

Los problemas y limitaciones del DSM-5

Omar García Zabaleta

IAS Research Center for Life, Mind & Society,
Euskal Herriko Unibertsitatea/Universidad del País Vasco
(UPV/EHU)

omar.garcia.zabaleta@gmail.com

Problems and Limits of DSM-5

ISSN 1989-7022

RESUMEN: la publicación del DSM-5 ha estado acompañada de una gran controversia. Diversos especialistas e instituciones del ámbito psiquiátrico han ido mostrando su rechazo a la clasificación que establece el manual de la Asociación de Psiquiatría Americana. En este artículo se analizan algunas de las razones sobre las que se ha fundamentado ese rechazo, repasando los problemas y limitaciones que se han identificado en el manual desde que adoptara el enfoque biomédico actual que caracteriza a la psiquiatría que representa. La inflación diagnóstica, la validez y la medicalización son algunos de esos problemas que deben ser abordados con urgencia por la psiquiatría.

ABSTRACT: the DSM-5 has been published surrounded by a big controversy. Several specialists and institutions from the psychiatric field have shown their rejection of the classification established by the American Psychiatric Association's manual. This article analyses some of the reasons on which this rejection has been based and reviews the main problems and limitations identified in the manual since its adoption of the biomedical approach that represents current psychiatry. Diagnostic inflation, medicalization and validity are some of the problems that should be urgently faced by psychiatry.

PALABRAS CLAVE: psiquiatría, DSM-5, inflación diagnóstica, medicalización, validez diagnóstica

KEYWORDS: psychiatry, DSM-5, diagnostic inflation, medicalization, diagnostic validity

Introducción

En mayo de 2013 se publicó, bajo una inusitada polémica, la última edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSM-5 (APA, 2013). Este manual, elaborado por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), se ha convertido en el principal producto institucional de la psiquiatría, y en el responsable de establecer la nomenclatura, categorías y criterios diagnósticos de los trastornos mentales.

El dominio ejercido por el DSM en el ámbito de la psiquiatría clínica y de investigación ha ido aumentando desde la aparición de su primera edición en 1952 (APA, 1952), expandiendo su área de influencia desde América a Europa y Asia y superando con claridad a otras propuestas como el CIE de la OMS. Sin embargo, la Biblia de la psiquiatría, como en ocasiones se suele hacer referencia a este manual, no se ha mantenido aislada de la crítica.

El establecimiento del enfoque biomédico adoptado por el DSM desde su tercera edición (APA, 1980), en un intento por equiparar la psiquiatría con el resto de especiali-



dades médicas y superar la crisis de legitimidad en la que se encontraba (Mayes y Horwitz, 2005; Kawa y Giordano, 2012), ha tenido polémicas consecuencias. Algunas de esas consecuencias se han mantenido e incluso agudizado en el DSM-5, y han centrado las numerosas críticas que se le han dirigido desde su publicación.

Aspectos como la incapacidad para separar claramente los comportamientos normales de los patológicos, la comorbilidad, la inflación de diagnósticos, o la medicalización han supuesto un obstáculo importante en la búsqueda de aceptación del DSM y han generado el rechazo de especialistas e instituciones del ámbito psiquiátrico. A continuación se analizan estos y otros problemas haciendo alusión a las principales críticas que las y los especialistas en la materia han dirigido al manual desde la aparición de su tercera edición y que siguen vigentes en relación a la edición actual.

Fronteras no definidas

El principal problema del DSM, y del que se derivan en gran medida la mayoría de los que se verán a continuación, es la ausencia de unas fronteras definidas entre lo normal y lo patológico –y entre las diferentes categorías consideradas como patológicas. Una de las condiciones que tiene que cumplir una clasificación para poder ser considerada válida “es establecer diferencias netas entre los ejemplares incluidos y excluidos en una categoría” (Braunstein, 2013, 81), y la del DSM-5 no lo consigue. Pese a los numerosos esfuerzos realizados, ni las investigaciones en neurociencias, ni los marcadores biológicos han conseguido establecer una diferencia precisa entre los estados normales y los propios de la presencia de un trastorno mental, salvo en contadas excepciones como los trastornos neurológicos (Nesse y Stein, 2012, 2).

Ante la imposibilidad de encontrar indicadores objetivos, las fronteras entre las consideraciones de salud y enfermedad mental siguen estableciéndose de manera arbitraria y, por lo que parece, ese carácter arbitrario se orienta de modo que lo patológico ocupa el espacio más amplio. Tal y como señala Joel Paris, “el peligro de la ideología del DSM-5 es que extiende el espectro del trastorno mental hasta un punto en el que casi todos pueden ser diagnosticados con uno (y tratados consecuentemente)” (2013, 41).

La incapacidad para establecer fronteras precisas y objetivas es una limitación intrínseca a la psiquiatría que, como tal, tiene su reflejo en este manual. Sin embargo, no es solo esa limitación, sino la dirección en la que utiliza esa arbitrariedad, apuntando hacia la inflación

de diagnósticos y la medicalización –de las que se hablará a continuación–, la que da lugar a todo tipo de críticas y sospechas.

Pero esas ‘normalidades’ estadística y fisiológica son ampliamente cuestionables, peligrosas y portadoras de prejuicios ampliamente sospechosos de colusión con el poder establecido cuando se trata del ‘funcionamiento’ personal y social. ¿Quién es el normal y a partir de cuándo ‘tiene’ un ‘trastorno’ de la personalidad o de cualquier otra variable psicológica? Los criterios de la medicina general son los de rangos evaluables en términos fisiológicos; los de la psiquiatría son rangos sociológicos, culturales y, para decirlo rápidamente, políticos pues, en este caso, la atribución de ‘enfermedad’ es un acto de la polis a través de uno de sus dispositivos, el dispositivo *psi* al que nadie escapa, ni siquiera sus agentes”. (Braunstein, 2013, 43-45)

A la falta de diferenciación entre la presencia y no presencia de un trastorno mental se le añade, además, la deficiente delimitación entre los diferentes trastornos mentales que da lugar al fenómeno de la comorbilidad que se verá a continuación. Néstor Braunstein (2013, 106) apunta con acierto que “si los trastornos fuesen categorías independientes la coexistencia de uno con otros debería ser un hallazgo azaroso”, pero, sin embargo, en el DSM-5 la comorbilidad parece ser la norma. Para Nesse y Stein (2012, 2), es el uso de criterios operacionales lo que da lugar a la falsa idea de que los trastornos son entidades discretas y bien diferenciadas. En un sentido parecido señala Sandín (2013, 261) que ante la imposibilidad de establecer límites claros entre los trastornos –que ni son homogéneos ni tienen límites claros– el DSM-5 ha optado por aumentar los tipos y subtipos.

El problema parece tener bastante que ver con la pretensión de ser una especialidad médica y con la no asunción de que, en la psiquiatría, las nociones de normalidad y patología no funcionan de un modo comparable. Como señala Sandra Caponi (2018), en psiquiatría, la consideración de la experiencia individual, de la historia particular de cada sujeto resulta esencial para determinar estas cuestiones y el DSM-5 no le presta atención alguna.

Además, el uso de un sistema categorial para clasificar condiciones entre las que no existen diferencias cualitativas, no parece lo más adecuado. Si a la ausencia de límites definidos entre trastornos, se le añade el uso de un sistema de clasificación categorial, resulta inevitable que la comorbilidad se haga protagonista (Sandín, 2013). Algunos trastornos en particular parecen ser especialmente propicios para ser clasificados con un enfoque dimensional ya que no hay pruebas que sustenten la discontinuidad en los síntomas entre lo normal y lo patológico; éste es el caso de la depresión mayor, el trastorno obsesivo-compulsivo, el autismo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos de la personalidad (Hyman, 2010, 165)¹.

Comorbilidad

Uno de los aspectos más recurridos a la hora de cuestionar la validez del manual es la comorbilidad. La comorbilidad tiene que ver con el solapamiento de dos diagnósticos diferentes en un mismo individuo y, en el caso de este manual, se correspondería con el diagnóstico positivo de dos trastornos mentales diferentes en el mismo paciente. Una clasificación válida debería ser capaz de evitar este fenómeno y, por eso, el alto nivel de comorbilidad que caracteriza al DSM, también en su última edición, supone una debilidad clasificatoria importante.

En lo relativo a esta clasificación, parece que “la comorbilidad es la norma, no la excepción” (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014, 70) debido a que son pocos los pacientes con un diagnóstico único y claramente definido. Esta conclusión es compartida por otros autores (Moffitt et al., 2007), que también coinciden al señalar la comorbilidad como aspecto predominante en el DSM desde su tercera edición. En esta misma línea, Randolph M. Nesse y David J. Stein, en un artículo publicado en 2012, hacen referencia a sendos estudios (Kessler et al., 1994, 2005) en los que “se vio que la comorbilidad era prevalente” según ediciones anteriores del manual –DSM-III-R (APA, 1987) y DSM-IV (APA, 1994)– puesto que “la mayoría de los individuos que tienen un trastorno también cualifican para diagnósticos adicionales” (Nesse y Stein, 2012, 2).

Este problema se ha mantenido desde esa tercera edición del DSM hasta la actualidad, y la comorbilidad sigue siendo especialmente elevada entre los diferentes trastornos de la personalidad y entre la depresión mayor y el trastorno de ansiedad generalizada.

Steven Hyman (2010, 173), miembro del Comité Directivo del DSM-5, considera que estas tasas elevadas de comorbilidad se deben a una “división excesiva y científicamente prematura” y considera que la adopción de criterios dimensionales podría ser de ayuda en la reducción del problema. Nesse y Stein (2012) van un poco más allá en su valoración y consideran que las expectativas respecto a la posibilidad de establecer un sistema diagnóstico que categorice de manera precisa los trastornos según sus causas cerebrales son demasiado optimistas e infundadas y que “la comorbilidad, la heterogeneidad y las fronteras difusas de muchas categorías del DSM pueden reflejar precisamente la realidad clínica” (2012, 6).

Entre los muchos problemas que acarrea este rasgo del manual, Moffitt y colaboradores (2007) destacan su repercusión sobre las pruebas de fármacos que, generalmente, suelen tener como protagonistas a pacientes con un diagnóstico único y puro y que, visto lo visto, pueden representar a una minoría de los que luego se tratarán o no en función de las con-

clusiones de esos experimentos. De hecho, como señala Hyman (2010), hay estudios que parecen concluir que, en lo relativo a algunas categorías diagnósticas, la efectividad de los fármacos es significativamente menor en pacientes con un diagnóstico que reúna síntomas de trastornos diferentes (Howland et al., 2009; Rush et al., 2006).

La subcategoría “trastorno no especificado”

Muy vinculada con esta debilidad en la clasificación del DSM se encuentra otro rasgo controvertido del manual. Este no es otro que la inclusión de la subcategoría “trastorno no especificado” –NOS (del inglés *Not Otherwise Specified*)²– que aparece asociada a muchos de los trastornos clasificados y mediante la cual suele diagnosticarse a gran parte de los pacientes. Esta subcategoría se utiliza para dar cabida a todos los individuos cuyos síntomas no encajan en los criterios específicos de las demás subcategorías, pero sí se consideran suficientes como para otorgarles el diagnóstico general.

La presencia de esta subcategoría en la clasificación del DSM no es ni mucho menos anecdótica, sobre todo en lo que respecta al diagnóstico de ciertos trastornos. De hecho, este es uno de los motivos que menciona explícitamente la British Psychological Society (BPS) en su carta de respuesta a la APA para justificar su rechazo al DSM-5 (BPS, 2011). En ese documento, titulado *Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 Development*, utilizan como argumento en contra del DSM-5 que “los trastornos clasificados como ‘no especificados de otra manera’³ son muchísimos (llegando al 30% de todos los diagnósticos de trastorno de la personalidad por ejemplo)” (BPS, 2011, 2).

En la misma línea, Bonifacio Sandín (2013, 261) considera que la alta tasa de diagnósticos que se llevan a cabo a través de esas subcategorías “es otra prueba de la debilidad del sistema categorial; puesto que ésta es una categoría residual en el DSM-IV, deberían diagnosticarse pocos casos con esta etiqueta”. Pero, como apunta Hyman (2010), esa elevada tasa de casos de este tipo se debe al intento de especificar la naturaleza de los trastornos más de lo que es posible a la vista de cómo estos se dan en la práctica. Hasta el punto de que el “resultado de promulgar un criterio operacional altamente especificado para describir trastornos heterogéneos es que muchos pacientes no coinciden con ningún criterio y reciben el diagnóstico *no especificado de otra manera (NOS)*” (Hyman, 2010, 173).

Como ya se ha anticipado, este tipo de diagnósticos son especialmente habituales en relación a algunos trastornos particulares cuya naturaleza parece especialmente difícil de estandarizar. En el caso de los trastornos de la personalidad, los trastornos del espectro autista, o los

trastornos de la conducta alimentaria, el número de diagnósticos realizados mediante esta subcategoría llega incluso a ser mayoritario (Echeburúa et al., 2014; Hyman, 2010).

El riesgo que implica el diagnóstico a través de esta categoría no se limita únicamente al ámbito teórico en el que la debilidad de la clasificación se ve bastante expuesta, sino que tiene consecuencias sobre los pacientes diagnosticados, cuyo tratamiento resulta especialmente problemático. Que los diferentes no pueden ser tratados de manera igual es una máxima que también se extrapola al mundo psiquiátrico y, en este caso, la subcategoría NOS es un enemigo importante de ella. Como vienen diciendo multitud de especialistas desde ediciones anteriores del manual (Jackson, Passamonti y Kroenke, 2007, vía Hyman, 2010), “una parte significativa de los pacientes que se presentan en los centros de atención primaria no satisfacen los altamente especializados criterios diagnósticos nombrados en el DSM-IV y reciben el diagnóstico NOS con consecuencias impredecibles para la intervención del tratamiento”.

Inflación de diagnósticos y patologización de comportamientos de la vida cotidiana

La ausencia de límites definidos entre lo normal y lo patológico resulta todavía más problemática por la dirección en la que la psiquiatría actual orienta esa indefinición. En este sentido, el fenómeno de la progresiva inflación de diagnósticos por el que se viene caracterizando la psiquiatría, y la patologización de comportamientos de la vida cotidiana a la que ésta es asociada por muchas voces críticas autorizadas, destaca como una de las mayores debilidades de esta disciplina.

La inflación de diagnósticos es el fenómeno que hace referencia al desmesurado aumento de diagnósticos positivos en la población, que se deriva de problemas como el sobrediagnóstico o la patologización de comportamientos que antes eran considerados como normales. Tal vez por eso señala Braunstein (2013, 35) que “la salud mental consiste en vivir adaptándose a la convención cultural”, porque la conceptualización de lo normal y de lo patológico va cambiando en función de la ideología predominante en sociedad en la que ésta se circunscribe.

Este manual es determinante en el establecimiento de esa conceptualización y, por ello, la revolución en el diagnóstico de los trastornos mentales que supuso la aparición del DSM-III en 1980 propició un enorme aumento en el número de diagnósticos positivos que no ha cesado de crecer desde entonces. El aumento se ha debido no solo al enorme incremento de categorías diagnósticas que el manual ha experimentado, sino también a la progresiva

rebaja de los umbrales diagnósticos. Estas dos estrategias han provocado que la etiqueta de enfermo mental haya pasado a dar cabida a un cada vez mayor número de individuos. Nestor Braunstein señala que para entonces los trastornos mentales ya estaban en los primeros lugares de morbilidad, tan solo superados por los resfriados, las bronquitis y los reumatismos (Gregory, 1987⁴, 470 vía Braunstein, 2013, 78).

Según sendos sondeos realizados a nivel de Estados Unidos (ECA⁵, Robins y Regier, 1991; NCS⁶, Kessler et al., 1994) y citados por Aragona (2009), utilizando el DSM-III (APA, 1980) y su revisión el DSM-III-R (APA, 1987), más del 30% de los encuestados recibía al menos un diagnóstico positivo. Este dato relativo a los Estados Unidos es bastante parecido a otros que se han extraído en el contexto de la Unión Europea, ya que, en un estudio realizado en 2005, utilizando datos y sondeos de los países que la conforman, se apreciaba una prevalencia del 27, 4% (Wittchen y Jacobi, 2005) de diagnóstico de trastorno mental sobre un periodo 12 meses. Estas tasas son consideradas excesivamente elevadas por las y los especialistas y que sin embargo no ha hecho más que aumentar desde entonces.

El mismo estudio, a nivel de la Unión Europea, fue repetido en 2011 ya con el DSM-IV como fundamento y con resultados significativamente superiores. En él se llegaba a la conclusión de que la prevalencia de trastornos mentales en la población durante un periodo dado de 12 meses alcanzaba, según los datos más conservadores, un 38, 2% (Wittchen et al., 2011). Si el periodo que se contempla se amplía a toda la vida del individuo, este dato aumenta en una gran proporción, como se puede comprobar a la luz de unos estudios realizados entre 2001 y 2004⁷ (Kessler et al., 2005), a los que hacen referencia Kawa y Giordano (2012), y según los cuales en torno a la mitad de los estadounidenses cumplirían los criterios de diagnóstico de alguno de los trastornos mentales clasificados en el DSM-IV.

Los datos actuales en relación al DSM-5 no son menos impactantes. Recientes estudios muestran los problemas que la última edición del manual tiene para delimitar la naturaleza de algunos trastornos y cómo, en gran medida por ello, estos podrían ser diagnosticados a un alto porcentaje de la población.

El problema de la elevada proporción de diagnósticos positivos se ha mantenido en el DSM-5 y son muchos los trastornos mentales que, por su vaga definición, dan cabida a un enorme porcentaje de la población. Joel Paris (2013) desarrolla esta idea llegando a las siguientes conclusiones: en el caso del trastorno depresivo mayor, su amplia definición hace que más de la mitad de la población sea susceptible de cumplir los criterios diagnósticos en algún momento de su vida; en los trastornos de ansiedad, no existe una frontera que diferencie lo normal de lo patológico ni en el trastorno de ansiedad generalizado ni en el trastorno

por estrés postraumático; la categoría trastornos del espectro autista, cuyo diagnóstico debería ser minoritario, alcanza aproximadamente a un 4% de la población, lo que unido a la ausencia de un tratamiento eficaz, potencia su estigmatización; el TDAH tampoco tiene unas fronteras claras y se ha convertido, prácticamente, en una epidemia, especialmente entre los adultos; los trastornos de la personalidad, también sin un tratamiento eficaz, no se diferencian claramente de lo que es una personalidad normal y tienen una prevalencia del 10% o más; y en torno al mismo porcentaje se ubica la prevalencia de los trastornos relacionados con sustancias. En relación a estas cifras, Joel Paris concluye que, si se aplicara el DSM-5, “la prevalencia vitalicia del trastorno mental será cercana al 100%” (2013, 43).

Todo este proceso ha dado lugar a lo que algunos denominan como patologización de comportamientos de la vida cotidiana, y en inglés se conoce como *disease mongering*. Juan Medrano explica que aunque este fenómeno a veces se ha traducido como “invención de enfermedades”, en realidad “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” (2014, 659). Moynihan, Heath y Henry (2002, 886) lo definen como la “ampliación de las fronteras de las enfermedades tratables con el objetivo de expandir mercados para aquellos que venden y distribuyen tratamientos”. El resultado es que cada vez son más los individuos susceptibles de obtener el diagnóstico de un trastorno mental debido a un comportamiento cuya correspondencia con la enfermedad es del todo cuestionable ya que, como se ha visto, no existe fundamento alguno para determinar que esas formas de actuación puedan tener una naturaleza patológica.

Medrano explica que tras este fenómeno no solo se esconden los intereses de la industria farmacéutica, ya que el aumento de diagnósticos positivos también supone un lucrativo negocio para las y los profesionales que encuentran en cada uno de ellos la justificación necesaria para cobrar por sus servicios (Medrano, 2014). Por ello, este autor concluye que el DSM-5 cumple a la perfección con su función de potenciación de este negocio.

Una de las voces más críticas respecto a este fenómeno ha sido la de Allen Frances. El que fuera director del Comité Directivo del DSM-IV ha vertido constantes y duras críticas a lo largo de todo el proceso de creación del DSM-5 (Frances, 2009, 2010, 2012a, 2012b, 2012c; Frances y Widiger, 2012), denunciando lo que a su juicio era una estrategia peligrosa que conduce directamente hacia la inflación de diagnósticos. Estrategia que, según él, se basa en la creación de nuevos trastornos mentales y en la reducción de los umbrales de diagnóstico de los ya existentes.

Esta opinión es compartida por la *Society for Humanistic Psychology* (SHP) a tenor de lo expuesto en su carta abierta al DSM-5 (SHP, 2012) secundada por más de 13.000 profesionales y 50 organizaciones de salud mental. En ella, además de la reducción de los umbrales de diagnóstico y de la creación de nuevos trastornos en poblaciones vulnerables, denuncian la excesiva tendencia médico-biológica del manual para fundamentar su rechazo al por entonces borrador del DSM-5.

El fenómeno derivado de esta estrategia preocupa a muchos profesionales que vislumbran una patologización de comportamientos de la vida cotidiana sin precedentes. Empieza a relacionarse peligrosamente la existencia de un problema o dificultad en el desarrollo de la vida de una persona con la presencia en ésta de un trastorno mental, con todos los riesgos que esto implica. Como explican Echeburúa y colaboradores (2014, 71) “la tolerancia hacia comportamientos diferentes y hacia la diversidad cultural es importante así como lo es tener en cuenta que el sufrimiento es inherente a la vida” sin que éste tenga que implicar, de ninguna manera, la presencia de un trastorno mental en el individuo.

Las consecuencias de la inflación de diagnósticos preocupan a toda la comunidad de profesionales de la psiquiatría puesto que, como se ha explicado, la proliferación de falsos positivos, la estigmatización y la creciente medicalización de la población son considerados mayoritariamente como algunos de los principales problemas de la psiquiatría actual.

La *British Medical Journal* (BMJ) inició en mayo de 2013 una campaña llamada *Too much medicine* con la que pretende dar visibilidad al problema de la inflación diagnóstica, considerado por ellos una amenaza para la salud de las personas. En 2016, la BMJ unió sus fuerzas con el grupo del *Royal College of General Practitioners* (RCGP) del Reino Unido centrado en el sobrediagnóstico. Desde la puesta en marcha de esta iniciativa, se han publicado en la revista más de doscientos artículos científicos que tratan este problema.

En un libro publicado en 2014 bajo el título *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*⁸ Allen Frances profundiza en esta problemática. El catedrático de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Duke, tras analizar el estado de la psiquiatría actual y las tendencias institucionales, concluye que existe un gran interés en medicar a las personas que están bien o presentan problemas leves, y un abandono de los enfermos graves. Las razones parecen obvias y a nadie se escapa que el aumento de diagnósticos positivos en personas con problemas leves proporciona un aumento en el consumo de tratamientos simples con altos beneficios económicos para la industria farmacéutica.

Tras analizar el problema de la inflación diagnóstica, y los diversos factores que la han potenciado –como las fallas del sistema diagnóstico, las debilidades en la clasificación y definiciones del DSM-5, o la falta de formación ética de las y los psiquiatras– Laura Bernal defiende que “los trastornos mentales deberían ser diagnosticados únicamente cuando su manifestación es muy clara, grave, y es evidente que no se van a curar por sí solos” (Bernal, 2016, 146).

En este sentido, resulta interesante mostrar aquí unas palabras del propio Frances en 2012, recogidas por Braunstein (2013, 112), y que evidencian claramente el sentir del que fuera máximo responsable de la elaboración del DSM-IV respecto a la dirección tomada por la psiquiatría en los últimos tiempos:

En 20 años se ha triplicado el diagnóstico de síndrome de déficit de atención (ADD), multiplicado por 20 el de ‘trastornos autísticos infantiles’ y por 40 el de ‘trastorno bipolar infantil’, todo lo cual ha hecho multiplicar en la misma proporción la prescripción de sustancias estimulantes y la fármaco-dependencia de millares de chicos indefensos ante la agresividad de los intereses en colusión de los médicos y las compañías farmacéuticas. (Frances, 2012c)

Como señala Frances, y se verá a continuación, la inflación de diagnósticos deja el terreno sembrado para la prescripción médica y para el consumo de fármacos de dudoso efecto sobre la salud pero de grandes réditos para la industria. También para la estigmatización, como se verá más adelante.

Medicalización

La medicalización de la población es señalada mayoritariamente como el principal problema derivado del modelo psiquiátrico actual. Un porcentaje cada vez mayor de la población consume psicofármacos bajo prescripción médica con cierta regularidad, para hacer frente a problemas o dificultades intrínsecos a la existencia humana.

La medicalización es, a grandes rasgos, el proceso mediante el cual problemas de la vida pasan a ser considerados problemas médicos y, por lo tanto, tratados como tales. El problema de base se encuentra en la incapacidad para definir los trastornos mentales, y para determinar los problemas o estados que tienen que ver con su presencia y los que no (Aragona, 2009), ya que esto abre la veda para la inflación de diagnósticos con sus correspondientes tratamientos. Sin ir más lejos, en el proceso de elaboración de la última edición del DSM-5, se propusieron una serie de nuevos trastornos mentales –algunos de los cuales fueron descartados en la versión definitiva– que, además de no cumplir con ciertos criterios mínimos de validez, ni siquiera tienen un tratamiento eficaz (Frances, 2010, 2012a). Sin embargo, la

mayoría de estos y el resto de trastornos mentales son tratados de la misma forma: mediante psicofármacos.

Estos tratamientos, que tienen su origen en la revolución psicofarmacológica de los años 50 y 60, y su puesta en práctica en las décadas posteriores –cuando se produce la deinstitutionalización de los pacientes psiquiátricos (Mayes y Horwitz, 2005, 255) y el cambio de paradigma psiquiátrico condensado en el DSM-III– se han extendido hasta límites bastante peligrosos. Este hecho es señalado por la British Psychological Society en la carta que dirigió a la APA durante el proceso de elaboración del DSM-5 para manifestar su rechazo al nuevo manual (BPS, 2011, 2):

A la Sociedad le preocupa que los clientes y el público general se están viendo afectados negativamente por la continuada y continua medicalización de sus respuestas naturales y normales a sus experiencias; respuestas que indudablemente tienen consecuencias angustiantes que demandan respuestas de ayuda, pero que no reflejan la enfermedad tanto como la variación individual normal.⁹

Esta manifestación sintetiza de manera evidente la preocupación general entre las y los profesionales de la psiquiatría. Son muchos quienes han llamado la atención sobre el riesgo en el que se pone a numerosos pacientes con problemas o dificultades que pueden ser considerados normales y que son tratados diariamente con medicaciones que, lejos de ser beneficiosas para la salud, pueden suponer un perjuicio para ella. Se recetan psicofármacos con una facilidad impactante a individuos que probablemente no necesiten consumirlos, y que pueden verse perjudicados de diversos modos por su ingesta. Una tendencia cada vez más extendida y sobre la que autores como Kawa y Giordano (2012, 7) consideran que es momento de reflexionar:

Puede merecer la pena ponderar hasta qué punto un fenómeno puede ser particularmente problemático con respecto a un número de condiciones comportamentales y emocionales que podrían ser meras extensiones del comportamiento normal o simples “excentricidades” que pueden entonces ser interpretadas como enfermedades médicas. La “patologización de la desviación” y la “medicalización de las enfermedades sociales” son efectos potenciales de las tendencias de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico.

Una visión parecida, pero mucho más contundente, es expresada por Allen Frances en el marco de una entrevista que concedió recientemente a la revista Jotdown (Frances, 2016):

En los Estados Unidos los analgésicos opioides están tras la muerte de diecinueve mil personas al año. Analgésicos recetados. Causan mucha adicción a opiáceos y a la heroína. Son las peores píldoras en el mundo. ¿Se usan en exceso aquí también? Son los peores medicamentos del mundo. La gente debe evitarlos. Los médicos los dan como caramelos. La segunda peor medicina en el mundo: las benzodiacepinas. Muy a menudo las personas se vuelven adictas a ellas, y entonces es casi imposible retirarlas porque los síntomas de abstinencia son terribles. Estos son medicamentos que no deben ser utilizados por casi nadie y, sin embargo, se están utilizando con mucha

frecuencia. La gente debe darse cuenta de que los medicamentos no son píldoras de la felicidad —que pueden tener efectos secundarios muy malos, incluyendo un deterioro cognitivo marcado—. Deben tomarse con mucho cuidado cuando no hay una razón clara para ello.

Cuesta encontrar razones claras para ello. Y no solo por lo difícil que resulta determinar la presencia de un trastorno mental, sino, simplemente, por lo cuestionable de su utilidad. La gravedad y sinrazón del problema aumenta cuando se apunta que, para la mayoría de trastornos, no está demostrada la efectividad del tratamiento con psicofármacos. Es decir, la toma de este tipo de medicalización parece no tener un efecto positivo superior al del placebo en el tratamiento de muchos de estos problemas.

Esta ausencia de razones claras resulta suficientemente poderosa para Frances, que se opone decididamente a esta tendencia medicalizante de la psiquiatría, recurriendo a objeciones de tipo práctico relacionadas con su eficacia y seguridad (Frances, 2012b, 13):

La mayoría de los beneficios de actuación percibidos que pueden obtener de la medicación psicotrópica aquellos que están medianamente enfermos o no enfermos en absoluto se deberá probablemente a un ilusorio efecto placebo —pero los efectos secundarios, el coste, el estigma y la pérdida de una atribución personal por el éxito serán bastante reales.

Frances hace referencia a que en los enfermos no graves o que se encuentran cerca de la supuesta frontera entre lo normal y lo patológico es más negativo el balance del consumo de psicofármacos y, pese a ello, son quienes más los consumen (Frances, 2014, 2016). Según explica, cuanto menos grave es el trastorno más se parece al placebo el efecto de los psicofármacos y más grandes son los riesgos de su ingesta. Es decir, en la relación riesgo-beneficio que considera propia de todo tratamiento, Frances expone que a menor gravedad del trastorno menos beneficioso resulta el consumo de psicofármacos, mientras que los riesgos derivados de él se mantienen. Por ello, considera que, a diferencia de lo que sucede en la actualidad, la medicación debería ser el último recurso en el tratamiento de estos problemas no graves.

No existen tantas dificultades, sin embargo, a la hora de tratar de encontrar la razón de la amplia expansión del uso de psicofármacos a pesar de sus cuestionables efectos sobre la salud. Quienes se deciden a analizar este controvertido fenómeno coinciden en ubicar los intereses de la industria farmacéutica como la principal causa de esta expansión, bastante desproporcionada, a juzgar por sus resultados. El mismo Frances explica que, precisamente esos enfermos no graves constituyen el público objetivo más interesante para las farmacéuticas debido a que, además de representar a un porcentaje muy alto de la población, responden mejor al placebo, al no necesitar medicamentos (Frances, 2014, 2016).

En términos muy similares se expresa Néstor Braunstein (2013) en relación al caso concreto de los antidepresivos. Explica que este tipo de medicamentos cuyo uso está muy extendido no tienen un éxito demostrado en el tratamiento de los trastornos para los cuales se diagnostican.

No está demostrado que sean superiores al placebo, que ofrezcan una relación riesgo/beneficio favorable y superior a los tratamientos alternativos, aumentan la ansiedad y la agitación así como las posibilidades de suicidios, interfieren con el funcionamiento sexual y favorecen el pasaje de la depresión a la cronicidad. (...) El nombre de antidepresivos interfiere con la posibilidad del paciente de dar un consentimiento informado a su prescripción. Que se les llame 'antidepresivos' es una acción propagandística (de marketing) que no está sustentada por datos científicos (cualquier cosa que eso signifique). El mencionado estudio no es una referencia aislada sino que estas conclusiones son aquellas a las que llegan la mayoría de los investigadores que no están comprometidos con la opulenta industria farmacéutica y su calculada generosidad." (Braunstein, 2013, 67)

En cuanto a las causas del extendido consumo de medicamentos para tratar trastornos sobre los que tienen una efectividad dudosa, Braunstein coincide en señalar a la industria farmacéutica, sus intereses, y su poderosa maquinaria. Juan Medrano concuerda en que los intereses de la industria farmacéutica contribuyen a explicar el cada vez mayor alcance de la medicalización, pero subraya que hay otros actores también beneficiados por este fenómeno (Medrano, 2014, 660).

Lo que parece evidente es que la creciente medicalización de la población es una realidad problemática y peligrosa, para cuya justificación la psiquiatría encuentra pocos argumentos convincentes. Más allá de las posibles causas o intereses en los que el fenómeno se sustente, la conjunción de sus escasos beneficios probados y sus evidentes riesgos parece suficiente como para cuestionar la dirección tomada por la psiquiatría en este sentido. Los falsos positivos, propios de la evidente inflación de diagnósticos y percibidos por muchos como un gran problema del sistema diagnóstico del DSM-5 (Wakefield, 2012; Frances, 2012a), cobran una mayor trascendencia en este contexto en el que pueden implicar la prescripción de tratamientos bastante peligrosos.

Normalización

Muchos han vislumbrado en estas tendencias de la psiquiatría, y del DSM como su herramienta de diagnóstico principal, un carácter normalizador. El aumento de diagnósticos positivos, el hecho de que cada vez más comportamientos sean categorizados como patológicos, ha contribuido sin duda a ello.

Foucault hizo especial hincapié en la descripción del proceso de normalización, aludiendo a que esta estrategia sociopolítica pretende generar la sensación de que, por un lado, existe la anormalidad y, por otro, ésta puede y debe ser combatida hasta normalizarse (Bacarlett y Lechuga, 2009). En el caso concreto de la psiquiatría, del que también se ocupó el autor francés, aunque sin centrarse específicamente en el DSM, este proceso tendría que ver con la construcción de sujetos considerados anormales por su comportamiento que serían etiquetados como enfermos mentales mediante su diagnóstico, para después tratar de normalizarlos utilizando para ello los tratamientos de los que ya se ha hablado.

Nestor Braunstein, al que ya se ha citado en numerosas ocasiones, ha sido uno de los autores contemporáneos que con mayor profundidad y firmeza ha criticado este proceso. Desde que en 1975 publicara su obra *Psicología: Ideología y Ciencia* hasta la recientemente publicada *Clasificar en Psiquiatría* (2013), ha mostrado su oposición a un sistema psiquiátrico que, a su juicio, medicaliza a los anormales –basándose en dudosos criterios de normalidad–, y al DSM como “reglamento de comportamientos y personalidades que autoriza el aislamiento de los indeseables” (Braunstein, 2013, 61)

La conformidad con ‘lo esperado’ según las normas de la cultura será sinónimo de salud; la impugación, de enfermedad. Se trata de dos usos o dos realidades de ‘la norma’: por una parte, a) la norma que se opone a la irregularidad y el desorden –perteneciente, más bien, al campo del derecho; por otra parte, b) la norma como lo que se opone a lo patológico y lo mórbido convertido en ‘morbo’, que se inscribe en el campo de la medicina. La psiquiatría queda incluida en el espacio entre las dos normas y en cada una de ellas pone un pie que le sirve de apoyo. Por eso no necesita esas pruebas ‘objetivas’ de ‘enfermedad’ que se exigen en medicina general. El psiquiatra pasará a ser el funcionario de la norma (social, jurídica) (...). (Braunstein, 2013, 91-92)

Para Braunstein, la psiquiatría somete a los individuos a una correspondencia excesiva con las expectativas culturalmente aceptadas. Esa estrecha concepción de la normalidad provoca que los modos de vida, de relación con la sociedad, de desarrollo del carácter y la personalidad, queden más limitados de lo que a Braunstein la parece natural.

Si bien es cierto que existe en las esferas más antipsiquiátricas una concepción foucaultiana de este fenómeno, no es la única forma en la que se ha interpretado la normalización promovida por el DSM. Otros, sin vislumbrar una estrategia, han reconocido esa tendencia en el DSM, en el que, a través de sus sucesivas ediciones, cada vez queda menor espacio para la normalidad, o lo que es lo mismo, para la salud. Es decir, el aumento de categorías y la reducción de los umbrales diagnósticos parecen reducir, cada vez más, la cantidad de comportamientos que son considerados como normales. Y eso, para algunos, se opone a la diversidad individual intrínseca a la naturaleza humana. De esta manera opinan, entre otros, Ben-Zeev y colaboradores, que critican la excesiva tendencia a patologizar compor-

tamientos y el punto extremo hasta el que está dirigiéndose la normalización, en contra de la diversidad y la diferencia individual:

Nos gustaría que el lector considerase que junto con los potenciales beneficios de tratamiento que quizás se asocien a estos nuevos diagnósticos, está también el riesgo de patologizar lo que son esencialmente diferencias individuales y diversidad en el comportamiento humano. Mientras algunas etiquetas de diagnóstico ofrecen refugio, normalización, y un posible sentido de destino compartido y comunidad con otros que sufren de similares condiciones, no todas las desviaciones de la norma en términos de afecto, funcionamiento interpersonal, y afrontar la vida constituye un trastorno. (...) Introduciendo más y más diagnósticos, podemos estrechar lo que se considera el rango de "funcionamiento saludable" hasta el punto de que casi nadie o nadie satisfaga parámetros tan estrictos. (Ben Zeev, Young y Corrigan, 2010, 324)

En este sentido, ya se ha podido comprobar cómo, a tenor de los criterios diagnósticos del DSM-5, prácticamente todos los seres humanos podríamos ser diagnosticados de un trastorno mental a lo largo de nuestra vida (Paris, 2013). Por ello, se denuncia a menudo que este proceso de normalización perjudica a la manifestación de la subjetividad, de la diversidad propia de la especie humana. Resulta particularmente problemático el limitado lugar que queda para la expresión de las emociones, a pesar de que su peso sobre la conducta humana esté siendo cada vez más revalorizado.

Pero, además, se ha criticado también al manual por potenciar la normalización en otro sentido más, que no es otro que el cultural. Existe bastante consenso respecto a que la salud mental tiene un componente cultural, en relación a que los comportamientos encasillados en lo normal o en lo patológico varían en función de la cultura o la sociedad en la que se valoren. García Maldonado y colaboradores (2011) consideran que, pese a que ha habido intentos y avances al respecto, el manual sigue sin dar cabida a las diferencias culturales propias de cada contexto y, por lo tanto, de tener suficientemente en cuenta la diversidad cultural.

Se puede decir que la psiquiatría en general, y el DSM-5 en particular, son criticados también por limitar en varios sentidos la diversidad humana y sus posibilidades de desarrollo, porque, como apuntan Echeburúa y colaboradores (2014, 71) "la tolerancia hacia comportamientos diferentes y hacia la diversidad cultural es importante".

Estigmatización

El estigma que el diagnóstico de un trastorno mental genera es otro de los problemas asociados al DSM. Ben-Zeev y colaboradores analizan este problema en un artículo de 2010, en el que, para ilustrar el problema, hacen referencia a numerosos estudios realizados por

otros autores y prestan, además, especial atención a cómo afectan los cambios que presentaba el borrador del DSM-5 en ese sentido. Los autores de artículo realizan una diferenciación entre el estigma público y el auto-estigma, si bien hacen referencia a que el primero es generalmente el causante del segundo (Ben-Zeev, Young y Corrigan, 2010).

El primero de ellos, el estigma público se construye a través de ciertos estereotipos y prejuicios que se asocian, en este caso, a las personas que tienen diagnosticado un trastorno mental. Según varios estudios presentados en este artículo, parece que las personas con un trastorno mental son vinculadas a rasgos como la violencia y la incompetencia y, además, suelen ser culpados y responsabilizados de tener el trastorno (Corrigan et al., 2000; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve y Pescosolido, 1999; vía Ben-Zeev et al., 2010). Como explican, numerosos estudios muestran que este tipo de prejuicios les perjudican gravemente tanto a la hora de obtener y mantener un empleo (Baldwin y Johnson, 2004; Link, 1987; Scheid, 2005; Stuart, 2006; Wahl, 1999 vía Ben-Zeev et al., 2010), como a la de que les alquilen un hogar (Aviram y Segal, 1973; Corrigan et al., 2003; Ozmen et al., 2004; Wahl, 1999, vía Ben-Zeev et al., 2010).

Por si esto no fuera poco, Ben-Zeev y colaboradores muestran también estudios que evidencian que el estigma hacia los enfermos mentales es mucho mayor que hacia el resto de enfermos (Corrigan et al., 2000; Weiner, Perry y Magnusson, 1988, vía Ben-Zeev et al., 2010), entre otras cosas, porque una vez que se establece el diagnóstico de un trastorno mental, el estigma de la sociedad hacia el individuo persiste aunque éste no presente síntomas (Link, 1987; Link, Cullen, Frank y Wozniak, 1987; Link et al., 1999; vía Ben-Zeev et al., 2010).

Resulta llamativo, a la vez que peligroso, otro resultado mostrado, que hace alusión a que, una vez recibido el diagnóstico del trastorno mental, el estigma es habitualmente permanente, ya que se ha comprobado que la confianza de la sociedad en la superación de este tipo de enfermedades es menor que respecto a otras enfermedades (Corrigan et al., 2000; Weiner et al., 1988 vía Ben-Zeev et al., 2010).

Este estigma público repercute, según estos autores, sobre los individuos afectados que viven en las sociedades que lo poseen, generando un auto-estigma caracterizado por la pérdida de autoestima, auto-eficacia y confianza (Ben-Zeev et al., 2010), lo que resulta claramente perjudicial para la evolución de la enfermedad. También en este caso, el artículo presenta varios estudios que lo corroboran (Corrigan, Faber, Rashid y Leary, 1999; Corrigan, 1998, 2006; Rosenberg, 1965; Bandura, 1989; Holmes y River, 1998, vía Ben-Zeev et al., 2010).

En lo que se refiere concretamente a la relación del DSM-5 con la estigmatización, Ben-Zeev y colaboradores (2010) consideran que su sistema categorial contribuye a la estigmatización, y que la utilización de un sistema dimensional ayudaría a comprender la enfermedad mental como parte de un continuo con la normalidad y, en cierta medida, a reducir el estigma generado respecto a quienes la padecen. También hacen alusión a determinados nuevos trastornos que aparecieron en el borrador pero que finalmente se rechazaron –el síndrome de riesgo de psicosis y el trastorno neurocognitivo menor– valorándolos como peligrosos por su potencial para expandir el estigma hacia más individuos.

Parece evidente que el diagnóstico de un trastorno mental no resulta beneficioso en todos los aspectos para quien lo recibe y, mucho menos, si no tiene asegurado un tratamiento que vaya a beneficiarle. Y, desgraciadamente, se ha visto que, en muchos casos, parece más probable obtener el estigma que el tratamiento eficaz. Por ello, el aumento del número de diagnósticos positivos es mucho más peligroso si cabe y habría que valorar, con mucho cuidado, la conveniencia de crear nuevas categorías que no tengan un tratamiento eficaz probado o, incluso, la de mantener las categorías ya establecidas que no lo tienen y sus umbrales. Como apuntan Ben Zeev y colaboradores (2010, 318), “el estigma asociado con la enfermedad mental ha mostrado tener efectos devastadores sobre las vidas de la gente con trastornos psiquiátricos, sus familias, y aquellos que se preocupan por ellos”.

Validez

La validez diagnóstica, como explica Steven E. Hyman, “significa que un diagnóstico recoge una ‘clase natural’ basado en la etiología o la patofisiología” (2010, 158). Esto no parece suceder en muchas categorías diagnósticas del DSM y, por ello, suele destacarse como un aspecto controvertido más del manual.

El propio Hyman, profundizando más en la cuestión, hace referencia a una obra de Robins y Guze (1970) en la que se propone un método para desarrollar categorías válidas. Así, explica que para obtener un diagnóstico válido es necesaria la observación en cinco dominios: “(a) descripción clínica, (b) estudios de laboratorio, (c) delineación de un trastorno de otro, (d) estudios de seguimiento (p. ej., observar la estabilidad diagnóstica a través del tiempo), y (e) estudios de familia” (Hyman, 2010, 162-163). Según Hyman, estos autores consideraban que a través de la observación en esos dominios se pueden determinar definiciones de trastorno válidas.

A juicio de Hyman este objetivo no se había conseguido en muchos casos del DSM-IV. Como se verá, por lo que parece, tampoco se ha conseguido satisfacer el criterio de validez en muchas categorías de diagnóstico del DSM-5 en cuya creación él tomó parte.

Nassir Ghaemi, profesor de psiquiatría del Tufts Medical Center de Boston que también imparte clases en la Harvard Medical School y en el Cambridge Health Alliance, es bastante crítico en relación a este aspecto del DSM-5. Este psiquiatra, con bastante bagaje en el análisis del DSM, postula en un artículo publicado tras la aprobación del DSM-5 que, “de los en torno a 400 diagnósticos, escasamente de dos docenas puede decirse que han sido estudiadas en notable detalle en cuanto a la validez nosológica –lo que significa que son identificables únicamente basándose en síntomas, curso, historia familiar, y marcadores biológicos o efectos de tratamiento” y que, “en esas dos docenas de casos, numerosos aspectos de definición están científicamente infundados, o incluso claramente refutados” (Ghaemi, 2013).

La British Psychological Society, en su ya mencionada carta de rechazo al borrador del DSM-5 (BPS, 2011), también utiliza este criterio o, mejor dicho, su ausencia, para justificar su rechazo hacia el manual. En los “comentarios generales” explican que:

Los supuestos diagnósticos presentados en el DSM-V están claramente basados en su gran mayoría en normas sociales, con ‘síntomas’ que dependen todos de juicios subjetivos, con pocos ‘signos’ físicos confirmatorios o evidencias de causación biológica. Los criterios no están exentos de valores, sino que reflejan las expectativas sociales normativas actuales. Muchos investigadores han señalado que los diagnósticos psiquiátricos están plagados de problemas de fiabilidad, validez, valor pronóstico, y comorbilidad (BPS, 2011, 2).

Además, la Sociedad destaca la naturaleza especialmente problemática de los trastornos de la personalidad y la psicosis en lo que a su validez se refiere, para después entrar a analizar específicamente el resto de categorías propuestas en el borrador (BPS, 2011).

La realidad descrita en este apartado se entiende mejor al comprobar que la inclusión de estas categorías carentes de validez en el manual se consuma mediante votación. Como explica Caponi (2018, 99) las categorías del DSM “son conjuntos definidos por votación, después de largas negociaciones y discusiones, por los miembros de la Asociación de Psiquiatras Americanos”. De manera que la inclusión de una categoría en el manual no depende del descubrimiento de un marcador biológico u otro tipo de causa para un conjunto de síntomas, sino de que la mayoría de los miembros de esta asociación se pongan de acuerdo en la consideración de esos síntomas como patológicos.

Conflictos de interés

Ya se ha podido comprobar que muchos críticos de la psiquiatría, y del DSM por extensión, intuyen que varios de estos problemas, para algunos deliberados, pueden responder a los intereses de la industria farmacéutica. Como se ha visto, son numerosas las críticas dirigidas al manual por favorecer la medicalización y, consecuentemente, el negocio farmacéutico, pero las suspicacias aumentan al comprobar el conflicto de intereses existente entre los responsables de elaborar el manual.

En el caso del DSM-5, se ha comprobado que el 69% del Comité Directivo tiene intereses en la industria farmacéutica (Cosgrove y Krimsky, 2012). Este hecho supone un aumento importante respecto al DSM-IV en el que el porcentaje era del 57%. Además, Cosgrove y Krimsky (2012) señalan que tres cuartas partes de los grupos de trabajo están compuestos por una mayoría de miembros con intereses en la industria farmacéutica. También subrayan que, al igual que sucedía en el DSM-IV:

los paneles con mayor conflicto son aquellos para los que el tratamiento psicofarmacológico es la intervención de primera elección. Por ejemplo, 67% (N=12) del panel para los trastornos del estado de ánimo, 83% (N=12) del panel para los trastornos psicóticos, y 100% (N=7) del de los trastornos del sueño/vigilia (que ahora incluyen el "síndrome de piernas inquietas") tienen intereses con compañías farmacéuticas que producen la medicación usada para tratar estos trastornos o con compañías que sirven a la industria farmacéutica. (Cosgrove y Krimsky, 2012)

Viendo los datos mostrados en ese artículo, también llama la atención que el grupo de trabajo con un menor porcentaje de miembros con intereses en la industria farmacéutica, el de los trastornos de la personalidad (con un 27%), se corresponde con la categoría para la que más seriamente se planteó la posibilidad de adoptar un enfoque dimensional. Propuesta que apareció en el borrador pero que, como se ha comprobado, finalmente fue marginada.

Braunstein (2013) no se muestra sorprendido con esos datos, aunque sí indignado, y expone que, pese a las medidas tomadas, sigue habiendo lugar para que se mantengan este tipo de conflictos de intereses:

Nadie se extrañó cuando se supo que los miembros del grupo de trabajo de la APA tenían intereses e inversiones en las compañías farmacéuticas. Fue entonces cuando pactaron que debían mantener un secreto absoluto sobre sus deliberaciones y que no podían recibir de los laboratorios de especialidades más de 10 000 dólares por año ni podían tener más de 50000 dólares en acciones. Esas restricciones operan mientras dure su participación en la elaboración del manual. ¿Y después? ¿Qué sucede con la llamada "inside information" y la posibilidad de intervención de familiares, testaferros, etc.? ¿Puede alguien confiar en la apelación a la "cientificidad" de un documento que tiene esos vicios de confección? La elaboración del código ha tomado como prioridad lo que conviene a los miembros de la corporación y del dispositivo psi¹⁰, incluyendo a las industrias que subvencionan la "investigación", sostienen con sus anuncios a las publicaciones

especializadas y disponen de un lobi de presión que función a dentro y fuera de la asociación psiquiátrica. (2013, 109)

Allen Frances, que ha vivido desde el interior las vicisitudes de este sistema, vincula el aumento de diagnósticos y de prescripciones farmacológicas con los intereses de la industria farmacéutica y los médicos.

En 20 años se ha triplicado el diagnóstico de síndrome de déficit de atención (ADD), multiplicado por 20 el de 'trastornos autísticos infantiles' y por 40 el de 'trastorno bipolar infantil', todo lo cual ha hecho multiplicar en la misma proporción la prescripción de sustancias estimulantes y la fármaco-dependencia de millones de chicos indefensos ante la agresividad de los intereses en colusión de los médicos y las compañías farmacéuticas. (Frances, 2012c; vía Braunstein, 2013)

Frances también ha hablado sobre la presión que ejercen estas compañías sobre los médicos de atención primaria que son normalmente los encargados de tratar a los pacientes.

El ochenta por ciento de la medicación psiquiátrica en los EE. UU. es recetada por los médicos de atención primaria. Tienen muy poca formación en psicoterapia, muy poco tiempo y están muy influenciados por las compañías farmacéuticas. Están demasiado motivados para conseguir que el paciente se vaya de la consulta. (Frances, 2016)

Que alguien que ha vivido durante tantos años dentro de ese entramado hable con tal seguridad y crudeza del funcionamiento de la psiquiatría y del poder que las farmacéuticas tienen sobre él, resulta bastante significativo. A la luz de todas estas impresiones, parece que el conflicto de intereses y la vinculación excesiva a la industria farmacéutica es otro problema real tanto de la psiquiatría como del DSM, incluida su última edición.

Conclusión

La revisión de las críticas que ha suscitado el DSM-5 y el modo de proceder de la psiquiatría representada por este manual muestra que las limitaciones de esta clasificación se deben, en gran medida, a una debilidad epistemológica heredada desde el DSM-III. Es la naturaleza frágil y arbitraria de la frontera que delimita los comportamientos normales y los patológicos la que posibilita la aparición del resto de problemas que se le achacan.

Su pretensión de encontrar una explicación biológica sobre la que fundamentar el diagnóstico de los trastornos mentales se mantiene inalcanzable y está siendo acompañada por la inclusión de cada vez más comportamientos en el terreno de lo patológico. Este hecho se ve reflejado en el fenómeno de la inflación diagnóstica, que se ha consumado mediante dos estrategias principales: la patologización de problemas de la vida y la reducción de los umbrales diagnósticos.

Examinar las consecuencias del diagnóstico positivo de los trastornos que el manual clasifica resulta indispensable para tomar conciencia de la gravedad de esta situación. Los riesgos y perjuicios para el sujeto diagnosticado parecen ser muy superiores a sus posibles beneficios. Esto se debe, en gran medida, a que los tratamientos farmacológicos empleados tienen más riesgos que beneficios probados para la salud de estas personas. Los efectos de la medicalización se unen a los de la estigmatización y la normalización para dejar a los individuos afectados por ellas en una posición de riesgo manifiesto.

Si a este hecho se le añade que la existencia de conflictos de interés entre quienes deciden por votación la inclusión o no de una categoría en el manual es una realidad, no resulta difícil comprender la polémica y controversia que acompaña al DSM. Ante la falta de fundamentos sólidos sobre los que establecer los diagnósticos, resultaría menos traumático utilizar el espacio fronterizo de forma opuesta a la que se viene haciendo.

Diagnosticar solo a las personas con una patología evidente y evitar el uso de medicación sin eficacia probada para su tratamiento sería, sin duda, una estrategia favorable para la reducción de estos problemas. A nivel epistemológico, la conceptualización en otros términos de las enfermedades mentales, dejando a un lado la pretensión de equipararlas a enfermedades médicas, puede ayudar a comprender mejor la naturaleza de éstas y a las personas que singular y subjetivamente las sufren.¹¹

Bibliografía

- American Psychiatric Association (1952): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-I)*.
American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-III)*.
American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-III-R)*.
American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV)*.
American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5)*.

- Aragona, Maximiliano (2009): The Concept of Mental Disorder and the DSM-V. *Dialogues in Philosophy Mental and Neuro Sciences*, 2(1), 1-14.
- Bacarlett, María Luisa y Lechuga, Amalia María (2009): Canghulhem y Foucault: de la normatividad a la normalización. *Ludus Vitalis*, 17(31), 65-85.
- Bandura, Albert (1989): Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 729-735.
- Ben Zeev, Dror; Young, Michael. A. y Corrigan, Patrick W. (2010): DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, 19(4), 318-327.
- Bernal, Laura (2016): *Aspectos éticos en torno a la inflación diagnóstica en salud mental*. (Tesis de máster). Valencia, Universitat de Valencia.
- Braunstein, Nestor. A. (2013): *Clasificar en Psiquiatría*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Caponi, Sandra (2018): La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades. *Metatheoria*, 8(2), 97-103.
- Corrigan, Patrick W. (1998): The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222.
- Corrigan, Patrick W. (2006): The impact of consumer-operated services on the empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 57, 1493-1496.
- Corrigan, Patrick W.; Faber, Dale; Rashid, Fadwa; y Leary, Matthew (1999): The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research*, 38, 77-84.
- Corrigan, Patrick W.; River, L. Philip; Lundin, Robert K.; Uphoff-Wasowski, Kyle; Campion, John; Mathisen, James, ... Kubiak, Mary Anne (2000): Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28, 91-102.
- Corrigan, Patrick W.; Thompson, Vetta; Lambert, David; Sangster, Yvette; Noel, Jeffrey G.; y Campbell, Jean (2003): Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 54, 1105-1109.
- Cosgrove, Lisa y Krinsky, Sheldon (2012): A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists. *PLoS Medicine* 9(3), e1001190.
- Echeburúa, Enrique; Salaberría, Karmele y Cruz-Sáez, Marisol (2014): Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.
- Frances, Allen J. (2009): A warning sign on the road to DSMV: Beware of its unintended consequences. *Psychiatry Times*, 26, 1-4.
- Frances, Allen J. (2010): Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM-5. *Psychiatric Times*, 11, 1-11.
- Frances, Allen J. (2012a): En Phillips, J. et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluarologue part 1: Conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(3).
- Frances, Allen J. (2012b): En Phillips, J. et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluarologue part 2: Issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(8).
- Frances, Allen J. (2012c, diciembre, 2): DSM 5 Is Guide Not Bible—Ignore Its Ten Worst Changes. [Post en un blog]. Recuperado de <https://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-guide-not-bible-ignore-its-ten-worst-changes>
- Frances, Allen J. (2014): *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Barcelona: Ariel.

- Frances, Allen J.; Widiger, Thomas (2012): Psychiatric Diagnosis: Lessons from the DSM-IV. Past and Cautions for the DSM-5 Future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 109-130.
- Frances, Allen J. (2016): España tiene un gran problema, casi todo el mundo toma una pastilla. Entrevista por Jambrina, J. M. *Jotdown*. Recuperado de <http://www.jotdown.es/2016/03/allen-frances/>
- García Maldonado, Gerardo; Saldivar, Atenógenes H.; Llanes, Arturo y Sánchez, Indira G. (2011): El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Mental*, 34, 367-378.
- Ghaemi, S. Nassir. (2013, enero, 15): DSM-5 is approved: Understanding cause and effect. [Post en un blog]. Recuperado de <http://boards.medscape.com/forums/?128@@.2a37d934!comment=1>
- Gregory, Richard L. (Ed.) (1987): *The Oxford Companion to the Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Holmes, E. Paul y River, L. Phillip (1998): Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 231-239.
- Howland, Robert H.; Rush, A. John; Wisniewski, Stephen R.; Trivedi, Madhukar H.; Warden, Diane, Fava, Maurizio; ... Berman, Susan R. (2009): Concurrent anxiety and substance use disorders among outpatients with major depression: clinical features and effect on treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 99, 248-260.
- Hyman, Steven (2010): The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification. *The Annual Review of Clinical Psychology* 6, 155-179.
- Jackson, Jeffrey L.; Passamonti, Mark y Kroenke, Kurt (2007): Outcome and impact of mental disorders in primary care at 5 years. *Psychosomatic Medicine*, 69, 270-276.
- Kawa, Shadia y Giordano, James (2012): A brief historicity of the diagnostic and statistical manual of mental disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 7(2).
- Kessler, Ronald. C.; McGonagle, Katherine A.; Zhao, Shanyang; Nelson, Christopher B.; Hughes, Michael; Eschelman, Suzann; ... H. U.; Kendler, Kenneth S. (1994): Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, Ronald C.; Berglund, Patricia; Demler, Olga; Jin, Robert; Merikangas, Kathleen R. y Walters, Ellen E. (2005): Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Link, Bruce G.; Phelan, Jo C.; Bresnahan, Michaeline; Stueve, Ann y Pescosolido, Bernice A. (1999): Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333.
- Mayes, Rick y Horwitz, Allan V. (2005): DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267.
- Medrano, Juan (2014): DSM-5. Un año después. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 655-662.
- Moffitt, Terrie. E.; Harrington, HonaLee; Caspi, Avshalom; Kim-Cohen, Julia; Goldberg, David; Gregory, Alice M. y Poulton, Richie (2007): Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Archives of General Psychiatry*, 64, 651-60
- Moynihan, Ray; Heath, Iona y Henry, David (2002): Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *The BMJ*, 324(7342), 886-891.
- Nesse, Randolph M. y Stein, Dan J. (2012): Towards a genuinely medical model for psychiatric nosology. *BMC Medicine*, 10(5).
- Paris, Joel (2013): The ideology behind DSM-5. En Paris, J. y Phillips, J. (Eds.), *Making the DSM-5* (p. 39-44). New York: Springer.

- Robins, Eli y Guze, Samuel B. (1970): Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 126, 983-987.
- Robins, Lee N. y Regier, Darrel A. (1991): *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press.
- Rosenberg, Morris (1965): *Society and the adolescent self image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rush, A. John; Trivedi, Madhukar H.; Wisniewski, Steven R.; Nierenberg Andrew A.; Stewart, Jonathan W.; Warden, Diane, ... Fava, Maurizio (2006): Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1905-1917.
- Sandin, Bonifacio (2013): DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.
- Society for Humanistic Psychology (2012, junio, 16): *Response to the final DSM-5 draft proposals by the Open Letter*. (SHP; Division 32 of the American Psychological Association). Recuperado de <http://dsm5-reform.com/2012/06/response-to-the-final-dsm-5-draft-proposals-by-the-open-letter-committee/>
- The British Psychological Society (2011): *Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 Development*.
- Wakefield, Jerome (2012): En Phillips, James et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue part 1: Conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(3).
- Weiner, Bernard; Perry, Raymond P. y Magnusson, Jamie (1988): An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality & Social Psychology*, 55, 738-748.
- Wittchen, Hans-Ulrich y Jacobi, Frank (2005): Size and burden of mental disorders in Europe —a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank; Rehm, Jürgen; Gustavsson, Anders; Svensson, Mikael; Jönsson, Bengt, ... Steinhausen, Hans-Christoph (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-79.

Notas

1. Si bien este artículo es previo a la publicación del DSM-5, y se refiere, por lo tanto, al DSM-IV todas las citas y comentarios que aquí se recogen se presentan porque mantienen su vigencia en relación al DSM-5.
2. En el DSM-5 se utiliza la denominación "unspecified".
3. *Not Otherwise Specified*.
4. *The Oxford Companion to the Mind*.
5. *Epidemiologic Catchment Area*.
6. *National Comorbidity Survey*.
7. *National Comorbidity Survey for mental disorders in the United States*.
8. Traducido al castellano como ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría.
9. Original: "The Society is concerned that clients and the general public are negatively affected by the continued and continuous medicalisation of their natural and normal responses to their experiences; responses which undoubtedly have distressing consequences which demand helping responses, but which do not reflect illnesses so much as normal individual variation".

10. El propio Braunstein define el dispositivo psi como : “un conjunto definitivamente heterógeno que incluye discursos, instituciones, configuraciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filántropicas. En resumen: cosas dichas tanto como no dichas; éstos son los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos.” (2013, 46)
11. Este artículo recibió ayuda del proyecto de investigación “Identidad en interacción”, financiado por el MINECO del Gobierno de España, ref. FFI2014-52173-P.