

EDITORIAL

DSM-5, un año después.

Juan Medrano

Después de un largo y tortuoso camino, en mayo de 2013 se publicó el DSM-5, última edición del catálogo nosográfico y nosológico de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Desde que se dieron a conocer sus contenidos preliminares, la nueva versión ha sufrido un rechazo muy superior al experimentado por sus predecesores, con críticos tan significativos y reputados como Allen Frances, que fue nada menos que el responsable del grupo de trabajo que casi 20 años antes alumbró el DSM-IV. El proceso de elaboración del nuevo manual ha supuesto un esfuerzo de muchos años, con un coste significativo y ha debido abandonar en el camino la pretensión de introducir un sistema dimensional que diera cuenta de que muchos síntomas se presentan a lo largo de un continuo, permitiera el uso de escalas (que, por ejemplo, midiesen rasgos de personalidad) o remitiera a circuitos neurobiológicos específicos.

Traducido ya al español, un gran número de profesionales disponen tanto de la guía de consulta de criterios diagnósticos (lo que antes se denominaba breviario) como del texto completo, editado con una solidez y presencia superior a la de ediciones previas, a las que supera claramente en esa función tan propia de los libros de consulta que es la de dar prestancia a la biblioteca. A la espera de conocer las innovaciones que pueda traer consigo la CIE-11 de la OMS, próxima a publicarse, el DSM-5 va penetrando en la cultura profesional, y se van asumiendo sus novedades, por lo que tal vez sea oportuno repasar las críticas que se le han formulado.

La crítica al DSM-5

Poco antes de la presentación del DSM-5, Thomas Insel, director del National Institute of Mental Health (NIMH) estadounidense, colgó en su blog un comentario sobre el DSM (1), al que describió como “en el mejor de los casos, un diccionario que crea una serie de etiquetas y las define”, al tiempo que señalaba que “su debilidad es su falta de validez”. Apuntaba que por este motivo el NIHM buscaría una forma alternativa de orientar su investigación, evitando al manual de la APA, ya que sus diagnósticos “se basan en el consenso acerca de agrupaciones de síntomas clínicos, no en medidas objetivas de laboratorio”. La crítica de Insel, aunque después fue matizada, contraponía el modelo DSM al de los llamados Re-

search Domain Criteria (RDoC), que pretenden buscar las causas de los trastornos, más que centrarse en los síntomas, y desentrañar los mecanismos neurobiológicos y bioconductuales subyacentes para poder así desarrollar tratamientos efectivos (2). La crítica de Insel se propagó por la red, y fue jaleada por colectivos opuestos al modelo médico y biológico en Psiquiatría sin percatarse de que proponía una alternativa mucho más centrada en lo neurobiológico que el DSM, y de que al margen de que le queda mucho por definir y precisar, los RDoC pierden de vista todo el contexto social e interpersonal, como si la experiencia humana pudiera reducirse a determinados fenómenos a nivel de circuitos neuronales. La cuestión es si la alternativa del listado de síntomas seleccionados por consenso tiene sentido.

El diagnóstico psiquiátrico es problemático, y lo ha sido especialmente en el pasado, cuando no se compartían criterios uniformes sobre las enfermedades, época en que se hizo clásico el aserto de que para curar de esquizofrenia a un estadounidense, bastaba con que cruzara el Atlántico, ya que en Europa se le diagnosticaría de otro problema, presumiblemente menos grave. Para intentar dar rigor al diagnóstico, hace aproximadamente medio siglo algunos autores estadounidenses con una clara orientación médica (esto es: con la convicción de que los trastornos psiquiátricos eran comparables a los de cualquier rama de la Medicina) propugnaron que para emitir un diagnóstico de enfermedad mental debería cumplirse necesariamente una serie de síntomas o ítems. Estos ítems deberían ser operativos, es decir, libres de connotaciones subjetivas o condicionamientos apriorísticos basados en posicionamientos teóricos (en una clara alusión al Psicoanálisis, por entonces imperante en la Psiquiatría estadounidense). Fruto de sus esfuerzos y tras varios pasos intermedios, surgió en 1980 el DSM-III de la APA, que revolucionó la concepción de los trastornos psiquiátricos y la idea de cómo deberían formularse los diagnósticos en la especialidad, con un éxito que tuvo su eco en la CIE-10 de la OMS. Lo chocante es que los criterios y conceptos básicos del DSM-III se basaron esencialmente en el consenso de expertos, y no en datos objetivos o en hallazgos de la investigación, una metodología que no ha cambiado sustancialmente en ulteriores ediciones.

El DSM-III consagraba un modelo categorial, según el cual los trastornos psiquiátricos son discretos. Al mismo tiempo los concebía como constructos imposibles de objetivar, por lo que sólo se pueden caracterizar indirectamente, a través de sus síntomas. Descartaba así el modelo dimensional, para el que sólo existen síntomas. En términos de Goldberg (3), con el DSM-III Platón se imponía a Aristóteles. A pesar de su enfoque pretendidamente ateo y su voluntad de establecer categorías revisables, en realidad el DSM-III encerraba –y lo siguen haciendo sus sucesores– unas connotaciones esencialistas en virtud de las cuales cualquiera de sus múltiples trastornos se plantea como una realidad clínica, casi corpórea (4).

Por otra parte, el concepto de trastorno psiquiátrico, tal como aparecía en el DSM-III y ha ido transmitiéndose en las sucesivas ediciones del manual, es vago, impreciso, omnicomprendido, hasta el punto que permite incorporar a la noción de enfermedad múltiples conductas y estados psicológicos. Para el DSM-5, en concreto, es *“un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”*. Una definición vaga, en la que cabe todo, a pesar de que el manual especifique, con ánimo de acotar más el concepto, que *“una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente”*.

A lo largo de las sucesivas ediciones ha cambiado el concepto de algunos trastornos. El DSM-III no permitía el diagnóstico de paranoia con clínica alucinatoria, algo que sí ha sido posible después. El DSM-5, en una de sus innovaciones más polémicas, permite que pueda diagnosticarse depresión mayor en presencia de un duelo, lo que no era posible hasta ahora y lo que según algunos críticos favorece que un proceso psicológico (sufrimiento normal por una pérdida) se convierta en psicopatológico (depresión). Ante la protesta de muchos especialistas (entre ellos, Allen Frances), el DSM-5 explica que ante ciertas pérdidas pueden aparecer fenómenos coincidentes con los observados de la depresión (no duda de hecho en llamarlos “síntomas”), e indica que si bien *“pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de [en] la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida”*. Con el fin de aclarar conceptos que se ven oscurecidos por una redacción confusa, el texto introduce una nota a pie de página que en la versión española de la guía de consulta, por cierto, enreda más la cuestión al traducir *grief* (duelo) por “culpabilidad”, en un curioso lapsus que más allá de la tradicionalmente deficiente traducción al español de los catálogos de la APA, no deja de ser simpática teniendo en cuenta las críticas al DSM-5. En la versión “completa” en español, conviene aclararlo, el error se ha subsanado y, si esa era la causa, ya no se nos deja entrever ningún sentimiento de culpa.

Otros cambios tienen el efecto colateral de un cambio en la prevalencia de los trastornos correspondientes. La adopción del DSM-5 entraña una modificación de la prevalencia de los ahora llamados trastornos del espectro autista (5), que vendría a caer en torno al 10% inferior. Sin embargo, el DSM-5 podría clasificar como jugadores patológicos a más sujetos que el DSM-IV (6), mientras que el nivel de discordancia entre los dos manuales en relación con el estrés postraumático es francamente preocupante (7). Esto, desde luego, no son cuestiones menores. No solo por las consecuencias para los pacientes, sino porque el DSM ha cristalizado en el mundo de la investigación. Para definir los trastornos sobre los que se investiga, la norma es recurrir a los criterios del manual de la APA, lo que quiere decir que si se consolidan los de la nueva edición, los hallazgos de la investigación previa para, pongamos por caso, el TEPT, no serán válidos para el “nuevo” TEPT. Y los datos que se obtengan con grupos seleccionados tirando de los nuevos criterios no serán homologables con los precedentes de estudios que utilizaron los del DSM-IV. En el campo de la terapéutica, según se primen unos síntomas u otros, puede resultar que en sucesivos ensayos clínicos fármacos con un perfil pongamos ansiolítico resulten más eficaces para la versión DSM-IV que para la DSM-5 de un mismo trastorno, o viceversa, contribuyendo a generar confusión. En el marco de la duda generalizada acerca de la efectividad de los antidepresivos frente al placebo, tal vez la versión DSM-5 de la depresión mayor, que permite incluir casos en los que los fenómenos clínicos son secundarios a un duelo (proceso, en principio, autolimitado), consolide la impresión de que estos medicamentos no pasan de ser placebos caros y potencialmente tóxicos.

El sistema DSM mantiene la ilusión de que sus trastornos están claramente definidos. Aunque el DSM-5 quiso evitarlo y apunta en su Apéndice III visiones dimensionales, los límites de las categorías son rígidos, de modo que la concurrencia de ítems o síntomas englobables en categorías diferentes es mucho más que una posibilidad teórica. Se abre así la puerta a una multiplicidad de combinaciones de diagnósticos que se ha plasmado en una inagotable comorbilidad, particularmente forzada en el caso de la depresión y la ansiedad. El DSM-5 insiste en mantener la primera básicamente en la categoría de depresión mayor, un concepto vago y heterogéneo, mientras que la segunda está atomizada en diversos trastornos (fobia, angustia, ansiedad generalizada, ansiedad social), incluso después de que el DSM-5 haya destinado capítulos específicos al trastorno obsesivo-compulsivo o a los trastornos por estrés. Pero el DSM, desde su tercera edición, descarta que ambas puedan presentarse conjuntamente, en forma de lo que Tyrer (8) denominó cotimia, ignorando que es esto precisamente lo más habitual en la clínica. La escisión del síndrome ansioso - depresivo (que sí reconoce como trastorno la CIE-10) es especialmente chocante si se considera que las sucesivas ediciones desde el DSM-III han incluido una categoría de trastorno adaptativo con presentación conjunta de

ambos elementos, aunque la guía del DSM-5 la traduzca con el confuso título de “[Trastorno de adaptación] con ansiedad mixta y estado de ánimo depresivo”.

Pese a negar la esa “cotimia”, los DSM no han podido evitar la proliferación de categorías o diagnósticos. Frente a los 180 trastornos mentales del DSM-II de 1968, el DSM-III-R incluía en 1987 nada menos que 292 categorías diagnósticas que siete años después, en el DSM-IV, ascendían a más de 350 (9). Un servidor no ha tenido la paciencia de ponerse a contar las categorías incluidas en el DSM-5, pero críticos como Frances afirman que superan a las de sus predecesores. Esto enlaza con otra crítica al DSM, la de que fomenta la medicalización, lo que en inglés se ha dado en llamar *disease mongering* (10) y se denomina a veces de una forma un tanto simplista invención de enfermedades (11), cuando la idea está más cercana a la propagación [del concepto de cada una] de las enfermedades de que se trate, más que a una invención genuina de conceptos. Detrás de esa difusión subyace, según acuerdo general, el interés de la industria por vender fármacos, pero es dudoso que la industria sea la responsable de la creación de las categorías; más bien hay que atribuirle el papel de divulgadora de ciertos conceptos clínicos y diagnósticos. La industria no inventó los síntomas negativos de la esquizofrenia, pero los utilizó en la promoción de los “atípicos”; ni la hipótesis serotoninérgica de la depresión, pero se valió de ella para vender ISRS; ni siquiera inventó las piernas inquietas (12), concepto que remite a Ekblom, quien retomando la noción del XIX acerca de una “*anxietas tibialis*” acuñó el expresivo término de “*anxietas crurum paresthetica*” (13) para referirse a una inquietud crural que la industria vio interesante y, por lo tanto, divulgó, cuando unas seis décadas después se pudo tratar con antiparkinsonianos. El buen vendedor, dice el adagio, no vende refrescos de cola, vende sed, y vender sed, en este terreno, es divulgar la idea de que existen enfermedades insuficientemente atendidas, o hipótesis etiológicas o fisiopatológicas esenciales no asumidas, o conceptos clínicos ineludibles... siempre que fomenten el uso de los fármacos. El problema, por lo tanto, es la fiabilidad y el fuste de esos conceptos. El DSM-IV identificó tres categorías que según reconoce contrito el propio Frances (14: pág. 48) dieron lugar a tres “falsas epidemias” (sic) en Psiquiatría. El trastorno de Asperger (desaparecido en el DSM-5) tuvo tal éxito que la prevalencia de trastornos generalizados del desarrollo se multiplicó por 20 en relación a datos de tres lustros antes; la presentación en sociedad nosológica del trastorno bipolar II hizo que se doblara la prevalencia relativa del trastorno bipolar respecto de la depresión unipolar, y la formulación del trastorno por déficit de atención multiplicó su prevalencia por tres. Según Frances, la divulgación de estas nuevas definiciones de sed dio lugar a mayores ventas de refrescos de cola en forma de antipsicóticos, “reguladores del humor”, y psicoestimulantes. En una reciente obra (15), el propio Frances alerta sobre los excesos del DSM-5 y las ventajas que de ello obtiene la industria, pero hay que hacer una reflexión sobre dónde radica el error y la respon-

sabilidad. No tanto en quien se aprovecha de lo endeble del andamiaje nosológico y nosográfico de la Psiquiatría, y de lo que damos en llamar Salud Mental, sino más bien en la inconsistencia del mismo.

En ocasiones se pierde de vista lo que es el DSM. Por empezar por ahí, todo el tinglado es sin lugar a dudas un considerable negocio, que ha de mover cantidades importantes de dinero teniendo en cuenta que el manual es el astro central de un sistema bibliográfico que incluye la guía de consulta, el texto sobre diagnóstico diferencial, el volumen de casos clínicos y tantos otros que hemos ido conociendo en sucesivas ediciones del manual. También es importante desde el punto de vista económico para los profesionales que lo utilizan, ya que incluye los diagnósticos que en su entorno original justificarán la intervención profesional y la facturación por sus servicios; un agudo comentarista británico opinaba recientemente que el DSM-5 será más eficaz que su predecesor a la hora de cumplir con su principal motivación de capacitar a los psiquiatras para cobrar por sus actuaciones profesionales (16). Cuantos más diagnósticos y entidades se creen, tantas más oportunidades de caracterizar la intervención del profesional. Valorar a un paciente con quejas de pérdida de memoria pero que no cumple criterios de demencia acaba siendo una intervención sin diagnóstico; si DSM-5 en mano puede sostenerse que tiene un trastorno neurocognitivo menor, se dispone ya del diagnóstico que justifica la actuación profesional (y su facturación) independientemente de si eso quiere decir que cognitivamente, para su edad, está más sano que una manzana.

Así pues, la medicalización, o la salud-mentalización de lo cotidiano, su conversión en fenómenos clínicos que requieren ayuda profesional, tiene más beneficiarios que la siempre socorrida industria, ese malo necesario que sirve para desplazar culpas y complicidades. Los profesionales precisan de un diagnóstico que en nuestro entorno justifica también la intervención del sistema público, por lo que la caracterización de nuevos trastornos tiene un interés personal y corporativo. Y no habría esa tendencia cultural a hablar de “síndromes” para describir malestares si no existiera una disposición a identificar como algo ajeno a la salud cualquier desviación de una plácida seguridad y de una ilusoria felicidad. Y si no hubiera personas dispuestas a explorar y encontrar campos de intervención profesional. Los intereses creados lo son de la industria, de los profesionales y de la población, que ha aprendido que es preferible ser “enfermo” que infeliz, y que serlo puede tener ciertas ventajas.

El DSM es un texto accesible a un mercado mucho mayor que el que probablemente fue inicialmente su objetivo. Su conceptualización simplista de la enfermedad mental, mediante criterios diagnósticos (parafraseando sin mala intención a Javier Krahe cuando habla de la silla eléctrica, puede decirse que el DSM es “*moderno, americano, funcional*”), hace, además, que parezca también asequible a un público más amplio. Tan es así que a la vista de cómo se han utilizado ediciones

previas, el DSM-5 incorpora una “*Declaración cautelar para el empleo forense del DSM-5*” en la que “*no se recomienda que las personas sin formación clínica, médica y, en general, sin la formación adecuada, utilicen el DSM-5 para valorar la presencia de un trastorno mental*”. El DSM entraña una trivialización de la clínica psiquiátrica y consagra una Psiquiatría de checklist (en agraciada expresión del psiquiatra danés LS Nilsson) que, pese a ir chequeando la presencia o ausencia de criterios operativos de un determinado trastorno, puede llegar a conclusiones dispares en un caso tan llamativo y trágico como el de Anders Behring Breivik, autor confeso de la matanza de 77 civiles en Oslo y en la isla de Utøya, sobre el que un informe pericial psiquiátrico lo diagnosticaba de esquizofrenia paranoide y el otro, de trastorno narcisista de la personalidad con rasgos antisociales (17). El sistema de criterios operativos no solo ha supuesto un empobrecimiento de la psicopatología y de la comprensión del enfermo mental (18), sino que ha favorecido una lectura errónea y una trivialización del diagnóstico psiquiátrico.

¿Qué cabe concluir, entonces, acerca del DSM-5 y de los DSM, en general? A quien suscribe le da la sensación de que el modelo es rico en fallos e inconsistencias y que sus sucesivos parcheos introducen más confusión que orden. A pesar de ello, el diagnóstico es esencial, lo que convierte al DSM en un mal necesario. Podrá discutirse sobre si lo oportuno es que sea categorial o dimensional, si debe basarse en hallazgos neurobiológicos o en la más clásica y formal psicopatología (el tal caso, sería conveniente desempolvarla), pero caben pocas dudas sobre la necesidad de identificar los casos y las situaciones en que es necesario un abordaje sanitario, desde las instituciones y profesiones dedicadas a la salud. Lamentablemente, la propia definición de salud de la OMS es tan maximalista que complementariamente cualquier malestar puede dar lugar a una valoración, si no de enfermedad, sí de indicación de intervención sanitaria. Dado que el DSM y en general los sistemas de clasificación y los catálogos de trastornos mentales son un pretexto para que esas intervenciones puedan ser entendidas como profesionales, incluyen en su texto entidades y conceptos a los que el modelo médico categorial les puede sentar mejor (demencia, delirium, intoxicaciones) o peor (trastorno adaptativo, trastorno de personalidad), pero mientras no definamos mejor la salud y la Psiquiatría (o la salud mental si se prefiere), junto con su ámbito de actuación, es difícil que la solución nos la den las *taskforces* de la APA. Entre tanto, el DSM-5 cumplirá una función esencial y básica: tranquilizar a quienes lo leamos y eventualmente lo utilicemos, haciéndonos sentir, a través de sus imperfecciones, que la culpa es de otros.

REFERENCIAS

- (1) Insel T. Director's blog: Transforming diagnosis, April 29, 2013. Accesibleen: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- (2) Kirmayer LJ, Crafa D. What kind of science for psychiatry? *Front Hum Neurosci* 2014; 8: 435
- (3) Goldberg D. Plato versus Aristotle: Categorical and dimensional models for common mental disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 41 (Suppl 1): 8-13.
- (4) Birley JL. DSM-III: from left to right or from right to left? *Br J Psychiatry* 1990; 157:116-8.
- (5) Carson RC. Costly compromises: a critique of the diagnostic and statistic manual of mental disorders. En Fisher S y Greenberg RP (editores): *From placebo to panacea. Putting psychiatric drugs to the test.* New York: John Wilet and Sons, 1997; pp 98-112
- (6) Tencheff CE, Derevensky JL, Paskus TS. Pathological and disordered gambling: a comparison of DSM-IV and DSM-V criteria. *Int Gambling Stud* 2011; 11: 213-220
- (7) Hoge CW, Riviere LA, Wilk JE, Herrell RK, Weathers FW. The prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in U.S. combat soldiers: a head-to-head comparison of DSM-5 versus DSM-IV-TR symptom criteria with the PTSD checklist. *The Lancet Psychiatry.* 2014 August 14. [Epub ahead of print]. doi:10.1016/S2215-0366(14)70235-4
- (8) Tyrer P. The case for cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 191-193
- (9) Healy D. *The antidepressant era.* Cambridge, Massachussets: Harvard University Press, 1997
- (10) Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886-91.
- (11) Blech J. *Los inventores de enfermedades. Así nos convierten en pacientes.* Barcelona: Destino, 2005.
- (12) Woloshin S, Schwartz LM. Giving legs to restless legs: a case study of how the media helps make people sick. *PLoS Med* 2006; 3(4): e170.
- (13) Ekblom KA. Astheniacrurumpasasthetica (irritable legs). *Acta Med Scand* 1944; 118: 197-209
- (14) Davies J. *Cracked. Why Psychiatry is doing more harm than good.* London: IconBooks, 2013.
- (15) Frances A. *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría.* Barcelona: Ariel, 2014
- (16) Mayou R. Is the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? *Br J Psychiatry* 2014; 204: 418-9
- (17) Stetka BS, Nilsson LS. Mass Murder and the Flaws of Checklist Psychiatry. *Medscape Psychiatry,* June 02, 2014. Accesibleen: <http://www.medscape.com/viewarticle/825800>
- (18) Andreasen NC. DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizopr Bull* 2007; 33: 108-12