



ISSN 1692-0945

Revista electrónica de Psicología Social
FUNLAM

DSM IV: UN ACRÓSTICO SIN LÓGICA

Giovanni Alberto Delgado Herrera

Estudiante de Psicología
Funlam

La psiquiatría a lo largo de toda su tradición ha estado marcada por el esfuerzo y el intento continuo de llegar al conocimiento, descripción, explicación, diferenciación y clasificación de las enfermedades mentales, es así que ha producido en diferentes momentos históricos, diversos sistemas nosológicos, desde Pinel, quien empleando el modelo botánico de Bossier, introduce el método experimental y obtiene una clasificación y descripción basadas en sus propias observaciones, agrupando las enfermedades en clases, órdenes y géneros, y obteniendo cuatro formas diferentes de enfermedades mentales: manía, melancolía, demencia e idiocia (Vallejo J, 2006). Griessinger y su concepción eminentemente anatomopatológica de la enfermedad mental, quien propone que la nosología mental deberá establecer un reducido grupo de estados fundamentales, a su juicio, serán dos los grupos de cuadros clínicos: “trastornos de los estados emocionales” que comprenden la melancolía, manía y delación, y “trastornos de la inteligencia y la voluntad”, comprendiendo la paranoia y demencia (Álvarez y Delfín, 1995). Kraepelin que suscitó la idea de multiplicidad de criterios diagnósticos en su compendio de psiquiatría, introduce un nuevo modelo psiquiátrico que implica dejar de lado las instituciones personales, y utilizar la medición, los tiempos de reacción y la observación en los diagnósticos, tal y como se practica en el laboratorio (Vives M, 2008). Además de los hitos mencionados, existió una abundancia excesiva de aclaraciones, correcciones y adiciones que se fueron compilando hasta llegar a los sistemas nosológicos dogmáticamente imperantes del momento;

CIE 10 de la organización mundial de la salud y el DSM de la asociación americana de psiquiatría.

El DSM I apareció como publicación en el año 1952 como una variante de la sexta edición del CIE, contaba con 130 páginas, y contenía 106 categorías diagnósticas. En 1968 apareció el DSM II, agregando solo 4 páginas pero prodigiosamente conteniendo 76 diagnósticos más, siendo pertinente del mismo modo, mencionar el hecho de que la homosexualidad como categoría diagnóstica desapareciera del DSM II ante la presión de colectivos homosexuales (Vidal C, 2002) y no producto de la investigación científica. Acontecimiento que también hizo evidente que el diagnóstico psiquiátrico podía verse afectado por influencias de la sociedad. Ambos manuales reflejaban el señorío absoluto del psicoanálisis sobre psiquiatría norteamericana. Posteriormente, bajo un espíritu notablemente descriptivo, dado un cambio paradigmático, el DSM III se publicó en 1980, con 449 páginas y amontonando entre sus hojas una lista de 256 categorías diagnósticas. Siete años después, se publicó la versión revisada del DSM III. Muchas categorías se reorganizaron, otras fueron re-bautizadas, y se implementaron cambios significativos en la mayoría de los criterios. Seis categorías se suprimieron mientras que nuevas se añadirían. El DSM III-R después contaría con una plétora de 292 diagnósticos y 567 páginas, equivalente a menos de 1 hoja por trastorno, lo que no creo que se explique por una conciencia ecológica por parte de sus creadores, sino más bien por la trivialidad que reposa entre sus contenidos. Finalmente se publica en 1994 el DSM IV, con 297 diagnósticos en 886 páginas.

Desarrollado éste breviarío histórico de los orígenes de los sistemas nosológicos dominantes, y más propiamente del engendro en cuestión, el DSM IV, cabe introducirnos en el tema que es suscitado en el título de éste ensayo, no sin antes nombrar la factible inferencia que se puede forjar en base a la cantidad de intentos nosológicos que han pululado en la historia, de los que solo nombré algunos, trato pues de decir, que no hemos colonizado la cumbre del conocimiento y que es insensato concederle al DSM cualidades panaceicas, ungiéndole con el poder de dar remedio a todas las necesidades. No tratemos de reverenciarlo como el omega de los sistemas de clasificación en, aprendamos de la historia y aceptemos humildemente que cada cual en su

momento creyó tener la razón, pero que el tiempo demostró que no tenían la última palabra.

La interpretación de las siglas parece ser una cuestión casi heurística, basta con decir OEA para saber que se refiere a la organización de estados americanos, ONU, organización de naciones unidas, APA, que en nuestro entorno entendemos como asociación americana de psicología, pero DSM, ¿manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales? No, categóricamente no, pues además de que aceptando la perezosa omisión de las dos siglas faltantes, MD, el DSMMD, al que nombré completo solo por ser un tanto ortodoxo, no es tal, pues se aleja de forma considerable de la definición o significado de cada una sus famosas siglas.

Inauguremos la “M”, un manual es una guía de uso de un sistema de clasificación u otro tipo de lenguaje documental, que proporciona instrucciones, procedimientos, criterios de aplicación, glosarios y ejemplos. Los manuales o guías de uso de los sistemas de clasificación siguen la ordenación de símbolos de éstos, y proporcionan instrucciones y criterios específicos para resolver situaciones dudosas o que ofrecen más de una solución posible. Creo pues, que siendo ésta una definición sensata de manual, es oportuno evocar las inmoladoras palabras dichas por el DSM:

“Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico, sin seguirse a rajatabla como un libro de cocina. Por ejemplo, el juicio clínico puede justificar el diagnóstico de un individuo a pesar de que sus signos y síntomas no cumplan todos los criterios diagnósticos.”

Es una irrisoria forma de decir que el manual está incompleto, que no puede desempeñar la función para la que fue diseñado, es como si en el manual de un -control universal- te dijeran: si no le sirve ninguno de los códigos ¡cambie de televisor! En cambio le delega la responsabilidad al clínico para que haciendo uso de su subjetividad y en nombre de su supuesta experiencia y juicio clínico haga un diagnóstico, sin apreciar la posibilidad de que el hecho de que los signos y síntomas no cumplan los criterios diagnósticos signifique simplemente que el individuo no tiene nada.

Otro nudo fachoso del hilo de los criterios y los diagnósticos del DSM es en primer lugar el uso de términos politéticos y poco técnicos de algunos

criterios, y en segundo lugar el vil, soez y mezquino umbral de diagnóstico, dicho de lo fácil que es matricularse a muchas de las categorías diagnósticas del DSM o ¿Quién de los que lo ha leído no se enteró que cumple con los criterios necesarios para ser diagnosticado con uno, dos, tres o muchos más trastornos?

Con respecto a lo que de estadístico pueda llegar a tener el DSM, es de vital importancia hacer dos aclaraciones. La primera es que dichas estadísticas son pertenecientes a estados unidos de Norteamérica, lo que significa un contexto específico que hace que entren en juego un cúmulo de variables como la población, educación, atención en salud, industrialización, per cápita, modo de vida, etc. Diferentes a la de casi cualquier otro contexto, lo que resulta en una imposibilidad de hacer concordar esos exagerados porcentajes con algún otro país. La segunda aclaración tiene que ver con los simbióticos nexos de la psiquiatría con las empresas farmacéuticas, aunque siendo más salomónico y redimiendo a la psiquiatría de sus pecados, tratemos de creer que fueron las grandes empresas farmacéuticas las que irrumpiendo con los psicofármacos, comenzaron a deformar el sentido del diagnóstico psiquiátrico, y con el objetivo de vender más, desarrollaron algunas estrategias básicas para llevar a cabo este propósito, tales como nuevos psicofármacos para nuevas enfermedades, nuevas indicaciones de enfermedades para los mismos fármacos y ampliación de los límites de la enfermedad (Mata & Ortiz, 2003)

Esclarecidas las tres primeras siglas, quedan faltando las arrojadas al olvido; MD, correspondientes a *mental disorders* o trastornos mentales, en español, a lo que al respecto dice el DSM en lo que se puede considerar la segunda inmolación de éste acróstico sin lógica:

“el término «trastorno mental» implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos «mentales» y «físicos» (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos». El problema planteado por el término trastornos «mentales» ha resultado ser más patente que su solución, y, lamentablemente, el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo.”

Habría entonces, como mínimo que buscarle otro nombre al kamikaze citado, quizás diccionario de trastornos, páginas amarillas de los trastornos mentales (si no está invénteselo), compilación de trastornos, entre otros.

Existen otras críticas extrínsecas las que valdría la pena tomar en cuenta, como el hecho de que el DSM haya excluido muchas de las situaciones que pueden ser objeto de tratamiento o de investigación, o que me dicen de un caso de fijación de la mirada por hipertensión asociada a un síndrome extrapiramidal con perturbaciones pseudobulbares o del síndrome de Cotard o del de Stendhal, solo por nombrar algunos entre muchos otros fenómenos que tendemos a olvidar por tener como carta magna a tan venerable libro. Otro factor extrínseco es la inmediatez y facilismo que proporciona el DSM, propia de una medicina sujeta a la lógica del mercado, producto de algunas prácticas capitalistas, ya que el DSM se ajusta a las necesidades corporativas de las empresas de salud, quienes en aras de economizar y ahorrarse cuantos centavos puedan, ven en el DSM una herramienta ideal para facilitar el estandarte de las empresas de salud, “más pacientes en menos tiempo”. Un tercer factor es la postura antipsiquiátrica de algunos autores como David Cooper y su rechazo al método ortodoxo de la psiquiatría (Cooper D, 1967), Thomas Szasz y su mordaz tesis de la inexistencia de las enfermedades mentales, pensando las supuestas enfermedades mentales como modalidades de comunicación, un “protolenguaje” que en vez de recurrir a símbolos verbales emplea signos icónicos, como el sueño y las fantasías. Plantea además que los psiquiatras no se enfrentan con patologías verdaderas sino con dilemas éticos, sociales y personales (Szasz T, 1961), y Michel Foucault y sus abrasivos comentarios sobre el poder psiquiátrico.

Habrá entonces que prescribirle a la psiquiatría Tioridazina, Trifluoperazina Haloperidol o algún otro tipo de antipsicótico, pues razón tenía Heidegger al decir que “la psiquiatría necesita de un psiquiatra” o Carol Batton al decir “Prefiero estar solo con un esquizofrénico que con un psiquiatra”

Formulado todo lo anterior apoyado en la lógica insobornable del sentido común, Propongo entonces, que no se haga una discusión propiamente con el DSM, sino que se comience a recorrer el sendero de una lectura crítica, amparados por la hermenéutica, la exégesis, la filología y la historia. O una lectura genealógica como la proponía Foucault. Para que no se nos olvide que

Nietzsche tenía razón al nombrar la falta de sentido histórico como el pecado original de los que aman el conocimiento.

REFERENCIAS

- Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Sexta edición. Editorial Masson s. a.
- Álvarez, V. & García, A. (1995). *La Enfermedad mental en la obra de Faustino Roel: los orígenes de la asistencia psiquiátrica en Austrias*. Universidad de Oviedo.
- Vives, M. (2008). *Psicodiagnóstico clínico infantil*. Ediciones Universitat, Barcelona.
- Vidal, C. (202) *La homosexualidad no es lo que era*. En:
<http://www.conoze.com/doc.php?doc=1590>
- De la Mata, I. & Ortiz, A. (2003) *Industria Farmacéutica y Psiquiatría*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría/*versión impresa* ISSN 0211-5735/ Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. n.86 Madrid abr.-jun.
- *Psiquiatría y antipsiquiatría* (1967).
- Thomas Szasz, (1961). *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu editores: Buenos Aires.