



## EDITORIAL

### ¿Nos pasamos al DSM-5? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas



### Have we moved on to the DSM-5? A debate with clinical, social and financial implications

Maria Leon-Sanromà\*, José Mínguez, Maria Jesús Cerecedo y Juan Téllez

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Miembro del grupo de trabajo en Salud Mental semFYC*

Disponible en Internet el 16 de diciembre de 2013

Las 2 clasificaciones de los trastornos mentales (TM) actualmente más usadas en la medicina y psicología clínica mundial son la del Manual Diagnóstico y Estadístico de los TM conocido por su acrónimo en inglés como DSM (en uso su cuarta edición revisada en el 2000 o DSM-IV TR<sup>1</sup>) y la Clasificación Internacional de Enfermedades conocida por su acrónimo CIE (actualmente en uso su décima edición publicada en 1992 o CIE 10<sup>2</sup>). La DSM, patrocinada por la American Psychiatric Association (APA), está elaborada desde una perspectiva eminentemente estadounidense y anglófona, y de su comercialización la APA obtiene importantes beneficios. La CIE es la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), agencia internacional de las Naciones Unidas, un recurso público de libre acceso, cuya elaboración se enmarca dentro de un proceso global y multidisciplinar, se elabora en diversas lenguas y teniendo en cuenta la multiculturalidad mundial.

El DSM I nació en 1952 como una variante de la CIE6, (la sexta edición de la CIE que incluía por primera vez los TM), y ambas vinieron a substituir las clasificaciones de la psicopatología clásica partiendo de una perspectiva descriptiva y que se postulaba como atórica, aunque es sabido que

siempre partimos de unos determinados supuestos socioculturales, sean declarados o no.

Las últimas ediciones del DSM se han sucedido a mayor velocidad que las de la CIE y a cada nueva edición el DSM ha aumentado el número de TM descritos hasta casi cuadruplicarlos. Es lo que se ha denominado «el frenesí de los diagnósticos psiquiátricos»<sup>3</sup> con consecuencias clínicas, sociales y económicas, un aspecto más de lo que Moynihan en 2006 denominó «*disease mongering*» o mercantilización de las enfermedades<sup>4</sup> fenómeno que ocurre a base de ampliar lo que se define como enfermedad para aumentar los beneficios de aquellos que venden y aplican los tratamientos convirtiendo por definición a personas sanas en pacientes.

En España está muy extendido el uso del DSM IV-TR<sup>1</sup> a diferencia de la mayoría de países europeos<sup>5</sup> en los que se usa de modo generalizado la clasificación de la OMS, CIE 10<sup>2</sup>. Actualmente la OMS está ultimando la publicación de la CIE 11.

La publicación de la quinta edición del DSM, (DSM-5), ha tenido lugar en mayo de 2013 en Estados Unidos. Se puede encontrar una descripción detallada de los cambios que presenta respecto del DSM-IV en [www.psychiatry.org/dsm5](http://www.psychiatry.org/dsm5). Diferentes instituciones y profesionales relevantes a nivel internacional han criticado esta nueva versión así como los fundamentos en que se basan estas clasificaciones y plantean alternativas.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [10761mls@comb.cat](mailto:10761mls@comb.cat) (M. Leon-Sanromà).

Allen Frances, jefe del Grupo de Trabajo del DSM-IV, crítico con esta quinta edición del DSM<sup>6-8</sup>, opina que el DSM ha adquirido demasiada influencia en el mundo real con consecuencias socioeconómicas no deseables, que una revisión no implica necesariamente una mejora de lo existente y que un cambio de la clasificación basado en información imprecisa puede tener grandes repercusiones en muchos aspectos de la sociedad. Destaca que, como ya ha sucedido en el pasado, el cambio de un solo criterio diagnóstico de un TM puede llevar a cambios significativos en su prevalencia, número de evaluaciones, tratamientos y prescripciones realizadas, coste para los pacientes y sistema sanitario público, e ingresos de las compañías farmacéuticas y del sector privado de atención clínica e incluso de las características, del estigma social y del estatus legal asociado a las personas diagnosticadas<sup>5,8-10</sup>.

También desde el National Institute of Mental Health (NIMH), agencia gubernamental de los Estados Unidos, su director<sup>11</sup> critica «que se considere al DSM la biblia de la psiquiatría cuando no es más que un diccionario que crea y reúne un conjunto de etiquetas de enfermedades y la definición de cada una». Recuerda que la ventaja del DSM es su fiabilidad ya que asegura que los médicos utilicen los mismos términos en el mismo sentido pero su debilidad es su falta de validez, ya que los diagnósticos del DSM se basan en un consenso acerca de conjuntos de síntomas clínicos, no en cualquier medida objetiva.

Por su parte, la sección de psicología clínica de la Asociación Británica de Psicología (British Psychological Society's DCP) se opone a la aplicación del modelo biomédico para la comprensión de los TM<sup>12</sup> y llama a realizar un cambio de paradigma hacia un sistema conceptual que no esté basado en un modelo de enfermedad sino en un modelo bio-psico-social, multifactorial, que tenga en cuenta los contextos en que aparecen la ansiedad y las alteraciones de la conducta y que reconozca la complejidad de las interacciones involucradas. En España más de 100 entidades e instituciones como la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) suscriben esta visión.

En contraposición, los autores que apoyan el DSM-5 lo ven como un avance y aclaran que los posibles «efectos adversos» del mismo no están intrínsecamente en el manual sino en el uso que se le da, destacando que un error de interpretación frecuente es pensar que el DSM clasifica a las personas; cuando lo que realmente hace es clasificar los TM de las personas que los padecen. Estos autores resaltan que el DSM-5 debe ser utilizado como una guía junto con la experiencia y conocimientos profesionales, el juicio clínico y los criterios éticos necesarios<sup>13</sup>.

Los médicos de familia (MF) ante estos debates nos sentimos cuestionados ya que nos enfrentamos diariamente al reto de atender de la mejor manera a sujetos únicos pero a

su vez identificar y clasificar los aspectos patológicos comunes de sus malestares mentales<sup>14</sup> emitiendo y registrando informáticamente diagnósticos de TM. Nos puede ayudar en la tarea el recordar que el diagnóstico de salud mental, especialmente en atención primaria, debe usarse como una herramienta al servicio de cada paciente concreto, desde un enfoque bio-psico social, procurando que la etiqueta, si hay que ponerla, ayude a mejorar su pronóstico y recuperación.

Y a nivel social, dadas las importantes implicaciones que se derivan de adoptar una clasificación de los TM u otra, los MF debemos analizar quiénes son los revisores de estas clasificaciones, cuáles los intereses en juego y cuál la metodología<sup>5</sup> recordando que el DSM depende de la prestigiosa asociación de psiquiatras estadounidenses y la CIE está promovida por la OMS, responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales.

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2002.
2. OMS. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10*. Madrid: Meditor; 1992.
3. Carlat DJ. *Unhinged: The trouble with Psychiatry—A doctor's revelations about a profession in crisis*. Free Press; 2010.
4. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: Generating knowledge for action. *PLoS Med*. 2006;3:e191, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030191>.
5. Reed GM, Anaya C, Evans SC. ¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología? *Int J Clin Health Psychol*. 2012;12:461-73.
6. Frances A. «Saving Normal: Mental health and what is normal». *Psychology Today*. 2013. Retrieved 2013-03-26.
7. Frances A. The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *BMJ*. 2013;346:f1580.
8. Frances AJ, Widiger T. Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annu Rev Clin Psychol*. 2012;8:109-30 [PMID: 22035240].
9. First MB, Frances A. Issues for DSM-V: Unintended consequences of small changes: The case of paraphilias. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1240-1.
10. Frances A. Whither DSM-V? *Br J Psychiatry*. 2009;195:391-2.
11. McCarthy M. Director of top research organization for mental health criticizes DSM for lack of validity. *BMJ*. 2013;346:f2954.
12. Division of Clinical Psychology Position Statement on the Classification of Behaviour and Experience in Relation to Functional Psychiatric DiagTime for a Paradigm Shift. Disponible en: <http://dcp.bps.org.uk/>
13. Martínez B, Rico D. DSM-5. ¿Qué modificaciones nos esperan? [en línea]. *Boletín Digital UNIDIS*. 2013;2(febrero).
14. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Trotter RT 2nd, Room R, Rehm J, et al. *Disability and culture: universalism and diversity*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers; 2001.