

# ¿SE TERMINA EL DSM?

*Qué cambia y qué no  
en la clínica con el  
corrimiento del  
modelo diagnóstico*



En los últimos meses empezó a circular con fuerza la idea de que **“se termina el DSM”**. 🙈


Aparece en redes, cursos y conversaciones entre colegas, muchas veces con afirmaciones contundentes y poco matizadas.

Esta guía no busca desmentir por desmentir ni adherir a consignas, sino ordenar el debate con criterio clínico y evidencia, para pensar:

**¿Qué está cambiando realmente y cómo impacta en la práctica profesional cotidiana?**

## I) EL DSM HOY: ¿DÓNDE ESTAMOS PARADOS?

La versión vigente es el *DSM-5-TR*. **El manual sigue cumpliendo funciones centrales:**

- Ofrece un lenguaje común entre profesionales 
- Permite investigación y comunicación interdisciplinaria
- Organiza criterios diagnósticos descriptivos.

El DSM nunca fue:



- Una teoría del sujeto
- Una guía de tratamiento
- Una explicación causal del sufrimiento psíquico.

**Confundir diagnóstico con comprensión clínica es uno de los principales puntos que hoy se ponen en revisión,** especialmente cuando la etiqueta comienza a ocupar el lugar de la escucha, del proceso y de la singularidad del caso.

## 2) EL LÍMITE QUE EL PROPIO DSM RECONOCE

Desde hace años se señalan límites del modelo categorial rígido:

- Sobrediagnóstico
- Alta comorbilidad
- Listas de síntomas que no captan la complejidad clínica
- Riesgo de perder la singularidad del caso.

**Estas críticas no vienen de afuera, sino que surgen del propio campo psiquiátrico y psicológico que utiliza el DSM y reconoce que, en muchos casos, el diagnóstico descriptivo no alcanza para dar cuenta del padecimiento psíquico ni para orientar la clínica.**

### 3) EL CAMBIO DE PARADIGMA REAL

Cuando se habla de un “corrimiento del modelo diagnóstico”, **no se está planteando la eliminación del DSM, sino un desplazamiento de su centralidad en la práctica clínica.** El diagnóstico deja de funcionar como el eje exclusivo del proceso para pasar a ocupar un lugar más acotado y contextualizado.

El modelo que comienza a consolidarse es **híbrido:**

- Mantiene categorías diagnósticas, pero incorpora **dimensiones de severidad** curso y variabilidad del malestar
- Reconoce que los cuadros clínicos no se presentan de forma homogénea ni estable a lo largo del tiempo.



Este corrimiento responde a una dificultad ampliamente documentada:

**Muchos pacientes no encajan de manera clara en una única categoría diagnóstica,**

**Y presentan recorridos clínicos cambiantes, donde las listas de síntomas resultan insuficientes para comprender el funcionamiento psíquico.**

El foco se desplaza progresivamente de “qué diagnóstico tiene” a “cómo se organiza su malestar, en qué contexto y en qué momento de su historia”.





## 4) MODELOS QUE GANAN PROTAGONISMO

En este contexto comienzan a ganar peso enfoques que no niegan el diagnóstico, pero lo descentran y complejizan:

- **Modelos dimensionales,** que permiten pensar el malestar en términos de intensidad, continuidad y variabilidad, más que en categorías cerradas.
- **Perspectivas transdiagnósticas,** centradas en procesos psicológicos comunes a distintos cuadros (por ejemplo, regulación emocional, evitación, hipervigilancia).
- **Enfoques basados en trauma, apego y regulación,** que priorizan la historia de desarrollo, las experiencias relacionales tempranas y el contexto actual.
- **Mayor relevancia de la formulación clínica,** entendida como una hipótesis dinámica, revisable y situada.

*Estos modelos no reemplazan al DSM, pero cuestionan su uso automático y proponen una lectura clínica más amplia y articulada.*

## **5) LO QUE NO ESTÁ PASANDO**



Para no confundir información con consigna, es importante aclarar:

- El DSM no desaparece.
- No deja de ser estadístico.
- No existen hoy biomarcadores clínicos validados para diagnóstico.
- No hay confirmación oficial de un cambio de nombre.
- No hay fecha cerrada de lanzamiento (se estima 2026–2027).

**El modelo se amplía; no se borra.**



## 6) ¿QUÉ CAMBIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA?

Para la clínica cotidiana, este corrimiento implica:

- Usar el diagnóstico con mayor cautela,
- Diferenciar diagnóstico de identidad del paciente,
- Integrar categoría, historia subjetiva y contexto,
- Evitar reducir el proceso terapéutico a una etiqueta.

El diagnóstico pasa a ser una herramienta descriptiva, no una definición del sujeto.

## 7) QUÉ SE ESPERA HOY DEL PROFESIONAL



Más que memorizar criterios, el contexto actual exige:

- Pensamiento clínico crítico,
- Capacidad de articular modelos,
- Lectura compleja del malestar,
- Espacios de supervisión y formación continua.

El corrimiento del modelo diagnóstico **no pide menos clínica, sino mejor clínica.**

Hablar del “fin del DSM” simplifica un proceso que es gradual y complejo. *Lo que está en juego no es abandonar herramientas, sino revisar cómo se las utiliza.*

***Sostener una práctica clínica ética hoy implica poder diagnosticar sin quedar capturados por la etiqueta y escuchar al sujeto sin perder referencias comunes.***

**Pensar la clínica lleva tiempo. Y también se piensa en compañía.**

Únete a nuestro grupo de WhatsApp y recibí propuestas de talleres, supervisiones y recursos gratuitos.

