

EDITORIAL

La deseminización de la psiquiatría

Cuando apareció el sistema DSM de clasificación y diagnóstico (En su versión III), el panorama de la Psiquiatría pareció entrar por una loable senda de mejoría, en cuanto al rigor científico y la homogeneidad de los procesos de diagnóstico e identificación de los trastornos mentales. Este proceso ha conseguido traer un cierto aire fresco de renovación a la Psiquiatría del fin del milenio y ha servido para entendernos mejor entre los psiquiatras de distintas corrientes o localizaciones geográficas.

El DSM nació como herencia positiva de los famosos criterios diagnósticos de investigación (RDC), utilizados precisamente como herramienta para una mejor identificación de los trastornos mentales, de cara a obtener la homogeneidad necesaria para la investigación. En este sentido el DSM ha servido para iniciar a muchos en la investigación epidemiológica, en los entresijos de los sistemas de clasificación y ha abierto la mente de muchos psiquiatras al necesario rigor investigador y diagnóstico, estableciendo parámetros de dureza donde antes existía una ciencia relativamente blanda.

El trabajo progresivo de los comités que han elaborado las sucesivas versiones del DSM (III, III-R, IV), ha permitido mejorar ciertas áreas de sombra e introducir nuevos diagnósticos que han mejorado sin duda la práctica clínica de muchos especialistas. Además por primera vez otras especialidades comienzan a aceptar que la psiquiatría puede ser tan rigurosa como sus propias disciplinas. Finalmente el acierto de establecer criterios para realizar un diagnóstico, permitió superar los sistemas descriptivos imperantes hasta la CIE-9 y convencer a la OMS de la bondad de los sistemas criteriológicos.

Pero por desgracia no todo son aspectos positivos en el balance que debe hacerse de los sistemas criteriológicos y en particular del DSM, y de

ahí el título obligado de este editorial. El DSM ha «deseminizado» la Psiquiatría en varios sentidos negativos que es obligado exponer, sin mas objetivo que el revisar críticamente un sistema que es manifiestamente mejorable en algunos puntos. Veamos.

En primer lugar la pretensión inicial del DSM, de no seguir una teoría que sustente el sistema, y de esta forma soslayar el necesario debate en torno a las teorías que actualmente conviven en la psiquiatría actual, no solo es represora de la necesaria discusión científica según los modelos clásicos de formulación de tesis y comprobación experimental, contraste con la realidad y reformulación de nuevas tesis o teorías; sino que obligado a prescindir de apoyos teóricos el DSM permite que afloren posturas contrapuestas y contradicciones inherentes a un sistema ateorico y de consenso. Si no tenemos una teoría que nos permita entender la Esquizofrenia por ejemplo, ¿cómo podemos señalar que es diagnosticable como diferente de un Trastorno Bipolar?. Por citar tan solo uno de los puntos del conflicto entre las escuelas dimensionales y categoriales. El DSM toma partido obligado por su estructura por la categorialidad; pero en otro punto, permite que la Melancolía casi desaparezca como entidad diagnóstica diferenciada, permitiendo la supremacía de la insulsa y descafeinada «Depresión Mayor». La Deseminización en este primer sentido de ateoricismo, consiste en una renuncia a las raíces, al semen o semilla de la ciencia, la psiquiatría pues se deseminiza.

En segundo lugar la deseminización conduce a la creación en ocasiones de entidades amorfas, casi inexistentes en la clínica cotidiana como el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), que ha perdido toda su entidad como «Neurosis» y está por tanto presente como simple síntoma ansiedad, que acompañado de otros síntomas se hace

comórbida con otras muchas entidades (Como el ya citado Trastorno Depresivo Mayor). El fruto envenenado de este tipo de deseminización es por un lado la irrelevancia diagnóstica ¿Qué puede importar tener TAG si casi todo el que tiene otro trastorno de ansiedad lo tiene?, y por otro lado las elevadas tasas de comorbilidad. Casi todo es comórbido con todo. La ansiedad con la depresión, las psicosis con la depresión, los trastornos de conducta alimentaria con la ansiedad, los trastornos del eje I con los del eje II, etc. La deseminización en este segundo sentido consiste en la pérdida de la identidad clínica, y los diagnósticos van variando en función de la evolución, nada es estable.

En tercer y último lugar la deseminización acarrea un último fruto amargo para los investigadores, la irrelevancia del diagnóstico desémico para la investigación. Si los RDC nacían para garantizar la homogeneidad de los grupos diagnósticos al objeto de estudiarlos sin el ruido o confusión que generan unos diagnósticos imprecisos, y así poder por ejemplo investigar si los Obsesivos tienen factores genéticos comunes, o si la Esquizofrenia se caracteriza por un determinado patrón de resonancia magnética funcional. Al perder sus raíces, su identidad clínica y sus objetivos finales, el DSM se convierte tan solo en herramienta de uso clínico, carente de sentido para la investigación. ¿Qué vamos a investigar en la Depresión Mayor, si integra a multitud de formas clínicas de trastornos afectivos?. Eso si podemos decir que con el DSM un Residente de primer año, puede realizar diagnósticos, pero a cambio todos diagnosticamos como si fuéramos Residentes de primer año, y el DSM se nos queda corto a cualquier clínico avezado, que pretenda ser algo más serio y específico.

Finalmente una reflexión. Algunos han tomado los sistemas criteriológicos con la misma fe que los fundamentalistas toman la palabra de Dios en la Biblia, y lo consideran inmutable; precisamente cuando desde la clínica se está pidiendo a gritos una nueva psicopatología, que

nos permita integrar los avances habidos en el campo de las neurociencias, resulta que el DSM parte de una psicopatología del siglo XIX y primera mitad del XX, y además algunos pretenden que sea además inmutable. ¿Para cuando el establecimiento de entidades clínicas que se correspondan a alteraciones de determinados módulos o circuitos cerebrales actualmente identificables mediante las nuevas tecnologías?. Mientras no pasemos esta página seguiremos en el siglo XX, es decir estaremos atrasados un milenio.

Manuel Bousoño García
Profesor Titular de Psiquiatría
Universidad de Oviedo