

## SINTOMAS

## El *DSM* y la muerte de la fenomenología en Estados Unidos: un ejemplo de consecuencias imprevistas

*¿Qué falló con el DSM? Es la pregunta que se formula Nancy Andreasen. Y no es cualquier interrogación ya que no se la plantea una improvisada sino alguien que formó parte de la confección del manual (en su tercera y cuarta edición), que en el año 2000 recibió la National Medal of Science de manos del entonces presidente Clinton y es considerada una autoridad por sus estudios y publicaciones sobre esquizofrenia.*



### Nancy Coover Andreasen

Neurocientífica y neuropsiquiatra estadounidense. Presidente de Psiquiatría de la Universidad de Iowa Roy J. y Lucille A. Carver College of Medicine. En 2000 el presidente Clinton le otorgó la Medalla Nacional de la Ciencia.

» E-mail al autor

### Eugenia Calvo

El drama de Victoria  
Fotografía analógica, impresión digital  
Medidas variables  
2004/5  
Intervención en imágenes de revistas de decoración.

*Desde siempre, el psicoanálisis tuvo una posición crítica en relación a cualquier intento de medición, evaluación, clasificación, ejercicio de un poder o simplemente reducción del padecimiento del paciente a un dato estadístico que justifique las políticas en salud mental. Pero que el DSM cuestione al DSM es algo que sorprende.*

*Esta problemática se plantea en la coyuntura actual de una nueva publicación: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Quinta edición, que ha relanzado el debate en varios países de Europa y América, no sólo en los E.E.U.U. Parte de tal discusión tuvo lugar en París en octubre del año pasado en la jornada “¿Quién teme al DSM V?” organizada por la Association Franco-Argentine de Psychiatrie et de la Santé Mentale, de la cual participaron Nancy Andreasen, Eric Laurent- quien posteriormente dictó la conferencia “La crisis post-DSM y el psicoanálisis”, François Gonon, Dominique Wintrebert, Juan Pablo Lucchelli, Nicole Garret-Gloanec y Patrick Landman.*

*Esta ponencia de Laurent se aproxima para su estudio, desde una lectura y una política analíticas, a la*

*ruptura operada por la última edición del manual y dedica dos párrafos a la posición actual de Andreasen. En el primero, resume lo que podrá leerse directamente en esta traducción (1), y en el segundo sostiene que la psiquiatra estadounidense propone un retorno al sentido a través de una revitalización de la fenomenología en psiquiatría que remediaría “los estragos causados por el desierto de la lengua del DSM”. En la última parte del artículo que traducimos aquí, Andreasen espera la llegada de un plan Marshall invertido (ya que esta vez sería Europa quien asistiría a los E.E.U.U.). Se trata, en opinión de Laurent, de un proyecto “bello” pero destinado al fracaso.*

*En su artículo “Clasificar, diagnosticar, psicoanalizar”, Enrique Acuña pone en tensión estos tres términos para hacerles decir la distinción psicoanalítica: en qué la propuesta analítica consiste en una verdadera subversión de las lógicas vigentes en el mercado actual de la salud mental. Ubica a la clasificación como un problema epistémico y al diagnóstico como una función clínica. En cuanto al clasificar, recuerda que esta operación de ordenamiento de las cosas por su nombre implica siempre - aunque con frecuencia este hecho se desconoce o se niega- el deseo de quien nombra. Y cuando se trata del diagnóstico, es esencial no perder de vista que lo importante es la epistemología que se use para clasificar. El interrogante que propone es “¿Quién decide esa nominación; el consenso de una epidemiología estadística o el uno por uno de los casos?”*

*Ya testimoniaba Jacques Lacan- en “De nuestros antecedentes”-acerca de su fidelidad a la envoltura formal del síntoma, “que es la verdadera huella clínica a la que tomábamos gusto.” No se trata únicamente de la fotografía diagnóstica, del observable y clasificable de signos y síntomas, sino de su envoltura hecha de lenguaje. Quien diagnostique no debe olvidar ni por un momento que su “objeto” habla y que hablando, si las cosas marchan bien, esa “verdadera huella clínica” puede llevar, según Lacan, a un “límite que se invierte en efectos de creación”. Lo que implica que cada caso, en su carácter de invención, se recorte del paradigma inicial, descompletándolo.*

*Finalmente, el “gusto” al que aquí se refería Lacan es el gusto freudiano; aquel que lo llevó de la psiquiatría al psicoanálisis. Y que algunos de nosotros también hemos hecho nuestro.*

**Verónica Ortiz**

## Resumen

Durante el siglo XIX y principios del siglo XX, la psiquiatría norteamericana compartió muchas tradiciones intelectuales y valores con Gran Bretaña y Europa. Estos incluyen los principios derivados de la Ilustración acerca de la dignidad de la persona y el valor de la observación cuidadosa. Durante el siglo XX, sin embargo, la psiquiatría americana comenzó a divergir, en un principio, debido a un mayor énfasis en los principios psicoanalíticos, particularmente en comparación con Gran Bretaña. Hacia los años 1960 y 1970, estudios como el *US-UK Study* y el *International Pilot Study of Schizophrenia* demostraron que el énfasis psicodinámico había ido demasiado lejos, conduciendo a la imprecisión de diagnóstico y a una evaluación inadecuada de las evaluaciones tradicionales de signos y síntomas en psicopatología. El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Tercera edición (DSM-III)* se desarrolló en este contexto, bajo el liderazgo de los representantes de las instituciones que habían conservado los enfoques más tradicionales británicos y europeos (por ejemplo, la Universidad de Washington, Iowa). El objetivo del *DSM-III* fue la creación de un sistema integral para el diagnóstico y la evaluación de los pacientes psiquiátricos que fuese más confiable, más válido y más consistente con criterios internacionales. Este objetivo fue alcanzado en muchos aspectos, pero desafortunadamente, también tuvo numerosas consecuencias imprevistas. Aunque los creadores originales advirtieron que el *DSM* representaba el “mejor esfuerzo” más que un definitivo “*ground truth*”, el *DSM* comenzó a disponer de una autoridad total en programas de formación y sistemas de atención de salud. A partir de la publicación del *DSM-III* en 1980, ha habido una disminución constante en la enseñanza de una cuidadosa evaluación clínica que se dirija a los problemas de la persona y el contexto social y que se enriquezca con un buen conocimiento general de la psicopatología. A los estudiantes se les enseña a memorizar el *DSM* en lugar de aprender las complejidades enseñadas

por los grandes psicopatólogos del pasado. Hacia el año 2005, tal disminución se ha vuelto tan grave que podría ser llamada “la muerte de la fenomenología en los Estados Unidos.”

**Palabras clave:** *DSM/ Fenomenología/ Criterios diagnósticos/ Confiabilidad diagnóstica/ Entrevistas clínicas*

## Introducción

Probablemente, se necesite comenzar cualquier discusión sobre “la muerte de la fenomenología” con una definición de lo que el término “fenomenología” significa en cada discusión particular. Esto se torna especialmente necesario debido a que el significado de las palabras sufre modificaciones en el tiempo y en distintos contextos, y la fenomenología ha sido utilizada de diversos modos que han generado una controversia considerable. El vocablo fenómeno deriva del griego y se refiere a apariencias externas. Contrastaba con latómenos, que se refería a los significados subyacentes que podían permanecer ocultos debajo de la superficie. El término fue subsecuentemente adoptado por Kant y Hegel, que opusieron los fenómenos a los noúmenos; el primero retuvo un significado similar al griego original, mientras que el último refería a realidades y significados más elevados. No obstante, el significado de fenómeno varió con filósofos posteriores. En Heidegger, Husserl y Jaspers, los fenómenos eran entendidos en términos de experiencias subjetivas internas. Debido a que Jaspers era un psiquiatra de pensamiento influyente, su definición ha tenido un impacto considerable en el uso que se le ha dado al término. Otros artículos en esta serie no dudarán de utilizar el término fenomenología en el sentido jasperiano.

Sin embargo, el término fenomenología también ha adquirido un significado en la psiquiatría contemporánea que difiere de aquel utilizado por Jaspers y otros filósofos y que se asemeja más al griego original. En numerosos escritos de psiquiatría contemporánea, el término se refiere al estudio de la psicopatología, definido en términos amplios, incluyendo signos, síntomas, pensamientos y las emociones subyacentes. Cuando es utilizada de este modo, la fenomenología provee la base para la nosología o el desarrollo de definiciones de enfermedades, categorías diagnósticas o clasificaciones dimensionales. En esta discusión, el término fenomenología es utilizado en este contexto psiquiátrico contemporáneo.

## Los orígenes de la psiquiatría moderna: un consenso internacional de valores compartidos

Aunque este artículo trata sobre la psiquiatría contemporánea, resulta de utilidad comprender cuándo y cómo se origina la psiquiatría moderna ya que ilustra los principios y valores acerca de los cuales se alcanzó un consenso internacional durante el siglo XVIII. La psiquiatría es una de las especialidades médicas más antiguas. Se originó cuando individuos entrenados como médicos generalistas desarrollaron un especial interés en el tratamiento de personas afectadas por una seria enfermedad mental. Se convirtió en un movimiento ampliamente extendido en Gran Bretaña, Europa y los Estados Unidos a través del liderazgo de individuos tales como Chiarugi, Pinel, Rush o los Tukes. El movimiento surgió del crisol entre el nacimiento de la ciencia moderna y la filosofía de la Ilustración.

El surgimiento de la ciencia moderna proveyó a los primeros psiquiatras de un marco para la generación y puesta a prueba de ideas acerca de la naturaleza y mecanismos de la enfermedad mental. Francis Bacon fue uno de los primeros en articular la filosofía que modelaría el desarrollo y la metodología de la ciencia durante las próximas centurias:

El hombre no puede comprender más allá de lo que observa, tanto en la operación como en la contemplación del método y orden de la naturaleza.

*Novum Organum*

Tomando esto como guía, las personas inventaron nuevos modos de conocer (ciencia=conocer) el mundo a través de la observación, la evaluación y la prueba empírica. Por ejemplo, uno de los fundadores de la psiquiatría moderna, Philippe Pinel, declaraba:

Yo, entonces, he resuelto adoptar ese método de investigación que ha resultado invariablemente exitoso en todos los departamentos de la historia natural, evidentemente. Tomar conocimiento sucesivamente de cada hecho, sin otro objetivo que el de recolectar materiales para un uso futuro; y dedicarme, en la medida de lo posible, a despojarme de la influencia tanto de mis propios prejuicios como de la autoridad de otros.

## Tratado de insania

Pinel siguió esos principios fielmente y en tal proceso desarrolló los primeros principios de epidemiología. Produjo descripciones de casos que revisten tal claridad y detalle que sus pacientes parecen hablarnos al oído y caminar delante de nosotros. Esta era la fenomenología por excelencia, en una era prenoscópica. Como consecuencia, la nosología está implícita: los casos son reconocibles como ejemplares clásicos de enfermedades tales como el trastorno bipolar o la esquizofrenia paranoide.

La filosofía de la Ilustración fue la segunda tradición filosófica que modeló el desarrollo de la psiquiatría moderna y consistió en fuente de inspiración para aquellos primeros líderes tales como Pinel, los Tukes, Rush o Chiarugi. La influencia principal se hallaba en el énfasis sobre la dignidad del ser humano individual y la importancia del humanismo. Existen varias afirmaciones famosas acerca de estos principios:

Consideramos estas verdades auto-evidentes... que todos los hombres han sido creados iguales...

Conócete, pues, a ti mismo, no supongas que Dios explore.

El hombre, eso es lo que debe estudiar la humanidad.

En este sistema de la existencia, no existe criatura más maravillosa en su naturaleza, y que tanto merece nuestra particular atención, como el hombre, quien completa el espacio intermedio entre el mundo visible y el invisible...

Guiados por estos principios, los primeros psiquiatras intentaron desarrollar terapias que pudiesen colaborar con el alivio del sufrimiento mental de un modo lo más humano y efectivo posible. La imagen de Pinel liberando a los enfermos mentales de sus cadenas es tal vez el más famoso ícono de su enfoque terapéutico. La "terapia moral" se desarrolló en numerosos países de Europa, Gran Bretaña y los Estados Unidos. En una era en la que no estaban disponibles los tratamientos farmacológicos, se enfatizaba sobre una variedad de técnicas psicoterapéuticas que incluían la personalización de los cuidados de las necesidades individuales de los pacientes, utilizando enfoques no intrusivos y compasivos, apelando a la razón cuando resultaba posible y otorgándole al paciente algo de responsabilidad en la mejoría de los síntomas y la conducta.

Debido a que la filosofía de la Ilustración alentó la conceptualización de los seres humanos - incluyendo a aquellos que sufrían enfermedades mentales- como dotados de razón y dignidad individual, los escritos psiquiátricos de esa época no intentaban disociar la psyche o la mente del cerebro. En cambio, se los consideraba integrados. Por ejemplo, el primer editor del *The American Journal of Psychiatry*, Amariah Brigham, declaró en 1844:

... el cerebro es el instrumento que la mente utiliza en esta vida, para manifestarse, y tal como todas las demás partes de nuestro cuerpo, es pasible de enfermedad y, cuando enferma, con frecuencia no resulta capaz de manifestar los poderes de la mente de manera armoniosa y perfecta... es como si, en un instrumento complicado y delicado, como por ejemplo un reloj,

alguna pequeña alteración perturbara, aunque no detuviera, su funcionamiento.

De este modo, los legados de la ciencia moderna y de la filosofía de la Ilustración a la creación de nuestra especialidad psiquiátrica incluyeron el acento sobre la importancia de la observación cuidadosa -con el objeto de comprender los mecanismos y el desarrollo de las enfermedades- un énfasis en la dignidad del individuo, el valor del “tratamiento moral” y la integración de “mente”, “espíritu” y “cerebro”, más que una perspectiva dualista. Esto ha otorgado a la psiquiatría firmes bases conceptuales y morales que debería esforzarse por mantener.

## Surgimiento del psicoanálisis y la contrarrevolución del *Mid-Atlantic*

Las ideas de Sigmund Freud, desarrolladas durante la primera mitad del siglo XX, ofrecían no obstante a muchos psiquiatras un enfoque alternativo interesante. Fueron adoptadas en muchas partes del mundo y por numerosos psiquiatras individuales. El efecto fue tal vez más notorio en los Estados Unidos donde después de la segunda guerra mundial, el psicoanálisis se convirtió en el marco conceptual dominante. Durante un período de 30-40 años, casi la totalidad de los principales líderes de la psiquiatría americana habían adoptado los principios psicoanalíticos y los utilizaban para planificar la formación y entrenamiento psiquiátricos. Esto creó un nuevo y diferente *zeitgeist*. Una variedad de cambios tuvieron lugar como resultado del dominio del psicoanálisis.

En primer lugar, el psicoanálisis condujo a una significativa disminución del énfasis en el diagnóstico y la nosología. Como consecuencia del trabajo de Kraepelin, Bleuler y otros, un sistema para el diagnóstico y clasificación de los desórdenes psiquiátricos se había desarrollado en forma paralela al psicoanálisis y fue codificado tanto en la *Clasificación estadística internacional de enfermedades (CIE)* como en el *Manual estadístico y diagnóstico de trastornos mentales (DSM)* de la *American Psychiatric Association*. En general, el movimiento psicoanalítico consideraba que el diagnóstico y la clasificación constituían una tentativa infructuosa. El objetivo era, en cambio, la definición de la naturaleza y de la fuente intrapsíquicas de los conflictos.

En segundo lugar, el psicoanálisis, por lo tanto, también condujo a una disminución del énfasis en la observación cuidadosa de signos y síntomas, prioritaria para los primeros psiquiatras humanistas y la base del desarrollo de una fenomenología. De hecho, el psicoanálisis enseñaba que se debía desestimar el auto-informe del paciente tanto de síntomas como de otras experiencias internas. El analista debía excavar debajo de lo referido por el paciente para alcanzar la verdad real.

Mientras que otros países también contaban con prominentes psicoanalistas y movimientos psicoanalíticos, la aceptación en los E.E.U.U. del psicoanálisis era absoluta. Esto distanció la mayor parte de la psiquiatría estadounidense de las tradiciones y enfoques anglo-europeos, que continuaban con la enseñanza de la fenomenología y la nosología.

No obstante, unas pocas instituciones estadounidenses mantuvieron los lazos con la psiquiatría anglo-europea. Esas instituciones eran en ocasiones llamadas las “*Mid-Atlantic*”. Incluían la *Universidad de Washington* en St. Louis, *Johns Hopkins* en Baltimore, el *Hospital psiquiátrico Iowa* en Iowa City y el *Instituto psiquiátrico New York* en New York City.

A pesar de su número reducido y relativo aislamiento del resto de la psiquiatría estadounidense, los *Mid-Atlantics* realizaron algunas contribuciones significativas a la psiquiatría durante los años ‘70. Estas incluían el desarrollo del primer conjunto de criterios diagnósticos, el desarrollo de la Investigación de criterios y esquemas diagnósticos de los trastornos afectivos y la esquizofrenia, el desarrollo de otras escalas de evaluación en psicopatología, por ejemplo, las Escalas de evaluación de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación y de Afecto y el altamente influyente artículo de Robins y Guze acerca de la validación de diagnósticos psiquiátricos.

En forma paralela, un importante trabajo tenía lugar en Europa y especialmente en Gran Bretaña, convirtiendo a los años ‘70 en tiempos de revisión. El *Present State Examination* proveía a la

comunidad internacional de una entrevista estructurada que podía utilizarse para conducir una variedad de estudios diagnósticos epidemiológicos. Entre los más destacados se hallaban el *International Pilot Study of Schizophrenia* y el *US-UK Study*. Los resultados de estos dos importantes estudios sugerían que los psiquiatras estadounidenses sobrediagnosticaban la enfermedad mental en comparación con el resto del mundo, que no realizaban evaluaciones clínicas sistemáticas y que sus diagnósticos y evaluaciones clínicas no eran confiables.

A la creciente ola de críticas de los *Mid-Atlantics*, se sumó la publicación en *Science* de “Estar sano en lugares insanos”. Este artículo informaba que ocho “pseudopacientes” sanos fueron admitidos en hospitales psiquiátricos con dolencias mínimas o cuestionables (por ejemplo, escuchar una voz diciendo “ruido sordo” en unas pocas ocasiones); luego de la admisión, negaron por completo cualquier síntoma, se comportaron normalmente y en raras ocasiones se encontraron con el personal, a pesar de lo cual, permanecieron en el hospital durante un promedio de 19 días y fueron dados de alta con un diagnóstico de esquizofrenia en remisión. Claramente, la psiquiatría estadounidense se hallaba en un estado problemático. Era tiempo para un cambio. Los *Mid-Atlantics* advirtieron su oportunidad y comenzaron su ofensiva.

## El desarrollo del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Tercera edición: elevados objetivos

Los cambios que parecían ser obviamente necesarios en los principios y prácticas de la psiquiatría estadounidense fueron originados por el desarrollo y la publicación de un nuevo *DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Tercera edición (DSM-III)*. Bob Spitzer, en ese momento director de Biométrica en el *New York Psychiatric Institute*, fue nombrado presidente. Armó un grupo de trabajo (*Task Force*) compuesto principalmente de *Mid-Atlantics*. Su labor comenzó a mediados de los años '70 y culminó con la publicación del *DSM-III* en 1980. Durante su primera reunión, hubo un consenso general entre los miembros del grupo de trabajo acerca de la necesidad de revisar en forma completa el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Segunda edición (DSM-II)*. El *DSM-III* debía basarse en la evidencia, utilizar criterios diagnósticos en lugar de descripciones generales y esforzarse por alcanzar una máxima confiabilidad. Los principios de validez eran también considerados de importancia pero se hacía mucho menor hincapié en ellos; el enfoque se hallaba fuertemente influido por el artículo de Robins y Guze sobre la validación de la esquizofrenia. El artículo sugería que varios diferentes métodos podían ser utilizados para determinar si un trastorno psiquiátrico específico podía ser considerado válido: conformación familiar, curso longitudinal característico, respuesta al tratamiento y pruebas de laboratorio (rara vez posibles).

El grupo de trabajo articuló una serie de elevados objetivos que dieron forma a sus esfuerzos:

- Optimizar la comunicación entre clínicos
- Proveer diagnósticos confiables que pudieran ser útiles en investigación
- Enriquecer la formación: entrenar a estudiantes de psiquiatría en la conducción de entrevistas clínicas y realización de diagnósticos diferenciales
- Realinear a la psiquiatría estadounidense con el resto del mundo y ser consistentes con la *Clasificación estadística internacional de enfermedades, Novena revisión (CIE)*

Para el logro de estas metas, realizaron importantes modificaciones en el viejo *DSM-II*. Se escribió un extenso texto para cada uno de los trastornos, extendiendo las 38 páginas del *DSM-II* a las 295 páginas del *DSM-III*. A medida que evolucionaba la redacción, los miembros del grupo de trabajo comenzaron a comentar entre sí que estaban escribiendo un nuevo texto de psiquiatría. Este nuevo texto contenía una variedad de nuevos principios e innovaciones:

- Ateórico respecto de la etiología (debido a que en verdad se desconoce la mayor parte de la

etiología diagnóstica).

- Utilización de criterios diagnósticos.
- Abandono del término “neurosis”.
- Glosario para la definición de los términos utilizados en los criterios.
- Enfoque multiaxial de la clasificación con el objeto de incorporar los componentes médicos y psicosociales de una evaluación clínica.

Los miembros del grupo de trabajo reconocían el hecho de que la mayor simplicidad y claridad podía conducir a abusos. Por lo tanto, incluyeron advertencias en la introducción de la siguiente manera:

- El problema de utilizar el manual para establecer políticas:

La utilización del presente manual para propósitos no clínicos, tales como la determinación de responsabilidad legal, competencia o desequilibrio mental o justificaciones de pagos a terceros, deberán ser examinados de manera crítica en cada circunstancia en el contexto institucional adecuado.

- El riesgo de que el *DSM* sea tomado como autoridad concluyente en el diagnóstico:

La versión final del *DSM-III* constituye sólo un marco fijo en el proceso continuo de intentar comprender mejor los trastornos mentales.

- La carencia de validación adecuada para los criterios:

El *DSM-III* provee criterios diagnósticos específicos como guías para la realización de cada diagnóstico ya que tales criterios potencian la fiabilidad interjueces. Debe comprenderse sin embargo que, para la mayor parte de las categorías, los criterios diagnósticos se basan en un juicio clínico, y no han sido aún completamente validados a través de datos sobre tan importantes correlatos como evolución clínica, resultado, historia familiar y respuesta al tratamiento. Sin duda alguna, con estudios posteriores los criterios para varias categorías serán revisados.

- La importancia de ir más allá de los criterios del *DSM* en la confección del historial médico:

Realizar un diagnóstico *DSM-III* representa un paso inicial en una evaluación exhaustiva tendiente a la formulación de un plan de tratamiento. Información adicional acerca del individuo en proceso de evaluación más allá de la requerida para la realización de un diagnóstico *DSM* resultará invariablemente necesaria.

## ¿Qué salió mal? Consecuencias imprevistas

Aunque los autores del *DSM-III* sabían que estaban creando una pequeña revolución en la psiquiatría estadounidense, no tenían idea que se convertiría en una de grandes dimensiones, ni que modificaría en última instancia la naturaleza y la práctica en su campo. La *American Psychiatric Association*, que había históricamente publicado el *DSM*, fue tomada completamente de improviso. Los ejemplares se agotaron en forma inmediata, y llevó aproximadamente seis meses ponerse al día con los pedidos solicitados. El *DSM* era adquirido por psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, abogados, psicólogos, cualquier persona con alguna conexión con la psiquiatría.

El *DSM-III* y sus sucesores, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Tercera edición revisada* y *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Cuarta edición*, fueron aceptados universal y acríticamente como la máxima autoridad en psicopatología y diagnóstico. *El DSM* constituye la base de la enseñanza psiquiátrica tanto para residentes como para estudiantes a lo largo y ancho de la mayor parte de los Estados Unidos.

El conocimiento de los criterios constituye la base de la mayor parte de los exámenes, aun de los *Board Certifications Examinations* administrados una vez hecha la residencia. Como consecuencia de esto, clásicos de la psicopatología son ahora ampliamente ignorados.

La paradoja más dolorosa: el estudio de la fenomenología y nosología tan altamente atesorado por los *Mid-Atlantic*s que crearon el *DSM* no es ya considerado importante ni relevante. La investigación en psicopatología es una empresa moribunda (o muerta).

## ¿De qué modo y por qué motivos ocurrió esto? ¿Qué está mal con el *DSM*?

No es difícil proponer un listado de problemas obvios. En primer lugar, los criterios incluyen sólo algunos síntomas característicos de un trastorno dado. Nunca se pretendió que proveyeran una descripción exhaustiva. Más bien, se los concebía como “la puerta de entrada” (*gatekeepers*), la menor cantidad de síntomas necesarios para arribar a un diagnóstico. Debido a que el *DSM* es utilizado con frecuencia como un texto primordial o como la fuente más relevante de diagnóstico en gran cantidad de contextos clínicos y de investigación, los estudiantes no están informados acerca de otros signos y síntomas potencialmente importantes o interesantes que no se hallan incluidos en el *DSM*. En segundo lugar, el *DSM* ha tenido un impacto deshumanizante en la práctica de la psiquiatría. La elaboración del historial –el instrumento central de evaluación en psiquiatría– ha sido con frecuencia reducido a la utilización de los listados de control (*checklists*) del *DSM*. El *DSM* desalienta a los médicos en cuanto al conocimiento individual de la persona del paciente debido a su áspero enfoque empirista. En tercer lugar, la validez ha sido sacrificada en pos de la confiabilidad. Los diagnósticos *DSM* han proporcionado una nomenclatura en común a los investigadores, pero probablemente la incorrecta. Aunque la creación de diagnósticos estandarizados que facilitasen la investigación constituía un objetivo relevante, los diagnósticos *DSM* no resultan útiles a la investigación debido a su falta de validez.

Estas preocupaciones condujeron a la autora a escribir numerosos artículos para el *American Journal of Psychiatry* acerca de los problemas actuales originados por el *DSM*. Aquí algunos de los lamentos de Cassandra:

En los Estados Unidos una generación de importantes investigadores, que lideraron en su campo durante muchos años, ha fallecido –Eli Robins, Gerry Klerman, George Winokur. Sólo unos pocos investigadores más jóvenes están emergiendo en su reemplazo. Es sabido que si se desea tener éxito como científico serio, se necesita hacer algo relativamente básico. Afortunadamente, los europeos aún cuentan con una orgullosa tradición en investigación clínica y psicopatología descriptiva. Algún día, en el siglo XXI, luego de que el genoma humano y el cerebro humano hayan sido mapeados, puede que alguien necesite organizar un plan Marshall invertido de modo tal que los europeos puedan salvar la ciencia estadounidense ayudándonos a descifrar quién realmente padece esquizofrenia o lo que la esquizofrenia verdaderamente es.

Es necesario realizar una seria inversión en el entrenamiento de una nueva generación de expertos en la ciencia y arte de la psicopatología. De no ser así, puede suceder que nosotros, científicos de alta tecnología, despertemos en 10 años y descubramos que nos enfrentamos a una “primavera silenciosa”[1]. La aplicación de la tecnología sin el acompañamiento de los sabios clínicos con pericia específica en psicopatología resultará en un emprendimiento solitario, estéril y quizás infructuoso.

La creación de una conferencia internacional sobre fenomenología, tal como ha sido resumida en esta entrega, pueda quizás colaborar aunque más no sea un poco en remediar la situación actual.

**Traducido por Verónica Ortiz [2]**



**Notas:**

[1] Nota del traductor: "Silent Spring", libro de Rachel Carson publicado en 1962 que advertía de los efectos perjudiciales de los pesticidas en el medio ambiente y culpaba a la industria química de la creciente contaminación.

[2] Nota del traductor: traducción autorizada por la autora

**Bibliografía:**

- Andreasen NC. *Reply to "Phenomenology or physicalism?"*. *Schizophr Bull.* 1991; 17:187–189.
- Bacon F. *Novum Organum*. London, UK: W. Pickering; 1850.
- Pinel P. *A Treatise on Insanity*. London, UK: Messrs Cadell and Davies, Strand; 1806.
- Jefferson T. *The Declaration of Independence*. 1776.
- Pope A, American Imprint Collection (Library of Congress). *Essay on man, Epistle II*. In: Bredvold LI, McKillap AD, Whitney SL, eds. *Eighteenth Century Poetry & Prose*. New York, NY: Ronald Press; 1732–1734:1–2.
- Addison J, Steele R. *Eighteenth Century Poetry & Prose*. New York, NY: Ronald Press; 1939.
- Brigham A. *Definition of Insanity—nature of the disease*. *J Insanity*. 1844; 1: 97–116.
- Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Munoz R. *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*. *Arch Gen Psychiatry*. 1972; 26:57–63.
- Endicott J, Spitzer RL. *A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia*. *Arch Gen Psychiatry*. 1978; 35 :837–844.
- Andreasen NC. *Affective flattening and the criteria for schizophrenia*. *Am J Psychiatry*. 1979; 136:944–947.
- Andreasen NC. *Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability*. *Arch Gen Psychiatry*. 1979;36: 1315–1321.
- Andreasen NC. *Thought, language, and communication disorders II. Diagnostic significance*. *Arch Gen Psychiatry*. 1979; 36: 1325–1330.
- Robins E, Guze SB. *Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia*. *Am J. Psychiatry*. 1970; 126: 983–987.
- Wing JK. *A standard form of psychiatric Present State Examinations (PSE) and a method for standardizing the assification of symptoms*. In: Hare EH, Wing JK, eds. *Psychiatric Epidemiology*. London, UK: Oxford University Press; 1970.
- Sartorius N, Shapiro R, Kimura M, Barrett K. *WHO international pilot study of schizophrenia*. *Psychol Med*. 1972; 2: 422–425.
- Kendell RE. *Psychiatric diagnosis in Britain and the United States*. *Br J Psychiatry*. 1975; 9:453–461.
- Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ, Copeland JR, Sharpe L, Gurland BJ. *Diagnostic criteria of American and British psychiatrists*. *Arch Gen Psychiatry*. 1971; 25:123–130.
- Rosenhan DL. *On being sane in insane places*. *Science*. 1973; 179:250–258.
- American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington
- Andreasen NC. *Changing concepts of schizophrenia and the ahistorical fallacy*. *Am J Psychiatry*. 1994; 151:1405–1407.
- Andreasen NC. *What shape are we in? Gender, psychopathology, and the brain*. *Am J Psychiatry*. 1997; 154: 1637–1639.