Clinical psychology handbook*. Nueva York: Pergamon.
- Strauss, J. S (1975). *A comprehensive approach to psychiatric diagnosis*. American Journal of Psychiatry (vol. 132, pp. 1193-1197).

- Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness*. Nueva York: Hoeber-Harper.
- Talland, G. (1968). Trastornos mentales: estudio experimental. En *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales* (vol. X, pp. 480-489). Madrid: Aguilar.
- Vázquez, C. (1990a). Fundamentos teóricos y metodológicos de la clasificación en Psicopatología. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (vol. 2, pp. 655-678). Madrid: McGraw-Hill
- Vázquez, C. (1990b). Historia de la psicopatología. En F. Fuentenebro y & C. Vázquez (Eds.) *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. (vol. 2, pp. 415-448). Madrid: S.A. Mcgraw-Hill.
- Vázquez, C. (1990c). Sistemas de clasificación en psicopatología. F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (Vol. 2, pp. 679-707). Madrid: McGraw-Hill.
- Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H. A., Davis, W. W., y First, M. B. (1991). *Toward an empirical classification for DSM-IV*. *Journal of abnormal Psychology* (vol. 100, pp. 280-288)
- Wilson, K. G., y Luciano, M.C. (2007). *Terapia de Aceptación y compromiso (ACTI)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Penguin.
- Wolf, H. B (Ed.) (1977). *Webster's new collegiate dictionary*. Springfield, Mass.: G.& C. Merriam.
- Zubin, J. (1967). *Classification of behavior disorders*. *Annual Review of Psychology*. (Vol. 18, pp. 373-406).