

Una Crítica al DSM¹

Karl Tomm, M.D.

Traducción²: Ítalo Latorre & Carolina Letelier³, marzo de 2011 (autorizada por el autor)

Como psiquiatra, he tenido una creciente preocupación por la inadvertida influencia patologizadora en nuestra cultura, del principal documento psiquiátrico llamado Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). El impacto de este Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) se ha dejado sentir más allá de los Estados Unidos y sigue creciendo. En mi opinión, son necesarias más críticas abiertas al documento para permitir a los clínicos reflexionar sobre el grado en que deseen asumir sus supuestos y participar en ampliar o reducir su influencia. Lo que sigue son algunos comentarios acerca del contexto del DSM y una breve lista de algunas de las críticas que han llamado mi atención.

Contexto

La primera edición (DSM-I) fue publicada en 1952. Fue originalmente diseñado para estabilizar la nomenclatura psiquiátrica de la psiquiatría estadounidense y aclarar la descripción de síndromes mentales. El objetivo de base era fomentar la coherencia en la comunicación entre clínicos, oficializando la “aprobación” de cierta terminología diagnóstica. El impacto de DSM-I fue modesto, pero con cada nueva edición, el manual progresivamente ganó más estatus.

El cambio clave en el DSM-II de la segunda edición que apareció en 1968, fue el cambio en la descripción de los síndromes mentales como “reacciones” (como fue el caso en DSM-I) a la definición de síndromes mentales como “enfermedades”. Este movimiento alineó a la psiquiatría estadounidense de manera más estrecha con el resto de la medicina. Otro foco en el DSM-II fue estandarizar la clasificación estadounidense de trastornos mentales con la octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-8). Esto proveyó de una base para una mayor aceptación internacional y una influencia potencial.

Los cambios incorporados en la tercera edición, DSM-III, fueron amplios. Incluyeron “nuevas categorías para los criterios diagnósticos, un enfoque multiaxial de evaluación, descripciones

¹ Publicado en Dulwich Centre Newsletter 1990 No. 3

² Esta traducción es parte de la colaboración entre PRANAS Chile (www.pranaschile.org) y Re-Authoring Teaching (www.reauthoringteaching.com)

³ Ítalo Latorre & Carolina Letelier pueden ser contactados a través del sitio de PRANAS Chile www.pranaschile.org, o a través del correo-e pranas@pranaschile.org

ampliadas de los trastornos y muchas categorías adicionales" (p.7)⁴. La prioridad era la precisión y exactitud para diagnosticar. Esto se basó en el supuesto médico de que "la planificación de un programa de tratamiento debe comenzar con una evaluación precisa del diagnóstico." (p.7) Me pregunto en qué dirección podría haber evolucionado el manual si, en cambio, se hubiese basado en un supuesto humanista como "la planificación de una respuesta terapéutica debe comenzar con la empatía y compasión". Pero los autores del manual estaban mucho más interesados en la ciencia empírica que en el humanismo. El DSM-III debía basarse en "investigación basada en la evidencia" en la medida de lo posible. Así, en la preparación de la tercera edición, la influencia de los "datos objetivos" de los estudios de investigadores aumentó; mientras que la influencia de la experiencia terapéutica de los clínicos disminuyó.

Cuando finalmente fue publicado en 1980, el DSM-III se presentó a la comunidad de salud mental como incorporando el mejor y más actualizado conocimiento científico disponible. Esta afirmación, junto con la ilusión de precisión objetiva, resultó irresistible para muchos clínicos e investigadores occidentales. Como resultado, el DSM-III fue ampliamente adoptado y su influencia se disparó. Incluso fue tomada por gobiernos y agentes de seguros de terceros. La versión revisada de 1987, DSM-III-R, remarcó que "el impacto del DSM-III ha sido notable" (p.xviii) y destacó que ya se había traducido a 13 idiomas. El DSM-III-R no se apartó significativamente de la orientación fundamental del DSM-III, simplemente se extendió en el esfuerzo por ser más rigurosos y precisos.

Tanto el DSM-III como el DSM-III-R afirmaron basarse predominantemente en un "enfoque descriptivo". Pretendían ser "generalmente atóricos". Sin embargo, ambos explícitamente articularon un fuerte e inequívoco sesgo individualista: "cada uno de los trastornos mentales es conceptualizado como un síndrome (...) o patrón clínico significativo que se produce en un individuo" por lo que "conflictos entre el individuo y la sociedad (...) no son en sí mismos un trastorno mental". (p.6 en DSM-III y p.xxii en DSM-III-R). Los autores parecían no darse cuenta de la importancia teórica de sus presupuestos individualistas. No hubo mención de la posibilidad de otro punto de vista. Ellos simplemente ignoraron el cuerpo de conocimiento basado en una hipótesis alternativa, que el comportamiento humano, la mente y sus trastornos, pueden basar en mayor medida sus fundamentos en los fenómenos sociales, que en los fenómenos individuales.

Curiosamente, los ejes IV y V (gravedad de estrés psicosocial y nivel más alto de adaptación) implícitamente reconocen la importancia del entorno social de una persona, pero ambos ejes siguen residiendo firmemente en supuestos individualistas. Una anomalía importante en DSM-III y DSM-III-R relacionados con esta cuestión teórica es que cuando una situación requiere atención clínica o tratamiento, pero la evidencia de la influencia social en la generación del estrés psicológico es demasiado fuerte para ser ignorado, la condición se define como "no atribuible a un trastorno mental". Sin embargo, los "códigos del V" se proporcionan para poder

⁴ N. del T. Todos los números de página corresponden a las versiones originales en inglés.

clasificar. Esta contradicción manifiesta la insuficiencia de la orientación puramente individualista para describir y comprender los problemas mentales.

Sin embargo, una de mis principales preocupaciones es la poca conciencia del hecho que el DSM ha evolucionado para convertirse en un documento con tanta autoridad para la clasificación y etiquetado de las personas con problemas mentales. Prácticamente se ha convertido en “La Biblia de la Psiquiatría” y se está aplicando religiosamente por “los fieles”. La mayoría los sistemas de salud mental en Norteamérica lo han adoptado y en muchos lugares no es posible recibir pago sin presentar un diagnóstico. Sin embargo, parece haber tan poca discusión de cómo es la patologización, esta práctica psiquiátrica de etiquetado, para las personas que han sido social y psicológicamente traumatizadas.

El descargo del DSM, de que clasificar trastornos no es clasificar individuos (p.6 en DSM-III y p.xxiii en DSM-III-R) no tiene mucha credibilidad en mi opinión. En la práctica misma, los diagnósticos del DSM casi siempre se vierten sobre las personas diagnosticadas. Por ejemplo, “una persona con esquizofrenia” se conoce como “un esquizofrénico”, “una persona con trastorno obsesivo compulsivo” se le llama “un T.O.C.” Esto a menudo es realizado en primer lugar por los profesionales, y luego por familiares, amigos y público en general y finalmente por los propios “pacientes”.

El proceso de etiquetado inicia patrones de interacción social de permanente estigmatización en la red de relaciones humanas que incorpora a las personas sobre-etiquetadas. Una persona, una vez que se etiqueta con autoridad como “un esquizofrénico”, nunca es vuelto a tratar de la misma forma en su red social. La gente simplemente le mira a él o ella de manera diferente. Ni la persona etiquetada vuelve a verse de la misma forma nunca más. Estas prácticas de definición-totalización de la identidad se desprenden lógicamente del marco teórico que aparece en todo el sistema del DSM, es decir, que el trastorno está en la persona. Lo que me asusta tanto es que los médicos-clínicos, investigadores, políticos y agentes de seguros que utilizan el manual están promoviendo activamente las prácticas de clasificación humana en el presente de nuestra cultura. El resultante daño que se le hace a las personas y a las relaciones sociales es enorme.

Considero el descargo publicado acerca de la negación de cualquier intento deliberado de patologizar y estigmatizar al clasificar a las personas y, por lo tanto, cito los efectos patologizantes del documento como accidentales. Sin embargo, el hecho de que estos efectos sean no deseados no representa menos perjuicio. Lo que se requiere para mitigar los efectos deshumanizantes del documento, es el valor de desafiar su gran poder de autoridad y luego adoptar una postura en contra de las prácticas automáticas que se derivan de dicha autoridad. Si uno decide tomar esta posición, necesita algunos argumentos para socavar la autoridad del DSM. Lo que sigue son algunas críticas concretas que he usado para limitar su influencia sobre mis propios hábitos de pensamiento y acción clínica:

Críticas Empíricas

1. La naturaleza del trastorno, sus criterios diagnósticos y los límites de las categorías se determinan en los comités de la APA, no por los fenómenos descritos.
2. El DSM no ha podido abarcar muchas situaciones clínicas (por ejemplo, los códigos del “V” son insuficientes).
3. No hay ninguna disposición para “diagnósticos” interpersonales, familiares, culturales o institucionales.

Críticas Políticas

1. Fácilmente se puede abusar del poder constitutivo que existe en la definición de la naturaleza de las personas.
2. ¿De quién es el interés de las etiquetas (profesionales; pacientes; otras partes como miembros de la familia, agentes de seguros, Gobierno, etc.)?
3. El DSM promueve el “modelo médico” y la supremacía psiquiátrica en el campo de la salud mental.
4. El sesgo de género puede ser institucionalizado (por ejemplo, “Síndrome Pre-Menstrual” está siendo considerado en el estudio para el DSM-IV), como la heterosexualidad (por ejemplo, “homosexualidad” fue incluida en DSM-II) con la solidificación de estereotipos tradicionales.

Críticas Humanitarias

1. Las personas son deshumanizadas transformándolos en objetos bajo la mirada “científica”.
2. Las personas son patologizadas a través del etiquetado, la totalización y segregación.
3. DSM promueve una “orientación hacia insuficiencias” por atender tragedias y fallas personales en lugar de una “orientación hacia las soluciones” con atención a los recursos y la competencia.

Críticas Pragmáticas

1. Hay un énfasis excesivo en el síndrome general y un anti-énfasis con respecto a las experiencias específicas y el contexto personal del cliente.
2. El DSM promueve una perspectiva estática en lugar de una dinámica, haciendo hincapié en rasgos permanentes en lugar de estados transitorios.
3. El DSM promueve la ceguera con respecto a los factores interpersonales y culturales que contribuyen a los problemas de salud mental.
4. El DSM rara vez es útil en la determinación de un plan de tratamiento específico.

Crítica Ontológica

1. La premisa básica acerca de la naturaleza de los fenómenos mentales parece problemática (es decir, que los trastornos mentales están “dentro de la persona” vs

“en la interacción entre la persona y el contexto” vs “en la coordinación de la interacción entre las personas”).

Críticas Irónicas

1. El DSM no incluyen el diagnóstico de “síndrome de DSM” - una psicosis espiritual caracterizada por un deseo compulsivo de cosificar a las personas y etiquetarlas en categorías psiquiátricas predeterminadas.
2. Estas “víctimas” de la ideología psiquiátrica moderna dan prioridad a conocimientos acerca de descripciones precisas –por sobre conocimientos acerca de las interacciones de curación- como manifestación de una preocupación obsesiva con adjetivos peyorativos, criterios de inclusión y exclusión, etc.

Karl Tomm es Director del Family Therapy Program de la Universidad de Calgary, 3350 Hospital Drive NW, Calgary, Alberta, Canada T2N 4N1. Él y sus colegas en el programa de terapia familiar están trabajando actualmente en un enfoque alternativo para la evaluación, basado en la distinción entre Patologizar patrones interpersonales (PIPs) y la interacción en relación con problemas mentales específicos.

Un breve resumen de este artículo fue publicado anteriormente en “The Calgary Participator”, Un Boletín de Terapia Familiar A, 1990, p.2-3.