



THEORIA. Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia

ISSN: 0495-4548

ISSN: 2171-679X

theoria@ehu.es

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea
España

García Zabaleta, Omar

La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico &

THEORIA. Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia, vol. 34, núm. 3, 2019, Septiembre-, pp. 441-460

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea
Donostia, España

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339767305009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico[&]

(The construction of the DSM: Genealogy of a sociopolitical product)

Omar GARCÍA ZABALETA*

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, España

RESUMEN: El DSM, elaborado por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), es la clasificación de los trastornos mentales más relevante del ámbito académico y clínico. Se trata de un manual que ha ido cambiando con su contexto, pero sus modificaciones no siempre han respondido a avances en el conocimiento científico. El repaso histórico de sus sucesivas ediciones muestra su naturaleza sociopolítica, y que factores de tipo ideológico o político han tenido gran relevancia en su configuración. Estos factores ayudan a explicar las propiedades de la psiquiatría actual que el DSM-5 representa, y a comprender las fuertes críticas que se le dirigen.

PALABRAS CLAVE: clasificación, DSM, psiquiatría, sociopolítica, trastornos mentales.

ABSTRACT: *The DSM by American Psychiatric Association (APA) is the most relevant classification of mental disorders in the clinic and academic field. It is a manual that has been changing according to its context, although not always due to advances in scientific knowledge. The historical review of the manual's successive editions shows its sociopolitical nature. Indeed ideological or political factors have been very influential in its configuration. These factors help to explain the properties of current psychiatry represented by the DSM-5 and understand the strong critiques addressed to it.*

KEYWORDS: *classification, DSM, psychiatry, sociopolitics, mental disorders.*

[&] Este artículo recibió ayuda del proyecto de investigación «Identidad en interacción», financiado por el MINECO del Gobierno de España, ref. FFI2014-52173-P.

* **Correspondencia a/Correspondence to:** Omar García Zabaleta. IAS Centre for Research on Life, Mind and Society, Departamento de Lógica y Filosofía de la Ciencia de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Av de Tolosa, 70 (20080 San Sebastián), España – omar.garcia.zabaleta@gmail.com – <http://orcid.org/0000-0002-8907-5222>

Cómo citar/How to cite: García Zabaleta, Omar. (2019). «La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico»; *Theoria. An International Journal for Theory, History and Foundations of Science*, 34(3), 441-460. (<https://doi.org/10.1387/theoria.19779>).

Recibido/Received: 24 mayo, 2018; Versión final/Final version: 20 julio, 2018.

ISSN 0495-4548 - eISSN 2171-679X / © 2019 UPV/EHU



Esta obra está bajo una licencia
Creative Commons Attribution 4.0 Internacional License

El DSM: La Biblia de la psiquiatría

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, más conocido como DSM —sigla que hace referencia a su denominación original *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*— es probablemente el producto institucional más relevante en el ámbito de la psiquiatría. Creado en 1952 por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) con el objetivo de facilitar el diagnóstico y la comunicación entre las y los profesionales de la práctica clínica, se ha convertido en una referencia internacional para la actividad clínica e investigadora en el área de la psiquiatría y la psicología.

A pesar de que, de manera paralela a su desarrollo, una institución de la talla de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ido publicando ediciones de su Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE —o, en inglés, ICD—, el DSM ha ido ganando terreno paulatinamente hasta el punto de que no son extrañas las referencias a él como «la Biblia de la psiquiatría». Es cierto que las once ediciones de la CIE han sido más utilizadas por los psiquiatras y psicólogos de nuestro continente, a excepción de los españoles, pero en el ámbito académico e investigador la mayor presencia del DSM es difícilmente cuestionable, del mismo modo que lo es su repercusión y poder para establecer categorías y nomenclaturas que trascienden el ámbito de la psiquiatría hasta llegar a la sociedad en su conjunto. Su poder ya no se ejerce exclusivamente en la sociedad americana, sino que se ha expandido a Europa y de manera más reciente a Asia.

Este manual establece la nomenclatura, las categorías diagnósticas, y los criterios para el diagnóstico de éstas en la práctica clínica. Esta nosología tiene un carácter histórico y sociocultural por lo que, inevitablemente, va sufriendo modificaciones a través de los años. Al DSM-I, publicado en 1952, le han seguido otras seis ediciones en 61 años que han ido introduciendo cambios significativos de la una a la otra, reflejo de la naturaleza sociocultural de un manual que no es otra cosa que un producto de las corrientes dominantes en el ámbito psiquiátrico del momento.

No sería equivocado decir que el DSM es al mismo tiempo causa y producto del pensamiento socialmente dominante en lo que a salud mental se refiere en una sociedad determinada, la occidental, en una época determinada. Y su desarrollo a través de diferentes ediciones evidencia, a la vez que impulsa, los cambios producidos en ésta a través de los años —del mismo modo que su expansión internacional es una muestra de la expansión de un pensamiento determinado a otras culturas y sociedades.

En mayo de 2013, la Asociación de Psiquiatría Americana publicó, envuelto en una gran polémica, el DSM-5, que representa el por ahora último producto de este fenómeno. Hasta llegar a este punto, el DSM-II (1968), el DSM-III (1980), el DSM-III-R (1987), el DSM-IV (1994) y el DSM-IV-TR (2000) habían continuado con la saga.

A continuación, se examinará cada una de estas ediciones en relación con el contexto en el que fueron producidas, en un intento por mostrar su carácter histórico y cultural, prestando atención a cómo en cada una de ellas se refleja la influencia de las ideas y valores predominantes en su época y, cómo los significativos cambios realizados en algunas de ellas evidencian los también relevantes cambios producidos en su contexto sociopolítico.

Su predecesor: Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane

Los primeros pasos en la clasificación de las enfermedades mentales en Estados Unidos se remontan al siglo XIX, y se llevaron a cabo mediante la realización de censos por parte de la Oficina del Censo de Los Estados Unidos (*United States Census Bureau*), con el objetivo de recopilar datos estadísticos al respecto. Tal y como señalan Kawa y Giordano (2012, 2), la utilidad de estos datos estaba más orientada a establecer «una política de salud mental para regular el tratamiento de los enfermos mentales institucionalizados que a propósitos de diagnóstico». El primer censo oficial se realizó en 1840, con poco éxito, y fue la décima edición de 1880 la realmente significativa (Grob 1991).

Sin embargo, la primera propuesta elaborada de clasificación de las enfermedades mentales en los Estados Unidos no se dio sino hasta 1918, momento en el que la Oficina del Censo, el Comité Nacional para la Higiene Mental y la Asociación Médico-Psicológica Americana —ahora conocida como APA— publicaron el *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*. Este manual constituía la primera nosología psiquiátrica, de orientación marcadamente biologicista, debido al kraepelianismo dominante de la época, y con un enfoque somático que vinculaba la enfermedad mental a una disfunción orgánica (Kawa y Giordano 2012).

El uso de este enfoque es comprensible al considerar que casi la totalidad de los psiquiatras que elaboraron el manual trabajaban en hospitales mentales, en centros públicos en los que la mayoría de los pacientes que trataban tenían daños orgánicos severos (Grob 1991). El manual diferenciaba veintidós categorías diferentes (American Medico-Psychological Association y National Committee for Mental Hygiene 1918), clasificadas por síntomas y dejando de lado las posibles causas.

Otras nueve ediciones del manual, con la misma orientación, fueron publicadas hasta 1942. A pesar de ello, la utilidad clínica de éste era prácticamente nula, entre otras cosas, por su incapacidad para diferenciar claramente entre síntomas y enfermedades, reconocida por la propia Oficina del Censo. Pero la clasificación era necesaria para la recopilación de datos estadísticos, y ésta fue la función principal del manual durante esta época, ya que su uso entre las y los psiquiatras era muy limitado.

Las críticas al *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* estuvieron presentes durante todo ese periodo, y Adolf Meyer fue la figura más representativa de esta oposición. El psiquiatra suizo reivindicaba la importancia de la historia vital individual, y criticaba por tanto la naturaleza kraepeliana de un manual que no prestaba atención alguna a esas cuestiones. Pese a estos cuestionamientos, el manual se mantuvo prácticamente inalterado en esa época y, como explica Grob (1991), solo la última edición, de 1942, introdujo algunas modificaciones pese a seguir guiado por una perspectiva somática:

La décima edición siguió enfatizando la base biológica de la mayoría de los trastornos mentales pero aprovisionó las psiconeurosis (histeria, estados compulsivos, neurastenia, hipocondrias, depresión reactiva, estado de ansiedad, anorexia nerviosa y psiconeurosis mixta) y los trastornos primarios del comportamiento (inadaptación adulta y trastornos primarios del comportamiento en niños). (Grob 1991, 426-427)¹

¹ Las traducciones de textos originales en inglés han sido realizadas por el autor de este artículo.

DSM I y II: La influencia de la psicodinámica

Tanto la visión de Meyer como el trabajo de Sigmund Freud fueron paulatinamente ganando terreno en la esfera psiquiátrica de la época. Uno de los hechos que más contribuyó a este fenómeno fue la Segunda Guerra Mundial. Esta experiencia transformó la forma de concebir y tratar los trastornos mentales.

La relación de las y los psiquiatras con los militares participantes en el combate tuvo como consecuencia principal el reconocimiento de la relevancia de factores ambientales como el estrés en cuestiones de salud mental. Probablemente, este hecho propició a su vez que visiones que otorgaban un rol más importante a estos factores fueran ganando credibilidad, y los resultados positivos de la psicodinámica en el tratamiento de estos pacientes particulares con traumas neuropsiquiátricos contribuyeron a la expansión del psicoanálisis y la psicodinámica (Kawa y Giordano 2012).

Es en este momento cuando estas teorías empiezan a gozar de un respaldo verdaderamente fuerte, ya que, aunque su origen se encuentra en los primeros años del siglo xx, su presencia en el ámbito psiquiátrico era plenamente marginal hasta el momento. Tras la guerra, la psicodinámica empieza a dominar la psiquiatría, tanto en el ámbito clínico como en el académico; son los jóvenes psiquiatras con esta visión formada en los años de guerra los que se ubican al frente de esta disciplina (Grob 1991) y el proceso se completa en 1946, cuando la *American Board of Psychiatry* la considera oficialmente la escuela de pensamiento líder (Kawa y Giordano 2012).

La influencia más directa en la práctica es que la salud y enfermedad mental empiezan a concebirse como cuestiones graduales, es decir, se deja de considerar la disfunción orgánica como causa única de la enfermedad mental, y la relevancia ganada por los factores ambientales propicia que se preste atención a la experiencia vital y a las emociones del individuo en el tratamiento mediante la psicoterapia. En este sentido, se potencia la prevención de este tipo de trastornos y los tratamientos basados en psicoterapia frente al internamiento institucional. Esto es explicado por Grob (1991, 427) que considera que «más que ninguna otra cosa, la guerra ayudó a unificar la creencia en que el estrés ambiental contribuía a la inadaptación y que las intervenciones humanas intencionadas podían alterar los resultados psicológicos».

En el ámbito institucional, la formación del Grupo para el Avance de la Psiquiatría (GAP) en 1946, compuesto por jóvenes profesionales que promovían la integración de la psicodinámica a través de la reorganización y reestructuración de la APA y su actividad, actuó como un elemento de presión que aceleró el proceso de cambio. También en la nosología, ya que el choque conceptual entre las nomenclaturas y clasificaciones de la APA —con su Manual estadístico— y las propias de las teorías potenciadas por la experiencia de los años bélicos generaba un contexto realmente confuso que había necesidad de estabilizar.

En este contexto, la Asociación de Psiquiatría Americana opta por dejar de lado la opción conservadora que supondría la creación de una nueva edición del *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*, y lanzarse a tareas más ambiciosas que desembocarían en la publicación de la primera edición del *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-I, en 1952.

Este nuevo manual, cuya elaboración se dio bajo la responsabilidad de George N. Raines —director del Comité de Nomenclatura y Estadística de la APA— y en el que claramente se puede apreciar la herencia del *Medical 203* —nosología de las Fuerzas Armadas—,

contiene 106 categorías diagnósticas basadas en un enfoque de carácter claramente psicodinámico. Estas categorías se encuentran divididas en el manual, de acuerdo a su causa, en dos grandes grupos: «trastornos causados por o asociados con el deterioro de una función del tejido cerebral» y «trastornos de origen psicogénico o sin una claramente definida causa física o cambio estructural en el cerebro» (APA 1952).

El segundo de estos grupos es el que evidencia claramente la influencia de la teoría psicodinámica y psicoanalista dominante en la psiquiatría de la época sobre la clasificación. Los trastornos mentales, que en todas las ediciones del *Statistical Manual* habían estado asociados únicamente a disfunciones orgánicas, pasan a vincularse a otras causas posibles ubicadas fuera del organismo del individuo, como el entorno y el contexto o, para ser más riguroso, a la conjunción de esos estresores ambientales con un individuo incapaz de adaptarse a ellos.

Entre los trastornos mentales con este origen aparecen en el manual los siguientes: trastornos psicóticos, trastornos psicofisiológicos, autonómicos y viscerales, trastornos psico-neuróticos, los trastornos de la personalidad y trastornos de la personalidad situacionales y transitorios. Y dentro de estos subgrupos se encuentran trastornos más concretos denominados, en muchos casos, con el nombre de «reacción» seguido de un apellido determinado, lo que prueba la influencia del trabajo de Adolf Meyer sobre la psiquiatría de la época en general, y sobre la clasificación del DSM-I en particular. La inclusión de la inadaptación del sujeto a los estresores ambientales como causa de trastorno mental es una clara evocación a la perspectiva psicobiológica promovida por el psiquiatra Suizo (Kawa y Giordano 2012; Grob 1991).

Pese a que el uso del DSM-I en la práctica psiquiátrica fue bastante reducido, como señalan Kawa y Giordano, sirvió para «sentar las bases para una categorización cada vez más estandarizada de la salud mental» (2012, 3).

La segunda edición del manual, publicada en 1968, siguió representando la supremacía de la psicodinámica pese a introducir algunos cambios que lo alejaban un poco de la plena correspondencia con este enfoque. En el DSM-II, tal y como explican Kawa y Giordano, se aumentó la sistematicidad y especificidad de la clasificación, además de expandirse las definiciones de enfermedad mental de modo que fueran «más inclusivas con las condiciones más leves observadas en la población general» (2012, 3). Otro cambio significativo apuntado por estos autores es la desaparición, en el DSM-II, del término «reacción» —de clara connotación psicodinámica—, acompañado de una aclaración en la sección de «guía a la nueva nomenclatura» para evitar que el movimiento se interpretase como un guiño al modelo kraepeliano:

Algunos individuos puede que interpreten este cambio como un regreso a una forma de pensar kraepeliana, en la que se ven los trastornos mentales como entidades de trastorno fijas. En realidad ésta no fue la intención del Comité de Nomenclatura y Estadísticas de la APA: «[El Comité] intentó evitar términos que lleven consigo implicaciones relativas a la naturaleza del trastorno o a sus causas [...]. En el caso de las categorías de diagnóstico respecto a las cuales hay controversia vigente en cuanto a la naturaleza o causa del trastorno, el Comité ha intentado seleccionar términos que pensó atarían lo mínimo el juicio del usuario. (APA 1968, 122-123)

En este sentido, también puede señalarse la recuperación del término psicosis para su uso en la clasificación de este manual. Esta clasificación vio modificada su categorización, si bien es cierto que el cambio afectó a la forma más que al contenido. Se reestructuraron las catego-

rías, pero no como respuesta a la aparición de nuevo conocimiento o a un cambio de ideología, sino, probablemente, a ciertas necesidades que se habían percibido en la práctica.

Mayes y Horwitz (2005, 250) señalan respecto a estas dos primeras ediciones que «el DSM-I y el DSM-II hicieron poco esfuerzo en proporcionar esquemas de clasificación elaborados, porque los síntomas manifestados no revelaban entidades de trastorno, sino disfrazaban conflictos subyacentes que no podían ser expresados directamente». El DSM-II constituye el final de esta etapa inicial del manual, en la que la teoría psicodinámica orientó su estructura y clasificación. Esta visión que empapa las dos primeras ediciones del manual dejó paso, en las siguientes, a una nueva orientación que aún hoy se mantiene como guía y principio rector del DSM.

El DSM III: El origen de la medicalización

Los profundos cambios y movimientos sociales propios de esta época tuvieron también su impronta en el ámbito psiquiátrico. Si bien es cierto que la psiquiatría siempre ha estado bajo sospecha, debido a la controvertida naturaleza de su objeto y métodos de tratamiento, en los años 60-70 las críticas se tornaron especialmente duras. La conjunción de una serie de factores situó a la psiquiatría ante una importante crisis de legitimidad.

Para empezar, la convulsa realidad social proporcionaba un contexto favorable a la crítica y cuestionamiento de lo establecido, terreno inexplorado desde décadas atrás. Este hecho provocó que la crítica aflorara de manera contundente y que los cimientos aparentemente sólidos en los que se venía asentando la psiquiatría comenzaran a tambalearse. Es precisamente en esta época, en los primeros años de la década de los 70, cuando surge la bioética en Estados Unidos. Las nuevas demandas y cuestionamientos que ésta trajo consigo también formaron parte de esta convergencia de factores.

Autores que se ubicaban en el ámbito de la antipsiquiatría centraron sus críticas en esta disciplina a la que recriminaban su carácter pseudocientífico. Quizás el máximo representante de esta corriente fuera Thomas Szasz, quien, en trabajos como *El mito de la enfermedad mental* (1976), consideraba los trastornos mentales construcciones sociales orientadas a la normalización y el control social. Para Szasz, la psiquiatría era una herramienta de control del estado, utilizada para someter y enmudecer a los divergentes bajo las etiquetas psiquiátricas y no para dar respuesta a los problemas de los pacientes. Sobre este vínculo entre poder y psiquiatría es especialmente relevante el trabajo de Michel Foucault que, en obras como *Historia de la locura en la época clásica* (1961) o *El nacimiento de la clínica* (1963), trataba de rastrear y desenmascarar las causas y relaciones de poder que han ido configurando la consideración de la sinrazón, la locura y la enfermedad propia de cada sociedad.

Warren Kinghorn (2013) explica cómo la publicación de la obra de Szasz en 1961, el éxito cinematográfico de *Alguien voló sobre el nido del cuco* (1975), el experimento Rosenhan —publicado en la revista *Science* en 1973—,² y la repercusión del debate acerca de la ex-

² Experimento publicado bajo el título «On being sane in insane places» en el que un grupo de investigadores liderado por David Rosenhan trató de demostrar la poca fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico haciéndose pasar por enfermos mentales para conseguir un diagnóstico positivo.

clusión de la homosexualidad del DSM-II, evidenciaron el difícil momento atravesado por la psiquiatría.

La teoría psicodinámica, que había pasado a dominar la psiquiatría tras el periodo de guerra, resultaba incómoda por diferentes motivos. Además de despertar la crítica de la antipsiquiatría, la falta de una demarcación clara de los trastornos mentales y la poca fiabilidad de su diagnóstico generaban reacciones por parte de otros implicados cuya actividad estaba vinculada, de una u otra forma, al diagnóstico psiquiátrico. Instituciones como el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH) o los gobiernos federales redujeron los fondos destinados a la investigación psiquiátrica al considerar poco rigurosa la psicodinámica, y profesionales no médicos como psicólogos y trabajadores sociales empezaron a ofrecer los mismos servicios terapéuticos basados en la psicodinámica a un coste menor, lo que ponía a las y los psiquiatras ante el reto de demostrar su superioridad diagnóstica y terapéutica, al mismo tiempo que la escuela neo-kraepeliana iba ganando fuerza en la sombra (Kawa y Giordano 2012).

Las compañías aseguradoras también se encontraban directamente vinculadas a la trama. El hecho de que la eficacia de los tratamientos de psicoterapia que costeaban fuera difícilmente demostrable provocó que se convirtieran en un activo importante contra la psiquiatría psicodinámica (Mayes y Horwitz 2005). Durante las décadas de los 60 y 70 las compañías de seguros fueron aumentando sus coberturas, bajo las cuales se incluían los costes de tratamientos de psicoterapia que les resultaban bastante problemáticos. Reclamaban que se demostrara la eficacia de esos tratamientos para trastornos mentales concretos en un intento por limitar y justificar los gastos. Del mismo modo que las instituciones que destinaban fondos a la investigación, las compañías aseguradoras fueron críticas con la psiquiatría dominante en la época por su incapacidad para mostrar resultados eficientes.

Mayes y Horwitz hacen referencia a un proceso de «deinstitucionalización» que también fue relevante para el derrocamiento de la psiquiatría psicodinámica. Con este término denominan el proceso de «liberación de muchos pacientes psiquiátricos de larga duración de los hospitales de salud mental estatales, que acogían a personas con trastornos mentales por largos periodos de tiempo» (Mayes y Horwitz 2005, 254). Explican que, hasta la década de los 60, esta práctica estaba muy extendida, pero que la gran mayoría de las y los psiquiatras miembros de la APA se fue desvinculando de estas instituciones en las que los enfermos eran aislados bajo duras condiciones. Consideran que uno de los factores clave para el advenimiento de este proceso de «deinstitucionalización» fue la aparición de una serie de fármacos que permitieron a este tipo de pacientes convivir en sociedad condicionados por los efectos de estas drogas. Entre estos fármacos destacan el chlorpromazine o thiorazine, un psicótico introducido en 1954 que limitaba las reacciones y los síntomas más problemáticos de la psicosis para que los afectados pudieran mantenerse en sus comunidades.

La nueva política pública promovida por el gobierno federal, cristalizada en el programa *Community Mental Health Centers* de 1963 y en los *Medicare* y *Medicaid* de 1965, junto con las demandas por parte de los defensores de los derechos civiles para que se expandiera la protección legal frente al internamiento involuntario en hospitales psiquiátricos son, para estos autores, los otros factores generadores del proceso de «deinstitucionalización» (Mayes y Horwitz 2005).

Este proceso fue determinante para la psiquiatría posterior, puesto que tuvo como consecuencia, además de una potenciación del estado de bienestar promovido por esas políticas y medidas gubernamentales, un enorme incremento del uso de fármacos por parte de las y

los psiquiatras (Kawa y Giordano 2012). Las implicaciones del proceso de psicofarmacologización tuvieron una relevancia capital en el devenir de la psiquiatría, tanto que, según Nassir Ghaemi, «la revolución farmacológica sentó las bases para la restauración neo-kraepeliana» (2009, 2) y, por extensión, para el DSM-III.

El estatus científico de la psiquiatría se encontraba cuestionado, del mismo modo que lo estaba la supremacía de sus métodos de tratamiento frente a los realizados por otros profesionales. Su incapacidad para definir una frontera clara entre los comportamientos normales y los patológicos y para demostrar la eficiencia de sus tratamientos había puesto en su contra tanto a críticos como a protagonistas poderosos del entramado psiquiátrico. La única solución parecía ser un cambio, y todos los indicios apuntaban hacia un modelo biomédico. De esta forma conseguiría burlar las críticas de quienes la tildaban de pseudociencia, al mismo tiempo que estaría en disposición de ofrecer resultados más fácilmente cuantificables.

Como ha podido intuirse, todo parece indicar que el cambio de modelo se cimentó más sobre intereses de carácter político-económico vinculados a instituciones y entidades empresariales de gran poder en este ámbito, que sobre los intereses y necesidades de los pacientes y de la propia actividad como promotora de bienestar. El hecho es que el cambio se produjo y que la psiquiatría actual es, sin lugar a dudas, una consecuencia de la revolución gestada en ese momento.

El proceso de cambio fue lento y fueron muchos los pasos que lo conformaron, pero este clima de transición se fue concretando en diversos eventos que desembocaron en el acto último y producto principal del cambio de modelo psiquiátrico: El DSM-III publicado en 1980. Shadia Kawa y James Giordano (2012) recogen algunos de los eventos principales que fueron constituyendo la respuesta de la comunidad psiquiátrica a ese clima de amenaza: la conferencia de 1965 acerca de la clasificación psiquiátrica, patrocinada por la rama de psicofarmacología del NIMH; la formulación de criterios para el diagnóstico operacional de la *Washington University* en los primeros años de la década de los 70; y el desarrollo del Criterio Diagnóstico de Investigación (*Research Diagnostic Criteria*, RDC) por parte del Estudio Colaborativo de Psicobiología de la Depresión del NIMH.

También tuvieron una gran repercusión las protestas de los activistas gays, llevadas a cabo en cada convención anual de la APA entre 1970 y 1973, pidiendo la erradicación de la homosexualidad como trastorno mental clasificado en el DSM-II (Mayes y Horwitz 2005). Protestas en las que apuntaban a que estas clasificaciones tenían más que ver con ideologías predominantes, construcciones sociales y presiones de tipo político que con realidades biológicas o médicas y que tuvieron como consecuencia la supresión de la homosexualidad de la clasificación de los trastornos mentales en 1974.³

³ En la séptima edición del DSM-II, publicada en julio de 1974 se introduce una nota especificando la nueva condición de la homosexualidad (vía Mayes y Horwitz 2005, 259). Esta «nota especial» de la página VI contenía lo siguiente: «Desde la última edición de este Manual, los consejeros de la Asociación Americana de Psiquiatría, en diciembre de 1973, votaron para eliminar la homosexualidad como un trastorno mental *per se* y para sustituirla por una nueva categoría titulada Perturbación de Orientación Sexual. El cambio aparece en la página 44 de ésta, la séptima impresión. En mayo de 1974, la decisión de los consejeros fue confirmada por una mayoría sustancial en un referéndum de los miembros con derecho a voto de la Asociación.» (APA 1974, VI)

Paralelamente, la escuela neo-kraepeliana iba expandiendo su influjo. La crisis de la psiquiatría de enfoque psicodinámico y los numerosos factores que la amenazaban proporcionaban un contexto inmejorable para su irrupción. Emil Kraepelin (Neustrelitz, Alemania 1856-1926) había abogado por un enfoque somático, por fundamentar el diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico en los síntomas de la enfermedad, dejando de lado las causas subyacentes, cuyo establecimiento estaba a su juicio ligado a especulaciones que serían sustituidas por correspondencias biológicas sólidas con el avance del conocimiento científico. Es decir, como explica Joel Paris (2013), rechazaba el carácter especulativo propio del psicoanálisis y consideraba que, hasta que fuera posible un mayor conocimiento del cerebro, era más interesante prestar atención a la descripción de la psicopatología.

Esta corriente de pensamiento que ya había dominado Europa, resurge en Estados Unidos en la época de los 80 denominada como neo-kraepelianismo, y se erige en el enfoque constituyente del DSM hasta la actualidad. En este resurgimiento jugó un papel esencial un grupo de la Washington University al mantener viva una escuela de pensamiento que había sido del todo marginada y aprovechar el momento de debilidad de la psicodinámica para reavivarla.

Las continuas demandas de capacidad demostrativa que recibía la psiquiatría de la época podrían ser afrontadas, en gran medida, con este nuevo enfoque que permitiría establecer nosologías y clasificaciones comparables con las propias de otras áreas de la medicina. Tal y como explica Allan Young, el enfoque de Kraepelin se basaba en tres ideas fundamentales:

que los trastornos mentales deben entenderse como análogos con las enfermedades físicas; que la clasificación de los trastornos mentales requiere una observación cuidadosa de los síntomas visibles en lugar de en inferencias basadas en teorías causales no probadas; y que la investigación empírica demostrará el origen orgánico y bioquímico de los trastornos mentales. (Young 1995, *vía* Mayes y Horwitz 2005, 260)

Esta corriente de pensamiento fue empapando todo este proceso de cambio que, como ya se ha adelantado, llevaría a la creación del DSM-III, uno de los productos institucionales más relevantes y trascendentales de la historia de la psiquiatría. La elaboración de este manual, respuesta a la psiquiatría anterior y exponente de la futura, estuvo dirigida por Robert Spitzer, un prestigioso psiquiatra de la Universidad de Columbia. A Spitzer, que ya había sido consultado en el proceso de desarrollo del DSM-II, se le encomendó en 1974 la tarea de coordinar la revisión de ese mismo manual con el objetivo de hacerlo compatible con la nomenclatura del ICD. Sin embargo, esa tarea y objetivo iniciales planteados por la APA se vieron ampliados sobre la marcha.

Se ha visto ya que diversos fenómenos de la época convergían en una demanda bastante expandida de que se volvieran a trazar las fronteras de los trastornos mentales, y Spitzer, de la mano de su grupo de trabajo, no consideró oportuno omitirla. Este grupo de trabajo inicial, configurado y liderado por el psiquiatra de la Universidad de Columbia y formado por ocho psiquiatras y psicólogos, fue el encargado de dar respuesta a esa demanda a través de la redacción de un nuevo manual. Sería negligente no apuntar que los miembros seleccionados por Spitzer tenían un perfil bastante homogéneo de dedicación a la investigación diagnóstica de orientación médica y no tanto a la práctica clínica (Millon 1986, *vía* Mayes y Horwitz 2005).

El resultado, como cabía esperar, fue un ansiolítico para la convulsionada situación a la que se enfrentaba la psiquiatría de la época. El DSM-III, un manual de orientación biomédica y de rasgos neo-kraepelianos, vio la luz en 1980. Esta nueva edición del manual fue un claro reflejo del cambio de paradigma de la psiquiatría. Como apuntan Kawa y Giordano (2012), en ella se eliminó la terminología propia de la psicodinámica, incluyendo, en cierta medida, el concepto de «neurosis», que fue sustituido por el de «trastorno neurótico» (*neurotic disorder*), añadido entre paréntesis después de cada trastorno renombrado que se correspondiera con las categorías hasta entonces conocidas como neurosis. Spitzer y su grupo entendían que el concepto no gozaba de sustento empírico y, pese a que encontraron una fuerte oposición en su voluntad de eliminarlo (Mayes y Horwitz 2005), consiguieron encontrar la ya mencionada fórmula para limitar su protagonismo.

Además, Spitzer y Jean Endicott —uno de los miembros del grupo— se sumieron en la labor de encontrar una definición de trastorno mental que consideraban que debía constar en el DSM-III, pese a que no había tenido presencia en ninguna de las ediciones anteriores del manual. Sus propuestas fueron negativamente acogidas tanto en 1976 como en 1978 por la APA, que no compartía su visión de que fuera necesaria ni útil definición alguna. La presentada en 1978 proponía entender los trastornos mentales como una subcategoría de los trastornos médicos, opción que terminaron por descartar para, en los meses finales de trabajo en el DSM-III, lanzarse en un último intento por generar una definición que ayudara a discernir «qué condiciones incluir o excluir de la clasificación de los trastornos mentales del DSM-III y como guía en la definición de las fronteras de los diversos trastornos mentales» (Spitzer y Williams 1982, vía Kinghorn 2013).

Lo cierto es que más que trazar una frontera rigurosa y convincente entre lo normal y lo patológico, lo que se hizo en el DSM-III fue modificar la naturaleza de esa frontera, en un intento por reflejar que se asentaba sobre criterios objetivos propios de su estatus científico-médico. Es decir, el grupo de trabajo reaccionó a las demandas lanzadas a la psiquiatría dando una respuesta que parece estar más basada en la voluntad de satisfacer el gusto o reclamo de éstas, que en unos criterios rigurosos, comprobables y naturalistas que aún permanecían inexorables para ellos.

La deficiente definición de trastorno mental publicada en el DSM-III (APA 1980, 5) se iniciaba con la sentencia «no existe una definición satisfactoria que especifique los límites precisos del concepto ‘trastorno mental’». ⁴ Pero más allá de esta definición que, en teoría, pretendían que sirviera como eje separador de lo que se ubica dentro y fuera de la fron-

⁴ En el DSM-III: «no existe una definición satisfactoria que especifique límites precisos para el concepto de «trastorno mental» (también es cierto para conceptos tales como el trastorno físico y la salud mental y física). Sin embargo, es útil presentar conceptos que han influido en la decisión de incluir como trastornos mentales ciertas condiciones en el DSM-III y excluir a otras. En el DSM-III, cada uno de los trastornos mentales se conceptualiza como un síndrome o patrón comportamental o psicológico clínicamente significativo que ocurre en un individuo y que típicamente se asocia con un síntoma doloroso (angustia) o deterioro en una o más áreas importantes de funcionamiento (discapacidad). Además, hay una inferencia de que existe una disfunción comportamental, psicológica o biológica, y que la perturbación no está solo en la relación entre el individuo y la sociedad. (Cuando la perturbación se limita a un conflicto entre un individuo y la sociedad, puede representar una desviación social, que puede o no ser encomiable, pero que no es en sí misma un trastorno mental)» (APA 1980, 5-6).

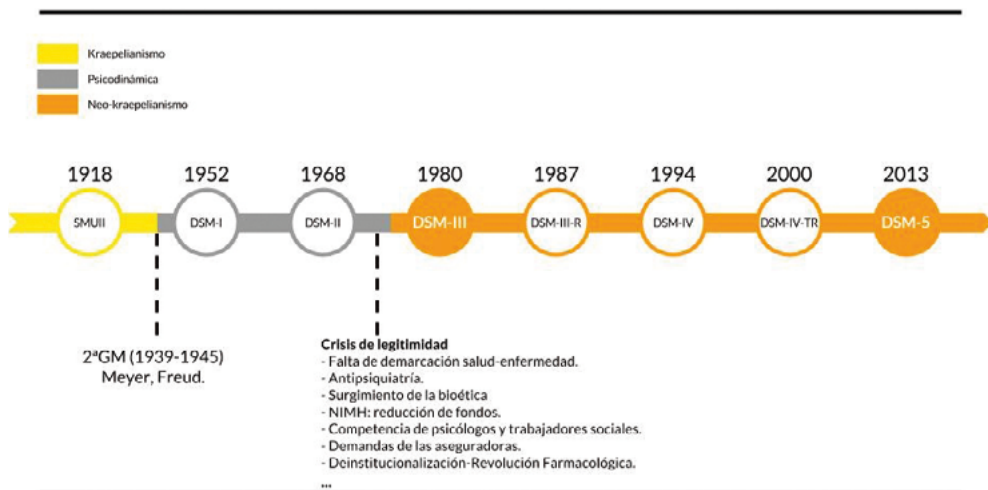
tera de los trastornos mentales, la clasificación fue alterada significativamente, reflejando el cambio de paradigma que se estaba consumando.

Una de las consecuencias más trascendentes de este cambio fue el aumento de categorías de diagnóstico, de las 182 del DSM-II a las 265 del DSM-III. Es decir, en apenas doce años surgen ochenta y tres categorías más. Estas categorías pasaban a incluir criterios operacionales de carácter descriptivo para determinar la inclusión o no de las conductas en cuestión. Muchas de esas categorías respondían a escisiones en subcategorías de categorías presentes en los manuales previos que ahora pasaban a considerarse trastornos específicos. Destacan entre este tipo de categorías las derivadas de lo que previamente se conocían como neurosis, un concepto asociado a la psicodinámica que parece intentar evitarse.

Pero también aparecieron categorías nuevas respecto a la edición anterior. Como señalan Kawa y Giordano, surgen en esta edición, entre otros:

el trastorno de estrés postraumático, trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia (como tres tipos de trastornos de déficit de atención), siete tipos de «disfunciones psicosexuales» y cuatro clases de trastornos del control de los impulsos no incluidos en otras categorías. (2012, 5)

Entre las desapariciones destacó la supresión de la categoría relativa a la homosexualidad. El establecimiento de criterios operacionales en cada categoría de trastorno, para determinar la inclusión o exclusión de los comportamientos de los pacientes, además de la introducción de un sistema multiaxial de diagnóstico, fueron también modificaciones relevantes generadas en esta edición del manual.



Un cambio de enfoque controvertido

Si bien es cierto que no se puede traducir este aumento de categorías exclusivamente como una aparición de nuevas enfermedades, debido a que en gran parte se debe a un incremento

de la especificidad de las categorías, parece evidente que esa sistematización contribuye a la patologización de cada vez más comportamientos.

Además de que las probabilidades de que los pacientes se vean encasillados en una —o varias— de las descripciones propias de esas categorías son significativamente mayores, el hecho de que ese encasillamiento implique la existencia de una «disfunción» —comportamental, funcional o biológica—⁵ en el organismo del individuo tiene también consecuencias de gran relevancia.

El entorno deja de ser una causa posible del trastorno por lo que, en cierto modo, es más fácil que el paciente pueda ser estigmatizado por un trastorno cuyo origen se ubica en su organismo. Pese a que el manual centra su atención en los síntomas, indirectamente, a través de su definición de trastorno, fija la naturaleza y límites de las posibles causas cuya determinación pretendía eludir. Más allá de ese riesgo potencial, hay una consecuencia evidente de este cambio de enfoque cuyo impacto cambia por completo el curso de la psiquiatría: la medicalización.

Los pacientes pasan de ser tratados con psicoterapia a recibir psicofármacos que alteran el comportamiento de su organismo, con el incremento de riesgos potenciales y efectos secundarios que esto conlleva. Las compañías de seguros e instituciones ven reducidos sus gastos, al mismo tiempo que las farmacéuticas ven abrirse ante ellas una oportunidad de mercado inmejorable.

Las virtudes y aportaciones que suelen asociarse al DSM-III tienen que ver con su utilidad para la práctica clínica e investigadora, con que contribuyó a la unificación terminológica y permitió una mayor fiabilidad diagnóstica entre las y los profesionales del ámbito psiquiátrico. Sin embargo, su eficiencia en lo que a diagnóstico y tratamiento se refiere es mucho más cuestionable. Tanto es así que la mayoría de sus categorías no cumplen con los requisitos de validez exigibles a una clasificación de este tipo (Hyman 2010) y parece difícil que, analizados exhaustivamente, sus nuevos presupuestos pudieran desmarcarse de los propios de una pseudociencia (Fasce 2017).

Las críticas al carácter normalizador del DSM se han sucedido incesantemente desde la aparición de esta tercera edición. Este manual, que fue el producto más representativo del cambio de paradigma hacia una psiquiatría de carácter biomédico, es considerado por muchos como el origen del fenómeno de medicalización propio de la psiquiatría contemporánea.

Kawa y Giordano consideran que «en esencia, el DSM-III inaugura un intento de ‘remedicalizar’ la psiquiatría americana» (2012, 5) y que una de las consecuencias más relevantes del enfoque que representa es el notable aumento de las intervenciones psicofarmacológicas en sustitución de los tratamientos menos agresivos que se daban hasta ese momento. Señalan que este cambio de enfoque potenció la investigación farmacológica y neuroquímica, lo que, al mismo tiempo, permitió a la industria farmacéutica generar todo tipo de drogas para el tratamiento de los aspectos o condiciones consideradas patológicas

⁵ Como se ha visto, en la introducción del DSM-III se considera necesario para la clasificación de un trastorno mental lo siguiente:

«(...) hay una inferencia de que existe una disfunción comportamental, psicológica o biológica, y que la perturbación no está solo en la relación entre el individuo y la sociedad. (Cuando la perturbación se limita a un conflicto entre un individuo y la sociedad, puede representar una desviación social, que puede o no ser encomiable, pero que no es en sí misma un trastorno mental)». (APA 1980, 6)

por el DSM. Sin embargo, su valoración de este tipo de tratamientos no es demasiado positiva, ya que, aunque reconocen que han tenido un éxito relativo en su relación con cierto tipo de condiciones psiquiátricas, destacan su fracaso en el tratamiento de otros trastornos entre los que se encuentran los trastornos de la personalidad, el trastorno bipolar del tipo 1, o la esquizofrenia.

Al escaso éxito del tratamiento se unen las controvertidas implicaciones de su diagnóstico. El camino iniciado con el DSM-III dirige a la psiquiatría hacia paraderos tan problemáticos como su contribución a la limitación de la individualidad o a la patologización de la diferencia. El manual tiende a estrechar los márgenes de lo normal, al dar menos cabida a la manifestación de la diversidad y diferencia propia del ser humano.

El radical aumento en las categorías de diagnóstico que trajo consigo el DSM-III (ochenta y tres en doce años) —y que ha continuado en el DSM-IV y DSM-5— implica un significativo aumento en el número de sujetos susceptibles de ser diagnosticados positivamente y, por extensión, de ser tratados con psicofármacos. Los riesgos de esta tendencia son fácilmente interpretables, y la polémica en torno a este modo de actuación ha estado presente en todo momento. Parece que, lejos de silenciar las voces que se escuchaban desde la antipsiquiatría en los años previos a su publicación, el DSM-III ha dado más argumentos de crítica a quienes vislumbran una vocación normalizadora en la psiquiatría.

Esta polémica es abordada también por Kawa y Giordano que explican cómo «la medicalización de la cognición, emoción y comportamiento también generó discusión —si no polémica— sobre la interpretación de variables subjetivas, tales como qué constituye una función ‘normal’ u ‘óptima’ dentro del contexto y expectativas de la sociedad y la cultura» (2012, 7). Estos autores señalan que el incremento de categorías de los trastornos mentales, y de los comportamientos que pueden ser objeto de intervención psicofarmacológica, ha traído consigo un aumento del número de personas que se considera que tienen un trastorno mental. Interpretan este hecho como una amenaza para las condiciones comportamentales y emocionales que se alejan en mayor o menor medida de los parámetros de la normalidad, condiciones que a su juicio solo serían «meras extensiones del comportamiento normal o simples excéntricas», pero que pueden ser convertidas en trastornos mentales. Por todo ello, consideran que «la patologización de la desviación’ y la ‘medicalización de enfermedades sociales’ son efectos potenciales de las tendencias de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico» (2012, 7).

Es incuestionable que la aparición del DSM-III marcó un antes y un después en la psiquiatría y que los cambios introducidos en él supusieron una revolución en esta área. Del mismo modo que lo es que su impacto y repercusión tanto en el ámbito clínico como en el investigador ha sido enorme. Pero, ¿a qué se debió esta exitosa expansión?, ¿cuáles fueron las causas que asentaron y mantienen este modelo?

Mayes y Horwitz (2005) rechazan el avance del conocimiento científico como una explicación posible. Es decir, estos autores consideran que no ha habido progresos, resultados y pruebas científicas que justifiquen y apoyen la supremacía de este modelo. Tampoco aceptan otra de las explicaciones más habituales, la que hace referencia al hecho de que la estrategia de medicalización ha permitido la legitimación de la psiquiatría, y que el aumento de la especificidad de los diagnósticos que trajo consigo el DSM-III le dio un estatus superior como ciencia.

En contraposición a esas explicaciones, consideran que «la transformación básica en el DSM-III fue su desarrollo y uso de un modelo que igualaba los síntomas visibles y medida-

bles con la presencia de trastornos (diseases)» y que ese modelo «permitió a la psiquiatría desarrollar un sistema de medida estandarizado (...) que benefició numerosos intereses» (2005, 251).

Entre los beneficiados que estos autores destacan se encontraban las y los psiquiatras de orientación investigadora que, pese a formar un grupo bastante reducido, gozaban de un poder cada vez mayor, y vieron como el nuevo sistema les proporcionaba la mesurabilidad y fiabilidad que demandaban sus investigaciones. Paralelamente, a los psiquiatras clínicos el enfoque del nuevo manual les ayudó a legitimar los trastornos que trataban como entidades reales y a recibir, en consecuencia, los reembolsos de los aseguradores a terceros.

Por otra parte, Mayes y Horwitz consideran que la aparición del nuevo paradigma reflejado en el manual sirvió para acallar las críticas recibidas desde la antipsiquiatría que aludían a la incapacidad de la psiquiatría para definir los trastornos mentales de una manera objetiva. Y, además, se vieron saciados los intereses de quienes pasaron a ser uno de los actores principales del entramado psiquiátrico: las compañías farmacéuticas. Con el DSM-III se establecieron numerosas categorías de diagnóstico específicas que pasaron a convertirse en trastornos potencialmente tratables con los productos que ellas producían.

Estos fenómenos apuntan a que, tal y como concluyen Mayes y Horwitz, la polémica del DSM-III fue mucho más que un debate académico y clínico entre psiquiatras y que, tras él, había «un vehemente conflicto político por el estatus y la dirección de la profesión» (Mayes y Horwitz 2005, 263).

La continuación de una estrategia: DSM III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR

Tan solo siete años después de la primera publicación del DSM-III, salió a la luz una versión revisada de este manual en la que se establecían modificaciones significativas. Esta nueva edición, el DSM-III-R (1987), también estuvo dirigida por Robert Spitzer y contenía 292 categorías de diagnóstico a lo largo de sus 567 páginas.

Las categorías se ramifican más aún y siguen apareciendo nuevos trastornos. Es llamativa, en este sentido, la inclusión de los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos entre las sustancias psicoactivas generadoras de trastorno. No deja de ser curioso que sustancias utilizadas en el tratamiento de trastornos mentales deban verse añadidas al manual como causa de otros.

El DSM-IV (1994)

El DSM-IV vio la luz en 1994 para dar continuidad a la línea iniciada por su predecesor de 1980. El psiquiatra que ejercía de presidente del *Department of Psychiatry at Duke University School of Medicine*, Allen Frances, fue el encargado de dirigir la *Task-Force* en la redacción de esta nueva edición del manual, con un enfoque biomédico en el que se seguía identificando el pensamiento neo-kraepelianista como base constitutiva. El número de trastornos, en este caso, ascendió a 297, repartidos en sus 886 páginas.

Resulta impactante un dato en relación a esta edición del manual, que representa, de manera bastante clara, las implicaciones del desarrollo que estaba siguiendo el DSM: una encuesta realizada entre los años 2001 y 2004 —*National Comorbidity Survey for mental*

disorders in the United States— revelaba que «en torno a la mitad de los americanos satisfará los criterios o un trastorno del DSM-IV alguna vez en su vida, con una primera aparición que habitualmente se da en la infancia o adolescencia» (Kessler et al. 2005, 593).

También se realizaron estudios de este tipo en el contexto europeo, con resultados similares. En este caso, un trabajo que analizaba la prevalencia de los trastornos mentales entre la población europea en un periodo de doce meses concluyó que ésta era al menos de un 38,2% según los datos más conservadores (Wittchen et al., 2011.)

Esta versión del manual tuvo pocas modificaciones respecto a la versión anterior. Si bien es cierto que se añadió el criterio de «clínicamente significativo», tanto para la definición de los trastornos mentales como para casi la mitad de las categorías de diagnóstico, las alteraciones no fueron muchas ni demasiado importantes. Vuelve a ser llamativa, sin embargo, la nueva aparición en la clasificación de trastornos generados por el uso de medicación (*Medication-induced movement disorders, Other medication-induced disorder*).

El DSM-IV-TR (2000)

En el año 2000 se publicó una nueva versión del manual, cuya redacción estuvo también dirigida por Allen Frances y que apenas introducía cambios respecto a la anterior. De hecho, no se realizaron modificaciones en la clasificación, tan solo se introdujeron cambios en los criterios de diagnóstico de algunas categorías. El DSM-IV-TR (*Text Revised*) se mantuvo vigente durante trece años hasta que finalmente fuera sustituido por el DSM-5 en 2013. Esta última edición del manual que vio la luz el 18 de mayo de 2013 y cuya elaboración estuvo dirigida por Robert Kupfer será protagonista en el siguiente apartado.

La edición actual: El DSM-5 (2013)

La última edición del DSM se publicó en mayo de 2013 bajo una fuerte lluvia de críticas. Esa publicación tan solo era el resultado final de un largo proceso de elaboración previo que también se había caracterizado por un nivel de controversia nunca antes alcanzado por una publicación de este tipo.

Bonifacio Sandín (2013) realiza un repaso del proceso de elaboración del DSM- 5. En él explica que dicho proceso se inició en 1999, año en el que comienzan a recopilarse notas técnicas que podrían ser útiles para determinar la inclusión de ciertos cambios o modificaciones en la quinta edición del manual y que después serían publicadas (Kupfer, First y Regier 2002). Tras este primer paso, la APA empezó a llevar a cabo una estrategia de la que se muestra especialmente orgullosa. Como explica Sandín (2013), uno de los rasgos de este proceso que más han destacado desde la APA es su carácter colaborativo, la realización de acciones dirigidas a la coordinación de tareas conjuntas con diversos profesionales de la salud y otras instituciones como el *American Psychiatric Institute for Research and Education*, el *National Institute of Mental Health* (NIMH), y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En 2006 se constituye el comité directivo o *Task Force* y empiezan a elegirse los miembros que compondrán los diferentes grupos de trabajo para la elaboración del DSM-5. Sin embargo, el resultado de ese proceso constituyente no se hace público hasta un tiempo

más tarde. A partir del 2007 sale a la luz la composición del Comité Directivo y del 2008 la lista de miembros de cada uno de los grupos de trabajo. En total, son trece los Grupos de Trabajo del DSM-5 (uno para cada área de diagnóstico), a los que se añaden seis Grupos de Estudio, un Grupo de Investigación y otro de Especificadores de Curso y Glosario (APA 2013, 8-12).

Las listas de miembros resultantes no estarán exentas de controversia, ya que existen varios aspectos cuestionables respecto a la relación de componentes de esos grupos de trabajo. El más relevante tiene que ver con el hecho de que el 69% del Comité Directivo tuviera algún tipo de vínculo con la industria farmacéutica, y otro aspecto problemático para algunos es la reducida presencia de psicólogos clínicos de prestigio en esas listas (Sandín 2013).

A esa publicación le siguieron seis años de trabajo en la elaboración del manual, un trabajo guiado por la fuerte convicción de basarse en las pruebas científicas, y que se llevó a cabo mediante numerosas acciones (Sandín 2013) cuyo resultado final fue la publicación del manual en mayo del 2013, bajo unas expectativas y críticas inusitadas para una obra de este tipo. La expansión de los recursos que internet ofrece y ciertas acciones como la exposición pública del borrador en la web de la APA con el objetivo de recibir comentarios son, sin duda, factores muy importantes para el desencadenamiento del debate. Estos factores contribuyen, además, a que el proceso haya sido más abierto, seguido y criticado que nunca. Pero, obviamente, esto no exime de responsabilidad en el surgimiento de este fenómeno a la naturaleza de por sí controvertida de un manual con el que importantes instituciones de la salud se han mostrado en desacuerdo.

Un carácter controvertido al que probablemente ha contribuido la metodología de este proceso de elaboración, ya que, como apunta acertadamente Medrano (2014, 656), «los criterios y conceptos básicos del DSM-III se basaron esencialmente en el consenso de expertos, y no en datos objetivos o en hallazgos de la investigación (...) metodología que no ha cambiado en ulteriores ediciones». A este hecho, además de a su falta de validez diagnóstica, se debió el rechazo manifestado por el National Institute of Mental Health (NIMH), por lo que se deduce del comentario de su director Thomas Insel que lo ha criticado aludiendo a que sus diagnósticos «se basan en el consenso acerca de agrupaciones de síntomas clínicos, no en medidas objetivas de laboratorio» (Insel 2013, vía Medrano 2014).

El resultado es un manual, el DSM-5, publicado en mayo de del 2013, que mantiene el enfoque iniciado con el cambio al paradigma biomédico que se dio en la tercera edición del DSM. Respecto a su estructura, el aspecto más novedoso es que desaparece el sistema multiaxial; los cinco ejes sobre los que se codificaba desde el DSM-III se eliminan para pasar a integrarse de manera unificada en la Sección II. A esta sección, por vez primera, le sigue una tercera con la función de recoger las «Medidas y modelos emergentes». Esta Sección III actúa a modo de cajón de sastre de propuestas cuya inclusión en la clasificación se contempló durante la elaboración del manual, pero que finalmente se descartaron y quedaron marginadas como alternativa a ser desarrollada en ediciones futuras.

El que se suponía como el cambio más significativo del DSM-5 terminó por no darse y se ha mantenido el sistema categorial. A pesar de que, durante el proceso de elaboración, se pretendía introducir un sistema dimensional, finalmente ese cambio no cristalizó y los aspectos dimensionales se han introducido de una forma muy limitada. Juan Medrano señala en este sentido que, aunque el manual apunta hacia ciertas visiones dimensionales en su tercera sección, utiliza el sistema categorial, por lo que «mantiene la ilusión de que sus trastornos están claramente definidos» (2014, 658).

Es probable que la tercera sección del manual, en la que se recogen la mayoría de medidas dimensionales, responda, en gran medida, a ese cambio de dirección. Aquí se incluye, por ejemplo, el modelo de clasificación dimensional de los trastornos de la personalidad, que puede considerarse como la única propuesta propiamente dimensional incluida en las páginas del manual, pero que ha sido relegada a esa posición marginal.

Puede decirse que el enfoque del DSM no ha cambiado en esta última edición y Sandín (2013, 283) percibe incluso un mayor «escoramiento hacia el paradigma biomédico» en algunos aspectos. Tanto la eliminación del sistema multiaxial como la definición de los trastornos mentales utilizada en esta edición son un exponente claro del enfoque biomédico. El DSM-5 da por hecho que los trastornos mentales se deben a una causa biológica o disfunción y, además, iguala estos trastornos con las enfermedades médicas (Sandín, 2013).

Lo cierto es que parece incoherente ese intento de equiparar los trastornos mentales con las enfermedades médicas, en gran medida, por las evidentes dificultades que entraña su controvertida y cuestionada definición. Esta es la opinión de Medrano (2014, 657) que afirma que:

El concepto de trastorno psiquiátrico, tal como aparecía en el DSM-III y ha ido transmitiéndose en las sucesivas ediciones del manual, es vago, impreciso, omnicompreensivo, hasta el punto que permite incorporar a la noción de enfermedad múltiples conductas y estados psicológicos.

Sandra Caponi (2018) explica que las categorías de este manual son establecidas mediante la votación por parte de los miembros de la APA, por lo que la inclusión de éstas no responde a criterios objetivos, sino a consenso. Es por ello que la mayoría de las categorías clasificadas en el manual no cumplen los criterios de validez demandados (BPS 2011; Ghaemi 2013).

El descenso de los umbrales de diagnóstico y la patologización de cada vez más comportamientos (Frances 2014, Caponi 2018) han provocado una inflación diagnóstica difícilmente sostenible (Wittchen et al. 2011; Paris 2013). Una situación ya de por sí crítica que se agrava al considerar que esa inflación lleva consigo la medicalización de un porcentaje cada vez mayor de la población (Frances 2014). Estos fenómenos han propiciado que el carácter normalizador de la psiquiatría vuelva a ser objeto de crítica (Ben Zeev, Young y Corrigan 2010; Braunstein 2013; Echeburúa y colaboradores 2014).

De manera que los problemas y deficiencias que condujeron a la psiquiatría a la crisis de legitimidad que propició su cambio de paradigma a finales de los años 70 no parecen haber sido resueltos con esa estrategia. Y es que éstos se han reproducido con consecuencias más peligrosas, y la naturaleza de la actividad psiquiátrica se encuentra quizás más cuestionada que nunca.

Conclusión

El repaso a la evolución del DSM, como la clasificación psiquiátrica de mayor relevancia, revela que los cambios producidos en ella a través de los años han respondido en mayor medida a factores de tipo ideológico o sociopolítico que a avances en el conocimiento cien-

tífico. Este hecho evidencia la naturaleza sociocultural de este producto y también, por extensión, el peso de ésta en la psiquiatría que representa.

Una muestra importante de ello es la falta de una clara delimitación entre los estados normales y los patológicos, que ha sido una limitación constante para la actividad psiquiátrica. Este problema le ha acarreado un significativo cuestionamiento de su legitimidad epistémica y la mirada desconfiada de diferentes actores sociopolíticos. La convergencia de estos factores propició, en gran medida, la adopción, a finales de los años 70, de una estrategia que se mantiene vigente hasta ahora, pero que, a juzgar por el nivel de crítica actual, no parece haber resultado convincente. La pretensión kraepelianista de encontrar una correspondencia orgánica a los trastornos mentales, clasificados por sus síntomas, sigue insatisfecha y los problemas derivados de ella sitúan a la psiquiatría en una comprometida situación.

Estos problemas han generado abundantes críticas dirigidas al DSM, como máximo exponente de esta psiquiatría de orientación biomédica. La aparición de su última edición provocó el rechazo de importantes instituciones del ámbito psiquiátrico, y un nivel de crispación y crítica sin antecedentes. La falta de fiabilidad de sus categorías de diagnóstico, la inflación diagnóstica, la medicalización o las altas tasas de comorbilidad cuestionan seriamente la continuidad de este paradigma.

Esta nueva crisis sitúa a la psiquiatría ante una nueva encrucijada cuya solución no parece ni sencilla, ni próxima. Aceptar su incapacidad para equipararse epistémicamente a otras especialidades médicas podría ser un paso. Reducir los importantes riesgos que genera su proceder actual, debería ser el primero.

REFERENCIAS

- American Medico-Psychological Association y National Committee for Mental Hygiene. 1918. *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*.
- American Psychiatric Association. 1952. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-I)*.
- American Psychiatric Association. 1968. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-II)*.
- American Psychiatric Association. 1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-III)*.
- American Psychiatric Association. 1987. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-III-R)*.
- American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV)*.
- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV-TR)*.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5)*.
- Ben Zeev, Dror, Michael A. Young y Patrick W Corrigan. 2010. DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health* 19/4: 318-327.
- Braunstein, Nestor. A. 2013. *Clasificar en Psiquiatría*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Caponi, Sandra. 2018. La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades. *Metatheoria* 8/2: 97-103.
- Echeburúa, Enrique, Karnele Salaberría y Marisol Cruz-Sáez. 2014. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica* 32/1: 65-74.
- Fasce, Angelo. 2017. Los parásitos de la ciencia: una caracterización psicocognitiva del engaño pseudocientífico. *Theoria* 32/3: 347-365.
- Foucault, Michel. 1976 or. 1961. *Historia de la locura en la época clásica*. Trad. Juan J. Utrilla. México: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, Michel. 2001 or. 1963. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Trad. Francisca Perujo. México: Siglo XXI.
- Frances, A. J. 2014. *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Barcelona: Ariel.
- Ghaemi, Nassir S. 2009. Nosologomania: DSM & Karl Jaspers' critique of Kraepelin. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 4/10.
- Ghaemi, Nassir S. 2013, January, 15. DSM-5 is approved: Understanding cause and effect. [Post en blog]. Recuperado de <http://boards.medscape.com/forums/?128@@.2a37d934!comment=1>
- Grob, Gerald N. 1991. Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry* 148/4: 421-431.
- Hyman, Steven. 2010. The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *The Annual Review of Clinical Psychology* 6: 155-179.
- Insel, Thomas. 2013. April, 29. Director's blog: Transforming diagnosis. [Post en blog]. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Kawa, Shadia y James Giordano. 2012. A brief historicity of the diagnostic and statistical manual of mental disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine* 7/2.
- Kessler, Ronald. C., Patricia Berglund, Olga Demler, Robert Jin, Kathleen R. Merikangas y Ellen E. Walters. 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry* 62/6: 593-602.
- Kinghorn, Warren. 2013. The biopolitics of defining «Mental disorder». En Joel Paris y James Phillips, eds., *Making the DSM-5*, 47-61. New York: Springer.
- Klerman, Gerald L. 1984. En Gerald L. Klerman, George E. Vaillant, Robert L. Spitzer y Robert Michels, A debate on DSM-III. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 539-553.
- Klerman, Gerald. L. 1986. Historical perspectives on contemporary schools of psychopathology. En Theodore Millon y Gerald L. Klerman, eds., *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV*. New York: Guilford Press, 3-28.
- Kupfer, David. J., Michael B. First y Darrell A. Regier. 2002. *A research agenda for DSM-V*. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- Mayes, Rick y Allan V. Horwitz .2005. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 41/3: 249-267.
- Medrano, Juan. 2014. DSM-5. Un año después. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 34/124: 655-662.
- Michels, Robert. 1984. En Gerald L. Klerman, George E. Vaillant, Robert L. Spitzer y Robert Michels, A debate on DSM-III. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 539-553.
- Millon, Theodore. 1986. On the past and future of the DSM-III: Personal recollections and projections. En Theodore Millon y Gerald L. Klerman, eds., *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV*, 29-70. New York: Guilford Press.
- Paris, Joel. 2013. The ideology behind DSM-5. En Joel Paris y James Phillips, eds., *Making the DSM-5*, 39-44. New York: Springer.
- Sandín, Bonifacio. 2013. DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 18/3: 255-286.
- Spitzer, Robert. L. y Janet B. Williams. 1982. The definition and diagnosis of mental disorder. *Deviance and Mental Illness*: 15-31.
- Szasz, Thomas. S. 1976 or. 1961. *El mito de la enfermedad mental*. Trans. Leandro Wolfson. Buenos Aires: Amorrortu.
- The British Psychological Society. 2011. *Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 Development*.

- Wittchen, Hans-Ulrich, Frank Jacobi, Jürgen Rehm, Anders Gustavsson, Mikael Svensson, Bengt Jönsson, ... Hans-Christoph Steinhausen. 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe. *European Neuropsychopharmacology* 21/9: 655-79.
- Young, Allan. 1995. The harmony of illusions. *Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princeton University Press.

OMAR GARCÍA ZABALETA es doctor por la Euskal Herriko Unibertsitatea/Universidad del País Vasco y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) dentro del Programa Oficial de Doctorado conjunto en Filosofía, Ciencia y Valores. Forma parte del grupo de investigación IAS-Research, Center for Life, Mind and Society de la Euskal Herriko Unibertsitatea.

DIRECCIÓN: IAS Centre for Research on Life, Mind and Society, Departamento de Lógica y Filosofía de la Ciencia de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Av de Tolosa, 70, 20080, San Sebastián, Spain. Email: omar.garcia.zabaleta@gmail.com