

El impacto de las categorías del DSM en la Psiquiatría contemporánea

Cristina Lóyzaga-Mendoza

Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del Espectro Obsesivo, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

En la revisión de la literatura especializada para actualizar el tema, existe una cantidad inusual de críticas a la Psiquiatría y al DSM, tanto por su cualidad clasificatoria, como por la forma de realizar esa clasificación. Muchas provienen de personas fuera del ámbito de la salud mental o de alguna de las disciplinas de las que se nutre esta especialidad médica, pero hallé también que psicólogos y psiquiatras hacen desaprobaciones irreflexivas contra este manual que alcanzan tintes antipsiquiátricos y que parecen lanzarse en una cruzada en contra del manual, más que hacer una crítica constructiva para un mejor diseño de un instrumento categorizador.

Muchas personas erróneamente piensan que categorizar en Psiquiatría, es sinónimo de etiquetar, crear enfermedades, estigmatizar y controlar; desafortunadamente a lo largo de la historia ha habido hechos que, aunque aislados, por su enorme dimensión, apoyan esta falsa visión, uno de estos hechos es la búsqueda del supuesto “gen rojo”, avalada por Franco durante la Guerra civil española. Antonio Vallejo Nájera, jefe de los servicios psiquiátricos del ejército golpista, realizó un proyecto disfrazado de estudio científico que incluía cinco grupos de individuos, entre ellos, brigadistas internacionales capturados, mujeres republicanas presas y prisioneros vascos entre otros y que pretendía “determinar cuál malformación o tara llevaba a las personas al marxismo”. “Evaluaban” mediante pruebas psicológicas y mediciones antropomórficas, al más puro estilo de Lombroso, las características de los republicanos comunistas y concluyeron que “los marxistas tienen un alto índice de temperamentos degenerativos, son poco inteligentes, incultos, borrachos y sexualmente libertinos” (Bandrés & Llavona, 1996). En este caso el enemigo político fue etiquetado como insano, enfermo mental y propenso a la violencia, por lo que su reclusión en campos de concentración era la estrategia de tratamiento; vale la pena comentar que fueron los republicanos españoles y no los judíos, los primeros ocupantes de campos de concentración dentro y fuera de España y que incluso un grupo de republicanos españoles capturados en Francia durante la ocupación nazi fueron los constructores y después los prisioneros de algunos de estos centros, como ocurrió en el campo de Mauthausen, Austria.

Este vergonzoso, terrible y pseudocientífico proyecto de un grupo de psiquiatras fascistas no debe olvidarse y requiere mayor investigación y difusión, sin embargo, esta visión no se corresponde con la psiquiatría contemporánea. Ejemplos como este o bien visiones antipsiquiátricas disfrazadas de académicas iniciadas en los años 1970 por Tomas Szasz, Franco y Franca Basaglia entre otros, y su reproducción en artículos periodísticos y en el cine, con películas como “Atrapado sin salida”, (One Flew Over the Cuckoo’s Nest, Milos Forman, USA, 1975) han creado estereotipos en contra de la psiquiatría y los psiquiatras, y han llamado el interés insensato de personas que juzgan a la psiquiatría y a sus herramientas clasificatorias y de tratamiento.

Han pasado más de cinco años desde la publicación de la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) de la Asociación psiquiátrica americana y las críticas no cesan, el impacto que esta versión tendrá a nivel clínico, en la formación de nuevos especialistas y en la investigación en este campo, apenas se vislumbra. Para hacer un análisis crítico de este manual debemos forzosamente remitirnos a los aspectos históricos del mismo y de la clasificación de los trastornos de la psique.

DE LAS CATEGORÍAS EN GENERAL A LA NOSOLOGÍA EN PSIQUIATRÍA

El DSM es un instrumento categorizador de trastornos mentales, el método y su objetivo en las primeras versiones no fue el planteamiento de hipótesis etiológicas. El DSM es un manual que propone grupos categóricos de trastornos a los que clasifica, describe someramente y para los que norma criterios politéticos para la asignación de diagnósticos. Desde mi punto de vista, es su capacidad para brindar categorías adecuadas y diagnósticos útiles lo que debe marcar tanto el uso del manual como el sentido de las críticas al mismo.

Clasificamos animales, plantas, estrellas y galaxias, rocas, libros, temperamentos, fenómenos meteorológicos, eras geológicas, grupos humanos, arte, periodos históricos,

colores, movimientos literarios, ecosistemas, trastornos mentales, lo clasificamos TODO. La acción de clasificar nos permite organizar el pensamiento; hacer y pensar en clasificaciones nos lleva a obtener información, a buscar interrelaciones, a plantear hipótesis, a generar conocimiento; el proceso de categorización es inherente al desarrollo de conocimiento, los seres humanos tendemos naturalmente a formar patrones, a agrupar por semejanzas en un intento por darle sentido a la enorme realidad a la que nos enfrentamos, así como para utilizar esta información de manera práctica en la resolución de problemas. Cada sociedad categoriza con base en la información disponible y en los conceptos que sobre el tema en particular se tienen, dentro del periodo histórico, del marco social y económico referencial e incluso los intereses a los que pueda servir, por eso las categorías reflejan también todos estos aspectos epistemológicos.

Las clasificaciones nos vienen de muy lejos, seguramente desde el paleolítico superior cuando los diferentes tipos de sapiens distinguían entre frutos peligrosos o comestibles, o clasificaban los pigmentos para las pinturas de caballos, bisontes o felinos que hacían en las cavernas como las de Altamira, Lascaux o Chauvet. Con un enorme salto histórico, recordamos la clasificación aristotélica que dividió a los seres vivos entre mundo animal y vegetal. En tiempos modernos, el personaje representativo de las clasificaciones biológicas es Carlos Linneo, quien a pesar de considerar que “se podían crear formas naturales de categorías a partir de la creación divina e inmutable de las especies”, sentó las bases de la taxonomía y muchas de sus aportaciones se siguen utilizando hoy en día. Las conclusiones de Linneo fueron evaluadas críticamente por Darwin y seguramente constituyeron elementos para el desarrollo de preguntas de investigación sobre cómo se relacionan las distintas especies y el porqué de la gran variabilidad entre ellas, su teoría sobre esto cambió para siempre la visión sobre el origen de la vida y del Ser humano.

Las clasificaciones de las afecciones de la psique también tienen una larga historia que recordaremos deteniéndonos en algunos momentos históricos que considero representativos. De acuerdo con hipótesis planteadas desde la antropología en torno al surgimiento de la consciencia y del simbolismo entre los grupos de sapiens del paleolítico superior, se puede considerar que ya ellos clasificaban a los individuos de su grupo por su capacidad o no de tener percepciones sensoriales particulares que interpretaban desde una perspectiva mágica. David Lewis-Williams, connotado arqueólogo contemporáneo y pionero en la postulación de hipótesis sobre la función social de las pinturas rupestres, utiliza transdisciplinariamente información no sólo antropológica y arqueológica, sino también de desarrollo neuropsicológico, de efectos psicotrópicos de algunas sustancias, así como de síntomas psicopatológicos para formular sus hipótesis. Escribe: “como consecuencia de las relaciones sociales que se desarrollaron en el paleolítico superior, las imá-

genes mentales adquirieron una capa de significado distinto. Un conjunto de animales adquirió una connotación simbólica” que llevó a estos grupos a pintarlos en las cavernas. Las cuevas donde plasmaron las hermosas y simbólicas imágenes, “eran el lugar donde se desarrollaban las relaciones sociales que proporcionaron plantillas topográficas para las distinciones sociales y mentales” (Lewis-Williams, 2010).

En la Grecia clásica, Hipócrates clasificó las patologías de la psique en frenitis, manía, melancolía, epilepsia e histeria, con base en descripciones de sus síntomas y bajo una propuesta médica basada en el razonamiento y el abandono de las creencias religiosas, al considerar que cada una de las enfermedades estaba relacionada con el desequilibrio humoral. Así por ejemplo, “la melancolía se desarrollaba por un exceso de bilis negra que afectaba la inteligencia” (González de Rivera, 1998).

A finales del siglo XVIII y haciendo eco una vez más de la importancia del contexto para la conformación del pensamiento y la forma de clasificar en una época determinada, observamos cómo el pensamiento europeo dominaba la psicopatología durante el siglo XIX y principios del XX. En ese periodo la psicopatología se escribía fundamentalmente en francés y en alemán, las tres siguientes clasificaciones (Pinel, Kraepelin y Schneider) reflejan esto, mientras que la dominación norteamericana posterior, que todo lo invade, cambió al inglés, el lenguaje de la psiquiatría. Phillippe Pinel, en Paris, del siglo XIX tuvo una visión de la psicopatología y del tratamiento a los entonces alienados, que refleja el contexto de la Ilustración. Con su forma de asistir a las internas en la Salpêtrière, transformó a sus ocupantes de mujeres peligrosas e incurables en enfermas recuperables; instauró el llamado tratamiento moral, tras introducir una perspectiva psicopatológica basada en la observación detallada, amplia y longitudinal de los pacientes. Realizó los primeros estudios clínicos y sentó las bases modernas del diagnóstico psiquiátrico, uniendo la visión analítica o razonada con conceptos hipocráticos, y en su obra “Tratado médico-filosófico de la alienación mental” (1801) agrupó los trastornos en cuatro entidades: melancolía, manía, demencia e idiocia, aunque los conceptos de entonces difieren en gran medida de los conceptos actuales de esos términos.

Emil Kraepelin, otro gigante de la psiquiatría, realizó cientos de observaciones clínicas de casos de manera sistemática y detallada. Un hecho novedoso e importante de las clasificaciones que propuso, derivó de su capacidad para modificar su interpretación de los fenómenos clínicos, lo que se refleja en las diferentes ediciones de su “Compendio de Psiquiatría”. Los cambios fueron el resultado de la experiencia creciente y de la capacidad del autor de transformar sus conceptos a partir de nuevos hallazgos. Esta habilidad de reconstruir así sus hipótesis es un elemento imprescindible del verdadero científico. Kraepelin fue pionero también de la psiquiatría transcultural, viajó a Italia, Egipto, Turquía, España y México, entre otros países, para conocer las

características de los enfermos en otras culturas (Morales Ruiz et al., 1996), abriendo indirectamente la posibilidad para considerar las influencias ambientales y culturales en el origen de la patología mental.

Un personaje cuya visión de la psicosis tuvo un papel esencial en la estructuración de los criterios del DSM II y sus sucesivas versiones para el diagnóstico de la esquizofrenia, fue Kurt Schneider, quien en 1959 realizó el primer intento para sistematizar los criterios de esta entidad y propuso lo que llamó Criterios de primer rango (pensamiento audible, delirios de transmisión, robo y control del pensamiento, alucinaciones auditivas en las que las voces comentan las conductas del paciente, etcétera), cuya presencia en un paciente era considerada necesaria y suficiente para el diagnóstico. El énfasis que Schneider puso en los Criterios de primer rango (que recordemos están presentes sólo en los episodios psicóticos) en menoscabo de los síntomas negativos que se consideraron erróneamente como síntomas accesorios, marginó a estos últimos de su evaluación en los pacientes con esquizofrenia, cuando en la realidad clínica de quienes sufren este padecimiento son los síntomas negativos los que permanecen a lo largo de la evolución del trastorno y son los síntomas esenciales que definen y afectan su funcionamiento.

Esta omisión de la importancia de los síntomas negativos motivó que no se considerara su impacto en el curso clínico, en el pronóstico, ni en los criterios de recuperación, a la vez que no se les prestó atención por décadas como blanco de los fármacos para esta entidad, afectando así la conceptualización de la esquizofrenia, la recuperación y la calidad de vida de estos pacientes.

Héctor Pérez-Rincón en “Una breve historia de la Psiquiatría en México”, (Pérez-Rincón, 1995) señala: “Nombrar y clasificar nunca ha sido una actividad inocente o fruto del azar ... los cambios que se describen no son sólo y debidos al progreso de la ciencia, sino que han estado siempre inmersos en la estructura social”, a esto agregó que subyacentes a los procesos sociales se encuentran las transformaciones económicas que dirigen, incluso, los objetivos de la investigación científica no siempre con fines científicos (Lóyzaga, 2017).

EL NACIMIENTO DEL DSM

El antecesor del DSM fue un Manual Estadístico para Trastornos Mentales realizado por la Asociación Psicológica Americana en 1917 y que hasta 1935 tuvo nueve ediciones. Se usaba principalmente para evaluar y diagnosticar pacientes en hospitales psiquiátricos.

El origen del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en Inglés) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), fue un compendio clasificatorio que apareció en 1952. En esa época, en las trincheras americanas, luchando en guerras que no les eran

suyas, los soldados comenzaron a presentar cuadros clínicos conductuales y emocionales que necesitaban ser evaluados y tratados, y para los que no se tenía experiencia previa, así, con un objetivo no científico, pero sí de urgencia, las fuerzas armadas de los Estados Unidos, solicitaron a la APA el desarrollo de una “Nosología práctica”. Los líderes del proyecto fueron los psiquiatras A. Mayer y K. Menninger y contaron con la participación de psiquiatras del ejército norteamericano. Desde esta primera versión las críticas se presentaron en relación con la ausencia de conceptos y a la falta de confiabilidad en las evaluaciones categóricas (Requena, 2012).

El DSM II, editado en 1968, casi a la par de la publicación de la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades realizada por la OMS (ICD 9), refleja una visión psicoanalítica de los trastornos mentales, con todas las limitaciones que esto representa en la comprensión etiológica y el abordaje terapéutico y desde luego en la descripción psicopatológica de los síntomas (Lóyzaga, 2017).

En los años 1970 surgió la corriente neokrapeliniana, con una aproximación biológica de la enfermedad mental que recurrió a las descripciones fenomenológicas (Requena, 2012). En este ambiente teórico se publicó en 1980 el DSM III, que a raíz de las críticas a las versiones anteriores “procuró ser neutral en cuanto a las teorías etiológicas” (DSM IV, 1994). Surgieron en esta versión definiciones operacionales de los elementos diagnósticos, con criterios de inclusión y exclusión. Para cada entidad clínica el diagnóstico tiene un carácter politético, lo que implica que no se requiere el cumplimiento de todos los criterios para establecerlo, por lo que existe una amplia variabilidad clínica entre los pacientes a quienes se les asigna una entidad determinada.

El DSM III también introdujo por primera vez la utilización de cinco ejes diagnósticos con el objetivo de hacer una evaluación integral del paciente, incluyen tres ejes para asignación de diagnósticos, un eje para consignar los estresores ambientales y otro para el funcionamiento global.

Rick Mayers, desde la perspectiva sociológica, señala que el DSM III surgió tras la crisis de legitimación de la psiquiatría; dado que los psiquiatras, desde el tiempo de la postguerra hasta los años setenta del siglo XX, más que buscar el tratamiento de los síntomas se enfocaban en “indagar que es lo que estaba detrás del síntoma ... los diagnósticos basados en el DSM III transformaron radicalmente la naturaleza de la enfermedad mental” (Mayer, 2005). El DSM importó el modelo diagnóstico de la medicina, para la que justamente el diagnóstico es la piedra angular de la práctica clínica y de la investigación.

Una de las críticas que podemos hacer al Manual es la utilización de entrevistas semiestructuradas derivadas del mismo, a partir de su tercera versión, en un intento por sustituir a las entrevistas clínicas abiertas y completas. Las entrevistas semiestructuradas dirigen el interrogatorio clínico con una serie de preguntas que, dependiendo de la respuesta, conducen a la asignación de otra pregunta específica. Su

uso se ha promovido especialmente en escenarios de investigación bajo el argumento, de que evitarán la omisión de búsqueda de síntomas y el sesgo clínico.

Contrario a esto, muchos clínicos opinamos que estas entrevistas son cartabones rígidos que dificultan la exploración de los síntomas que permiten integrar un diagnóstico congruente, además de que nos impiden conocer mejor a la persona que, sentada frente a nosotros, nos comunica el sufrimiento provocado por las afectaciones en sus emociones, en sus pensamientos y en sus conductas, alejándonos con esto del objetivo esencial de nuestra profesión, que es brindar alivio a este sufrimiento. Estas entrevistas, junto con los metaanálisis, Andy Warhol o la teoría neoliberal, son los “Trajes del emperador” de esta época que para nada sirven, pero de los que casi todos alaban sus “maravillas”.

En 1994 se publicó el DSM-IV, que introdujo el concepto de “trastorno psiquiátrico”: “En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o patrón comportamental o psicológico, de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, disfunción o pérdida de la libertad”. (DSM IV, 1994). Esta versión aumentó también el número de diagnósticos, introdujo el concepto de juicio clínico para la evaluación diagnóstica, señalando que “las definiciones y categorías deben ser utilizadas por personas con experiencia clínica ... los criterios diagnósticos específicos deben servir como guía y usarse el juicio práctico”, lo que muchas veces se olvida en la práctica cotidiana en un intento de que los pacientes se amolden a la clasificación y no el manual a la diversidad clínica.

DSM-5

Por ser esta versión la más reciente, aunque no necesariamente la de más uso, merece una revisión más amplia. Se publicó en mayo de 2013 y presenta diferencias sustanciales con respecto a su predecesor; un elemento general de cambio y de mayor repercusión clínica es la eliminación del diagnóstico multiaxial, se argumenta su eliminación señalando que no existen diferencias fundamentales entre la conceptualización de las patologías reunidas en los antiguos ejes I, II y III, por lo que deben unificarse en un solo eje; por otro lado, en la introducción del manual se señala que “colocando los diagnósticos en diferentes ejes, se daba la impresión que los trastornos mentales no estaban relacionados con factores biológicos ni psicológicos y que las condiciones médicas generales, a su vez, no están relacionadas con factores psicosociales ni conductuales, alejando con esto a los trastornos psiquiátricos del resto de las entidades médicas”. En opinión de muchos clínicos, estos tres primeros ejes permitían una evaluación integral de las patologías del paciente, al tener un eje para cada grupo sin omitir ni olvi-

dar la importancia de las categorías diagnósticas a incluir en cada uno de ellos.

El eje IV, también eliminado, evaluaba la presencia de problemas psicosociales y ambientales como dificultades en el grupo de apoyo primario, problemas laborales, económicos o de acceso a los servicios de salud, dificultades psicosociales y ambientales entre otros; la eliminación de este eje, para quienes se valen sólo del Manual, dificulta el tomar en cuenta estos factores conduciendo, a mi juicio, a dos problemas: careciendo de esta información no se puede dar contexto a la sintomatología encontrada, por ejemplo en un paciente que relata el origen mágico de los síntomas al contar en su comunidad sólo con curanderos tradicionales en donde la creencia es compartida idiosincrásicamente por el grupo, en lugar de ser una interpretación psicótica. Eliminar este aspecto borra además la posibilidad de consignar factores ambientales y sociales que, actuando sinérgicamente con otros, están involucrados en la etiología de los diferentes trastornos.

El eje V evaluaba el funcionamiento integral a través de la Escala de funcionamiento global, que si bien era escueta y rígida, nos daba información global sobre el impacto de la sintomatología en las actividades del paciente. En ausencia de este eje, el DSM-5 propone la utilización de la Escala global de Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0 por sus siglas en inglés), éste es un instrumento autoaplicable de 36 elementos que es largo y tedioso para los pacientes.

El diagnóstico multiaxial, especialmente de los ejes IV y V, permitía evaluar a los pacientes de una forma más integral, por lo que su eliminación se considera uno de los mayores desaciertos de esta edición.

Otro cambio esencial en el DSM-5, es la reorganización de los grupos de trastornos, lo que requirió la creación de nuevas categorías y la transformación de otras, lo que finalmente condujo a un aumento de éstas de 16 a 21 en la nueva versión. En este trabajo se señalarán sólo algunos de los cambios que más controversia han generado.

Con la perspectiva de un reajuste de los trastornos basada en el ciclo vital, se comenzó la obra con lo que antes se llamaba Trastornos de inicio en la infancia, término que fue eliminado y sustituido por Trastornos del neurodesarrollo, que engloba ahora a trastornos con muy diversas características clínicas y etiológicas, como discapacidades intelectuales, trastorno de la comunicación, trastornos del espectro autista, trastornos por déficit de atención/ hiperactividad, trastornos específicos del aprendizaje, trastornos motores y otros trastornos del neurodesarrollo. En este grupo categorico, especialmente se ha criticado el englobar en una sola entidad a los diversos trastornos que antes componían este grupo. Be et al señalan que las críticas se han dirigido a que la estrechez de los nuevos criterios corre el riesgo de excluir a algunas personas con diagnóstico de autismo y como consecuencia pierdan derechos a servicios de salud, situación que no es menos peligrosa si consideramos las necesidades particulares de estas personas.

Palomo et al., (2014) señalan que una de las principales críticas a este grupo diagnóstico radican en los cambios de la definición del Trastorno del Espectro autista y en la rigidez y aumento de la intensidad de los criterios, lo que podría dejar fuera a personas que lo cumplieran de acuerdo al DSM-IV. Otro punto importante es la desaparición de los subtipos de los Trastornos generalizados del desarrollo y que se fusionan como “Trastorno del espectro autista”, así como como la eliminación del Síndrome de Rett de este grupo por tener una clara base genética”, este argumento es incomprensible y absurdo, una vez más observamos cómo, al darse a conocer la etiología de un diagnóstico claramente psiquiátrico, éste es expulsado de las categorías psiquiátricas, como si estas fueran el saco de aquellos diagnósticos que esperan – desde luego en vano – encontrar una etiología para pasar a una categoría más médica.

Otro cambio fundamental de esta nueva versión del DSM-5, es la creación de un nuevo grupo para reclasificar al Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), sacándolo del grupo de los Trastornos de Ansiedad dada la evidencia creciente de las diferencias existentes entre estos trastornos y el TOC y del parecido de éste con trastornos que conforman ahora el nuevo grupo llamado Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados y que incluyen al Trastorno dismórfico corporal (TDC), al Trastorno por Ateoramiento, al Trastorno de arrancamiento de cabello, y a la Excoriación psicógena entre otros.

La reclasificación del TDC desde el grupo de los Trastornos somatomorfos al Grupo de TOC y Trastornos relacionados es en sí mismo un avance en la comprensión de este diagnóstico, que se benefició también del error del DSM-IV que permitía la realización de un doble diagnóstico (TDC y Trastorno delirante primario tipo somático, cuando las rumiaciones sobre la imagen corporal alcanzan tintes delirantes, esta posibilidad de doble diagnóstico para un mismo grupo de síntomas rompe un criterio básico de esa versión que impide que un mismo grupo de síntomas pueda conducir al establecimiento de dos diagnósticos distintos. Esta deficiencia de la versión anterior ha sido subsanada al agregar un especificador de *insight* para evaluar el grado de convicción sobre las preocupaciones de la autoimagen.

La formación de esta categoría es uno de los pocos aciertos de esta nueva versión del DSM desde la opinión general, y definitivamente personal, tras la experiencia clínica y de investigación que realizamos en esta área.

Pasando a otra categoría, a la Catatonia se le da un lugar especial dentro del grupo de Esquizofrenia y otros trastornos del espectro psicótico, a pesar de que el Manual señala que no se le considera como un diagnóstico aparte, se le asigna una sección completa, con una codificación propia y se marcan tres subtipos de ésta, por lo que prácticamente parece ser otro diagnóstico, o tal vez se prepara el terreno para que se incluya en la siguiente revisión.

Otro de los desaciertos de esta edición, desde mi perspectiva y compartida por varios autores, es la creación la categoría llamada Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos de los medicamentos, este grupo de nuevos diagnósticos aparecía en la versión previa dentro del grupo Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, es decir, no estaba catalogado como un diagnóstico. Llama la atención que un grupo de signos y síntomas que son efectos colaterales directos de los fármacos, constituyan, desde la perspectiva del DSM 5, un trastorno. No hay fundamento clínico ni de otro tipo para su creación por lo que surge la duda sobre si lo creó un objetivo extraclínico y cuáles serán los alcances de esto.

Un diagnóstico más que requiere análisis, es el Síndrome de psicosis atenuada, que se localiza en el apartado de Otros trastornos específicos del espectro de la esquizofrenia. De él se dice solamente “síntomas similares a los psicóticos que se encuentran por debajo del umbral para la psicosis”. Esta definición, además de escueta, no es un criterio propiamente dicho, los síntomas que pudiera englobar este grupo clínico son sumamente inespecíficos y podrían estar presentes en los cuadros prodrómicos de la esquizofrenia, pero también podrían estar asociados a otros trastornos como la depresión. Considera a estos criterios inespecíficos como una patología o un riesgo para desarrollarla, puede generar aumento en la prevalencia de los trastornos psicóticos, así como exponer a pacientes a medicación innecesaria con los posibles riesgos de los efectos colaterales de los mismos y el posible estigma que caería entre quienes se les asignara esta entidad.

En este sentido, los estudios de campo sobre el tema (Sharivastava, 2011) hacen referencia a la presencia de estos síntomas en individuos catalogados como de alto y ultra alto riesgo de esquizofrenia, con posibilidades de virar a psicosis del 9 al 30%, sin embargo esta información es controvertida, ya que otro estudio a largo plazo reportó que tras dos años de seguimiento a adolescentes considerados del grupo de ultra alto riesgo que presentaba estos síntomas, mostró que los adolescentes permanecieron con síntomas prodrómicos sin virar a la psicosis, y que hay tres veces más posibilidades de remitir que de convertirse a psicosis (Ziermans, 2011). Estos hallazgos dejan aún más en entredicho el diagnóstico referido, nuevamente con la pregunta: ¿a que propósito sirve la creación de esta nueva entidad?

CRÍTICAS AL DSM

Las críticas al DSM se han centrado en general en aspectos relacionados con los métodos categorizadores, con la validez de los trastornos y sus criterios, la ausencia de biomarcadores que corroboren diagnósticos como en otras ramas de la medicina, la intromisión de elementos extraclínicos en el desarrollo del Manual, como la relación de un porcenta-

je importante de consultores del DSM con la industria farmacéutica, creando así conflictos de interés, o bien con los objetivos de la ciencia de acuerdo al momento histórico en que se desarrolla el proceso de conocimiento, estos aspectos serán desglosados en esta última parte.

Como se ha afirmado ampliamente, es clara la necesidad de una clasificación diagnóstica de los trastornos mentales, sin embargo, una de las principales críticas al DSM son las fallas en la validez y confiabilidad para algunos de los trastornos y que, de acuerdo con los críticos, persisten a pesar de las renovaciones del manual. (Vanhule, 2014). Berrios cuestiona la aplicabilidad de este manual en sociedades diferentes de la norteamericana para la que fue creada, afirma que cada sociedad tiene sus formas particulares de patología mental en virtud de la relación que existe entre la neurobiología y la cultura (Berrios, 2012).

La construcción del DSM-5, fue apoyada inicialmente por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, (NIMH por sus siglas en inglés). Se formaron grupos de trabajo para cada categoría, buscando once validadores, seis de tipo clínico, además de biomarcadores, formas de procesamiento emocional y cognoscitivo, sustratos neuronales, factores de riesgo ambiental y antecedentes de temperamento, sin embargo, esta versión del manual no presentó criterios diagnósticos que cumplieran con los objetivos relacionados con los validadores, por lo que el NIMH decidió desvincularse de esta nueva versión y continuar la investigación de los trastornos mentales de acuerdo a las propuestas de lo que llaman Investigación de Criterios de Dominio o Dimensiones (RdoC) (Insel, 2013).

Estos criterios, cuyos defensores establecen como la punta de lanza de la investigación en psiquiatría, tienen la supuesta meta de rectificar la ausencia de biomarcadores psiquiátricos y comenzaron con la premisa de que los diagnósticos clínicos actuales carecen de validez, por lo que se han excluido de la investigación. En lugar de eso, dicen: “utilizarán dimensiones biológicas homogéneas que atraviesen los diagnósticos psiquiátricos que los contienen” y que son los sistemas de cognición, de emoción, motivación y conducta social. Estos investigadores pretenden olvidar los diagnósticos largamente estudiados y válidos en su mayoría a pesar de las críticas a este respecto y recomenzar de la nada a través de cinco dimensiones. Relacionado con este aspecto, el psiquiatra inglés Bernard Carroll, considerado como “la voz ética de la psiquiatría” y a quien recordamos como el descubridor de la prueba de supresión a la dexametasona en pacientes con depresión con rasgos melancólicos, publicó en un comentario por invitación en una prestigiosa revista, que trabajar bajo la Investigación de Criterios de dimensiones, sería como “si se pusieran juntas a la Enfermedad de Cushing, la diabetes mellitus, el hipertiroidismo, la anorexia nervosa y el embarazo porque cursan con la única base nosológica común de alteración en la regulación de la glucosa”. Añade: “los RDoC aniquilan la profunda tradi-

ción científica de la ciencia clínica de reconocer y diferenciar la enfermedad antes de que las pruebas de laboratorio lo confirmen”.

Edward Shorter por su parte señala: “Hasta ahora la tragedia de la psiquiatría como campo, es que la sabiduría acumulada es perdida o ignorada, como ocurrió en la década de los años veinte con el psicoanálisis y una nueva amenaza se cierne con el reduccionismo de los RdoC (Shorter, 2015).

En general, una crítica consistente a lo largo de las diferentes versiones es la utilización de criterios categóricos, dificultando la aproximación dimensional de muchos fenómenos clínicos que en la práctica diaria muestran que los límites categóricos son insuficientes y limitantes. Estados clínicos difusos con síntomas aparentemente divergentes como los observados en la “coexistencia temporal de síntomas psicóticos y obsesivos”, y que se ha nombrado fenómeno esquizo-obsesivo (Lóyzaga, 2002) no caben en esta clasificación dicotómica, que se presenta entre el 12 y 15% de quienes padecen TOC o Esquizofrenia. La mera utilización de esta manual impide la evaluación de los pacientes que no siguen sus indicaciones y dificulta su evaluación y tratamiento, así como la investigación de su significado clínico y neurobiológico (Lóyzaga, 2002).

Otro elemento esencial que no ha sido tomado en cuenta en ninguna de las versiones del DSM es la evaluación longitudinal de los fenómenos clínicos. Intentar definir un diagnóstico a partir de criterios que se evalúan transversalmente, es como querer explicar una película con unos cuantos fotogramas; es esencial realmente reconocer en la estructura premórbida, prodrómica, el cuadro florido, el curso longitudinal y la respuesta al tratamiento que forman parte de la historia natural de la enfermedad, además de los sesgos que la inestabilidad diagnóstica, la coexistencia y la comorbilidad pueden generar en la asignación de un diagnóstico clínico.

El historiador de la psiquiatría Edward Shorter cita a un psicopatólogo enorme pero casi olvidado, Karl Kahlbaum, quien en 1863 señalaba “clasificar la enfermedad con base en el curso y el resultado más que en los síntomas es uno de los retos de la psiquiatría moderna ... ya que el resultado, ya sea la recuperación o la demencia nos dice mucho acerca de la naturaleza de la enfermedad” (Shorter, 2015).

Quizás estas dificultades aparentemente causadas por el tipo de criterios usados en el DSM sean en parte consecuencia de que el lenguaje psicopatológico no se ha escrito por completo, hace falta avanzar en la nomenclatura de términos más precisos, términos como el *insight* y la duda patológica, son ejemplo de ello. Tal vez incluso este ejercicio clínico y de investigación psicopatológica requiera seguir indefinidamente, ya que la patología médica y la psicopatología son dinámicas, los cuadros clínicos se modifican en las diferentes épocas, algunas entidades desa-

parecen, asociado con cambios medioambientales o por la intervención del tratamiento médico, como ha ocurrido casi por completo con algunas enfermedades infecciosas que ahora son prevenibles con las vacunas, pero también surgen nuevas enfermedades; la aparición de nuevos trastornos o el incremento de su prevalencia, no necesariamente debe orillarnos a considerar que los diagnósticos se crean sin bases clínicas ni etiológicas sólo a partir de propuestas clasificatorias, más bien debe dirigirnos a una investigación amplia de estos fenómenos desde múltiples perspectivas.

En este siglo, por ejemplo, asistimos al advenimiento de la obesidad con todas sus consecuencias como una patología que ha incrementado radicalmente su prevalencia llegando a ser el principal trastorno de salud. Un proceso similar ocurre, por ejemplo, con el Trastorno dismórfico corporal, que ante el aumento de los procesos sociales que teóricamente se han asociado a su etiología (estereotipo de un ideal de belleza, bombardeo en los medios de comunicación, cambio de valores éticos por estéticos) ha incrementado su prevalencia en las últimas dos décadas y esto no significa que la psiquiatría esté inflando la frecuencias de esta patología, por el contrario, esas críticas improvisadas, debería voltear a evaluar el impacto de los procesos sociales y económicos, que efectivamente tiene un papel en este incremento.

Otro aspecto que requiere revisión, es la relación que los psiquiatras consultores para el desarrollo del DSM tienen con la industria farmacéutica. Lisa Cosgrove, investigadora especializada en esta área, presentó los resultados de un estudio que evaluó la relación de 170 miembros de los paneles del DSM-IV y el DSM-IV-TR con la industria farmacéutica; reportó que el 95% de los miembros tenían una o más asociaciones financieras con compañías farmacéuticas; de estas asociaciones financieras, el 42% fueron fondos para investigación, 22% pagos como consultores y 16% como oradores de sus productos (Cosgrove et al., 2006).

En 2012 la misma autora reportó que a pesar de las críticas recibidas por la APA y de la solicitud a la misma de transparencia y de reportar los conflictos de interés de los miembros del panel para la revisión del DSM 5, el 69% de ellos tenían relación con la industria farmacéutica al momento del estudio. Las autoras concluyen que “el solo hecho de que un psiquiatra tenga relación con la industria debe excluirlo del panel de expertos” (Cosgrove et al., 2012).

La intromisión de la industria farmacéutica ocurre en todos los campos de la medicina. Prasad y cols (2016) revisaron el papel de la industria farmacéutica en la especialidad oncológica hematológica y reportan: “Los datos sugieren que el 80% de los autores de la Federación Nacional para la Comprensión del Cáncer, tiene vínculos personales financieros con la industria farmacéutica ... que la mayoría de las terapias contra el cáncer son experimentales y que las guías terapéuticas realizadas por estos especialistas, más

que las evidencias, son el motor de las decisiones clínicas” (Prasad & Rajkuman, 2016).

La existencia de una relación financiera de la industria farmacéutica con un médico investigador no es sinónimo de fraude, entrando como abogada del diablo considero que es necesario reconocer que los gobiernos de muchos países acortan cada vez más los presupuestos para la atención médica, incluyendo los asignados a la investigación, por lo que esta relación no debe verse solo como una condena directa a los médicos que han recibido algún tipo de apoyo para sus proyectos, sino a la luz de la forma e impacto de la participación o ausencia de éste por parte de los gobiernos en la atención a la salud y los presupuestos para la investigación. Los médicos clínicos que trabajamos frente a los pacientes aparecemos como la punta sobresaliente del témpano, somos la parte visible de los problemas de presupuestos y gestión sanitaria, cuando en realidad quienes atendemos a los pacientes no participamos en ninguna parte del proceso de estas gestiones económicas. En este sentido son los médicos “los responsables” ante los medios de comunicación y los demandados legalmente cuando no hay camas para ingresar a una mujer en trabajo de parto o los responsables del resultado de un procedimiento quirúrgico en un hospital donde no hay gasas o se reciclan las jeringas. Así, las críticas concernientes a la relación de la industria farmacéutica con los consultores del DSM o de las Guías de Tratamiento deben ser analizadas dentro del contexto de la salud pública e individualizar los casos.

Finalmente, uno de los aspectos que considero más importantes en la evaluación crítica al DSM, es la que compete al campo académico, en donde se da la utilización excesiva y acrítica del Manual y de las entrevistas semiestructuradas derivadas de éste en menoscabo de las entrevistas clínicas abiertas y completas guiadas por el conocimiento, la experiencia y el juicio clínico. En este sentido, el Manual ha sustituido los textos clásicos de psicopatología y semiología y han quedado fuera también de los programas de residencia los aspectos históricos, filosóficos, antropológicos, sociológicos o si alguno de estos existe, son acotados al mínimo. Este pragmatismo, tanto en la formación de nuevos “especialistas en psiquiatría”, como en la atención de los pacientes, parece obedecer a la reducción en los tiempos de la consulta clínica y en costos de atención y es cuando herramientas como el DSM sirven bien a estos propósitos.

En general, podemos señalar que en lugar de psiquiatras con una visión transdisciplinaria del mundo mental y sus patologías, están emergiendo técnicos en psiquiatría, absolutamente desinteresados de la esencia de la profesión, acríticos, irreflexivos y repetidores, pero no cuestionadores ni creadores. La formación de técnicos en distintas disciplinas, ya sea con título como tal o de facto, parecen sugerir que su emergencia proviene de las “recomendaciones” del Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otras instituciones monetarias mundiales “que

emiten dictados a sus agremiados en materia de políticas públicas y presupuestos para la salud, ciencia y educación”. Claudia Alaniz realizó una revisión de estos mandatos y nos señala que el BM propone para el nivel educativo básico “promover la certificación de destrezas a nivel técnico ... para incrementar la productividad”. “El BID evalúa el panorama educativo en función de la vinculación con el mercado laboral, como condición para lograr un mayor crecimiento económico ... propone más modelos del tipo de CONALEP (modelo) que por su vinculación al mercado laboral ... constantemente se adecua a las necesidades del sector” (Alaniz, 2015).

En este sentido los trabajos de John Bernal, quien en 1976 publicó un libro pionero en el estudio de la relación existente entre sociedad y ciencia, señala la necesidad de evaluar cuál es el papel que desempeña la ciencia en las diferentes épocas históricas y en una sociedad determinada (Bernal, 1997), esto extrapolado al caso del DSM, nos lleva a preguntarnos qué factores extraclínicos intervienen en su desarrollo. Hilary Rose, por su parte, afirma que es el modelo económico imperante el que dirige la investigación científica (Rose, 1976), a lo que añado que la divulgación y utilización de resultados de investigaciones de manera acrítica perpetúa también los valores de la sociedad a la que sirve. En este sentido, herramientas como el DSM son parte de la conceptualización actual de la enfermedad mental estrictamente biológica, en donde el papel de los factores económicos, culturales y sociales, entre otros, no tienen cabida en el proceso psicopatológico, librando a la sociedad de todo mal en su desarrollo. La perpetuación de estos valores se transmite con la utilización irreflexiva del manual por especialistas que lo acogen de manera ingenua o incluso propositiva.

CONSIDERACIONES FINALES

La psiquiatría es una disciplina que se explica fundamentalmente de manera descriptiva, será necesario ahondar en la construcción más detallada y precisa de estas descripciones como punto de partida para el andamiaje complejo que nos de acceso a la comprensión del fenómeno psicopatológico. Entrevistar a un paciente es ciencia y arte, requiere conocimiento, experiencia, empatía, agudeza clínica y tiempo para escuchar atentamente al paciente. Sabemos bien que las entrevistas clínicas amplias y abiertas permiten también a los pacientes expresar en lenguaje las vivencias de sus procesos patológicos, permitiéndonos con esto reconstruir definiciones, ampliar y precisar la nomenclatura y refinar la semiología para la construcción de sistemas clasificatorios más válidos.

La psiquiatría contemporánea enfrenta una serie de retos difíciles, la situación actual de esta disciplina cuyo objetivo máximo es la comprensión y alivio del sufrimiento psíquico,

requiere una reconfiguración a partir de la esencia misma de ese sufrimiento, es decir, de los síntomas. La mente humana y su patología son entidades intrincadas que requieren un abordaje desde las ciencias de la complejidad, esta aproximación requiere observar el fenómeno desde diferentes perspectivas que se interrelacionan una y otra vez dándole luz, ya que dicho fenómeno es justo el resultado de la interacción de los elementos y acontecimientos que lo provocan.

Esta visión interrelacional va más allá de la multidisciplinaria, que ve de manera aislada y sólo desde su propia perspectiva el fenómeno a estudiar, configurando así una especie de parches múltiples y desvinculados de una manta que, por lo demás, está formada por huecos, o bien como un rompecabezas siempre incompleto al que, además, se le ven los suajes. La ciencia interrelacional podría verse como un colorido fractal en el que cada constituyente interactúa con los demás en diferentes momentos, con respuestas y reacciones, provocando así un esquema aún más complejo que da cuenta también de la heterogeneidad de los fenómenos mentales.

Continuar en el camino que hasta ahora se ha seguido en la conceptualización de la enfermedad mental, que cambia su aproximación ya a la perspectiva biológica ya a la psicodinámica o la exclusivamente social como los planteamientos de la antipsiquiatría, y que ahora regresa a la casi exclusiva explicación biológica como pretende el NIMH con sus RDoC intentando desandar el avance clasificatorio clínico y apostando todo a que un gen o una imagen cerebral explicarán un fenómeno psicopatológico, nos llevará a un fracaso mayor en la comprensión de la patología mental y con ello a la falla en la atención y ayuda de quienes la sufren. Es indispensable reincorporar a la psiquiatría (y con la metodología de la interrelación) a las disciplinas que nos ayuden a comprender los orígenes, la construcción, el curso, la representación, las vivencias de los síntomas mentales y sus formas de tratamiento; en este sentido la antropología, la sociología, la economía, la historia, la medicina, la filosofía, la psicología, las matemáticas, serán herramientas indispensables en este proceso.

REFERENCIAS

- Alaniz Hernández, C. (2015). La influencia del extranjero en la educación: FMI, BM, OCDE y todos los demás. *Tiempo Laborinto*. Universidad Autónoma Metropolitana, 9-15.
- Alarcón, R. D. (1991). Hacia el DSM-IV: historia reciente, estado actual y opciones futuras. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 37(2), 105-122.
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Cuarta Edición. Barcelona, España: Masson, S.A, pp. XXI-XXII.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostical and Statistical Manual of mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association. pp. 20-21, 31-33, 235-247, 87-122.
- Bandrés, J., & Llavona, R. (1996). La Psicología en los campos de concentración de Franco. *Psicothema*, 8(1), 1-11.
- Bernal, J. D. (1979) *La Ciencia en nuestro tiempo*, décimo segunda reimpresión. Nueva imagen, pp. 432-439.

- Berrios, G. (2012). *Cada país genera su locura*. Entrevista en Diario La Voz. Argentina 17 octubre 2012. Recuperado de: <http://www.lavoz.com.ar/suplementos/salud/german-berrios-cada-pais-genera-sus-formas-locura>
- Carroll, B. J. (1982). The Dexamethasone Suppression Test for Melancholia. *British Journal of Psychiatry*, 140, 292-304. doi: 10.1192/bjp.140.3.292
- Cosgrove, L., Krinsky, S., Vijayarghavan, M., & Schneider, L. (2006). Financial ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(3), 154-160. doi: 10.1159/000091772
- Cosgrove, L., & Krinsky, S. (2012). A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Association with Industry: A Pernicious Problems Persist. *Plos Medicine*, 9(3), e1001190. doi: 10.1371/journal.pmed.1001190
- González de Rivera, J. L. (1998). Evolución Histórica de la Psiquiatría. *Psiquis (Madrid)*, 19(5), 183-200.
- Insel, T. (2013). *Post by Former NIMH Director Thomas Insel: Transforming Diagnosis*. National Institute of Mental Health. April 2013. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Lewis-Williams, D. (2015). *La Mente en la Caverna*. España: Akal. pp. 272-292.
- Lóyzaga, C., Nicolini, H., Apiquian, R., & Fresán, A. (2002). Una Aproximación al Fenómeno Esquizo-Obsesivo. *Salud Mental*, 25(3), 12-18.
- Lóyzaga, C. (2017). Editorial: El erróneo intento de sustituir la psicopatología con el DSM. *Salud Mental*, 40(4), 139-140. doi: 10.17711/sm.0185-3325.2017.017
- Mayes, R., & Horwitz, A. V., (2005). DSM-III and the Revolution in the classification on Mental Illness. *Journal of the History of the Behavioural Sciences*, 41(3), 249-267. doi: 10.1002/jhbs.20103
- Palomo, R., Arnáiz, J., Zamora, M., Marquez, C., & García, R. (2014). *Documento de reflexión en torno a los cambios propuestos en el DSM-5 en relación con los trastornos del espectro del autismo y su aplicación en España*. Asociación Española de Profesionales del Autismo. Recuperado de: http://horarioscentros.uned.es/archivos_publicos/qdocente_planes/1037974/dsm5reflexionaetapi2014.pdf
- Pérez-Rincón, H. (1995). *Breve historia de la Psiquiatría en México*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría, pp. 5-6.
- Prasad, V., & Rajkuma, S. V. (2016). Conflict of interest in academic oncology: moving beyond the blame game and forging a path forward. *Blood Cancer Journal*, 6(11), e489. doi: 10.1038/bcj.2016.101
- Rose, H., & Rose, S. (1976). *The Political Economy of Science: Ideology of/in the Natural Sciences*. Macmillan, pp. 10-14.
- Requena, E., & Jarne, A. (2012). *Sistemas de clasificación y diagnóstico*. En: Jarne, A., & Talarn, A. *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Herder Editorial, pp. 65-102.
- Ruiz López, I., & Morales Heinen, D. (1996). La obra de Emile Kraepelin y su influencia en México a setenta años de su muerte. *Archivos de Neurología*, 1(3), 196-197.
- Shrivastava, A., McGorry, P. D., Tsuang, M., Woods, S. W., Cornblatt, B. A., Corcoran, C., & Carpenter, W. (2011). Attenuated psychotic symptoms syndrome as a risk syndrome of psychosis, diagnosis in DSM-V: The debate. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(1), 57-65. doi: 10.4103/0019-5545.75560
- Shorter, E. (2015). *What Psychiatry Left out of the DSM-5: Historical Mental Disorders Today*, First edition. London: Routledge, pp. 15-16.
- Vanheule, S. (2014). *Diagnosis and the DSM: A Critical Review*. Palgrave Macmillan Publisher, pp. 35-53. doi: 10.1057/9781137404688
- Ziemans, T. B., Schothorst, P. F., Sprong, M., & van Engeland, H. (2011). Transition and remission in adolescents at ultra-high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), 58-64. doi: 10.1016/j.schres.2010.10.022