

Cuestionamientos del DSM-IV

Cristina Sola Guerrero

Estas notas han sido enviadas por **Cristina Sola Guerrero**. Se trata de una reflexión importante sobre las aportaciones y limitaciones del DSM - IV. Os invito a su lectura y que aportéis vuestros comentarios. El Sistema DSM ha sido cuestionado de diversas maneras. Solamente a modo de ejemplo, sintetizamos a continuación algunos puntos importantes al respecto destacados en un artículo de **Juan Tesone y Santiago Kovadloff (1)**:

Nadie puede subestimar la utilidad que para los profesionales de la salud puede acarrear el hecho de encontrar un lenguaje común. Pero interesa preguntarse si los fines de dicho manual son inocentes o si su uso, cada día más difundido, no comporta un serio riesgo para la subjetividad y por ende para la salud mental de los pacientes.

- En lo atinente a la elección de una ideología o de una religión, el manual afirma que "ni el comportamiento desviado (por ejemplo, político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales". Sería legítimo preguntarse con qué criterios se categoriza como "desviado" un comportamiento político o religioso, que por otro lado no se considera "patológico", salvo "que la desviación o el síntoma sean manifestaciones de una disfunción". De igual modo, el manual de psiquiatría norteamericano declara haber hecho un importante esfuerzo para que "pueda usarse en poblaciones de distinto ámbito cultural, tanto dentro como fuera de Estados Unidos", es decir, recortando a los pacientes de su ámbito específico para limitarse a la verificación de los síntomas de comportamiento.
- En algunas corrientes biológicas de la psiquiatría contemporánea, que obran con menosprecio de la singularidad de todo lo atinente al ser humano y su funcionamiento psíquico, existe el riesgo de que el psiquismo pase a ser tan sólo un epifenómeno secundario del funcionamiento neuronal.
- La utilización del DSM IV como unidad de criterios, y su pretensión científicista, responden a una excesiva simplificación de la patología. Con eso se orientan los tratamientos, en particular el farmacológico, en función de los síntomas. El descubrimiento y empleo de psicofármacos que lograron modificar la conducta ha sido sin duda, a partir del año 1952, un avance mayor en el seguimiento y la evolución de pacientes gravemente perturbados. La neuropsicofarmacología ha hecho un aporte decisivo en el seguimiento de ciertos pacientes. Sin embargo, no escapa a ningún observador calificado que actualmente se están cometiendo excesos perjudiciales. La industria farmacéutica se empeña en orientar los procesos diagnósticos introduciendo una lógica terapéutica que somete a los psiquiatras a una presión constante. Se los incita a decapitar los síntomas rápidamente, como si ése fuera el fin terapéutico último y no la valoración de los síntomas como requisito previo fundamental para que la persona pueda sentirse protagonista de su tratamiento.
- El síntoma es el emergente de un trastorno biopsicosocial de la persona, que exige para su comprensión y tratamiento una visión integradora. El dolor psíquico se puede expresar como síntoma psicopatológico o somático. Incluso algunos trastornos de aprendizaje en la infancia pueden ser la manifestación de un malestar psíquico, de un pedido de ayuda por parte del niño. A partir de los años 1987-1990 se incluyó en el

DSM IV un diagnóstico caracterizado como trastorno de déficit de la atención con hiperquinesia. Para él no faltan los que prescriben metilfenidato. Actualmente se estima que entre cinco y seis millones de niños en edad escolar reciben metilfenidato en Estados Unidos, un derivado anfetamínico cuya molécula produce efectos similares a la cocaína. No se conocen sus consecuencias a largo plazo en el cerebro en desarrollo ni los posibles efectos nocivos de la prescripción de derivados anfetamínicos en los niños.

- La extrema simplificación que, en nombre de la nomenclatura, preconiza el DSM IV no es inocente. Está fuertemente inducida por la industria farmacéutica. La lógica impuesta es: a igual nomenclatura igual patología; a igual síntoma igual producto farmacéutico. Su efecto influye en los criterios de las obras sociales, las prepagas y los sistemas de seguros, que establecen que los diagnósticos se hagan en función del DSM IV.
- El psiquiatra que se dejó impregnar por esta manera de concebir la psiquiatría se reduce a observar los síntomas a través de la lectura propuesta por el DSM IV. Esto le garantiza una evaluación de los hechos empíricos, pero se menosprecia la verdad intrapsíquica de la persona. Así, el paciente es compulsivamente inducido a hacer caso omiso de toda responsabilidad subjetiva por lo que le sucede. A lo sumo pueden ser tenidos en cuenta los antecedentes biosociales de la enfermedad, pero no hay una historización subjetiva. El aparente triunfo terapéutico consiste, entonces, en imponer un orden farmacológico allí donde los síntomas sólo son concebidos como expresión de un caos, sin ningún relieve metafórico fructífero.
- La gran excluida del sistema es la persona. Hay, pues, una claudicación de la subjetividad del psiquiatra, de la relación transferencial, y una neutralización del paciente como sujeto. La clínica termina, de este modo, respondiendo a una concepción que prescinde de la ética en su concepción de la eficacia. El objetivo es hacer del paciente un ser enteramente inventariado en una taxonomía. Ya no cuenta su irreemplazable singularidad.

El DSM-IV fue también cuestionado desde el mismo punto de vista por otros autores (2), quienes afirman que “La psiquiatría de las últimas décadas se ha caracterizado por la importancia dada al diagnóstico nosológico y a la mejora de su fiabilidad y los criterios DSM e ICD en sus versiones más recientes constituyen el claro exponente de esta afirmación. Sin embargo, además de las evidentes ventajas de este esfuerzo clasificador, estos sistemas pueden haber minimizado el papel fundamental que posee el reconocimiento de los síntomas, olvidando que la descripción de signos y síntomas de la enfermedad mental es más una actividad de construcción activa que de pasivo reconocimiento e incluye, además de un componente perceptivo, uno teórico. Los sistemas al uso han intentado solventar la cuestión del reconocimiento de los síntomas mediante las definiciones operativas de éstos y la consideración de la psicopatología como un instrumento «transparente», no problemático, lo que ha perpetuado la errónea concepción de que los síntomas son entidades estables que contienen en sí mismos toda la información que se precisa para su reconocimiento. La práctica clínica nos demuestra que esto no es así. Los síntomas funcionan más como estímulos distorsionados cuyo reconocimiento último depende menos de sus características intrínsecas que del contexto en el que ocurren (otros síntomas, hipótesis diagnósticas, características del paciente, etc.). Por el contrario, estos sistemas diagnósticos basan su fiabilidad y validez en que el reconocimiento de los síntomas y de la enfermedad sean eventos cognitivos

sucesivos e independientes que no se contaminen mutuamente. Según esto, el primer paso debe ser el reconocimiento de síntomas y tras esto su síntesis dentro de un diagnóstico. La validez y fiabilidad de la nosología actual, por tanto, están basadas en la coherencia y estabilidad del lenguaje que utilizemos para describir los síntomas, esto es, de la psicopatología”.

(1) Tesone J y Kovadloff S, “Cuando la psiquiatría se aleja del hombre”. Buenos Aires, Diario La Nación, 2002. Juan Eduardo Tesone es médico psiquiatra y psicoanalista, docente de la Facultad de Medicina la Pitié-Salpêtrière, en París. Santiago Kovadloff es filósofo y poeta, miembro de número de la Academia Argentina de Letras. **(2) Villagrán J, Luque R y Berrios G**, (2003) “La psicopatología descriptiva como sistema de captura de información”. Monografías de Psiquiatría. 2003 Feb;(1)

Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. 2005, 5(1): 15-17
(www.paidopsiquiatria.com)