

Editorial

La (no) decepción del DSM-5.

Juan Domingo Martín Fernández. [1]

Como se esperaba, el pasado 18 de Mayo tuvo lugar la publicación oficial del ansiado DSM-5, en el marco del congreso anual de la American Psychiatric Association en San Francisco. Se trata de la culminación de un proceso de 14 años que ha requerido del trabajo conjunto de más de 160 investigadores y clínicos prestigiosos de todo el mundo, liderados por el Dr. David Kupfer, y ha supuesto una inversión cifrada en torno a los 20-25 millones de dólares, recabados de fondos propios de la APA sin financiación gubernamental ni comercial, según la organización [1].

Por el momento sólo se está comercializando el libro y la guía de bolsillo, y únicamente en lengua inglesa. La aparición de las guías de casos clínicos, preguntas frecuentes y demás publicaciones complementarias se esperan para este mismo otoño, y la traducción al español no llegará hasta bien entrado 2014. Imaginamos que

será entonces cuando el manual tenga la repercusión efectiva en nuestro ámbito clínico y profesional, porque se divulgarán ampliamente los contenidos. No obstante, ya existen suficientes artículos online, firmados por la propia APA en su web www.psychiatry.org/DSM5, que explican con bastante detalle los cambios principales operados en el nuevo manual respecto a la edición previa del DSM-IV-TR, lo que nos permite ofrecer unas primeras impresiones en esta editorial. Además, cada epígrafe del nuevo texto está desarrollado en la página www.dsm5.org

Primero tenemos que contextualizar el manual. Desde el cambio de paradigma sobrevenido en 1980 con el DSM-III, el biologicismo y la investigación neuroquímica en psiquiatría se han consolidado como las herramientas apriorísticas que justifican la nosología y organizan la nosografía en base a una evidencia pretendidamente científica. Así, los trastornos mentales se

vienen concibiendo mayoritariamente como alteraciones psicofisiológicas que afectan al sujeto, tienen su base principal en el cerebro, su origen en la genética en interacción con factores ambientales, y su mecanismo de acción en la bioquímica cerebral de los neurotransmisores y demás funciones neuropsicológicas. Aunque el DSM no explicita claramente lo anterior y siempre se ha declarado ateoórico y sujeto a cualquier evidencia científica probada, los marcadores observables y descripciones de los trastornos que enuncia contribuyen activamente a explicar éstos más como disfunciones somáticas y cerebrales del sujeto, de carácter crónico intrínseco, que en consecuencia requieren de correctores bioquímicos (los fármacos) para hallar el reajuste saludable en el individuo, en vez de entenderlos desde una perspectiva de los padecimientos humanos de la esfera más vivencial, que tienen lugar en un conglomerado de variables personales e influencias

[1] Psicólogo Clínico del C.S.M. de Lorca (Murcia). juandomismo@yahoo.es

contextuales, donde se puede explicar y tratar la dinámica de la patología desde coordenadas más psicobiográficas, subjetivas y comunitarias, con significados más holistas y no sólo organísmicos.

El DSM encubre, por tanto, una ideología del pathos como enfermedad cerebral, en la misma línea de cualquier otra somática, de modo que la terminología de mental disorder apenas separa lo psiquiátrico de lo neurológico, en un vano intento de mimetizar la psiquiatría como otra rama más de la medicina que investiga enfermedades de órgano y describe signos objetivos, postergando como menos relevantes los síntomas subjetivos, quejas y vivencias del enfermo.

No podemos sino enjuiciar con dureza este paradigma biologicista que pregona que los trastornos mentales son como cualquier otra enfermedad morbosa, un objeto de la naturaleza accidental que la investigación no inventa con artificios, sino que descubre y diagnostica empíricamente. Las consecuencias de este uso sesgado, y en el fondo falaz de la psicopatología, porque arroga fiabilidad y validez natural a lo que básicamente son constructos estadísticos y no clínicos, constituye la raíz de la serie de críticas que se le dirigen a cada nueva

versión del manual: el trabajo clínico se simplifica en observar y contar signos o síntomas sin interrogarse por ningún otro significado cualitativo; las etiquetas proliferan y se multiplican (a veces se sospecha que han surgido más que nada para adaptarse al perfil de acción de un determinado fármaco que se quiere comercializar con éxito); la psicopatología se fragmenta y aparecen diagnósticos duales y múltiples en el mismo sujeto -lo que anula el supuesto científico de la nosotaxia médica, porque las categorías no son exhaustivas ni mutuamente excluyentes-; el pathos mental se expande a costa de la normalidad saludable; los umbrales diagnósticos se estiran y se bajan cada vez más y afectan a individuos sanos y normales (o población subclínica), que entonces pasan a estar señalados por el trastorno, identificados individual y socialmente por el déficit, tratados con efectos primarios y también secundarios, dependientes a veces de una determinada asistencia o institución, otras veces estigmatizados...

Por mucha campaña de sensibilización o normalización de la enfermedad mental que se quiera hacer, el mayor estigma va a consistir siempre en declarar enferma y discapacitada a la persona entera, por el sólo

hecho de padecer un diagnóstico clínico, sobre todo si éste se declara grave y crónico, con base cerebral. El juicio médico se va a centrar en los aspectos morbosos y deficitarios del organismo, equiparando estos signos a la persona, en lugar de valorar también las vivencias y responsabilidad del sujeto; la sospecha de la anormalidad tenderá a extenderse de la parcela afectada a cada vez más conductas, afectos e ideas del paciente... Porque el pathos y el nosos en cierto modo se magnifican en una sociedad occidental que se ve a sí misma como más enferma cada día, más irresponsable e incapaz.

Cabía preguntarse si el DSM-5 podía remediar en algo estas tendencias peligrosas y perjudiciales que tantas veces se han apuntado, o por el contrario era de temer que no hiciera sino ahondar en ellas. Los regios propósitos de incorporar a las clasificaciones diagnósticas los progresos investigados y constatados evidentes de los últimos años, en tantos campos adyacentes a la psiquiatría (genética, neurobiología, neuroimagen, tratamientos médicos...), arrojan un resultado bastante deprimente, que por otro lado no debe sorprender si consideramos la trayectoria del manual y las características del método de investigación y análisis de los datos. La pretensión de reflejar "el estado

de la ciencia clínica” y de lograr una continuidad con la máxima “utilidad clínica” sólo pueden reconocerse en los términos positivistas (y falaces) que maneja el biologicismo psiquiátrico, porque cualquier otra clínica psicológica, humanista, subjetiva y contextual sale perdiendo con este nuevo DSM, como intentaremos probar a continuación.

La psicopatología desde luego no logra mejor entidad ni estructura, porque la nosología se supedita entera a la investigación experimental (este principio rector se repite constantemente en el manual: la investigación científica manda de principio a fin), antes que a cualquier clínica, y la nosografía sufre una especie de explosión de fuerzas centrífugas y comorbilidades que redundan mucho más en los sesgos arriba referidos.

Veamos algunos de los principales cambios que el DSM-5 lleva a cabo respecto a la edición previa del DSM-IV-TR (2); nótese que ahora el número romano se sustituye por el arábigo, para así poder designar las futuras actualizaciones a la manera informática: 5.1, 5.2, etc.

En primer lugar, como se anunciaba, el nuevo manual elimina el sistema de evaluación multiaxial,

acusado de crear “distinciones artificiales”. Ahora todos los diagnósticos pertenecen al mismo eje, y las patologías que antes se codificaban en el II, como el retraso mental y los trastornos de la personalidad, se asemejan en la conceptualización nosológica con el resto de trastornos mentales. En el primer caso, la denominación se actualiza y se designa como “discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)” -Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)-, aunque ahora prevalece la evaluación del funcionamiento adaptativo contextual del individuo sobre el rendimiento cognitivo, y el diagnóstico se asimila a los demás “trastornos del neurodesarrollo” (Neurodevelopmental Disorders). La concepción del DSM-IV de que la discapacidad es deficitaria pero no patológica por sí misma no ha podido sobrevivir al signo de los tiempos.

En cambio, sí se mantiene intacta la nosografía de los Personality Disorders, con los mismos criterios, mas reemplazando la etiqueta mixta por el nuevo “trastorno de la personalidad general” (General Personality Disorder). No obstante, el énfasis del texto se orienta a evaluar de manera singular los rasgos patológicos y el funcionamiento

concreto de la personalidad del individuo, buscando especificar al sujeto más allá de una nosografía siempre heterogénea. Hay que decir que este esfuerzo idiográfico del manual (tocante a este particular) parece en principio positivo. En la Sección III del DSM-5 se incluye un modelo alternativo para evaluar los trastornos de la personalidad de esta manera más dimensional y menos categorial, que se confía a futuras investigaciones.

El modelo de evaluación dimensional complementaria al diagnóstico individual, que incorpora esta Sección III (Emerging Measures and Models), quizás como contraprestación a la supresión del sistema multiaxial, también se considera en los casos de la “discapacidad intelectual”, los “trastornos del espectro del autismo” y en la psicosis. Habrá que esperar a conocer bien el funcionamiento clínico de estas medidas cuantitativas y cualitativas novedosas para valorar sobre su contenido y eficacia; en este momento la propuesta arroja alguna expectativa virtual de solución en el dilema clásico (que en realidad constituye una aporía) entre la continuidad de la clínica mental y la discreción irresoluble de los diagnósticos. Lo que pasa es que la maquinaria médica e ideológica de

la psiquiatría biologicista y de la investigación experimental no dejan mucho lugar a la esperanza de una clínica holista y humanista, e incluso podemos temernos un horizonte de una farmacoterapia multilateral organizada acorde también a las dimensiones, y no sólo a las categorías.

No obstante, hemos de apreciar que el DSM-5 no ha variado tanto como se temía la nosografía de los trastornos psicóticos (Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders). Se mantiene la nomenclatura de la esquizofrenia (se había llegado a rumorear que desaparecía del todo en el magma del espectro psicótico), pero se borran las referencias schneiderianas y la distinción entre delirios bizarros y no bizarros, lo que extiende el diagnóstico a ambos (también en el caso del “trastorno delirante”). Los anteriores subtipos de la esquizofrenia desaparecen para ensayar la solución dimensional ya aludida. Y la catatonia se erige como nuevo trastorno independiente, ya sea su contexto psicótico, bipolar, depresivo, debido a condición médica, o inespecífica (habrá comorbilidad de facto con cada uno, por tanto). Mas el temido y anunciado síndrome de riesgo de psicosis, que amenazaba con repartir el diagnóstico psicótico (y el tratamiento médico antipsicótico)

a los estados premórbidos potenciales a diestro y siniestro, al final ha dado un paso atrás y se guarda en el cajón de las propuestas para futuras investigaciones (Attenuated Psychosis Syndrome). Seguirá dando guerra en próximas ediciones, no nos cabe duda.

Ahora bien. La organización del propio manual cambia por completo, según se dice para adoptar una perspectiva life-span, es decir, que los mismos principios nosológicos sirvan para toda la vida de los individuos. Esto se traduce en que todos los trastornos mentales -salvo muy raras excepciones- se pueden diagnosticar en cualquier tramo de edad, en ocasiones sólo aplicando criterios cuantitativos o cualitativos distintos, pero llegando al final a la misma etiqueta. Lo que significa que aquel epígrafe del DSM-IV de “trastornos de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia” deja de tener sentido, y con el DSM-5 los adultos podrán ser diagnosticados de trastornos antes sólo infantiles. He aquí el mayor hachazo a la salud mental y la conquista más señera de la psicopatología de terrenos perdidos por la normalidad clínica.

Veamos el célebre TDAH (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, ADHD). Los cambios en este

trastorno son mayúsculos, aunque el listado de los síntomas no se modifique. Por un lado, en la nosografía el TDAH deja de ser un trastorno de la conducta para englobarse dentro de los “trastornos del neurodesarrollo”, en la misma categoría que la discapacidad intelectual, los trastornos del espectro del autismo, los de la comunicación o los del lenguaje. Esto, a nuestro juicio, implica un agravamiento de la impresión social y clínica que acompaña el diagnóstico, que ya no se circunscribe a determinadas facetas de la vida del sujeto, importantes pero parciales, como podía ser la conducta, sino que pasa a afectar, por el lugar que ocupa en la clasificación y la descripción nosológica que recibe, al núcleo mismo del neurodesarrollo, en situación poco inferior al espectro del autismo. Con el cual, además, no se excluye la comorbilidad, como antes, por lo que es fácil imaginar que muchos niños serán frecuentemente diagnosticados de patología dual, la una por la conducta desatenta o hiperactiva, la otra por los déficits en la comunicación social y las conductas, intereses y actividades restringidas y repetitivas.

La misma comorbilidad puede ocurrir entre el TDAH y los demás “trastornos del neurodesarrollo”, y

también con aquellos del epígrafe heterogéneo Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders, que antes se excluían mutuamente. Esto ya no se estipula, y de hecho todos estos diagnósticos pueden ser comórbidos entre sí, con los del neurodesarrollo y con los afectivos: “trastorno conductual”, “oposicionista-desafiante”, “explosivo-intermitente” (los berrinches explosivos ahora son patológicos después de los 6 años o estadio evolutivo equivalente), etc.

Además, en el TDAH se sube el umbral de debut de los 7 a los 12 años, abarcando muchos más casos que antes podían diagnosticarse de etiquetas menores o menos discapacitantes. Se permite su diagnóstico en adultos - con el requisito de que haya 5 manifestaciones retrospectivas del déficit de atención o de la hiperactividad / impulsividad cuando la persona no había cumplido aún los 12 años, para lo que el recuerdo subjetivo del paciente va a constituir la principal prueba de cargo-, y se afianza la base neurobiológica del trastorno en el texto (2), y su consiguiente cronicidad, canalizando la demanda de estos casos, más que tácitamente, hacia la terapia farmacológica en adultos y en niños. Las expectativas que pudieran tener

las compañías farmacéuticas en el DSM-5 en lo tocante al TDAH suponemos que han quedado ampliamente satisfechas.

Por estos motivos, la prevalencia de este diagnóstico no parará de crecer, en niños y más en adultos, dando triste cumplimiento a la profecía interesada de que el TDAH siempre ha sido una enfermedad infradiagnosticada. No queremos imaginar los efectos sociales y culturales que pueden acompañar a esta explosión de enfermos crónicos de irresponsabilidad, cuando tantas personas descubran, o les diga un profesional científico creyente en la neurobiología, que sus padecimientos hiperactivos en realidad tienen una causa genética y cerebral, por tanto crónica e inherente a su organismo, y debe aceptar la enfermedad y tomar tratamiento de por vida para atenuar los síntomas... No sabemos qué pasará con la responsabilidad subjetiva de muchas conductas, si desde ahora recurrimos a lo que dice el DSM-5.

Otra prevalencia que crecerá, y que agravará cualitativamente casos que ahora no están tipificados en categorías extremas, es el nuevo “trastorno del espectro del autismo” o TEA (Autism Spectrum Disorder, ASD),

único miembro de su categoría que unifica en la misma denominación el amplio abanico anterior del autismo, los Asperger, el desintegrativo y el no-especificado. La nueva concepción del espectro, con las connotaciones morbosas y fantasmagóricas más que pertinentes al nombre, parece la reacción del péndulo contra la proliferación y fragmentación de diagnósticos tantas veces denunciada. Aquí se da al contrario, se fusionan códigos y se adopta la evaluación dimensional (que a priori se inclina más por la especificidad que por la sensibilidad nosológica), pero con efectos también polémicos: aun queriendo suavizar la etiqueta autista en el ambiguo imaginario del espectro, no deja de ser una losa para los casos leves o funcionales participar potencialmente de la misma categoría patológica que casos más graves e incapacitantes, y no sabemos en qué punto ayudará o perjudicará más la balanza del estigma de uno de los mayores exponentes de la enfermedad mental.

Que, por cierto, puede ser comórbido a otros trastornos del neurodesarrollo, como hemos mencionado. También el DSM-5 inventa un nuevo nombre, “trastorno de la comunicación social (pragmática)” -Social (Pragmatic) Communication Disorder- para los casos antes descritos

como autismo no especificado, porque cumplían el criterio de los déficits en la comunicación e interacción social pero no mostraban conductas, intereses o actividades restringidas o repetitivas.

De igual modo, todas las patologías referidas al aprendizaje (dislexia, disgrafia, discalculia...) pasan a englobarse en el mismo diagnóstico, "trastorno específico del aprendizaje" (Specific Learning Disorder). El manual presenta codificadores propios para cada área deficitaria, mas la unificación de todas las disfunciones en una misma categoría (sin opciones atenuadas no especificadas) conllevará seguramente una mayor prevalencia del trastorno, la presumible alarma educativa y social, y también en gran medida una patologización y psiquiatrización de muchos déficits y retrasos madurativos o escolares que seguramente no merecen la severidad del diagnóstico.

Otro campo abonado para la investigación psiquiátrica, y para la respectiva polémica, es el de los trastornos afectivos. Se temían cambios en el DSM-5 que facilitarían el diagnóstico bipolar en casos dudosos o leves... y, en efecto, el nuevo manual permitirá el diagnóstico

bipolar en cuadros mixtos de episodios depresivos que hasta ahora no cumplían suficientes criterios de manía o hipomanía: en ausencia del diagnóstico de Bipolar I o Bipolar II, ahora está justificado que tales sujetos depresivos sean mejor etiquetados como "otros trastornos especificados bipolares y relacionados" (Other Specified Bipolar and Related Disorder).

Los cambios nosológicos y de nomenclatura que amplían y cronifican el pathos mental afectivo no quedan ahí, por supuesto. Se crea el nuevo Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) que, a falta de conocer la traducción definitiva al castellano que se elija, puede leerse como "trastorno del humor disruptivo y no regulado" o, como se rumorea, "trastorno del carácter (o del humor) con disforia". Este nuevo trastorno incluye los sujetos que, antes de los 18 años, presentan irritabilidad persistente, frecuentes y extremos episodios de furia y descontrol en la conducta; y se dice textualmente (2) que su uso se debe emplear para evitar el sobrediagnóstico o sobretreatmento del trastorno bipolar en la infancia. Es pues, la versión infantil y adolescente del bipolar, de fiabilidad y validez incierta respecto a otras patologías

que se solapan (como los trastornos de la personalidad, los conductuales y los del neurodesarrollo), pero aparentemente cuenta con la suficiente evidencia científica para erigirse como nuevo diagnóstico. Hasta qué punto constituye una valoración patológica de reacciones comportamentales normales pero molestas y desagradables para el entorno, dependerá de su adaptación clínica, mas la nosotaxia ya permite el trabajo de la psiquiatría y la farmacopea en este campo.

También se inventa un nuevo "trastorno disfórico premenstrual" (Premenstrual Dysphoric Disorder) para incorporar a la nosografía este nuevo perfil depresivo específico femenino que desde la edición anterior se mantenía en estudio.

Un cambio trascendental es la desaparición en el DSM-5 de la categoría tan socorrida de la distimia, y su reformulación como el nuevo "trastorno depresivo persistente" (Persistent Depressive Disorder), que también incluye el trastorno depresivo mayor crónico cuando la depresión mayor deja de estar constituida por episodios recurrentes. Es decir, la misma nomenclatura pasará a englobar grados variables de severidad de la patología,

como ya ocurre en los TEA, pero bajo el epígrafe comparativamente más duro: “depresivo persistente”. Se aduce para esta fusión taxonómica que no ha sido posible encontrar científicamente diferencias significativas entre ambas condiciones depresivas, la mayor y la menor (2). Nuevamente asistimos a una suplantación de la clínica psicológica por la investigación psiquiátrica, que sintetiza en el mismo tratamiento y perfil biológico lo que en el trabajo terapéutico, la experiencia subjetiva y relacional y la dinámica de los casos suele presentarse bien diferente.

Y, como se temía, desaparece el duelo como exigente del diagnóstico depresivo mayor, con argumentos neurobiológicos y genéticos (la depresión mayor relacionada con duelo es más probable en sujetos con historias personales y familiares de episodios depresivos mayores, etc.), y aduciendo que los tratamientos médicos y psicosociales en el fondo son los mismos para la depresión mayor, tanto si hay duelo como si no. También se alude a que la duración de los duelos es siempre superior a los dos meses que el DSM-IV permitía postergar el diagnóstico.... dando a entender que, si los síntomas aparecen, el tratamiento médico o psicológico no tiene por qué atenerse a criterios temporales de elaboración

subjetiva personal... y el diagnóstico tampoco. A la vista está que el sufrimiento per se se erige en el primer signo evidente de etiqueta patológica.

Una nota a pie de página en el manual es suficiente para distinguir síntomas depresivos presentes en el duelo del resto de episodios depresivos. Se reafirma el texto (2) en que la evidencia no apoya que se pueda separar la pérdida de un ser querido de otros estresores que precipitan un episodio depresivo mayor, o respecto a la probabilidad en unos y otros casos de una remisión espontánea del cuadro. Parece claro que para la investigación neurobiológica y la evidencia científica basada en los efectos sintomáticos de los tratamientos, la experiencia humana es más cuantitativa que cualitativa, da lo mismo unas experiencias vitales u otras mientras la estadística dé buenos resultados; los indicadores no remiten en el fondo a la subjetividad sino al organismo y sus variables afectivas. En suma, la clínica psiquiátrica (y psicológica) pierde humanidad en la búsqueda del rendimiento científico y experimental.

En esta línea, se avisan como condiciones para investigaciones futuras, en la Sección III del manual, un hipotético “trastorno por duelo complicado persistente”

(Persistent Complex Bereavement Disorder), y el mismo suicidio como diagnóstico per se (Suicidal Behavior Disorder); lo que podría ser un nuevo culmen de la nosología fenoménica y sintomática basada exclusivamente en la observación clínica - sin más inferencias a reseñar -, y en la fragmentación - más bien la atomización - de la psicopatología clásica. Habrá que esperar al futuro para contrastar estas hipótesis, pero desde el presente ya se está maniobrando por ello.

En los trastornos de ansiedad, el nuevo DSM-5 ha decidido sacar muchos diagnósticos antes incluidos en este epígrafe y darles entidad independiente, subirlos de categoría, podemos decirlo así. Desde el punto de vista nosológico, los trastornos obsesivo-compulsivos (Obsessive-Compulsive and Related Disorders) y los pos-traumáticos, por estrés y adaptativos (Trauma - and Stressor-Related Disorders) ya no son trastornos de ansiedad como lo han sido siempre, sino familias nuevas con nosografía propia, en pie de igualdad a las demás. Se recurre al argumento de la utilidad clínica para esta operación que va más allá de la mera organización taxonómica, porque esta proliferación de nuevas familias es el movimiento de ruptura que permitirá, en actualizaciones

sucesivas, a nivel interno la expansión centrífuga de los criterios y las etiquetas patológicas, y a nivel externo la facilitación de los diagnósticos comórbidos.

Dentro de los Anxiety Disorders, además de separar completamente la “agorafobia” del “trastorno de pánico” (y por tanto dar lugar a una comorbilidad que antes no había porque existía el diagnóstico conjunto), la novedad es que aparecen viejos conocidos como el “trastorno de ansiedad de separación” (Separation Anxiety Disorder) y el “mutismo selectivo” (Selective Mutism), que ya no están circunscritos a la infancia sino que se pueden diagnosticar en todo el ciclo vital de la persona; de hecho, están pensados desde una perspectiva adulta, como formas de ansiedad por dependencia a determinadas personas, aunque sean los hijos o los compañeros del trabajo. Se requiere una temporalidad mínima de 6 meses en todos ellos “para minimizar el diagnóstico de los miedos transitorios” (2).

En los obsesivo-compulsivos el DSM-5 incluye el “trastorno dismórfico corporal” (Body Dysmorphic Disorder) y la “tricotilomanía”, y crea el nuevo “trastorno

por acaparamiento” (Hoarding Disorder), que eleva a entidad nosológica lo que hasta ahora era sólo síntoma (la incapacidad angustiosa para deshacerse de posesiones y la necesidad de salvar objetos que no tienen valor material); algo similar pasa con el nuevo “trastorno de escoriación” - Excoriation (skin-picking) Disorder-, para la “psicopatología” de rascarse la piel. Y, para el resto de conductas obsesivas con la suficiente gravedad clínica, está la nueva categoría de “otros especificados” (Other Specified Obsessive-Compulsive and Related Disorder) donde hay cabida, por ejemplo, para los celos no delirantes, comerse las uñas, morderse los labios o las mejillas...

La expansión del pathos mental en el terreno hasta ahora normalizado también se observa, cómo no, en los nuevos “trastorno de estrés agudo” y “trastorno de estrés pos-traumático” que modifica sustancialmente el manual. En síntesis, se elimina el criterio previo, reduccionista, de la respuesta de “miedo intenso, desesperanza, horror” ante el estresor traumático, y se equipara que la experiencia del individuo pueda ser lo mismo directa que indirecta

o vicaria. Queda establecida una lista de 14 síntomas, de distintos factores, de los que el sujeto debe informar o padecer 9 para recibir el diagnóstico. Además, se obvian las características objetivas del evento traumático o la reacción subjetiva ante el suceso, para centrarse en los modos individuales y actuales de experimentación “traumática” de los hechos, lo que otorga carta de garantía al único testimonio del paciente, independientemente de cómo fuera lo que ocurrió. La clínica se centra en el sujeto y el sufrimiento emocional en el momento, y el diagnóstico no se interroga por la credibilidad o validez de las causas, por la entidad del trauma. Algo similar ocurre con el “trastorno de identidad disociativa” (Dissociative Identity Disorder), que sigue los mismos derroteros en el epígrafe correspondiente: el “cambio de identidad” se consigna aunque sólo esté autoinformado por el interesado, y los vacíos amnésicos de su recuerdo se den en contextos no traumáticos ni ansiosos.

Se temía que el DSM-5 recogiera todas las anteriores características algo arbitrarias en un nuevo

“trastorno de estrés extremo no especificado”, para el que ya se manejaban las siglas inglesas DESNOS. No ha hecho falta la categoría porque los criterios se han incorporado a los diagnósticos principales. Los “trastornos adaptativos” (Adjustment Disorders), por cierto, dejan de ser residuales para adquirir entidad sindrómica propia, traumática y no traumática.

En los “trastornos de la conducta alimentaria” (Feeding and Eating Disorders) también se han bajado umbrales y ampliado criterios para abarcar mayor población clínica (de todas las edades), y así se declara explícitamente (2): los nuevos criterios conductuales para el “trastorno de consumo restrictivo o evitativo de la comida” (Avoidant / Restrictive Food Intake Disorder), están pensados para no dejar escapar al diagnóstico ninguna presentación, y los casos de la Bulimia Nervosa y Binge-Eating Disorder (“trastorno por atracones”) bajan la frecuencia mínima requerida de atracones y conductas compensatorias, de dos veces a la semana a una sola durante 3 meses (no durante 6, como aparecía en DSM-IV-TR).

Podríamos seguir con muchos más ejemplos que constatan la omnipresencia del modelo médico y la prioridad de la investigación somática y neurobiológica

en el campo relegado de la clínica mental, equiparando estadística y naturaleza. Valgan sólo los cuatro siguientes para no aburrir esta editorial.

Los trastornos somatomorfos dejan de llamarse así, y en el DSM-5 se denominan “trastornos por síntomas somáticos y relacionados” (Somatic Symptom and Related Disorders). Las anteriores patologías del DSM-IV (somatización, hipocondría, trastorno por dolor, indiferenciado) dejan de existir y ceden su lugar al nuevo Somatic Symptom Disorder, que viene caracterizado sólo por los pensamientos, sentimientos y conductas desadaptativas del sujeto en relación con algún padecimiento orgánico concurrente, y no por la presumible causa psicógena de los síntomas somáticos no explicados por condición médica. Se explicita que los síntomas no explicados médicamente se mantienen como criterio de diagnóstico básico sólo en el “trastorno conversivo” y en la “pseudociesis”, cuando las pruebas médicas garantizan que tales síntomas se dan en ausencia total de justificación orgánica.

En el nuevo manual, todos los “trastornos del sueño” (Sleep-Wake Disorders) son primarios, y por tanto tienen entidad propia y diagnóstico necesario, independientemente de su comorbilidad y causas. Se da por hecho que

en el sueño siempre actúan causas combinadas de factores somáticos y psicógenos, y que requieren tratamiento médico específico aunque otros diagnósticos y tratamientos sean concomitantes al resto de síntomas del sujeto. Se eliminan, por tanto, las categorías previas secundarias a otros trastornos mentales, o a condición médica general, porque el diagnóstico de insomnio siempre será primario, y patológico per se. No hace falta señalar la prevalencia de este diagnóstico no ya en población clínica, sino general, y la legitimación que encuentra de esta manera la farmacoterapia hipnótica. El DSM-5 también incrementa el listado de trastornos del sueño relacionados con la respiración y las parasomnias, elevando a estatus clínico nosográfico las convenciones de los neurofisiólogos en la materia.

En el campo de los “trastornos relacionados con sustancias y adictivos” (Substance-Related and Addictive Disorders), la distinción entre abuso y dependencia de sustancias deja de existir, y se unifican ambos en la etiqueta de “trastorno por consumo” (Substance Use Disorder), con características intermedias a los dos antecedentes (el umbral es de dos síntomas, en lugar de uno y tres, respectivamente). El criterio anterior de “problemas recurrentes con la ley a causa del consumo de la sustancia”

quede fuera del listado, y entra el craving (fuerte deseo de consumo). En consecuencia, es de esperar que la gran mayoría de consumidores de cada sustancia sea diagnosticado de psicopatología, así lo prueba y lo agrava la misma etiqueta. Además, el antiguo diagnóstico de dependencia a varias sustancias, que permitía unificar en una sola categoría la politoxicomanía del sujeto, se elimina del nuevo DSM. Ahora cada trastorno por consumo será independiente del resto, y por tanto comórbido, y los sujetos toxicómanos sumarán un diagnóstico por cada sustancia de la que son adictos (más el juego patológico, Gambling Disorder, incluido en este epígrafe por los correlatos neuronales). La patología de estos pacientes va a ser mucho más que dual con el DSM-5...

Finalmente, en los “trastornos neurocognitivos” (Neurocognitive Disorders, NCD), el deterioro cognitivo leve del sujeto que hasta ahora se asociaba primariamente a la edad avanzada por comparación estadística con el grupo normativo, aunque también pudiera anticipar en el individuo una futura demencia (o no progresar más allá), en el DSM-5 tendrá su categoría nosográfica por defecto: Mild NCD, en relación con su hermano mayor Major NCD, que es el nuevo nombre que designa a las demencias (fusionadas con el antiguo trastorno amnésico); ambos

niveles para cada uno de los numerosos tipos descritos en el nuevo manual (un total de 12 Mild NCD o Major NCD tipificados por la investigación neurológica, que quiere arrinconar lo más posible la etiqueta de “no especificado”). La investigación alumbró de nuevo el leitmotiv del manual, y de hecho justifica la adopción del “trastorno neurocognitivo leve” como el instrumento oportuno para categorizar los dominios de los sujetos en estudio – y en tratamiento - y medir el nivel de deterioro de cada uno, para así llegar a identificar los subtipos etiológicos.

Se reconoce en el texto (2) que el umbral entre el trastorno neurocognitivo menor y mayor es “inherentemente arbitrario”, pero que es importante considerarlo para ponerlo en consonancia con otros campos de la medicina, donde se establecen diferentes niveles en los síntomas somáticos de una enfermedad para protocolizar investigaciones y cuidados. No se mencionan los efectos adversos de tal designación para la identidad de las personas, que pasan de estar normales en comparación con sus iguales, a sufrir un grado apenas perceptible de una grave enfermedad incapacitante que sólo se les presupone, pero para la cual ya se les pone en tratamiento crónico que tantas veces resulta de dudosa efectividad.

Antes de terminar, es bueno comentar que, aunque el modelo médico predomina en todo el DSM-5 de principio a fin, hay dos parcelitas que se escapan al biologicismo psiquiátrico, para responder a otros factores más –quizá- políticamente correctos y predisuestos culturalmente, más en consonancia con los movimientos sociales, mediáticos e ideológicos progresistas de corte post-moderno que van adquiriendo una progresiva aceptación sociológica en el mundo occidental, y que por ello consiguen mudar oficialmente de la anterior connotación psicopatológica que tenían.

Nos referimos al nuevo epígrafe independiente de los “trastornos parafilicos” (Paraphilic Disorders), cuya denominación en el DSM-5 precisa del sustantivo “trastorno” para requerir atención clínica, separándola semiológicamente de las parafilias en sí mismas que, aun consideradas conductas sexuales no normativas, se las reconoce no patológicas mientras no causen ansiedad o deterioro individual al sujeto, o bien su satisfacción produzca daño, o riesgo de daño, a terceros (de modo que en el DSM-5 no es lo mismo la pedofilia que el “trastorno pedofílico”, y sólo es diagnóstico patológico este último).

Y quien pierde toda etiqueta de disorder es la transexualidad, que pasa a constituir un epígrafe singular

denominado “disforia de género” (Gender Dysphoria), y cuya valoración psicopatológica va a depender más del tipo de indicadores específicos y la medida de severidad de cada uno; separando los criterios diagnósticos infantiles de los que corresponden a adolescentes y adultos. La nueva aproximación al género busca ser ante todo multi-categorial y no dicotómica, razón por la cual desaparece la connotación “al otro sexo” para hablar de “algún género alternativo”.

Esperamos que este rápido y sintético recorrido por las líneas generales del DSM-5 haya podido alumbrar algún rastro de opinión crítica respecto a los factores-no-clínicos que subyacen a la concepción y elaboración del manual, a los que hemos aludido con sobrada redundancia. Esto no es óbice en absoluto para que el texto suscite el interés y el estudio de los profesionales, pero conociendo de antemano cuáles parecen ser más limitaciones y -directamente- sesgos metodológicos y morbosos en la psicopatología, antes que valores en alza.

Lo que además nos permite sugerir un debate para interrogarnos si será posible aunar, en un mismo manual diagnóstico psiquiátrico bien tipificado, los objetivos de la investigación experimental y el ideal científico positivista, de corte médico, con los intereses filantrópicos

y terapéuticos de la pura clínica del pathos mental, de inspiración más psicológica. Parece bastante evidente que el método científico en salud mental impone una especie de corsé que lleva a priorizar los datos cuantitativos, objetivables, somáticos, afectivos, empíricos, morbosos... los correlatos de la farmacopea y la neuroimagen, sobre el registro más cualitativo y profundo de la experiencia íntima del individuo, del discurso idiográfico y las representaciones mentales, aquellas raíces más subjetivas y dialécticas de su padecer, en nexos con las interacciones contextuales y las múltiples construcciones metapsicológicas que aparecen implicadas en la psicopatología si se las escucha. Lo cual no deja apenas margen a la utilidad clínica verdadera si, a la hora del trato con el paciente real, los profesionales debemos primero comulgar con las ruedas de molino que supone manejar un diagnóstico clínico en el fondo falaz, que patologiza y psiquiatiza en muchas ocasiones terreno de las dificultades y los sufrimientos propios de las relaciones humanas. Y, en el fondo, no sirve a la terapéutica porque representa equivocadamente el conjunto de síntomas ciertos que la persona padece.

En consecuencia, no extraña que el DSM-5 no haya corregido en absoluto los errores y sesgos de sus antecesores, sino que haya incidido en el mismo método

biologicista para llegar a mayores cotas de fachada estadística y arbitrariedad nosográfica, y más aún, de yatrogenia clínica y por ende, y a medio plazo, también socio-cultural. Por tanto, el manual constituye al mismo tiempo una decepción, y no, porque no podemos esperar otra cosa si seguimos insistiendo en el mismo método de investigación psiquiátrica o psicológica que yerra en la concepción nosológica. De ahí que algunas instituciones poderosas hayan avisado que van a dar la espalda al DSM-5, como la American Psychological Association (la APA de los psicólogos) o el National Institute of Mental Health (NIMH) en los Estados Unidos, y el Consejo General de la Psicología en España (y 50 organizaciones de salud mental de todo el mundo) (3).

Independientemente de los derroteros que tomen estas iniciativas, si realmente llegan a plasmarse en algo más que notas de prensa, hoy debemos dar la razón a Thomas Insel, director del NIMH, cuando afirma que el DSM carece de validez y que “los pacientes con trastornos mentales se merecen algo mejor” (4).

Referencias.

- [1] APA (2013). Véase URL disponible en (fecha de acceso 28 de mayo de 2013): <http://www.dsm5.org/about/Pages/faq.aspx>
- [2] APA (2013). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Véase URL disponible en (fecha de acceso 28 de mayo de 2013): <http://www.psychiatry.org/DSM5>
- [3] Infocop Online (2013). Véase URL (fecha de acceso 31 de mayo de 2013): http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4506
- [4] Infocop Online (2013). Véase URL disponible en (fecha de acceso 31 de mayo de 2013): http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4564&cat=44