

El erróneo intento de sustituir la evaluación psicopatológica con el DSM

Cristina Lóyzaga Mendoza¹

¹ Clínica de TOC y Trastornos del Espectro, Dirección de Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correspondencia:

Cristina Lóyzaga Mendoza
Clínica de TOC y Trastornos del Espectro, Dirección de Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Del. Tlalpan, C.P. 14370, Ciudad de México, México.
Tel.: +52 (55) 4160-5254
Email: dra.cristinaloyzaga@gmail.com

doi.10.17711/SM.0185-3325.2017.017

El plan de estudios del psiquiatra en formación del siglo XXI se ha modificado radicalmente en las últimas décadas; si bien el avance de las neurociencias, con las diferentes técnicas de aproximación a la etiología y fisiopatología de los trastornos mentales, ha brindado información objetiva para colocarlos en el lugar que les corresponde dentro de la patología médica, se ha dado, al mismo tiempo, la pérdida de algunos elementos esenciales de la medicina, como la entrevista clínica amplia y la semiología detallada, ambas indispensables para conducir al adecuado diagnóstico y a la aproximación terapéutica precisa. En el mismo sentido de las pérdidas, vemos cada vez más la desincorporación en los programas de estudio de la especialidad, de disciplinas como la filosofía, la sociología o la antropología, de las que se nutre la psiquiatría para darle su carácter interdisciplinario fundamental para comprender a la persona que padece algún trastorno mental.

Esta balanza de ganancias y pérdidas que ha tenido la psiquiatría conduce, desafortunadamente, al declive en la formación de especialistas en esta área, declive que afecta por lo tanto la comprensión de aquellos problemas que aquejan al Ser Humano en sus afectos, pensamientos y conductas. Un elemento especial para el análisis de estos aspectos perdidos, lo ocupa la psicopatología, herramienta fundamental del quehacer psiquiátrico, que consiste en el “estudio sistemático de la experiencia cognoscitiva, afectiva y conductual anormal” (Jaspers K, 1996). El uso de esta herramienta requiere la enseñanza de los aspectos teóricos y el desarrollo de esta habilidad demanda, a su vez, empatía, agudeza clínica, así como una observación detallada y completa de la información que el enfermo nos da en su discurso y su conducta. La psicopatología es la herramienta fundamental que usa el clínico para captar la experiencia subjetiva del paciente en el ejercicio de formular hipótesis narrativas y diagnósticas (Capponi R, 1988; Sims A, 1995).

Si nos remontamos al origen del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés), encontramos que el antecedente de este compendio clasificatorio apareció en 1952, con un origen extraclínico, cuando las fuerzas armadas estadounidenses solicitaron al antecesor de la Asociación Psiquiátrica Norte Americana, la realización de una “Nosología práctica” para evaluar los síntomas psicológicos vistos en las trincheras de guerra (Requena E, 2012). El DSM-II, publicado en 1968, refleja una visión psicoanalítica de los trastornos mentales, con todas las limitaciones que esto representa en la comprensión etiológica y el abordaje terapéutico. En 1987 apareció el DSM-III, en el que surgió la definición operativa de los criterios diagnósticos (Requena E, 2012), sin embargo, para muchos trastornos no se tomaron en cuenta las características esenciales y definitorias requeridas para hacer el diagnóstico.

La propuesta de construcción del DSM-5, apoyada inicialmente por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, proponía la construcción de criterios que, además de las características clínicas definitorias, contara con otros niveles de información como elementos genéticos, de imágenes cerebrales y de ciencia cognitiva, sin embargo la nueva versión no cumplió con estos objetivos, lo que motivó la desvinculación de esta institución con el nuevo manual (Insel T, 2013).

Es clara la necesidad de una clasificación diagnóstica de los trastornos mentales (Belloch A, 2008) como una primera aproximación para conocer el fenómeno de estudio, para establecer un lenguaje común entre clínicos aportando términos de comunicación, e incluso puede ser útil como base para formular hipótesis diagnósticas, terapéuticas y pronósticas; sin embargo, una de las principales críticas al DSM es la validez y confiabilidad del mismo para muchos de los diagnósticos y que persisten a pesar de sus renovaciones (Vanhuele,

2014). Otro aspecto de crítica radica en el tipo de clasificación categórica que impide evaluar aspectos dimensionales de los fenómenos clínicos, que parece no tomar en cuenta que en la práctica clínica estos límites en muchos casos son poco claros (Alarcón, 1991).

Las críticas de Berrios hacia el DSM se dirigen esencialmente a considerar que no todos los problemas atendidos por la psiquiatría tienen su origen en una parte específica del cerebro. Este autor hace hincapié en la importancia de la relación estrecha entre biología y cultura para el desarrollo de los trastornos mentales, considera que cada sociedad tiene sus formas particulares de enfermedad y el sistema clasificatorio del DSM, dice, puede servir perfectamente para la sociedad norteamericana que lo creó, pero no tiene aplicación para otras culturas (Berrios, 2012).

Pérez-Rincón, en su artículo *Nombrar y comprender*, señala: “Nombrar y clasificar nunca ha sido una actividad inocente o fruto del azar ... los cambios que se describen no son sólo el progreso de la ciencia, sino que han estado siempre inmersos en la estructura social”, a esto agrego que, subyacentes a los procesos sociales, se encuentran las transformaciones económicas que dirigen, incluso, los objetivos de la investigación científica no siempre con fines científicos (Pérez-Rincón, 1993).

Un hecho interesante, pero no fácilmente visible, es que detrás de la utilización del DSM como sustituto de los textos clásicos, o del uso de entrevistas semiestructuradas asociadas a los criterios de este manual, está el pragmatismo en la evaluación de los pacientes y los intentos por disminuir los costos de la atención psiquiátrica. Los trabajos de John Bernal, pionero en el estudio de la relación entre ciencia y sociedad (Bernal, 1997), nos llevan a considerar que en el trasfondo de estos cambios en los paradigmas debemos pensar cuál es el papel de la ciencia en un momento histórico determinado, cuál es la pregunta de investigación que buscan responder y cómo aterriza esto en la práctica cotidiana de los conocimientos obtenidos. En este mismo sentido la socióloga Hilary Rose describe cómo el modelo económico imperante dirige la investigación científica y la enseñanza con el fin de perpetuar los valores y conocimientos del capitalismo (Rose, 1976). Tomando en cuenta estos aspectos, es factible pensar que las formas más rápidas de evaluación y la estandarización de los procesos patológicos forman parte también de las políticas de globalización impuestas, y las herramientas como el DSM pueden ser útiles para estos propósitos como objetivo de quienes las crean y como la ilusión de los clínicos un tanto ingenuos que no cuestionan sus alcances.

A mi juicio, el aspecto más criticable de este manual es el uso excesivo e inapropiado que de él se hace, especialmente en los ámbitos clínicos y académicos, en un mal intento por sustituir la enseñanza y práctica de la entrevista clínica precisa, la semiología y la psicopatología, así como el abandono de las lecturas clásicas. En este sentido percibimos que en los ambientes clínicos de formación de residentes en psiquiatría, se da una importancia desmedida en la lectura y memorización de los criterios del DSM en desmedro del aprendizaje y práctica de la entrevista clínica, el examen mental, la semiología y la elaboración de las notas clínicas descriptivas y completas,

pues éstas han sido sustituidas en muchos casos por una nota escueta para cumplir con el requisito administrativo del expediente, incluso las Historias clínicas que requieren el abordaje más amplio y descriptivo posible, incluyendo un examen mental completo, son parcas y avocadas a palomear características como *tiene o no delirios, tiene o no alucinaciones*.

Con el desdén, consciente o no, de la enseñanza y utilización de las herramientas de la psicopatología, la semiología, etcétera, se pierde la oportunidad de evaluar al paciente de una forma integral, precisa e interdisciplinaria. Perdemos evaluaciones valiosas para llegar al diagnóstico, brindar tratamiento y mejoría, así como oportunidades de investigación clínica y básica.

Ante este panorama abrumador por el peso y extensión de su alcance, ¿Cómo podemos escapar de esto?, una propuesta es retomar a los clásicos de la psicopatología, los autores clásicos son siempre una fuente inagotable de conocimiento y punto de partida para formular nuevas preguntas y aventurarse en distintos abordajes y concepciones; el lenguaje de la psiquiatría aún no termina de escribirse, existen muchos términos que requieren una definición más clara y la investigación de cómo éstos se presentan en diferentes escenarios clínicos. Términos como el *insight*, estados clínicos difusos como la coexistencia de síntomas aparentemente divergentes como los vistos en el fenómeno esquizo-obsesivo y la duda patológica, son sólo algunos ejemplos que nos abren panoramas de investigación sobre aspectos semiológicos y psicopatológicos y desde luego para retomar estos elementos en la práctica clínica cotidiana con el fin de intentar comprender mejor a la persona que, sentada frente a nosotros, nos habla de los problemas en sus vivencias, en un intento de mejorar su vida.

REFERENCIAS

- Alarcón, R.D. (1991). Hacia el DSM-IV: historia reciente, estado actual y opciones futuras. *Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 37(2): 105-122.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- Belloch A., Sandin B., Ramos F. (2008). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw Hill, 94-95.
- Bernal, J.D. (1997). *La Ciencia en nuestro tiempo*. México: Nueva imagen. 432-439.
- Berrios, G. (2012, October 17). Cada país genera su locura. [Interview in *Diario La Voz*], Argentina.
- Capponi, R. (1988). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 22-27.
- Insel, T. (2013, April 29). Transforming Diagnosis. [Post in the site of the National Institute of Mental Health]. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Jaspers, K. (1996). *Psicopatología general* (pp. 8-9). Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Pérez-Rincón, H. (1993). Nombrar y comprender. *Revista del residente de psiquiatría*, 4(1), 6-9.
- Requena E., & Jarne A. (2012). Sistemas de clasificación y diagnóstico. In A. Jarne & A. Talam (Eds.), *Manual de psicopatología clínica* (pp. 65-102). Barcelona: Herder Editorial.
- Rose H., & Rose E. (1976). *Political economy of the science: Ideology in/of the natural Science*: Macmillan.
- Sims, A. (1995). *Symptoms in the mind. An introduction to descriptive psychopathology* (pp. 1-4). London: Saunders Company Ltd.
- Vanheule, S. (2014). *Diagnosis and DSM: A Critical Review* (pp. 35-53). UK: Palgrave Macmillan Publisher.