EL DSM, DEL NOMENCLADOR A LA GUÍA DE TRATAMIENTO: UN COMENTARIO CRÍTICO A LA NOSOGRAFÍA AMERICANA*

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL GUIDE FOR MENTAL DISORDERS: A CRITICAL COMMENT FOR AMERICAN NOSOGRAPHY

Recibido: 24 de febrero de 2014/Aceptado: 1 de julio de 2014

IGNACIO BARREIRA ALSINA**
Universidad del Salvador - Argentina

Palabras clave:
Psiquiatría, Nosografía, Manual Diagnóstico Estadístico, Epistemología, Trastorno mental.

Resumen
El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales lleva ya más de 60 años de vigencia, ha sido objeto de numerosas actualizaciones a lo largo de su historia. El objetivo del presente artículo es revisar cómo evolucionó su propuesta en relación a la tarea diagnóstica del clínico, a fin de comprender sus implicaciones en términos de posibilidades y limitaciones. La línea de análisis de dicha revisión es epistemológica, y hace hincapié en los fundamentos teóricos, conceptuales y científicos del DSM.

Key words:
Psychiatry, Nosography, Diagnostic and Statistical Manual, Epistemology, Mental disorder.

Abstract
This research paper focuses on an epistemological, theoretical, conceptual and scientific review related to a clinical diagnostic understanding of its implications taking into consideration possibilities and limitations based on the Diagnostic and Statistical Guide for Mental Disorders, which is more than sixty years old with many modifications along its history.

Referencia de este artículo (APA):
Barreira, I. (2015). El DSM, del nomenclador a la guía de tratamiento: Un comentario crítico a la nosografía americana. *Psicogente, 18*(33), 117-128.

* Este trabajo forma parte del proyecto de investigación Psicopatologías comparadas, financiado por el Instituto de Investigaciones en Psicología de la Universidad del Salvador (IIPUS).

** Doctor en Psicología. Profesor titular Universidad del Salvador. Email: ibarreira@yahoo.com. Arenales 2812, 1 "A", CABA, Argentina. CP: 1425.

INTRODUCCIÓN

El hecho definitivo para la realización del proyecto DSM fue la recolección de datos estadísticos sobre trastornos mentales en el Censo de 1940 de los Estados Unidos. A esta necesidad respondieron la American Psychiatric Association (APA) y la New York Academy of Medicine, mediante la elaboración de una nomenclatura específica para pacientes con padecimientos psiquiátricos y neurológicos, de modo que resultara útil para la recolección de datos representativos de la población psiquiátrica norteamericana. El trabajo de estas entidades se basó en una clasificación que el ejército de los Estados Unidos había realizado en 1918, y que posteriormente se amplió con elementos aportados por las experiencias con pacientes psiquiátricos de la Segunda Guerra Mundial.

En 1952, apareció la primera edición de esta clasificación con el nombre DSM-I (Stagnaro, 2006; Laurent, 2008; Ferrari, Lancelle, Pereira, Roussos y Weinstein, 2008). Este manual resultó una variante del CIE-6 (manual que en su sexta edición de 1948 incluyó un apartado específico para los trastornos mentales). Debido a la insatisfacción por la ausencia de clasificaciones definitivas, tanto el DSM como el CIE fueron objeto de nuevas versiones. En mayo de 2013, se publicó el DSM 5 (), mientras que el CIE continúa utilizando su décima edición.

A continuación, se revisará la propuesta actual del DSM a partir de lo que expresa su comité científico en el prólogo, así como la posición de Juan Carlos Stagnaro sobre los supuestos básicos del DSM y la crítica que le hace a los mismos.

OBSERVACIONES EPISTEMOLÓGICAS AL DSM-IV

La propuesta del DSM-IV (base teórica)

Como se ha dicho, el DSM-I surgió del intento de realizar una clasificación de trastornos mentales consensuada en materia de salud mental. El acuerdo respecto a los contenidos que se debían incluir o excluir, amén de los criterios que había que utilizar para la clasificación y las discrepancias entre los profesionales implicados en la propuesta (mayoritariamente psiquiatras y psicólogos), se convirtieron simultáneamente en los motivos y dificultades inherentes a esta tarea (Ferrari, Lancelle, Pereira, Roussos y Weinstein, 2008). Entonces cabe preguntarse cómo fue que todo esto decantó en un producto final consensuado. O, con otras palabras, ¿qué fue lo que finalmente se planteó en el DSM I? Vale decir que, en su primera edición, el DSM apareció como un nomenclador en el que convergían el psicoanálisis freudiano y una concepción psicobiológica (por influencia de Meyer), y donde la noción de "reacción de la personalidad" a factores psicológicos, sociales o biológicos resultaba central, prevaleciendo sobre los determinantes genéticos, constitucionales y metabólicos (Stagnaro, 2006; Laurent, 2008). En 1968, apareció una segunda edición del manual, el DSM II, que continuó con la misma lógica. Pero esta segunda edición recibió intensas críticas, que Laurent (2008) resume así: "Las dificultad de obtener diagnósticos fiables y válidos, independientes de las diferentes teorías psicopatológicas, la falta de consenso diagnóstico de las patologías mentales (poca fidelidad de criterios comunes epidemiológicos) es resultado de la diversidad de doctrinas psiquiátricas y de un desacuerdo acerca de la causalidad de las enfermedades mentales". Y tales críticas motivaron una revisión fundamental, iniciada hacia 1973, que terminó en una adaptación avalada por la OMS (Stagnaro, 2006; Laurent, 2008). En 1980 apareció el DSM III, edición que, frente a la falta de consenso diagnóstico respecto a la causalidad de los cuadros psicopatológicos, pretendió lograr dicho consenso en torno a la noción de síndrome. Esta concepción partió de la descripción detallada de diferentes síndromes evaluados por medio de instrumentos

ad hoc, en los que se registraban los signos y síntomas en cuestión, su duración y su intensidad para realizar el diagnostico en cuestión. Según esta nueva edición, los síndromes debían concebirse como entidades naturales cuya disfunción biológica causal subyacente sería conocida en el futuro (Laurent, 2008). De manera errada, se supuso que un criterio unificador de lo metodológico y operativo en una semiología menos pretenciosa desde la justificación de los cuadros psicopatológicos, eliminaba el multiteoricismo de las ediciones anteriores e introducía una visión naturalista. Justamente, en el contexto de este debate, el nomenclador devino en una guía de tratamiento (Stagnaro, 2006, 2007, 2009), cuestión que no fue modificada en la edición de 1994.

El DSM: del nomenclador a la guía de tratamiento

Los hechos reseñados nos invitan a revisitar los fundamentos del DSM tal como fueron propuestos en su edición vigente: ¿De dónde parte, cuál es su objeto y cuál su sentido? Coordenadas que resultan esenciales para definir los alcances y las limitaciones de dicho manual. Encontramos unas primeras respuestas en las páginas iniciales de este, de acuerdo con lo expuesto por el comité científico:

> *Nuestra prioridad ha sido la de proporcionar una* guía útil para la práctica clínica (...) *esperamos que este manual sea práctico y de utilidad para los clínicos.*
>
> (American Psychiatric Association, 1997)

Si la propuesta es ofrecer "una guía útil para la práctica clínica", la pregunta que se impone es: ¿en qué consiste esta guía? El proyecto original DSM contemplaba la elaboración de una clasificación que diera cuenta, desde un marco sanitario, de la forma como estaba conformada la población en términos de salud mental. En este sentido, del censo a la guía de práctica clínica, hay un largo trecho que evidencia la distancia entre el planteo actual y las motivaciones originales del DSM. Por otra parte, esclarecer el objeto al que apunta dicha guía nos precisará el tipo de ayuda que aporta (sentido y objeto). El DSM establece algo acerca de este segundo punto: pues, expresa que: "Una nomenclatura oficial es necesaria en una amplia diversidad de contextos" (Psychiatric Association, 1997).

Por lo mencionado en el párrafo anterior, y siguiendo el espíritu sanitario original del DSM, sería descabellado negar que este manual resulta de enorme utilidad para el establecimiento de una unificación nominal entre los profesionales de la salud mental. Pensando, por ejemplo, en los efectos prácticos de esta cuestión, sobresale el hecho de que mediante él se puede agilizar la comunicación entre profesionales, y permite un acuerdo tácito que facilita el trabajo inter, multi y transdisciplinario. No obstante, es claro que en él se yuxtaponen dos propuestas heterogéneas: la del nomenclador, por un lado, y la guía de tratamiento, por el otro. La primera tiene un valor sanitario, en tanto que la segunda lo tiene para la práctica profesional, que, aun cuando no deja de tener un sentido sanitario, excede ampliamente el propósito estadístico. La diferencia entre un nomenclador con fines estadísticos y una guía de tratamiento radica en la necesidad de explicar el tipo de elementos que deben ser tenidos en cuenta para pasar de un tipo de clasificación a la otra. Por un lado, el acto de nominar un cuadro psicopatológico; por el otro, el de diagnosticar y tratar a un paciente: el nomenclador describe una realidad, la guía de tratamiento propone intervenir sobre la misma. El nomenclador nos remite a categorías diagnósticas, los tratamientos implican intervenir sobre personas fácticas.

La ciencia como garante de la extrapolación

Si consideramos al DSM como un índice que clasifica categorías diagnósticas basadas en la observación

clínica, dicha nosografía resulta de suma utilidad para un equipo de profesionales tratantes, aunque, tratándose de un índice, nada debería decirse sobre el hecho de realizar intervenciones en el paciente diagnosticado. La diferencia entre el nomenclador y las guías de tratamiento consiste en que las segundas resultan esenciales para el trabajo del clínico. La traspolación de una clasificación descriptiva a una guía práctica, sin las adecuaciones correspondientes, resulta un error conceptual grosero. En este sentido, no concordamos con el comité científico, que justifica dicho cambio de rumbo de la siguiente manera:

> La utilidad y credibilidad del DSM-IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos (Psychiatric Association, 1997).

Al pasar de un nomenclador a una guía de tratamiento, uno de los problemas que aparecen es que no se puede tratar a un paciente a partir de categorías diseñadas para un censo. Aunque la clasificación se hubiera realizado con el mayor rigor científico, contando con los fundamentos científicos más sólidos, existe una abismal diferencia entre aplicar metodologías científicas a la elaboración de un nomenclador y utilizar ese producto como una guía de tratamiento. Lo segundo implica la utilización de la ciencia en un sentido muy diferente al contemplado en lo primero, al margen del rigor con el que se hubiera hecho este.

Los autores se amparan en la ciencia y la investigación para justificar el cambio de rumbo, con lo que la ciencia se erige en el fundamento irrefutable de dicho cambio. Es claro que la investigación empírica juega en el DSM un indiscutible papel de fundamento, y esto se advierte en la declaración de los "fundamentos científicos sólidos", pero el problema radica en que decir que algo "es sólido" no necesariamente hace que lo sea. Esto puede aclararse con la siguiente analogía: Podemos acordar que la madera balsa es un material lo suficientemente sólido como para hacer un barco de juguete que flote y sea capaz de cierta navegación, pero eso no quiere decir que la balsa sea lo suficientemente sólida como para hacer un barco que cruce el océano.

De este modo, la concepción científica y la metodología estadística se erige en la primera referencia epistemológica del DSM, tal como su título lo indica: *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales*. En esta maniobra se advierte cómo, en el paso del nomenclador a la guía de tratamiento, se utiliza a la ciencia como tutora para evitar el conflicto.

Una de las claves de este movimiento se encuentra en el deslizamiento de sentido que se le otorga al término *estadística*. En el DSM-I, la estadística se encontraba al servicio del Estado, es decir, el sentido de estadístico era servicial a la administración pública; en cambio, en el DSM-IV, la estadística se encuentra al servicio de la validez de la clasificación cuyos objetivos han cambiado, la estadística se refiere a la ciencia, garante de la decisión de pasar de nomenclador a guía práctica. Si bien el DSM-IV respeta la idea original de "recoger información de tipo estadístico"; a esta tarea se le suman otras dos, puesto que el DSM sirve ahora para el trabajo "clínico, de investigación o estadístico" (Psychiatric Association, 1997). De estas tres actividades, predomina la última por dos motivos: 1) Motivos históricos, que buscan legitimar la continuidad del DSM pese a sus cambios; 2) Motivos de tutela, que buscan legitimar el cambio de rumbo sin tomar en cuenta las cuestiones pertinentes. A esta última, varios psicoanalistas la denominaron "la razón estadística" (Pujó, 2008; Insúa, 2008).

La intención (sentido y objeto) del DSM dejó de

ser puramente estadística (para el Estado), y dio paso a la estadística en tanto método científico que le procura mayor objetividad a la clasificación, ya que esta se convirtió en una guía de tratamiento. Por estos motivos, los autores del DSM eliminaron los sesgos que impregnaban el sentido original de las categorizaciones sobre las que se construyó su nosografía, omitiendo la mención a las fuentes de origen (que implican categorizaciones con implicancias teóricas definidas), y sustituyéndolas por la condición científica, y por ende objetiva, de la literatura que le sirve como fundamento.

> El objetivo de la revisión de la literatura ha sido el de proporcionar información amplia y no sesgada, y asegurar que el DSM-IV contenga la mejor literatura clínica y de investigación actualmente disponible (Psychiatric Association, 1997).

Aquí lo importante es que la literatura se menciona más por su condición neutral respecto a sesgos, evitando "vaguedades", "ambigüedades", etc. Lamentablemente, este intento de objetivizar la psiquiatría "del modo más científico posible" acaba por excluir las aclaraciones epistemológicas que necesitamos para comprender el tipo de análisis estadístico que se establece: qué medidas se han tomado sobre qué variables para llegar a qué resultados. Es evidente que se pretende establecer un manual diagnóstico y estadístico a partir de la descripción de los signos y síntomas de ciertos síndromes psicopatológicos –queda en claro la referencia al origen–; sin embargo, quedan dudas sobre el modo en que se llega a los resultados expuestos en el manual (¿Cómo funciona el método de selección de categorías y variables? ¿Cuál es el sesgo que se introduce para tomar decisiones importantes; por ejemplo: la exclusión del diagnóstico de neurosis del manual o la reducida delimitación de los trastornos de personalidad a diez tipos subsumidos en tres categorías?). Partimos de un punto en el que, *a priori*, nos deberíamos encontrar con un nomenclador común y para mutuo entendimiento entre profesionales; no obstante, esto se frustra, pues nos quedan serias dudas sobre las bases que sustentan la confección de dicho manual. ¿En qué consiste esta "literatura clínica, científica actualizada"? ¿De qué investigaciones se trata?

Así como para legitimar la clasificación resulta necesario apelar a la tutela de la ciencia, para efectuar tratamientos, es importante realizar las aclaraciones correspondientes al marco de referencia en que se inscriben. Muchos psicoanalistas le critican a la psiquiatría en general, y al DSM en particular, cómo el afán cientificista forcluye al sujeto integral (Eidelsztein, 2001; Frydman, 2012), resultando de esta concepción una nosografía que clasifica a los hombres sin tomar en cuenta su subjetividad (Laurent, 2008).

Conclusiones sobre la propuesta del DSM

Por todo lo expuesto, concluimos respecto a la propuesta del DSM:

1. El DSM no declara sus fuentes. Es decir, sí explicita los comités de investigación, pero no ofrece un apartado sobre la bibliografía tenida en cuenta para la elaboración del manual: no especifica la literatura científica[1].
2. No evidencia el sesgo hermenéutico que le imprime al manual (zona teórica), sea para el armado de las categorías o para precisar una guía de tratamientos.
3. No explicita el campo que abarca (base empírica), ni las variables incluidas y excluidas de su modelo estadístico, no figuran los criterios de inclusión y exclusión de dichas variables. Es evidente que ha-

1 En lugar de indicar las fuentes bibliográficas, se presenta un índice de los consultores que han participado. Esto nada dice de los criterios "científicos" asumidos al margen del título académico de estas personas.

blamos de "la población de los Estados Unidos", pero una base empírica y científica necesita de estas precisiones. De esto resulta que no se explicitan las observaciones, variables y métodos que actúan en la constitución del manual.

4. No reconoce un paradigma desde su propuesta (zona teórica)[2]. En este sentido, es claro que las estadísticas se realizan sobre constructos teóricos, pero estos dependen a su vez de zonas teóricas que adoptan los investigadores, y que definen el marco de la lectura y el abordaje de la realidad.

El *a-teoricismo* es imposible (Stagnaro, 2007, 2009; Lacombe, 2008). Los modos de abordar la realidad siempre están impregnados de la valoración de ciertos datos. Partiendo de ciertas variables (que cambian de un paradigma a otro y también de un investigador a otro), se establecen jerarquías que definen el campo de observación (*base empírica*). De este modo, la *zona teórica* define el umbral de observación del sujeto que investiga, y la *base empírica* delimita el campo de observación en el que se estudian los objetos propuestos. Así, según el DSM, la *zona teórica* consiste en la *revisión de la mejor literatura sobre observaciones clínicas empíricas*; y la *base empírica* está constituida por los *trastornos mentales* de la población. Sin embargo, le falta definir con mayor precisión en qué consisten la *zona teórica* y la *base empírica*, así como el enlace entre estos.

La concepción de trastorno mental en el DSM (base empírica)

Una vez "definido" el enfoque epistemológico del manual (zona teórica), se debe analizar el objeto de consideración propuesto por el mismo (base empírica). Es aquí cuando nos encontramos con el concepto de *trastornos mentales*:

> En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que parece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a una acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción (Psychiatric Association, 1997).

En primera instancia, cabe reconocer que la concepción naturalista de la psiquiatría clásica que consideraba a la enfermedad mental como objeto de la psiquiatría se supera en el manual. La elección del término "trastorno" (*disorder*) en lugar de "enfermedad" es más descriptiva, menos explicativa, y sugiere la idea de desorden, lo que elimina la carga semántica organicista, materialista y naturalista del término enfermedad. Pero, a pesar de este avance, la definición de trastorno mental plantea el mismo problema de siempre: las limitaciones de la semiología psiquiátrica (método) en relación al objeto de abordaje del fenómeno que se propone. En palabras de De Campos & Gandra (2008, p. 45):

> ...usamos los manuales clasificatorios, demostrando su insuficiencia para circunscribir un diagnóstico deter-

2 "La pretendida neutralidad teórica de esta clasificación ha sido seriamente refutada dentro de la psiquiatría europea ya que parecía reflejar la predominancia de las corrientes de la psiquiatría biológica y de la aproximación comportamentalista de la psiquiatría imperante en Estados Unidos" (Lacombe, 2008).

> minado. Así, cuando hacemos un diagnóstico usando los conocimientos de psicopatología, los manuales son innecesarios, y cuando el diagnóstico es difícil de realizar, los manuales no ayudan.

La semiología psiquiátrica tiene su razón de ser en la tradición médica. Habiéndose erigido el médico alienista como el encargado de tutelar a los insanos, enfermos e insensatos, este volcó su *modus operandi*, la semiología médica, al estudio de los padecimientos de estas personas. De esta manera, fue por un uso depurado de la semiología que los alienistas se convirtieron en psiquiatras, y erigieron a la enfermedad mental como objeto de la psiquiatría en sus orígenes.

En estas circunstancias, la semiología psiquiátrica resultó operativa para la evaluación de los alienados; sin embargo, resultaba pobre para la consideración de este tipo de fenómenos. Una cosa es que los alienistas hubieran utilizado la semiología como método de estudio, y otra, muy diferente, que lo estudiado fuera un objeto adecuado para la semiología[3].

El problema principal radica en que el abordaje de los trastornos mentales por la semiología resulta muy reducido, pues, el hecho de reducir el estudio de los cuadros psiquiátricos exclusivamente a la semiología psiquiátrica implica la amputación del sentido de los signos y síntomas observados (en concordancia con la propuesta empirista del DSM). Kernberg (2004) ilustra este problema mediante el siguiente ejemplo:

> Idealmente, la conducta antisocial debe definirse en función de sus significados psicológicos, y no en términos conductuales o legales. Por ejemplo, "huir de la casa durante la noche por lo menos dos veces mientras se vive en el hogar de los padres o en un hogar sustituto (o una vez sin regreso)" –uno de los criterios de la personalidad antisocial en el DSM-III-R– es una frase puramente descriptiva que no tiene en cuenta si el niño huye de un hogar insoportable con padres que lo someten a maltrato físico o de una familia bien constituida. Asimismo, "nunca ha mantenido una relación totalmente monógama por más de un año" –otro criterio del DSM-III-R– se aplica a gran cantidad de personas en el final de la adolescencia o el principio de la adultez cuya conducta con el sexo opuesto puede sufrir la influencia de una variedad de inhibiciones neuróticas, pautas determinadas culturalmente y casi cualquiera de los trastornos de la personalidad. La promiscuidad sexual tiene diferentes significados según sea el escenario social y la estructura de la personalidad en los que se manifiesta. Utilizar la promiscuidad como criterio también en este caso lleva el foco a la conducta, en lugar de mantenerlo aplicado a lo que la causa (pp. 122-123).

Este problema no es otro que lo que el psicoanálisis define como *sentido del síntoma*. El DSM excluye el sentido del síntoma de su concepción de trastorno mental. Su propuesta es la notación anónima de observaciones, y los síndromes observados llevan nombres (nomenclador) que no dan cuenta sobre cómo es que

3 Sigamos el siguiente ejemplo: un entrenador deportivo entrena deportistas de diferentes disciplinas, futbolistas, tenistas, atletas, etc. Supongamos que un tenista concurre a una dinámica de entrenamiento en el que predominan futbolistas, razón por la cual, el entrenador sugiere una dinámica de entrenamiento para fútbol. El hecho de que el tenista se entrene con ejercicios más adecuados para el fútbol no implica necesariamente decir que nuestro tenista se vaya a convertir en un buen futbolista al margen de que dicho entrenamiento le sirva para mejorar su rendimiento tenístico. Que valga esta analogía para considerar que el tenista que practica fútbol (alienista que utiliza métodos de la medicina), seguramente mejorará su rendimiento (la semiología psiquiátrica aporta), pero para mejorar su rendimiento tenístico tendrá que hacer ejercicios específicos del tenis (para estudiar y entender la alienación, el alienista debe sumar otros elementos que le permitan comprender mejor la alienación).

tales trastornos se han ido gestando (sea por etiopatogenia, por psicopatogénesis, por sociogénesis, etc.), ni cuál es el sentido de los mismos al margen de resultar disfuncionales[4]. Si el síntoma cumple con una función, una lógica que le da sentido al trastorno mental en la dinámica psicológica del paciente, esta cuestión no cae bajo el dominio de la propuesta del DSM. Algo de esto se desliza en la siguiente aclaración posterior a la referida definición de *trastorno mental*:

> Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen (Psychiatric Association, 1997, p. XXI).

Esta concepción del trastorno mental presenta, por ejemplo, la ventaja de no hablar de una persona como "un esquizofrénico o una alcohólica" (American Psychiatric Association, 1997); sin embargo, disocia al síntoma de la psicología de la persona. En este acto, "aquello que es padecido por la persona", queda desligado de los motivos psicológicos que sostienen dicho síntoma o trastorno. La ventaja de que el DSM no hable de personas consiste en no "contaminar" *a priori* a la persona con adjetivos psicopatológicos; no obstante, el precio que se paga es que no se habla de la persona ni de lo que le sucede a esta con todo lo que esta situación implica: la angustia y el sufrimiento, o la ausencia de estos. Lamentablemente, hablar de trastornos mentales y no de personas obliga a enfocar lo que se ve, no lo que sucede. Por eso se habla de clínica de la mirada y no clínica de la escucha. Esto último vale para el DSM, pero remite a un viejo reclamo de los psicoanalistas a los psiquiatras y que encuentra su primera expresión en la polémica entre la escuela de Cos y la escuela de Cnido[5].

Crítica al DSM según nuestra perspectiva

Para los meros fines de clasificar trastornos, las definiciones y metodologías operativas del DSM son relativamente satisfactorias, pero su propuesta como guía de tratamiento no resulta clara porque, entre otras cuestiones, no toma en cuenta la diferencia entre identificar una entidad psicopatológica y entender dicha entidad en su naturaleza psicopatológica. Al definir entidades psicopatológicas diferenciables por medio de la semiología, el DSM hace que su objeto de observación no pueda ser asido en su complejidad; se trata de la utilización de un método cuyas limitaciones son subestimadas cuando no ignoradas. Este problema no existía cuando se pretendía que el DSM fuera un nomenclador; apareció cuando se apuntó a la empresa de erigirse en guía de tratamiento sin plantearse las adecuaciones pertinentes. En este sentido, la semiología psiquiátrica, que sirve para establecer figuras psicopatológicas, dejó de servir a los fines del tratamiento de dichos cuadros por resultar insuficiente. El gran problema epistemológico del DSM –que abarca a un enorme número de clasificaciones psiquiátricas–, consiste en la inadecuación entre su objeto y su método,

4 Tampoco se concibe lo que Freud denominó beneficio secundario del síntoma. Es decir, qué función beneficiosa cumple el síntoma dentro de su aparente disfuncionalidad.

5 "Cos y Cnido: esta rivalidad fue creciendo a través de los siglos, como el ritmo de dos actitudes fundamentales del espíritu... Desde entonces dos teorías se presentan para definir la causa de la enfermedad: o bien la enfermedad es debida a una influencia exógena exterior extraña al organismo que hay que descubrir y combatir: dado que esta medicina también siempre estudia hechos aislados no relacionados con el conjunto, algunos autores la llamaron analítica. O bien la enfermedad no es extraña al organismo, se relaciona con todo un encadenamiento de asociaciones relativas a la vida del paciente, unido al mecanismo intrínseco de la vida: respecto a esta causa mórbida se oirá hablar de causa interna u oculta o endógena y de medicina sintética a la que se relaciona, porque está ligada al conjunto de las manifestaciones del cuerpo humano. Por periodos estos dos planteos han ocupado el pensamiento según un ritmo que encontramos en las alternancias Cos y Cnido hipocratismo y galenismo, vitalismo y organicismo, medicina sintética y medicina analítica". (Ey, 2008).

resultando un *esperanto* (Pujó, 2008), que, por artificial, pierde su sentido: en la búsqueda de una objetividad sin sesgos desaparece la consideración del sujeto. ¿Acaso un trastorno mental empíricamente definido como "esquizofrenia" puede ser erradicado de una persona que parecería padecerlo? ¿Qué relaciones se establecen entre las palabras (nomenclaturas) y las personas? Preguntas que el DSM no aborda y que exigen seguir buscando claridad en un terreno oscuro.

LOS SUPUESTOS BÁSICOS DEL DSM SEGÚN STAGNARO

Análisis de algunas implicancias teóricas propuestas por el modelo del DSM

Por todo lo antedicho, no hay dudas de que la aparición del DSM fue conformando la propuesta de un nuevo paradigma para la psiquiatría. Stagnaro (2007) sostiene que esta perspectiva se apoya en tres supuestos básicos articulados entre sí, que implican aspectos relativos a la clínica, historia y epistemología de la medicina. Se podrían caracterizar estos supuestos básicos del siguiente modo:

1. El DSM propone una clasificación psiquiátrica *criteriológica* basada en la descripción de signos y síntomas (síndromes) desde una perspectiva *a-teórica* –o sea no apoyada en ninguna teoría psicopatológica específica–, y *multiaxial* –esto quiere decir que el diagnóstico completo resulta de la combinación de varios ejes de observación–.
2. Este paradigma *a-teórico* y *multiaxial* serviría de base para desarrollar un programa de investigación neurobiológica. Dicho programa consistiría en establecer una relación biunívoca entre cada *trastorno psiquiátrico* descripto y su correspondiente *base fisiopatológica*. Si esto pudiera ser llevado a cabo, podría identificarse la fuente neurológica de la alteración cerebral desde la semiología.
3. De la articulación de los supuestos 1 y 2, la corrección de esos trastornos psiquiátricos se realizaría por vía de un tratamiento farmacológico que modificaría cada alteración de la neurotrasmisión, en combinación con psicoterapias cognitivo-comportamentales que coadyuvarían en la generación de un cambio conductual (Stagnaro, 2007, pp. 55-56).

Stagnaro realiza las siguientes críticas a esta propuesta: De acuerdo con el primer supuesto, el DSM no sería *a-teórico* sino más bien *multiteórico*[6]; así, los autores habrían partido de referencias teóricas no declaradas (lo dicho sobre la "literatura científica", fuente del DSM) y esto habría impregnado el modelo (lo explicitado sobre las faltas de precisiones de la zona teórica). En relación con el segundo supuesto, en la década del cerebro, el modelo de la neurotransmisión se tornó simplista; es decir, los avances de la investigación neurobiológica fueron complejizándose y dejando de lado los primeros modelos sobre la neurotransmisión frente a la creciente complejidad que podía diagramarse en este terreno. En relación con el tercer y último supuesto, dado que se trata de la resultante de la articulación de los supuestos uno y dos, se descarta el rigor puesto sobre la conclusión de este último; aunque todavía existen investigadores, médicos y terapeutas que adhieren a estas teorías (Stagnaro, 2007).

6 En su trabajo *Catorce enfoques de la psicopatología* (1994), Serban Ionescu había anticipado esta posición exponiendo el enfoque psicopatológico del DSM III en un apartado denominado "Psicopatología ateórica". En las conclusiones del capítulo refería Ionescu: "El ateoricismo del DSM ha sido blanco de diferentes críticas. Entre ellas se encuentra su orientación conductista, el hecho de que solo se interesa en los "síntomas de la superficie". Ciertos autores observan que el objeto de presentar una psicopatología ateórica está lejos de haberse alcanzado en el DSM III. De hecho, este se funda, según ellos, en numerosos postulados teóricos implícitos. Otros autores llegan, por cierto, a interrogarse sobre la posibilidad de que el ateoricismo tantas veces mencionado oculte la existencia de un politeísmo real, profundamente arraigado en la estructura del DSM III" (Serban, 1994).

Luego de todo este análisis, Stagnaro concluye que el gran problema del DSM consistió en confundir un nomenclador con un referente clínico (Stagnaro, 2007, p. 58). Esto supuso el pasaje de una nosografía descriptiva y sanitaria a una nosografía que clasificaba cuadros para su tratamiento y que implicaba modelos explicativos que sustentaran el proceder del clínico interviniente, modelos estos que jamás fueron declarados ni por el comité científico ni por los autores del DSM.

Análisis de los supuestos básicos de Stagnaro

A la luz de lo discutido en primer término sobre las definiciones del DSM, y agregando lo expuesto por Stagnaro, nos quedan aún algunas observaciones.

Siguiendo a Stagnaro en su crítica al primer supuesto, cabe decir que la semiología psiquiátrica del DSM desemboca en una explicación neurobiológica de los trastornos descriptos (nomenclaturas) que desconoce su propia referencia teórica. En el segundo supuesto básico, que propone una relación de correspondencia biunívoca entre las mencionadas descripciones (nomenclaturas) y una base fisiopatológica, se evidencia la intervención de un paradigma biológico, aunque no sabemos de qué biología se trata. No solo se percibe una concepción teórica evidente, sino que de hecho se trata de un reduccionismo teórico: el funcionamiento y el sentido del síntoma psiquiátrico es reducido a un trastorno que debe ser corregido por fármacos y psicoterapia cognitiva conductual. O sea, del *a-teoricismo* referido en el primer supuesto, se sigue la explicitación del sentido epistemológico del paradigma en el segundo supuesto básico. Este es delatado en las intenciones de un *programa de investigación neurobiológica*. La concepción antropológica del paciente se reduce a un *hardware* que es intervenido en un nivel químico, y solo posteriormente se trabaja sobre el *software* que termina incidiendo sobre el sentido del trastorno.

El problema no consiste únicamente en que no se define la referencia teórica de la psiquiatría (escuela alemana, francesa, anglosajona o americana de psiquiatría, o psicoanálisis –cuestiones muy importantes en la clasificación de los trastornos de la personalidad–, al mismo tiempo que no precisa qué autores y representantes de estas corrientes –de los que no debe suponerse homogeneidad de pensamiento pese a que correspondan a una filiación similar)–; tampoco se tiene en cuenta la concepción antropológica de la persona que se asiste –tal como aclaran Bernard, Brisset y Ey (1996) en su *Tratado de psiquiatría*[7]–, dando por sentado que la psiquiatría es eminentemente farmacoterapia.

Lo llamativo de todo esto es que anteriormente nos preguntábamos por el sentido del síntoma. Pues bien, la respuesta es evidente: ¿Qué importa conocer qué sentido tenga el síntoma si en definitiva debe ser corregido sin más preguntas? Por otra parte, resulta degradante la función que se le da a la psicoterapia cognitivo conductual según lo referido por Stagnaro: debe completar la tarea iniciada por el fármaco. Cabe preguntarse: ¿En qué radica la capacidad profesional del terapeuta si su tarea es completar la acción específica del psicofármaco?

CONCLUSIONES

Los problemas que acarrea la concepción psiquiátrica del DSM resultan preocupantes:

Se parte de una concepción de realidad preconcebida como saludable, que sería el modelo para la corrección de su contrapartida: los trastornos presentados

7 Estos autores le dedican un apartado específico al desarrollo de las diferentes concepciones antropológicas en las diversas teorías de la psiquiatría: Teorías órgano-mecanicistas, teorías dinámicas del inconsciente patógeno, teorías sociopsicogenéticas o teorías organogénico-dinamistas (Bernard, Brisset, Ey, 1996).

en el manual DSM. En este sentido, lo positivo son los trastornos psiquiátricos (es lo que hay, lo que se evidencia en el paciente), y lo negativo su curación (que desaparezca el trastorno). O sea, partiendo de una realidad observable –un trastorno mental–, se busca la desaparición del mismo; así, la idea consiste en que el estado de salud se logra en la medida en que algo que se ve, deje de verse. Pero, el hecho de que un trastorno mental no pueda observarse, no significa que no exista. Estos son los límites de la clínica de la mirada.

Se puede entender que las nosografías psiquiátricas en épocas de Pinel y Kraepelin hubieran pretendido describir la realidad; no obstante, la psiquiatría, el psicoanálisis y la salud mental han avanzado lo suficiente como para reconocer que las nosografías más que describir la realidad la categorizan (Braunstein, 2013).

Los comentarios de Stagnaro sobre el rol de la zona teórica (del a-teoricismo al multi-teoricismo), nos hablan de un planteo dualista, cuerpo/mente, en el que el paciente es concebido como una máquina que debe ser reparada: corrección de los circuitos neuronales (intervención en el hardware) y su conclusión con la modificación conductual (intervención en el softwarte). No en vano muchos tratamientos psicológicos se denominan "programas".

Sobre lo que Stagnaro considera el gran problema del DSM: "confundir un nomenclador con un referente clínico", el problema capital radica en la confusión de los órdenes descriptivos con los explicativos. Por otra parte, se abusa de las explicaciones de tipo causales (causa y efecto) y no se advierte que en las Ciencias Sociales intervienen otro tipo de explicaciones (principio de razón suficiente): la interpretación también es una modalidad metodológica explicativa. El deslizamiento de sentido podría ubicarse en el segundo y tercer supuesto básico. Mientras que el primer supuesto básico se queda en un nivel descriptivo, los siguientes supuestos básicos pegan un salto epistemológico, asumiendo un sentido teórico no reconocido (paradigma biológico). En últimas, el problema consiste en confundir las explicaciones neurobiológicas con la realidad misma, pues, la realidad es abordada desde perspectivas que no la agotan. Al ignorarse los límites de la perspectiva en cuestión y los alcances de su discurso, se pierden las dimensiones del problema tratado. Si se parte de un discurso que pretende ser *el espejo de la naturaleza*, se nos presenta un serio problema: al darle un valor de verdad tan pretencioso se nubla la visión sobre los horizontes que lo delimitan.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (1997). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Masson.

Bernard, C., Brisset, Ch., Ey, H. (1996). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson.

Braunstein, N. A. (2013). *Clasificar en Psiquiatría*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

De Campos, S. & Gandra, A. P. (2008). Consideraciones acerca de la insuficiencia de los manuales clasificatorios. *Psicoanálisis y el Hospital, 34,* 40-46.

Eidelsztein, A. (2001). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*, I. Buenos Aires: Letra Viva Editorial.

Ey, H. (2008). *Estudios psiquiátricos*. Buenos Aires: Polemos.

Ferrari, H., Lancelle, G., Pereira, A., Roussos, A. & Weinstein, L. (2008). El Manual Diagnóstico Psi-

coanalítico. Discusiones sobre su estructura, su utilidad y viabilidad. *Reportes de Investigación, 1*, 3-48. Recuperado el 14 de diciembre de 2014 en http://www.ub.edu.ar/investigaciones/ri_nuevos/1_rep1.pdf

Frydman, A. (2012). *La subversión de Lacan*. Buenos Aires: Ediciones Continente.

Insúa, G. (2008). La causa que no se escribe: Psicoanálisis y DSM IV. *Psicoanálisis y el Hospital, 34*, 67-72.

Ionescu, S. (1994). *Catorce enfoques de psicopatología*. México: Fondo de Cultura Económica.

Kernberg, O. (2004). Los trastornos antisocial y narcisista de la personalidad. En O. Kernberg, *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad* (pp. 117-144). Buenos Aires: Paidós.

Lacombe, E. (2008). *Objeciones al DSM. Psicoanálisis y el Hospital, 34*, 8-10.

Laurent, D. (2008). Un deseo de estandarización masiva. *Psicoanálisis y el Hospital, 34*, 11-18.

Pujó, M. (2008). DSM: Un esperanto instrumental. *Psicoanálisis y el Hospital, 34*, 19-30.

Serban, I. (1994) *Catorce enfoques de la psicopatología*. Barcelona: Fondo de Cultura Económica de España, S.L.

Stagnaro, J. C. (2006). Nosografías en psiquiatría. En M. Suárez (Comp.), *Introducción a la Psiquiatría* (pp. 171-190). Buenos Aires: Editorial Polemos.

Stagnaro, J. C. (2007). Perspectiva crítica de las nosografías psiquiátricas contemporáneas. En E. Laurent, M. Furman, S. Scheinkestel, R. Skiadaressis, *Psiquiatría y Psicoanálisis. Diagnóstico, institución y psicofármaco en la clínica actual* (pp. 55-63). Buenos Aires: Grama Ediciones.

Stagnaro, J. C. (2009). Psiquiatría y Neurobiología: el arte de curar y la ciencia del cerebro en crisis paradigmática. En S. Amigo, C. Azaretto, *Jacques Lacan y los matemáticos, los lógicos y los científicos* (pp. 109-116). Buenos Aires: Editorial Escuela Freudiana de Buenos Aires.