



Un análisis ético del DSM-5

Laura Bernal Sánchez⁸⁰

Recibido: 24/08/2018 Aceptado: 03/12/2018

Resumen

El objetivo de este artículo es favorecer la reflexión ética respecto de la publicación del DSM-5, debido a la relevancia del manual y a la influencia que éste pueda tener en el incremento de la inflación diagnóstica. Para ello se valorarán, desde un punto de vista ético, las consecuencias que la aplicación del manual podría suponer, considerando los aspectos positivos y negativos del mismo.

Para poder llevar a cabo esta empena se analizará el DSM-5, teniendo en cuenta su estructura y las modificaciones introducidas. En orden de poder señalar los cambios introducidos se realizará una comparativa entre el DSM-IV, el DSM-IV-TR y el último manual diagnóstico.

Puesto que la finalidad del artículo es guiar la deliberación filosófica, se ofrecerán posibles soluciones específicas vinculadas con los problemas éticos señalados. Finalmente, se concluirá el artículo.

Palabras clave

DSM-5, inflación diagnóstica, ética, prudencia y diagnóstico psiquiátrico.

El objetivo de este artículo es realizar un análisis crítico sobre el DSM-5⁸¹, con la finalidad de poner de manifiesto los elementos que podrían favorecer la inflación diagnóstica.⁸² La inflación diagnóstica es el hecho que se deriva del incremento de los diagnósticos erróneos e inconscientes.

Se entiende que los diagnósticos que formarían parte de este fenómeno son aquellos que producen falsos positivos, debido a múltiples causas (Manuales de diagnóstico, DSM⁸³ o CIE⁸⁴, ampliación del concepto de enfermedad, patologización de la normalidad etc.) y de forma inconsciente. Tal y como se sostiene en el texto de *Aportaciones y limitaciones del DSM-V desde la psicología clínica*:

[...] el abuso de los diagnósticos psiquiátricos o la ampliación de categorías diagnósticas recogida en el DSM-5, así como el requerimiento de umbrales diagnósticos menos exigentes para muchos trastornos, puede traer consigo la psicopatologización de algunos problemas de la vida cotidiana, la generación de pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos psiquiátricos y al uso generalizado e indiscriminado de la prescripción farmacológica, lo que constituye un fenómeno especialmente preocupante [...] (Cruz, Echebarría, Salaberría, p.71).

80 Laura Bernal Sánchez. Graduada en Filosofía con mención por el Departamento de Lógica y Ciencia (Universidad de Barcelona), Máster en Ética y Democracia (Universidad de Valencia), Diplomada en Trabajo social (Universidad de Alicante), Colaboradora con el Grupo de Investigación en Bioética (Universidad de Valencia). Universidad de Valencia. Bernal.sanchez.l@gmail.com Línea de investigación Ética, Bioética y Neuroética.

81 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.

82 En este artículo no se profundizará con más detenimiento en esta cuestión, para más información véase Bernal Sánchez, Laura (2018) «La ética, una herramienta interdisciplinar contra la inflación diagnóstica en el ámbito de la salud mental», DILEMATA, n.º 26, p. 131-142.

83 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Promovido por la APA.

84 Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, ICD en inglés. Promovido por la OMS.



Por lo tanto: *“La inflación diagnóstica tiene lugar cuando confundimos las perturbaciones típicas que forman parte de la vida de todo el mundo con un auténtico diagnóstico psiquiátrico (el cual es relativamente poco frecuente, afectando tal vez al 5 o 10% de la población)”* (Frances, 2014, p.53).

La motivación para la realización de este artículo tiene que ver con tres aspectos: el cuestionamiento del DSM-5 tras su publicación, el nivel de influencia que el manual tiene y las consecuencias que el mal o buen uso del mismo puede generar en la inflación diagnóstica. Antes de entrar en el análisis propiamente dicho, conviene matizar ciertas cuestiones.

Tras la publicación DSM-III⁸⁵ comienza a examinarse la posible influencia de los manuales en el incremento de la inflación diagnóstica. Con respecto al DSM-IV⁸⁶, las críticas todavía son cautas, pese a que los datos continúan aumentando. Será tras la divulgación del DSM-5 cuando se comenzará a señalar las posibles consecuencias negativas derivadas de los cambios introducidos en el último manual.

Conviene señalar que existen dos clasificaciones diagnósticas, reconocidas por los organismos pertinentes; el DSM y la CIE. La CIE es la propuesta avalada por la OMS⁸⁷ y el DSM es elaborado y avalado por la APA⁸⁸. Ambos manuales diagnósticos tienen diferentes versiones hasta su última creación, la CIE-10⁸⁹ y el DSM 5. Inicialmente, el DSM estaba vinculado con la zona norte americana y el CIE, con la europea, pero ambas han ido incrementando su ámbito de influencia. Aunque son muy similares, el DSM tiene un mayor uso a nivel académico. Esto se debe principalmente al apoyo brindado por parte de la APA y a las características propias del manual, ya que el DSM tiene un carácter más operativo, en el sentido en que los criterios diagnósticos son concisos y explícitos. Por el contrario, el CIE es más narrativo. *“De este modo, los criterios diagnósticos para la selección y evaluación de los pacientes en los ensayos clínicos publicados en las principales revistas están basados en el DSM, lo que supone una influencia directa para los investigadores clínicos”* (Cruz, Echebarría, Salaberría, 2014, p.71).

Para alcanzar la meta de este escrito se procederá del siguiente modo: en primer lugar, se realizará una aproximación histórica que permita comprender cuál fue el sentido originario de la creación del DSM y cómo se ha ido modificando hasta la última publicación; en

Abstract

The aim of this article is to encourage ethical reflection about DSM-5. Due to the influence that might have the psychiatric manual in the increase of the diagnostic inflation. To pursue that goal, this paper will be approached from an ethical point of view, considering the consequences of the application of the manual could be and the positive and negative aspects of it.

To carry out this business, we will discuss the DSM-5 evaluating their structure and modifications. To point out the changes, we will make a comparison between the DSM-IV, the DSM-IV-TR and the last diagnostic manual.

Since the purpose of the article is to guide the philosophical deliberation, we will offer possible solutions linked to the designated ethical problems. We will finally sum up the article.

Keywords

DSM-5, diagnosis inflation, ethics, prudence and psychiatric diagnosis.

85 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition.

86 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.

87 Organización Mundial de la Salud.

88 American Psychiatric Association.

89 Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, versión nº 10.



segundo lugar, se realizará un análisis del DSM-5, para el que se tendrá en cuenta la estructura del DSM-5 y las modificaciones asociadas con el mismo, estableciendo como referencia comparativa el DSM-IV y el DSM-IV-TR⁹⁰; en tercer lugar, se apuntarán algunos de los beneficios e inconvenientes que presenta el manual; en cuarto lugar, se profundizará en los problemas señalados previamente; en quinto lugar, se ofrecerán algunas propuestas para mejorar los elementos negativos y, finalmente, se concluirá el artículo.

1. El origen del DSM.

Tras la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría adquiere una mayor relevancia. Las repercusiones psicológicas de la guerra en la totalidad de la sociedad y en los combatientes requería de intervenciones centradas en: evitar el aislamiento, prever los posibles traumas derivados de la exposición a situaciones bélicas y de pérdidas constantes, y evitar que los problemas psicológicos interviniesen en la capacidad bélica de los soldados. Se entiende, en este sentido, que la psiquiatría debía tomar parte de la solución de estos problemas. En 1952, la APA, con la colaboración de la Asociación de Veteranos, elabora el DSM (Frances, 2014, p.84). Posteriormente, en 1968, se publica el DSM II. Ninguna de las dos publicaciones tuvo repercusiones en el mundo médico, en el académico o en el conjunto de la sociedad.

90 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision.

Un estudio británico-estadounidense plurinacional presenta una investigación en la que se ofrecen datos que evidencian que las diagnósticos realizadas por psiquiatras de diferentes continentes, difieren sustancialmente, incluso en los casos en los que se evalúa a los mismos pacientes. Esta investigación pone de manifiesto los problemas que la psiquiatría tiene a la hora de realizar diagnósticos y crea una base, para la demanda de una unificación de criterios. Simultáneamente, un psicólogo realiza un experimento con sus alumnos y expone el resultado del mismo. El experimento consistía en que, un grupo de alumnos sin ninguna afección psicológica, acudiese a diferentes áreas de urgencias, fingiendo tener un determinado cuadro clínico psiquiátrico. Todos los alumnos participantes en el ejercicio fueron erróneamente tratados y diagnosticados. Este hecho puso en cuestión la arbitrariedad de los criterios diagnósticos utilizados por los psiquiatras (Frances, 2014, p.85). Ambas circunstancias ponen en entre-dicho, a la psiquiatría como disciplina y como ejercicio profesional.

En este contexto, Robert Spitzer, psiquiatra investigador de la Universidad de Columbia, inicia una investigación cuyo objetivo final es la creación de una metodología que permita consolidar una diagnosis sistemática y fiable. Para ello establece: criterios sintomáticos de diagnóstico, instrumentos semi-estructurados que guíen las evaluaciones psiquiátricas, así como el uso de una terminología uniforme (Frances, 2014,

p.85-87). Las aportaciones de la psiquiatra repercutirían en la investigación, la formación y la inversión económica. En 1975 la APA, le encarga la redacción del DSM-III.

El DSM-III fue clave para el aumento de las investigaciones en psiquiatría, porque pretendía unificar criterios diagnósticos. Para conseguir este objetivo se eliminaría la relevancia de la etiología de las enfermedades y se focalizaría en la sintomatología. Este es uno de los aspectos más significativos en los DSM, ya que su objetivo es evitar la discordancia de ideas. Para eludir los conflictos teóricos en la consideración de la etiología de las enfermedades, se aboga por un marco biológico. Esta elección se debe a varios motivos; el primero, porque permite unificar la causalidad, y, el segundo, al permitir una cercanía teórica, respecto de la medicina.

En este sentido, se puede decir que:

El DSM-III acabaría con la anarquía diagnosticadora, centraría su atención en la diagnosis cuidadosa como prerrequisito necesario para seleccionar un tratamiento más preciso y específico, y construiría además un puente muy necesario entre la investigación clínica y la psiquiatría clínica” (Frances, 2014, p.87).

En 1987, se realizaría el DSM-III-TR⁹¹, la revisión del

91 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Text Re-



anterior. El objetivo, en este caso, era crear una tabla periódica de los trastornos que favoreciese la investigación clínica y científica. El problema fue que se concibió el DSM-III como “[...] la salvación de una psiquiatría basada en la ciencia [...]. El DSM-III era esencial porque sistematizaba la diagnosis y el tratamiento de los trastornos mentales” (Frances, 2014, p.90). Y esto provocó la consideración del DSM-III como:

[...] la Biblia de la psiquiatría, excluyendo otros aspectos de la especialidad que no deberían haber quedado ocultos bajo su sombra, pero lo hicieron. La diagnosis debería ser sólo una parte de una evaluación completa, pero, en lugar de ello, pasó a ser lo dominante. Comprender al paciente en su totalidad se reducía a menudo a ir marcando todos los elementos de una lista (Frances, 2014, p.91).

En 1994, se publicará el DSM-IV, que tenía como objetivos: el rigor, la transparencia y la objetividad. Las fases para realizarlo fueron las siguientes: en primer lugar, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la que se plantearon las fuentes de consulta, los datos científicos y las posibles consecuencias negativas de las modificaciones realizables respecto del DSM-III. En segundo lugar, se desarrolló un análisis de contra-datos⁹² y, finalmente, se realizaron pruebas de campo, respecto de los doce

vision.

92 Los contra-datos son las informaciones y datos aportados por científicos del mundo, que trabajen este tema y que todavía no habían sido analizados.

trastornos que pretendían modificarse. Para ello era necesario presentar alternativas y probar su efectividad. En este caso sostiene Allen Frances “*Consideráramos el DSM-IV, como una guía, no como una biblia; una recopilación de conceptos diagnósticos temporalmente útiles, no un catálogo de enfermedades “reales”*” (Frances, 2014, p.97).

Ahora el DSM-IV, también tuvo problemas en su aplicación, ya que los profesionales lo utilizaban como un manual inmutable e incuestionable de enfermedades y no como una guía para la realización de las diagnosis. A este problema se añadiría la presión de la industria farmacéutica, que convertiría, tres años después de la publicación del DSM-IV, a EE. UU en el único país del mundo en el que es posible realizar marketing directo⁹³. Como consecuencia “*Al poco tiempo las ondas y las imprentas se llenaron de brillantes imágenes engañosas que afirmaban que los problemas cotidianos eran en realidad trastornos psiquiátricos no identificados*” (Frances, 2014, p.97).

En este sentido, el DSM-IV acrecentó las posibilidades de la inflación diagnóstica, ya que “*no salvaba a las personas normales; ni si quiera las protegía demasiado bien*” (Frances, 2014, p.97).

En el 2000, se realizó la revisión del DSM-IV, el DSM-

93 El marketing directo es la publicidad dirigida directamente a los consumidores sobre medicamentos que requieren de prescripción médica para ser administrados.

IV-TR y, en 2013, finalmente se publicó el DSM-5.

2. El DSM-5.

En este apartado se señalarán las principales características del DSM-5.

2.1- Estructura del DSM-5.

El DSM-5 está conformado por una introducción en la que se establece la clasificación del manual y un prefacio. Posteriormente, consta de tres secciones: la primera hace referencia al uso clínico y forense, la segunda son criterios y códigos de los trastornos, y la tercera son medidas dimensionales para la evaluación de síntomas (Cruz, Echebarría, Salabería, 2014, p.67). Cada una de estas secciones está conformada por los siguientes apartados:

Sección I: Introducción, usos del manual y sugerencias para el uso forense del DSM-5.

Sección II: Trastornos del Neurodesarrollo, Espectro de Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos, Bipolaridad y trastornos relacionados, Trastornos depresivos, Trastornos de ansiedad, Trastornos Obsesivo-Compulsivos otros relacionados, Desórdenes de Estrés y Trauma y otros relacionados, Trastornos Disociativos, Trastornos de Síntomas Somáticos y otros relacionados, Trastornos de Alimentación, Eliminación de Trastornos, Trastornos del Sueño, Disfunciones Sexuales, Disforia por Género, Trastornos de conducta, Impulso-Control y Disruptiva, Trastornos

relacionados con sustancias y Trastornos adictivos, Trastornos Neurocognitivos, Trastornos de Personalidad, Trastornos Parafilia, Otros Trastornos mentales, Trastornos del movimiento inducidos por fármacos y otros efectos adversos de la medicación, Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Sección III: Medidas de evaluación, Formulaciones Culturales, Modelo alternativo del DSM 5 respecto de los Trastornos de Personalidad y Condiciones de estudio adicional.

Tras las Secciones hay un Apéndice en el que se realiza una comparativa con el DSM-IV y se pone en relación la organización del DSM-5 con la clasificación ICD-9-CM y con el ICM-10-CM. Finalmente, se habla de los colaboradores y asesores en la elaboración del DSM 5 y se cierra con un índice (APA, 2013).

• Modificaciones en la

estructura⁹⁴(Cruz, Echebarría, Salabería, 2014, p.67).

- Se elimina el sistema multiaxial.⁹⁵
- Reorganización de los capítulos.
- Introducción de un enfoque dimensional en el que se incorporan niveles o grados (leve, moderado, severo) en ciertos cuadros clínicos como Depresión o Trastornos Adictivos.
- En la Sección II se introduce una escala de evaluación de la Discapacidad. Esta escala es propuesta por la OMS y establece 36 ítems. Su objetivo es evaluar la capacidad del sujeto para llevar a cabo actividades en seis áreas; comprensión, comunicación, movimiento, autocuidado, relación con otras personas, actividades cotidianas y participación en la sociedad.

94 Las modificaciones se establecen realizando una comparativa con DSM-IV y el DSM-IV-TR.

95 EL sistema multiaxial era el método clasificatorio y organizativo utilizado en las versiones anteriores al DSM 5.

- Se introduce una versión de la escala para infancia y adolescencia.

- La organización de los capítulos tiene en consideración el ciclo vital, ya que los cuadros clínicos que aparecen en los inicios de las fases evolutivas, están vinculados con el neurodesarrollo y situados al principio del manual. Posteriormente aparecen los trastornos que guardan una mayor relación con la adolescencia y la juventud (ansiedad, Trastornos alimenticios, etc.) y finalmente aquellos que tengan que ver con la vejez y por ello con los aspectos neurocognitivos.

2.2. Novedades diagnósticas específicas en el DSM-5 (de los grupos más significativos) respecto del DSM-IV y del DSM-IV-TR.

A continuación, se presenta una tabla comparativa que permite visualizar los principales cambios realizados en el DSM-5.

Tabla 1: Análisis del DSM 5

TIPO DE T ⁹⁶ .	DSM-IV; DSM-IV-TR	DSM-5
Infanto-juvenil	- T. Inicio de infancia, niñez y adolescencia. - Denominación de retraso mental. -T. Generalizados del desarrollo.	- T. De neurodesarrollo. - Denominación de discapacidad intelectual. - Incorporación dentro de t. Del espectro autista.
Tdah	- 12 Síntomas de diagnóstico. - Diagnóstico incompatible con autismo.	- 7 Síntomas de diagnóstico. - Reducción de los síntomas para edad adulta. - Se puede diagnosticar conjuntamente con autismo.

TIPO DE T.	DSM-IV; DSM-IV-TR	DSM-5
Espectro esquizotípico personalidad	Considerado fuera del espectro esquizofrenia.	Considerado dentro del espectro esquizofrenia.
T. Ansiedad cuadros clínicos	- Tept - Toc	- Reagrupación de t. Diferentes. - Exclusión de tept y toc. Inclusión en nuevo capítulo. El objetivo es resaltar su carácter específico.
T. Obsesivo compulsivo	Capítulo inexistente. No tratamiento específico. - T. Acumulación es un síntoma de toc.	- Inclusión de: toc, t. Excoriación o t. Acumulación. - T. Acumulación pasa de síntoma a t.
T. Estrés y trauma	Capítulo inexistente. No tratamiento específico.	- Inclusión tept con 4 grupos de síntomas y se introducen diferentes criterios para $x < 7$ años. - T. Adaptativos y de estrés agudo. - T. Relacionados con los comportamientos. Sociales (desinhibición, conducta temeraria etc.) - T. Relacionados con elementos internos.
T. Depresivos y bipolares	- No incluye el duelo.	Se incluye: - T. Depresión mayor. - Disemia ⁹⁷ . Creación de nuevos cuadros clínicos: - T. Disfórico pre-menstrual. - T. Estado de ánimo disruptivo y no reglado (enfocado en infantes hasta 18 años). - Incluye el duelo.
T. Alimentación y conductas alimenticias	- T. Pica y rumiación incluido en infancia y adolescencia. - Criterio de amenorrea en anorexia nerviosa.	- T. Evitativo o restrictivo de la ingesta. - T. Atracón. - T. Pica y rumiación, adultos. - Eliminación criterio de amenorrea ⁹⁸ en anorexia nerviosa.

96 La nomenclatura T. será utilizada para referirse a trastorno.

97 Disemia se entiende como la dificultad del sujeto para interpretar el doble lenguaje de otro. Sea oral, corporal o de otra índole.

98 Restricción o eliminación de los ciclos normales de menstruación.



TIPO DE T.	DSM-IV; DSM-IV-TR	DSM-5
T. Relacionados con sustancias	<ul style="list-style-type: none"> - Denominación dependencia. - T. Patológico (denominado de juego en dsm-5) incluido en el capítulo de t. Control impulsivo. - Diferenciación entre abuso y dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliación de este capítulo a t. Adictivos y relacionados con sustancias. - Denominación de conducta adictiva. Aplicable a otras sustancias como medicamentos y otras conductas. - T. Juego. - T. Uso sustancias. No se especifica la diferencia entre abuso y dependencia. - Se iguala la sintomatología en el caso de sustancias y conductas. Se entiende que el sistema de recompensa cerebral que produce la sensación de placer, funciona igual en ambos casos.
T. Neurocognitivos	- T. Amnésicos y demencias	<ul style="list-style-type: none"> - Se mantiene del dsm- iv-tr. T. Amnésicos y demencias. - T. Neurocognitivo leve o severo.
T. Sexuales y de identidad	<ul style="list-style-type: none"> - Hay tres capítulos dedicados a este trastorno. - T. Identidad sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nueva clasificación de disfunciones sexuales. De forma descriptiva, según duración y gravedad - Eliminación de t. Aversión al sexo. Se unifica con dispareunia⁹⁹ y t. De penetración y dolor genital. - T. Disforia de género sustituye al t. Identidad sexual. - T. Parafilico¹⁰⁰.
T. Control de los impulsos disruptivos y de conducta	<p>⁶Capítulo inexistente ⁷específicamente. ⁸Pero que hace referencia al capítulo 2, relacionado con : t. Autocontrol, t. Emocional, conductual y verbal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - T. Explosivo intermitente. - T. Negativista desafiante, t. Conducta y t. Conducta disruptiva (antes sólo infancia y adolescencia). - T. Conducta antisocial de la personalidad.
T. Personalidad		Se mantiene igual, pero se incluye en el eje ii.

Fuente: (Cruz, Echebarría, Salabería, 2014).

El último aspecto diferencial que es necesario mencionar es el que se produce en la Sección III. En esta parte del DSM-5, en uno de los apartados, se propone un modelo alternativo para clasificar los Trastornos de Personalidad. El objetivo de la nueva propuesta es la introducción del Trastorno de

Personalidad-Raso, que se aplicaría a aquellas personas cuyos síntomas no son coincidentes en su totalidad con el Trastorno de Personalidad. Esta modificación afectaría a sujetos que producen un daño causado por la personalidad y a aquellos cuyos rasgos de personalidad son patológicos. Como se verá en el apartado siguiente, la incorporación de este trastorno tiene consecuencias problemáticas (Cruz, Echebarría, Salabería, 2014, p.70).

3. Potencialidades y problemáticas del DSM-5

El objetivo de este apartado es poner de manifiesto las aportaciones y limitaciones más relevantes del DSM-5.

3.1. Potencialidades

1) La incorporación de la escala acuñada por la OMS, aplicable a discapacidad, permite

99 Coito doloroso en hombres y en mujeres.

100 Novedad de trastorno que considera la parafilia como causante del malestar del sujeto y/o otros.



especificar los diagnósticos. Esto se produce por la diferenciación de las áreas de evaluación. En este caso, el diagnóstico específico puede permitir crear un tratamiento adecuado a cada circunstancia.

2) La consideración del ciclo vital en la organización de los capítulos, facilita la comprensión ya que crea una categorización más acorde con los procesos naturales de desarrollo de los seres humanos.

3) La unificación de criterios favorece la investigación científica.

3.2. Limitaciones y aspectos problemáticos.

1) Uso del concepto de trastorno y no del de enfermedad.

2) Mantenimiento simultáneo del modelo alternativo de clasificación de Trastorno de Personalidad y del modelo categorial de Trastorno de Personalidad (Cruz, Echebarría, Salabería, 2014, p.71).

3) Centrado exclusivamente en la sintomatología y por tanto exclusión de otros factores de influencia.

4) Comprensión biológico-médica de la enfermedad mental.

5) Arbitrariedad en la incorporación de los nuevos trastornos.

6) Falta de transparencia en la realización de las investiga-

ciones, la metodología empleada, las fuentes, la bibliografía y las evaluaciones.

7) Falta de transparencia en la financiación del Manual Diagnóstico.

8) Incorporación de la conducta adictiva.

9) Introducción categorial de grados en algunos de los trastornos.

10) Calificación errónea de enfermedad médica como Trastorno mental.

4. Consecuencias negativas

En el punto anterior se han expresado las limitaciones que el DSM-5 presenta. La finalidad de este apartado es expresar las consecuencias negativas derivadas de las problemáticas señaladas anteriormente.¹⁰¹ Es necesario señalar que se ofrece esta matización, porque hay que diferenciar lo que son los problemas del DSM-5, como manual, de las consecuencias negativas que esto genera. Esta diferenciación es necesaria porque serán estos efectos, los que presentarán un interés, desde un punto de vista ético y filosófico. Y es sobre estos resultados que la ética puede reflexionar y proponer mejoras.

1) En el Manual Diagnóstico se habla de trastorno y no de enfermedad, porque el concepto de enfermedad tiene una serie de

implicaciones teóricas que pretenden eludirse. Usar el concepto de enfermedad implica hablar de etiología y en esta área no existe un consenso. De manera que, para evitar esa dificultad, se opta por hacer exclusiva referencia a la sintomatología. La consecuencia de esto es que el manual tendrá un papel descriptivo, pero no profundizará en otras cuestiones como: las causas de la enfermedad mental o los tratamientos, por ejemplo. Este aspecto se desarrollará en el punto 3.

2) La combinación simultánea de un modelo alternativo para la categorización de los Trastornos de Personalidad, conjuntamente con una clasificación categorial de los Trastornos de Personalidad potencia la comorbilidad¹⁰² y la multiplicidad diagnóstica en los pacientes. Más del 50% de los pacientes diagnosticados en el Eje I, también son diagnosticados en el Eje II (Pailhez, Palomo, 2007, p. 90).

Es decir que “[...] los pacientes con TLP tienen más posibilidades de recibir un mayor número de diagnósticos que los pacientes sin este diagnóstico, de tal modo que un 80-90% de los pacientes con TLP u otros trastornos de la personalidad tienen un diagnóstico adicional y un 40% tiene 2 o más diagnósticos adicionales” (Pailhez, Palomo, 2007, p. 93). Esto significa que habrá pacientes que recibirán simultáneamente

¹⁰¹ Existe una relación numérica entre las limitaciones señaladas y los aspectos problemáticos derivados de las mismas.

¹⁰² Comorbilidad es comprendida como la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales



diferentes diagnósticos. Esto es problemático por varios motivos: en primer lugar, porque si el diagnóstico es múltiple, también lo será el pronóstico y el tratamiento. Esta circunstancia podría dificultar la recuperación del paciente, así como dañar su salud, en los casos en los que el tratamiento sea una combinación de medicamentos. En segundo lugar, aparece el problema del estigma, derivado de la obtención de un diagnóstico múltiple. Este hecho dificultará las posibilidades del sujeto de tener un pronóstico positivo y puede fomentar la

[...] pérdida de la libertad personal, la sujeción a entornos o tratamientos psiquiátricos con potencial nocivo, el “etiquetaje” irreversible o duradero y la consecuencia de las desventajas sociales y legales (Santander, 2000, p.114).

Al mismo tiempo, los sujetos pueden ocultar información, en relación a sus síntomas, por miedo a recibir un diagnóstico múltiple. Teniendo en cuenta lo que esto significa. En consecuencia, la omisión de información podría afectar a la obtención de un adecuado diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Tal y como se ha mencionado previamente, el DSM es un Manual Diagnóstico que se centra en la nosología¹⁰³. El problema es que la sintomatología permite evaluar genéricamente

103 La nosología es una parte de la medicina que se centra en describir y clasificar las enfermedades.

las diagnosis de los pacientes, pero no clarifica los tratamientos ni las causas de las enfermedades. Tal y como sostiene Chodoff, “[...] el DSM de la American Psychiatric Association define las enfermedades mentales describiendo sus rasgos clínicos, que en general son signos o síntomas conductuales fácilmente identificables” (Chodoff, 2001, p.192). Esta circunstancia se produce por varios motivos. La primera explicación es la búsqueda de cohesión. Hablar de síntomas permite crear un marco teórico en el que la comunidad psiquiatría esté de acuerdo, lo cual no ocurre si se habla de etiología. Es decir, “Las nosologías psiquiátricas tienen diversas ventajas, como son facilitar la comunicación entre profesionales, utilizando un lenguaje común, y unificar los criterios de investigación clínica en los diferentes países” (Cruz, Echebarría, Salaberría, 2014, p.71). Por lo tanto, centrar la atención de la diagnosis, en la sintomatología, es una estrategia que puede derivar en consecuencias negativas, ya que no investigar las causas de las enfermedades, el alcance de las mismas y la consideración de la salud mental, en un sentido amplio, puede limitar la capacidad de acción de la psiquiatría.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta cuáles son las consideraciones teóricas que sustentan esta posición. Podrían destacarse tres: la pretensión científicista¹⁰⁴, el modelo biológico-médico y el concepto biológico de salud¹⁰⁵. El modelo biomédico comprende que “Las enfermedades se caracterizan mediante su separación de otras afecciones valoradas negativamente por la existencia de trastornos científicamente definidos por las funciones corporales o mentales” (Chodoff, 2001, p.177). La psiquiatría asume esta consideración y la aplica al área de la salud mental. Hay que mencionar que en el DSM el concepto de salud que se utiliza es el biológico, ya que comprende el trastorno mental como:

[...] un síndrome o un patrón comportamental o Psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (ej: dolor), o a una discapacidad (ej: deterioro en una o varias áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad (Santander, 2000, p. 37).

Otra de las consecuencias de la exclusión de las investigaciones referentes a la etiología o epidemiología, es que se limita la capacidad de influir en la disminución de la influencia de la enfermedad mental. Ya que ésta no sólo ha de combatirse mediante trata-

apropiado para abordar el ámbito de la psiquiatría. Este hecho tiene una pretensión científicista y no científica, ya que la consideración de ciencia es aplicable a las ciencias sociales, humanas y de la salud, y se entiende que éstas, pese a tener diferentes objetos de estudio y metodologías diferenciadas, no pretenden soslayar el resto de áreas de conocimiento.

105 La explicación respecto de la problemática del concepto biológico de salud se abordará en el capítulo 3.



mientos, sino también mediante políticas de promoción de la salud, en las cuales es conveniente incorporar este tipo de factores, en pro de mejorar la comprensión del alcance real de la enfermedad, de los aspectos que en ella intervienen y, por lo tanto, de las posibilidades efectivas de intervenir en todas estas circunstancias. Sobre esto sostiene Allen Frances que es necesario incluir a otras especialidades del área de la salud mental, ya que los psiquiatras representan sólo al 7% de los profesionales que intervienen en este ámbito (Frances, 2014, p. 258).

En el punto inmediatamente anterior se ha hecho referencia al uso de un modelo médico y de un concepto biológico.

[...] en el modelo biológico los problemas de un paciente se entienden, al menos en gran parte, como resultado de un trastorno orgánico, que pudiera estar relacionado con un problema físico o Fisiológico concomitante, o bien se entienden como un trastorno psiquiátrico funcional caracterizado por la transmisión genética, marcadores biológicos y/o respuesta a tratamiento somático, por lo que postula que pueden tratarse, al menos en parte, mediante agentes psicofarmacológicos u otros tratamientos biológicos (Santander, 2000 p. 31).

Esta consideración supone crear un concepto de enfermedad limitado, que influirá en el tipo de diagnóstico y tratamiento que se proponga. Tal y como se viene poniendo de manifiesto durante todo el capítulo, en el DSM-5 no se incorporan aspectos culturales, sociales, económicos o dicho de

otro modo, no se considera ningún elemento que no sea biológico. Entonces, la información que se obtiene del paciente es inexacta, lo que puede llevar con más facilidad a la realización de diagnósticos erróneos. Esto produce una limitación en la comprensión del alcance de las enfermedades de salud mental. Así mismo, se crea un modelo, en el que no todas las personas van a estar representadas, ya que pueden haber consideraciones de salud mental que varíen en función del contexto cultural, esto es así porque: *“Las culturas difieren enormemente en su concepción de lo que es normal, porque tienen que hacer frente a diferentes retos de la supervivencia”* (Frances, 2014, p. 34). Además de diferentes recorridos históricos respecto de sus modelos de salud. El objetivo no es relativizar el concepto y el modelo de salud mental, sino obtener uno plural e inclusivo, que permita adaptarse o considerar las diferentes circunstancias de los sujetos y de los contextos a los que pertenecen.

Simultáneamente, hay que tener en cuenta el sesgo cultural, que es un aspecto que influye en la relación paciente-psiquiatra y en la diagnosis del sujeto. *“Existen datos que evidencian la presencia de ciertos estereotipos, en función de variables sociodemográficas, que llevan a diagnósticos diferentes ante síntomas similares”* (Santander, 2000, p. 326). Es decir, que debido a las diferencias culturales y sociodemográficas que se dan entre los psiquiatras y los pacientes, puede haber un paciente X con síntomas A diagnosticado con un trastorno D por el psiquiatra

P, y al mismo tiempo un paciente Y, con diferencias culturales o de otra índole, con síntomas A pero diagnosticado con un trastorno C en lugar de D, por el mismo psiquiatra P.

Por ejemplo:

Loring y Powell indican que el género del paciente y del psiquiatra influyen en el diagnóstico, incluso cuando se utilizan criterios diagnósticos concretos. Así cuando el género del psiquiatra y del paciente coinciden, el clínico es más estricto en su diagnóstico (Santander, 2000, p. 327).

Esto significa que en el diagnóstico influyen los factores no biológicos en la consideración del paciente y en la actitud del psiquiatra a la hora de realizar la evaluación diagnóstica. En este sentido, *“[...] Ford y Sborne observan que los psiquiatras consideran a los ancianos menos idóneos para terapia que los sujetos más jóvenes con síntomas similares, asignando un peor pronóstico y menos hincapié en la psicoterapia de los primeros”* (Santander, 2000, p. 328).

Por lo tanto, es importante tener en cuenta los factores culturales, económicos, etc. en todo el marco de la salud mental, ya que afecta a tres niveles: a la consideración de la enfermedad y al modelo de salud mental que se propone, a las causas o factores de influencia y, por lo tanto, a las posibles intervenciones de mejora, y a la relación psiquiatra-paciente.

Al mismo tiempo, si se considera que el problema sólo

afecta al sujeto desde un punto de vista biológico y si se entiende que la mejor intervención (siguiendo un modelo médico) es la eliminación de síntomas, entonces es difícil proponer un tratamiento que no pase por una intervención psicofarmacológica. En este sentido se dificulta la limitación del riesgo de la medicalización de los pacientes.

5) El DSM-5, tal y como se ha apreciado previamente, ha introducido nuevos trastornos en diferentes ejes, el problema es que no ha ofrecido una explicación justificada¹⁰⁶. La arbitrariedad en la inclusión de los nuevos trastornos se debe a varias causas. La primera es el uso de un concepto de trastorno laxo y poco definido. Si no existe un concepto claro y limitado respecto de la idea de trastorno, entonces no se puede establecer una criba en la que se determine qué debe considerarse trastorno y qué no. Esto provoca la incorporación de nuevos trastornos, sin una clara justificación de la adecuación de los mismos al concepto generalmente estipulado. Si no se aplica un concepto claro y definido respecto de la enfermedad mental y en relación a los nuevos trastornos propuestos, entonces es posible contribuir al incremento de los diagnósticos.

No disponer de una definición útil de trastorno mental crea una enorme brecha en el centro de la clasificación psiquiátrica que da como resultado dos interrogantes sin respuesta: cómo decidir qué

trastornos hay que incluir en el manual de diagnóstico y cómo decidir si un individuo determinado padece un trastorno mental (Frances, 2014, p.37).

Si no se dan definiciones concretas que permitan discriminar de forma clara los casos a los que se podría aplicar la definición, entonces hay un mayor espectro de población susceptible de encajar en los criterios diagnósticos. Por ejemplo: el Trastorno por Atracón se ha definido de forma imprecisa como “comida excesiva 12 veces en el plazo de 3 meses” (Cruz, Echebarría, Salaberría, 2014, p.70).

En este sentido, se incrementará la inflación diagnóstica de sujetos nuevos y de sujetos con múltiples diagnósticos. Y si hay un marco amplio de pacientes en potencia, también hay un posible espectro de consumidores de farmacología. El peligro, por lo tanto, no es el uso de un tratamiento de farmacología, sino el uso de éste cuando los pacientes sobre los que se aplica no son claramente diagnosticados y, por lo tanto, no pertenecen al grupo de población que tiene un problema de salud mental grave, sino que se corresponden con aquellos pacientes que han sido considerados como enfermos de forma poco clara. “*La diagnosis demasiado vaga está provocando una sobredosis nacional de medicación.*”

El 6% de los ciudadanos es adicto a los fármacos, y, actualmente, hay más visitas a los servicios de urgencias y más muertes a causa de los medicamentos que a causa de las drogas ilegales compradas en la calle (Frances, 2014, p. 13).

Esta circunstancia pone de manifiesto la necesidad de reflexionar sobre los conceptos utilizados para definir el concepto general de salud mental, de normalidad y de cada uno de los trastornos estipulados. “*Por muy difícil que sea de definir, el trastorno psiquiátrico es una realidad demasiado dolorosa para quienes la sufren y para quienes los atienden. [...] Cualquiera de los extremos es igual de peligroso: un concepto expansivo de trastorno mental que elimine la normalidad o un concepto expansivo de normalidad que elimine el trastorno mental*” (Frances, 2014, p. 19).

Por lo tanto, la psiquiatría tiene que reflexionar no sólo sobre la sintomatología, sino que debe plantearse qué tipo de concepto de salud mental va a emplear y qué consecuencias puede suponer. Es necesario diferenciar entre la salud y la enfermedad, ya que patologizar la normalidad favorece la inflación diagnóstica, estigmatiza y somete a circunstancias negativas a personas sanas. Aquí se presentan algunas de las definiciones aportadas en los nuevos trastornos; Duelo (estado de ánimo afectado tras la pérdida de un ser querido); Trastorno por atracón (ingesta puntual excesiva de comida); Trastorno Neurocognitivo leve (entendido como la pérdida de memoria relacionada con las etapas iniciales de envejecimiento), etc. Esto implica una dificultad añadida que tiene que ver con la corrección o inadecuación de los nuevos trastornos. Si no hay una norma que permita discernir qué está bien y qué está mal, entonces resulta

106 La comprensión de la explicación justificada se abordará en el apartado inmediatamente siguiente, como propuesta de control de este problema.

muy complejo valorar y mejorar las propuestas realizadas.

La segunda causa de la arbitrariedad de inclusión de los nuevos trastornos, se debe a la falta de aportación de información que justifique la inclusión de los mismos. Esto a su vez implica otros problemas como los conflictos de intereses y el sobre-diagnóstico. Ya que si no existen evidencias o criterios contrastables que demuestren la necesidad de introducir nuevos trastornos, entonces, es más complejo evitar que los motivos por los cuales se incorporan no respondan a intereses particulares. Cuando esto ocurre, se someten los bienes internos de la profesión a los bienes externos y se corrompe el ejercicio de la psiquiatría.

6) En el DSM-5 no se clarificó ni la metodología empleada ni los criterios de la misma. Además, el proceso de investigación y redacción fue cerrado y hermético, lo que impidió la realización de cualquier tipo de feedback, por parte de otros investigadores y profesionales. Allen Frances sostiene que el proceso de creación del DSM-IV fue abierto y flexible, ya que se invitó a la participación a todos aquellos que quisiesen contribuir o cuestionar alguna de las decisiones tomadas. El autor señala que este aspecto fue positivo, ya que los feedbacks de los compañeros de profesión y expertos en el tema, les permitía profundizar, repensar y agudizar las explicaciones de aspectos que no fuesen claros. Este es precisamente, señala el autor, uno de los problemas del DSM 5 que “[...] hasta el final, fue hermético y

cerrado a correcciones externas” (Frances, 2014, p. 97).

7) La falta de transparencia respecto de la financiación es un hecho que debe ser tenido en cuenta. Tras la realización de un estudio posterior a la publicación del DSM-IV, se puso de manifiesto que el 56% de los participantes en la elaboración del Manual Diagnóstico, tenían alguna relación económica con la industria farmacéutica (Frances, 2014, p. 97) Es cierto que este hecho no prueba que dichos participantes actuaran de forma fraudulenta, pero sí pone de manifiesto la necesidad de preguntarse por los conflictos de intereses en la redacción de los DSM y el papel de influencia de la industria farmacéutica.

8) En el DSM-5 se introduce el concepto de comportamiento adictivo:

La base de esta propuesta radical es que el comportamiento compulsivo es equivalente al uso de sustancias y es causado por los mismos centros cerebrales del placer. (Frances, 2014, p.226).

La idea de introducir esta concepción, es entender en términos exclusivamente biológicos la conducta adictiva y ampliar el marco de aplicación. El objetivo es expresar en términos neurocientíficos, la búsqueda reiterada del placer. El problema de este concepto es que no permite establecer una diferencia entre

“[...] personas cuyo sistema normal y previsible del placer queda

anulado y realizan la conducta una y otra vez a pesar de la falta de recompensa a corto plazo y de las terribles consecuencias negativas” (Frances, 2014, p.227); y personas que realizan de forma repetida conductas en busca de placer, pero que no se producen así mismos u a otros daños.

La falta de especificación y claridad respecto de este concepto provoca que sea aplicable a todo tipo de actividades en busca de placer: tomar el sol, usar el móvil, comer chocolate, etc. La conducta se transforma en trastorno, generando un posible incremento de diagnósticos. Este hecho vuelve a poner de manifiesto la necesidad de clarificar los conceptos empleados.

9) La introducción de grados en ciertos trastornos debe analizarse desde el mismo ángulo que se ha planteado durante todo el capítulo. Los grados deben estar lo más especificados posibles y no deben patologizar la normalidad. El nivel severo o medio estarían menos cuestionados. El problema se produce con el nivel moderado o leve, ya que, si es confuso o demasiado amplio, puede afectar al rango de las personas sanas. Por ejemplo, en el caso del Trastorno Neurocognitivo leve, que se aplica como fórmula de detección precoz en enfermedades neuro-degenerativas como alzhéimer, demencia, etc. También podría aplicarse a sujetos sanos que sufren ciertas pérdidas de memoria o de capacidades motoras o cognitivas leves a causa del proceso natural de envejecimiento.



10) La psiquiatría es una disciplina médica y en ocasiones es complejo establecer los límites de cada una de ellas. Hay circunstancias en las que una enfermedad médica puede ser confundida con una enfermedad mental y viceversa. Allen Frances menciona cuatro causas fundamentales (Frances, 2014, p.230). En primer lugar, sostiene que hay enfermedades médicas que tiene síntomas físicos graves (como la fibromialgia, la fatiga crónica, la cistitis intersticial, etc.), pero no una patología clara, por lo que pueden ser confundidos sus síntomas o identificados como imaginaciones de los sujetos. En segundo lugar, hay enfermedades médicas que pueden presentar síntomas desconocidos durante un tiempo prolongado hasta que se ponga de manifiesto la causa subyacente. Esto puede ocurrir en casos como: la esclerosis múltiple, el lupus, la artritis reumatoide, los tumores cerebrales etc. Por lo tanto, en estos casos, también se puede producir una confusión a la hora de realizar un diagnóstico. En tercer lugar, hay que comprender que las personas con enfermedades graves (cáncer, trasplantes, enfermedades cardíacas etc.) suelen estar preocupadas por su estado de salud físico y mental; sería por lo tanto conveniente, ser prudentes, en la aplicación de diagnósticos psiquiátricos en sujetos que padezcan enfermedades graves. En último lugar, se va a explicar el efecto contrario, es decir, aquellas circunstancias en las que una persona que padece una enfermedad de salud mental es diagnosticada erróneamente, con una enfermedad médica. Esto se debe a que, en ocasiones,

los trastornos psiquiátricos presentan síntomas somáticos que pueden ser confundidos con enfermedades médicas. Suele ocurrir con casos de ataques de pánico, ansiedad y también con la depresión. El problema es que, esta dificultad existente, previamente a la redacción del DSM-5, se ha visto acrecentada, debido a la inclusión del Trastorno de somatización. La falta de claridad entre los límites de la medicina y la psiquiatría, en los casos que se ha comentado, junto con la inclusión de nuevo diagnóstico puede favorecer el aumento de las calificaciones diagnósticas erróneas. De hecho:

Las propias pruebas de campo del DSM 5 reflejaron resultados bastante aterradores. Uno de cada seis pacientes con cáncer y enfermedades coronarias cumplía los requisitos establecidos por el DSM 5 para padecer “trastorno de somatización” lo mismo sucedía en uno de cada cuatro de pacientes de fibromialgia o colon irritable. [...] lo mismo puede decirse de una de cada diez personas “sanas”. (Frances, 2014, p.232).

En este apartado se han especificado los problemas derivados de limitaciones o elementos inadecuados presentes en el DSM 5. Finalmente, todos ellos hacen referencia al mismo hecho: la aplicación errónea del diagnóstico psiquiátrico, tomando como punto de partida del DSM-5. Circunstancia que puede ser relacionada con la inflación diagnóstica.

5. Propuestas de mejora.

El objetivo de este apar-

tado es ofrecer propuestas de mejora referidas a los problemas planteados previamente. Son sólo sugerencias que, de hacerse efectivas, requerirían una mayor profundización y clarificación. La finalidad de este apéndice no es poner solución a todos los inconvenientes señalados, sino apuntar las posibles líneas de modificación. Existe una correspondencia numérica entre el problema señalado y la sugerencia de mejora.

1) Además de los psiquiatras participantes en la creación del DSM-5, se propone incorporar un grupo interdisciplinar encargado de profundizar en los conceptos utilizados. La finalidad de este grupo sería elaborar un informe en que se analizase cada una de las dos opciones. En éste, se valorarían las consideraciones, implicaciones y consecuencias que las dos opciones podrían tener y finalmente se argumentaría en favor de una de ellas.

2) Para evitar el diagnóstico múltiple y la comorbilidad, deben eliminarse aquellos cuadros clínicos que se solapan. Hay que considerar que en cada diagnóstico existe una probabilidad de comorbilidad asociada. Para que este aspecto no se confunda con la multiplicidad diagnóstica se propondrán dos tareas diferenciadas. Primero se realizaría un análisis individual de cada uno de los trastornos en el que se valoren los posibles diagnósticos asociados al mismo. En segundo lugar, podría crearse un grupo de trabajo que se dedicase a realizar comparativas entre aquellos trastornos que podrían solaparse y producir



diagnósticos múltiples. En los casos en los que no existan evidencias fehacientes¹⁰⁷ para mantener el trastorno y sí exista una alta posibilidad de que se solape con otro trastorno, produciendo un doble diagnóstico, se optará por eliminar uno de los cuadros clínicos. Aquél que cuente con menor apoyo de datos.

Para abordar aspectos vinculados con la etiología, nosología y la epidemiología, deberían crearse grupos de trabajo interdisciplinar que investigasen estas cuestiones. Tras la indagación de estas temáticas se podría plasmar el resultado de ellas dedicando un capítulo o apartado a cada una de las secciones.

Para que no se convirtiese en un elemento secundario del DSM, cada parte debería tener una dedicación similar, incluyendo la dirigida a la sintomatología. Con el fin de garantizar un trabajo interdisciplinar, los grupos de trabajo deberían intercambiar periódicamente la información y las reflexiones alcanzadas con los otros grupos de trabajo. Esta correspondencia quedaría plasmada a modo de síntesis.

Ampliar el modelo biológico- médico requiere de dos intervenciones. La primera consiste en ampliar este marco teórico, introduciendo en la discusión otras disciplinas. Para ello es necesario optar por un

modelo interdisciplinar en el que intervengan: la medicina, la filosofía, la psicología, la política, y aplicar ese nuevo marco teórico al concepto de salud mental. Este será el segundo ámbito de intervención. Para ello se creará un grupo de trabajo encargado de examinar las diferentes opciones de concepto de salud mental. Tras esta investigación, redactarán un informe en el que se analicen, por separado y de forma comparativa, los conceptos propuestos. De cada uno de ellos se expondrá la información relevante, las implicaciones teóricas y las aportaciones positivas y negativas que puede realizar a la mejora de la salud mental. Finalmente, se argumentará en favor de uno de ellos. La propuesta de este trabajo, es optar por un concepto de enfermedad bio-psico-social.

En lo que se refiere a la introducción de nuevos factores e información respecto del sujeto, hay que considerar el diagnóstico como un proceso social y no simplemente como un momento puntual de identificación de síntomas y catalogación del paciente en función de ellos. Para llevar a cabo esta empreña hay que influir en diferentes niveles. En primer lugar, hay que transformar la idea de diagnóstico. Para ello es necesario modificar el concepto del mismo y el concepto de enfermedad. Será necesario incorporar nuevos actores en el proceso de diagnóstico (trabajadores sociales, psicólogos, antropólogos cuando exista una brecha cultural, sociólogos, filósofos...). La introducción de estos otros perfiles puede aportar la información que falte respecto de las circunstan-

cias del paciente y puede limitar y prevenir la realización de diagnósticos erróneos. Por ejemplo, se podría imaginar una situación en la que el sujeto x va a ser diagnosticado con un cuadro de depresión leve, si se supiese que acaba de perder a un familiar y que además tienen una situación económica muy inestable, ya que estaba cobrando una prestación que llega a su fin, entonces se podría normalizar la situación de estrés, pena o ansiedad que el sujeto puede estar sufriendo. Teniendo en cuenta esta nueva perspectiva, se valoraría si aun asumiendo toda esta información, el sujeto parece tener una afección más allá de su estado transitorio de tristeza; de este modo, se ponderaría si es más o menos efectivo, en este caso en concreto, diagnosticar al paciente con un trastorno psiquiátrico. Tener una información completa (inclusión de factores sociales, psicológicos, económicos, etc.), y particular de cada paciente, puede evitar o limitar la realización de diagnósticos psiquiátricos, en casos poco claros. Finalmente, la idea a la que se remite es al ejercicio de la prudencia.

La posibilidad de introducir nuevos diagnósticos debe estar controlada y clarificada. Para ello se plantea influir en dos ámbitos: uno ya ha sido señalado y tiene que ver con la clarificación del concepto de trastorno; el otro está vinculado con las aportaciones necesarias y suficientes de un nuevo diagnóstico, para justificar su incorporación al DSM. Estos criterios deberían ser transparentes y necesarios. Podrían considerarse aspectos como: una

107 Con evidencias fehacientes se hace referencia a: datos epidemiológicos, estadísticos y de la índole que se considere adecuada, que pongan de manifiesto la existencia de la enfermedad, el alcance de la misma y el beneficio terapéutico.

argumentación coherente que sustente la introducción de los nuevos trastornos, pruebas que pongan de manifiesto el beneficio terapéutico que evidencien, evidencias que sostengan que las consecuencias de la aplicación de los mismos no serán peores que su no aplicación y evaluaciones que pongan de manifiesto si el trastorno se puede solapar con otro o no. En el caso en el que esto ocurra se realizará una valoración comparativa y se optará por uno de los dos (teniendo en cuenta los criterios específicos y los dirigidos a multiplicidad diagnóstica). Para ello debería crearse un comité de expertos que acuerde qué criterios se deben considerar para la elaboración de manuales como DSM o el CIE. Tras la concreción de los mismos debería realizarse una memoria en la que se reflejen todos ellos, y se argumente y evidencie su elección, sobre otros. La pretensión es que estos valores sean aceptados por toda la comunidad científica y académica de forma unitaria. Previamente a la finalización de la memoria, se expondrán y comunicarán los resultados y conclusiones obtenidas a los no participantes en la redacción de esta memoria, de manera que dispongan de un plazo de dos meses para ofrecer un feedback, en el que se puedan reflejar diferencias, mejoras etc. siempre y cuando estén correctamente argumentadas y cumplan los criterios que se estipulen para ello. Tras este período, el grupo de trabajo debe considerar las posibles modificaciones propuestas. Finalmente, tras la incorporación de las mejoras se publicará la memoria de la actividad. En esta debe aparecer de forma transpa-

rente la bibliografía utilizada, la metodología y los criterios de inclusión o exclusión de la misma. También debe presentarse claramente la información respecto de las fuentes de financiación del proyecto y si existe algún caso en el que se produzca un conflicto de intereses.

6) En lo que se refiere a la transparencia de la bibliografía, deberá dedicarse un apartado en el que de forma clara se explique la bibliografía utilizada, la metodología y los criterios de inclusión y exclusión. Igual que en el apartado anterior, hay que fomentar la creación de un proceso abierto, deliberativo y participativo. De manera que, tras la presentación de esta información, las personas interesadas¹⁰⁸ en realizar sus aportaciones, tendrán un plazo de un mes para realizarlas. Las consideraciones propuestas deben estar justificadas. Tras este período el grupo de trabajo de esta área, debe tenerlas en cuenta y decidir de forma acreditada, qué cambios se realizan respecto de la propuesta inicial. En cuanto a los ensayos clínicos y los datos propuestos requieren una reflexión particular a realizar en otro artículo.

7) En el DSM, sería conveniente incluir un apartado en el que se especificasen todos los datos respecto de la financiación de toda la investigación. Al mismo tiempo habría que analizar previamente si es posible que se produjese algún conflicto de intereses con alguno de los par-

¹⁰⁸ Habrá que clarificar qué sujetos y bajo qué criterios pueden participar en este proceso deliberativo.

ticipantes. Para ello se establecerían unos criterios que los componentes deberían cumplir para participar en la elaboración del informe. Algunos de ellos podrían ser: no ser accionista o directivo de una empresa farmacéutica, no recibir sustento económico por parte de la industria farmacéutica etc. Sería conveniente limitar el tiempo de acceso a las empresas farmacéuticas, tras la ocupación de un cargo de relevancia política o médica. El tiempo estipulado podría ser de 3 años.

8) Para evitar el incremento de los diagnósticos referidos a los trastornos por conductas adictivas, habría que diferenciar las conductas adictivas que llevan asociado el consumo de sustancias (alcoholismo, politoxicomanías, etc.) de las conductas adictivas que si suponen un trastorno pero que no está asociadas con el consumo de ninguna sustancia (ludopatía, diógenes, cleptomanía, ninfomanía, etc.) de las conductas que buscan el placer pero no implican ningún trastorno(consumo de chocolate, atracón de diferentes alimentos, culto al cuerpo, uso de tecnologías etc.).

Esta diferenciación se centra en asumir que la búsqueda de placer, no implica en sí mismo un abuso o un trastorno. Debería reflexionarse sobre este aspecto e introducir criterios de diferenciación y/o modificar el concepto.

9) Clarificación de los grados. Evitar patologizar la normalidad y eliminar los grados leves que puedan ser confundidos con conductas de afección

psicológica pero no patológica. Por ejemplo, el grado de depresión leve puede ser confundido con un estado transitorio de tristeza debido a la pérdida de un ser querido. Al igual que en los apartados anteriores, es necesario limitar la acción de crear nuevos trastornos y más en los casos en los que exista puede producirse una confusión con la normalidad. Ante la falta de evidencias y las posibles consecuencias negativas, que pueden generar la incorporación de nuevos trastornos, es preferible no crear nuevos cuadros clínicos patológicos.

10) Aunque no existe un criterio u acción que permita diferenciar los casos médicos de los psiquiátricos, de forma clara, si es posible ser cautos en esos casos e impulsar actitudes de prudencia en los profesionales. La primera acción es eliminar del DSM-5 y de los futuros manuales el Trastorno de somatización. En lo que se refiere a la confusión de aspectos médicos con psiquiátricos, convendría prestar especial atención a aquellos pacientes que padecen enfermedades médicas graves y que presentan posibles cuadros clínicos de trastornos psiquiátricos. En estos casos, habría que observar al paciente durante un tiempo prudente, para poder clarificar si su situación representa una dificultad psicológica no patológica, derivada de padecer una enfermedad médica grave o si realmente debería ser abordado como un problema de salud mental. Conviene señalar que todos los pacientes médicos con dolencias graves requieren una atención psicológica que

les permita sobrellevar su situación de enfermos, pero esto no significa que presenten ningún trastorno que deba valorarse independientemente a esta circunstancia. Este aspecto también podría mejorarse considerando un diagnóstico escalonado, en el que se incorporen diferentes profesionales, en el que se obtenga la mayor cantidad de información posible del paciente y en el que se actúe con prudencia, lo que puede ayudar a prevenir o limitar cualquier caso de error diagnóstico, incluido el de confusión del diagnóstico médico y el clínico.

En el caso de los pacientes que sí presentan cuadros clínicos que requieren un tratamiento específico del área de salud mental, resulta casi imposible percibirlos, ya que puede ser que estén somatizando físicamente los síntomas psicológicos. En este caso, la única opción recomendable es apelar nuevamente a la prudencia de los médicos. Los profesionales que deban realizar diagnósticos, ya sean médicos o psiquiátricos, deberían, en caso de duda, actuar con prudencia y en beneficio del paciente, y consultar a otros profesionales que les puedan orientar en su resolución. En este sentido, la reflexión sobre la formación de los profesionales cobra un papel especial.

Conclusiones

Durante la realización de este artículo se ha analizado y profundizado en las posibles consecuencias negativas que la aplicación del DSM-5 puede tener. Para ello se ha comparado

esta publicación con la de su homólogo anterior.

Las principales limitaciones del DSM-5 son: el uso de concepto de trastorno y no de enfermedad, el mantenimiento de dos modelos categoriales de Trastorno de la Personalidad, la focalización en la sintomatología, la exclusiva comprensión biológico-médica de la enfermedad mental, la arbitrariedad introducción de nuevos trastornos, la falta de transparencia en los datos utilizados y en la financiación, la inclusión del concepto de conducta adictiva y la categoría de grados en algunos trastornos, y la calificación errónea de enfermedad médica como trastorno mental.

Estos problemas han derivado en ciertos conflictos éticos entre los que conviene destacar: la comorbilidad, los conflictos de intereses, el estigma, la patologización de la normalidad, la falta de límites en la influencia por parte de las farmacéuticas, el incremento de diagnósticos erróneos, etc.

Pese a estas dificultades la gran capacidad de síntesis de la sintomatología y el carácter universalista del manual, fundamentan el hecho de que una mejora del mismo es preferible a una eliminación del DSM-5 en su totalidad. Algunas de las propuestas destacadas son: la transparencia en lo que respecta a la bibliografía, metodología, criterios de inclusión y exclusión y conflictos de interés, la adquisición de un concepto de salud bio-psico-social, la incorporación de una mirada interdisciplinar, la



consideración de la etiología y el uso de la ética como herramienta esencial de mejora.

Ahora bien, tal y como se ha ido mencionando a lo largo del

escrito, los factores de influencia de los diagnósticos son múltiples. En ese conjunto de elementos el DSM-5, es un aspecto más de influencia, por lo que conviene seguir reflexionando sobre este

y otros aspectos con el fin de favorecer consolidar una salud mental justa, felicitante, autónoma y corresponsable considerándola un eje esencial de la sociedad.

Bibliografía

- Álvarez, Enrique (2003), «Investigación clínica en psiquiatría», Retos para la Psiquiatría y Salud Mental en España, José Antonio Gutiérrez Fuentes, Juan Carlos Triacastela, p. 89-111.
- Chodoff, Paul (2001), «Mal uso y abuso de la psiquiatría: visión general», La Ética en psiquiatría, Paul Chodoff, Sidney Bloch, Stephen A. Green (eds.), Barcelona, Editorial: Triacastela, p. 57-73.
- Cruz Sáez, Marisol; Echebarría, Enrique; Salaberría, Karmele (2014), «Aportaciones y limitaciones del DSM V desde la psicología clínica.», Terapia Psicológica, Vol. 32, nº 1, p.65-74.
- Frances, Allen (2014), ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría, trad. Jorge Paredes, Barcelona, Ariel.
- Pailhez, Guillem; Palomo Nicolau, Antonio (2007), «Multiplicidad diagnóstica en los trastornos de la personalidad», Psiquiatría Biológica, Vol.14, nº 3, p.92-97.
- Santander, Fernando (coordinador) (2000) Ética y praxis psiquiátrica, Madrid, Asociación española de estudios.
- Documentos Web
- World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and
- Communication (1998), «Glosario de Promoción de Salud», OMS,
- <http://www.who.int/iris/handle/10665/67246>. 24/08/2018 09:46

