

¿El lugar del discurso del sujeto en el DSM-IV?

Investigación terminada

América Celeste Guevara Parra
Programa de Psicología
Facultad Ciencias de la Salud
aguevara2@unab.edu.co

Laura Catalina Báez Gómez
Programa de Psicología
Facultad Ciencias de la Salud
lbaez25@unab.edu.co

Universidad Autónoma de Bucaramanga

RESUMEN

En la medida, en que la sociedad postmoderna se ha valido en gran parte del discurso de la ciencia caracterizado por su tendencia a la estandarización, se evidencia esta influencia en las disciplinas enfocadas en la salud mental, pues tanto la psiquiatría como la psicología, utilizan el DSM como un instrumento estándar de evaluación. Partiendo de este punto, nace la inquietud respecto a las diferencias entre el psicólogo y el psiquiatra a la hora de tomar una posición frente al recurso diagnóstico DSM-IV, específicamente nos interesa indagar por el lugar del discurso del sujeto y por consiguiente del sujeto mismo, en la labor psicoterapéutica de la psicología.

ABSTRACT

The emphasis that characterize the scientific discourse in postmodern societies has influenced the disciplines which study mental health. This explains why both psychology and psychiatry use classifications such as the DSM as a standard measure for evaluation. It is in this context, that differences between the psychologist and the psychiatrist emerge with respect to the diagnostic meaning of the DSM IV and that the doubt arise in turn to the place of the subject and hence the question about the role of the subject itself in psychotherapy.

Área de Conocimiento

Área ciencias de la salud

Palabras Clave

Sujeto, Discurso, DSM, Medicina Mental y Medicina Orgánica.

1. INTRODUCCIÓN

El hombre intentando entender el mundo y a sí mismo, formuló explicaciones que resolvieran aquellas dudas que lo aquejaban. Entre ellas la divinidad como causa y fin de la existencia. Pero a medida que la ciencia avanzó empezó a centrarse en principios empíricos dejando un poco de lado la concepción divina. Ahora la búsqueda del conocimiento valora al objeto en sí mismo en un

Este material es presentado al *VI Encuentro Institucional de Semilleros de Investigación UNAB*, una actividad carácter formativo. La Universidad Autónoma de Bucaramanga se reserva los derechos de divulgación con fines académicos, respetando en todo caso los derechos morales de los autores y bajo discrecionalidad del grupo de investigación que respalda cada trabajo para definir los derechos de autor. **Conserve esta información**

intento por eliminar la subjetividad, aquí la demanda se dirige hacia la estandarización fundamentada en la repetición “*Lo más repetido es lo más importante*” (hoyos, 1999).

Basado en que lo evidente, medible y en el afán por “cientificar”, fundamenta el estudio de la mente humana, la psiquiatría adopta la necesidad de clasificar lo “anormal”. Naciendo así, como sistema clasificatorio, el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana, acompañada de otros sistemas como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), entrevistas como el Diagnostic Interview Schedule (DIS) y Composite International Diagnostic Interview (CIDI) y avances en estadística e informática (Torres et al, 2002) todos ellos como el soporte del diagnóstico clínico.

Teniendo en cuenta que psiquiatras y psicólogos utilizan como herramienta el DSM, qué sucede con la escucha, diagnóstico e intervención. Por un lado en la medicina, los signos prevalecen por encima de los síntomas por ser los primeros medibles, cuantificables y en general susceptibles de observación. Dando paso a la búsqueda del signo y con ello dejando al sujeto por fuera de la medicina. El psicólogo se interesa por el síndrome y no por el síntoma como tal característico del sujeto entendiendo como “Dividido entre lo que dice y lo que quiere decir” (Hoyos, 1999).

Si el psicólogo utiliza el DSM para clasificar, con el fin de dar un diagnóstico, ¿Dónde queda la singularidad del sujeto? y ¿Cuál es el sentido de hacer clínica? Y si bien es cierto que el DSM IV cumple con el propósito de mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores, qué pasa con el interés por mejorar la relación sujeto-psicoterapeuta. Es allí hacia donde se dirige el objetivo principal de esta investigación, hacia la indagación por el lugar del discurso del sujeto en el campo de la salud mental en general y en la herramienta diagnóstica DSM en particular.

2. CONTENIDO

2.1. Objetivo General

Analizar qué lugar se le otorga al discurso del sujeto en el campo de la salud mental, teniendo en cuenta el DSM-IV, con el fin de analizar si el diagnóstico psicológico es una extrapolación del diagnóstico médico.

2.2. Objetivos Específicos

- Indagar sobre la historia, bases teóricas, finalidad e importancia del DSM IV en la labor de los profesionales en salud mental.

- Identificar las diferentes nociones respecto al uso del DSM IV-TR entre psiquiatras y psicólogos.
- Indagar por la relación entre la Medicina orgánica y la Medicina Mental.

2.3. Metodología

Se utilizó el método hermenéutico con base en una investigación de revisión documental, la cual consta de los siguientes pasos:

- Elección del tema
- Acopio de la bibliografía
- Lectura del material y delimitación del tema
- Ampliación del material sobre el tema delimitado
- Realización de entrevistas para ejemplificar el trabajo.
- Redacción entrega de trabajo final y presentación

3. CONTEXTUALIZACION

3.1. “Una conciencia política” a partir de “El nacimiento de la clínica” de Michel Foucault.

Se iniciara la exposición del tema explicando, con ayuda del capítulo II del libro *El nacimiento de la clínica* de Foucault, en el que se trata cómo evoluciono la forma de abordar la enfermedad, específicamente cómo se instauró la percepción de una conciencia de la misma en la sociedad y cómo, con la medicina, se estableció un estatuto político para controlar lo referente a la salud.

Inicialmente la epidemia en el siglo XVIII no difería de la enfermedad individual más que en su carácter repetitivo, y a partir de dicha repetición de los síntomas se podían establecer las causas. “*La enfermedad específica se repite siempre más o menos, la epidemia jamás enteramente*” (Foucault, 1996). La epidemia se empezó a tratar por su carácter repetitivo, como un problema aritmético. Debido a esta individualidad histórica de la enfermedad se hace necesario un análisis detallado, al que le es inherente la influencia de percepciones imprecisas o mal fundadas que rodean al fenómeno patológico colectivo.

En el siglo XVIII se da inicio a la creación de una nosología de las epidemias, siendo necesaria la intervención estatal, vigilancia policiva, control de los alimentos, de los cementerios, de los alojamientos insalubres y control del sermón de la iglesia. También se empezó a vigilar la labor médica, tanto en la formación, investigación y en el ejercer. Ahora lo que constituye la unidad de la mirada médica es una colectividad abrumada de información que se actualiza y expande en cada rincón del territorio, a partir de aquí, la enfermedad ya no es el problema sino el desconocimiento frente a ella.

A finales de siglo, a partir del análisis de los elementos que conforman la nosología, se establecen las causas y por medio de encadenamientos se vuelven dogmas, dejando de lado al sujeto, debido a que lo importante es “*el cruce sistemático de dos series de informaciones homogéneas la una y la otra, pero ajenas la una a la otra*”. La centralización del saber se ve reflejada en las instituciones, en la vida cotidiana, promoviéndose un control total de la salud en la sociedad. El espacio social es atravesado por completo por el espacio médico.

3.2. Contexto Histórico del DSM

Siguiendo con la lógica de identificar y analizar los diferentes tipos de enfermedades, la psiquiatría norteamericana crea sistemas

clasificatorios de las enfermedades mentales. Reuniendo, a partir del censo de 1840, la frecuencia de la categoría “idiocia/locura”. En 1880 se amplían las categorías: Manía, monomanía, melancolía, demencia, dipsomanía, pasesia y epilepsia. Más adelante en 1917, se integran datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales.

Luego surge una nomenclatura con fines diagnósticos respecto a pacientes con enfermedades psiquiátricas y neurológicas graves. Después de las guerras mundiales se amplía aún más la nomenclatura. Posteriormente se incursiona, gracias al éxito de los psicotrópicos y el avance de la biología molecular, en la fabricación de nuevas normas para lo patológico. De esto solo se hace una mención, ya que en el artículo se explica con mayor detenimiento.

Los DSM

El DSM I se publicó en 1952 después de la II Guerra Mundial, por necesidades de salud pública y búsqueda epidemiológica (Lobo, 2007). Surge en medio de la pugna entre la escuela biologicista y la escuela psicodinámica. Sin mayores cambios del DSM II, sale en 1968 eliminando el término “reacción”. Hasta éste, el equilibrio de fuerzas entre biologicistas y psicodinámicos era balanceado pero la ruptura se produjo en el DSM III (Lobo, 2007).

El DSM III fue publicado en 1980, con el propósito de incrementar la fiabilidad del diagnóstico en psiquiatría, hacerlo más científico e impulsar la comunicación internacional entre especialistas (Berganza, Mezzich, Otero, Jorge, 2004). Innovó en la utilización de criterios diagnósticos específicos, limitando la subjetividad del clínico. En el intento de objetivar el diagnóstico, el sistema multiaxial propone ser descriptivo-ateórico, imposibilitando una discusión con sus criterios. La evolución del manual estuvo ligada al desarrollo de las neurociencias. Sin embargo no es posible entender las estructuras cerebrales al igual que lo psíquico, pues se trata de dos tipos diferentes de problemas que por lo tanto exigen respuestas diferentes (Villagrán, Olivares, 1994).

A partir de aquí se da inicio a la formulación de psicofármacos en el tratamiento, aumentando a su vez las conductas patológicas (habiendo actualmente 886), bajo la influencia de la industria farmacéutica.

3.3. La Mirada Médica

En el apartado se hablara de la mirada médica debido con el fin de conocer el modelo médico de la mirada y cómo la psicología lo adopta, teniendo así como base de diagnóstico el DSM. Inicialmente la enfermedad se describía a partir de metáforas, analogías pero ello no era práctico, pues se querían describir tal cual se percibían. La enfermedad empieza a existir en el momento en el que el medico la ve y la nombra. De ahí la importancia de el ojo clínico, de la mirada médica, ya que a partir de ella se olvida que palabra y cosa no son equivalentes. El médico en la posición del saber absoluto, no necesita de la palabra del paciente, basta con contrastar a partir de las evidencias en el organismo para saber qué tiene.

De esa manera la psicología adopto el modelo medico en la escucha, “aquello que se dice es lo que es”, dejando de lado que aquello que se ve y que se dice no es la esencia en sí misma. De igual modo trabaja lo “anormal” psíquico de la misma manera, como la medicina trata no anormal físico, olvidando que lo físico es absoluto mientras lo psíquico es relativo.

3.4. Medicina Mental y Medicina Orgánica

Retomando a Foucault, en esta ocasión haciendo un seguimiento del trabajo “Medicina mental y medicina orgánica” en su obra *Enfermedad mental y personalidad* en 1966, tiene cabida la discusión sobre la patología mental y la patología orgánica y cómo estas se han equiparado.

Inicialmente tanto la medicina orgánica como la psicológica hicieron un intento por descifrar la esencia de la enfermedad agrupando signos que dan cuenta de la misma, naciendo de este modo la sintomatología, además surge la nosografía de la enfermedad. Tanto la patología mental como la orgánica son abordadas con la misma estructura conceptual y los mismos métodos, detrás de esta unicidad se encuentran dos postulados.

1. Se concebía la enfermedad como una entidad específica que se evidencia por los síntomas pero que es independiente y anterior a ellos.
2. La enfermedad es una especie natural de la cual se derivan subespecies.

Más adelante las patologías orgánica y mental son tratadas como una totalidad, como una reacción del individuo ante una situación desadaptativa. Tanto lo mental como lo orgánico son tratados de la misma manera, con los mismos métodos. El autor propone que ambas deben ser tratadas con métodos y conceptos distintos, porque aunque la idea de totalidad psicofisiológica, supone una posición cómoda y resuelve algunos problemas históricos respecto a este debate, no es rigurosa científicamente.

3.5. ¿Psicopatología Sin Persona, Sin Límites y Sin Impulso Ético?

En el libro “*Vulnerabilidad y enfermedad mental. La imprescindible subjetividad en patología*” de Boné, se plantean tres temas de debate, con respecto a la psicopatología:

1. Configurar una psicopatología sin persona, “*nuestra práctica clínica diaria choca con la imposibilidad de entender lo que le ocurre al paciente si ignoramos que estamos en relación con otra persona*”.
2. A criterio de la sociología médica desde hace un tiempo se viene anunciando la pérdida de los límites en medicina por la “medicalización” de la vida cotidiana. Los procesos normales de la vida están siendo sometidos a permanente medicación (Pundik, 2010).
3. Existen unas desventajas, respecto a la ética, al momento de patologizar:
 - Crear percepción de enfermedad e invalidez donde no la hay
 - Provocar dependencia del profesional
 - Generar abusos de psicofármacos

4. TRABAJO DE CAMPO

4.1. Procedimiento y Reclutamiento de participantes

Con el objeto de apoyar lo planteado en la investigación, se procedió a aplicar una entrevista semiestructurada a cuatro profesionales en salud mental que utilizan el DSM- IV en su labor profesional: dos psicólogos y dos psiquiatras (identificados con las letras A, B, C y D respectivamente) de la ciudad de Bucaramanga y su Área Metropolitana.

Se les entrego el consentimiento informado y se les dio a conocer la información pertinente respecto a la investigación. Posteriormente se les realizó una serie de preguntas que fueron grabadas.

Las preguntas base que se tuvieron en cuenta para el análisis fueron las siguientes:

1. ¿Qué es para usted el DSM IV y qué significado tiene en su trabajo?
2. ¿Qué sabe acerca de la historia del DSM IV?
3. ¿Sabe cuáles son las bases teóricas del DSM, o por lo menos de la sesión que usted más maneja?
4. ¿Qué es para usted enfermedad mental y cuál es la finalidad del diagnóstico?
5. ¿Cuál es la diferencia entre signo y síntoma?
6. ¿Cuáles son las implicaciones éticas que se deben tener en cuenta a la hora de usar el DSM?
7. Haciendo uso del DSM ¿qué importancia y como se tiene en cuenta lo que la persona dice?
8. ¿Qué diferencia existe entre el psicólogo y el psiquiatra respecto al abordaje de lo mental?
9. ¿Cómo es la dinámica de la relación entre psiquiatra y el psicólogo, quien remite a quién?
10. ¿Usted qué piensa respecto a la afirmación de que el diagnóstico psiquiátrico obedece intereses de la industria farmacéutica?
11. Críticas DSM.

4.2. Análisis de los Resultados y Discusión

Pregunta 1: La psicóloga A y los dos psiquiatras estuvieron de acuerdo en que el DSM es un manual diagnóstico, una guía base y un instrumento de evaluación. Para la psicóloga B el DSM ayuda a identificar, en algunas ocasiones, las variables que promueven a diseñar un caso en particular.

Pregunta 2 y 3: Se encontró que ninguna de las dos psicólogas tenía información concreta sobre el tema. Con respecto a la pregunta por las bases teóricas del DSM, la psicóloga A se remite a lo aprendido en la universidad, pero no hace vinculación alguna con los criterios del DSM. La psicóloga B reconoce no saber cuáles son las bases teóricas. El psiquiatra D hace alusión a cómo nace el DSM y dice que los criterios se van modificando conforme se van haciendo revisiones. En cuanto a las bases teóricas dice que ocurren ciertos cambios en el tiempo. El psiquiatra C destaca que los primeros DSM estaban orientados por el psicoanálisis, pero que afortunadamente cambio y que los DSM III y IV, son atericos. Al pedirle que argumentara, el manifestó que debe ser ateorico, pues al momento de diagnosticar solo se busca una descripción y no una interpretación.

Pregunta 4: Para la psicóloga A y el psiquiatra C, la enfermedad mental está relacionada con el sufrimiento y el malestar. La psicóloga A hace alusión al desequilibrio en las diferentes esferas del individuo (emocional, física y psicológica). La psicóloga B y el psiquiatra C vinculan a la enfermedad mental con un problema de adaptación en el sujeto que interfiere con su funcionamiento.

Pregunta 5: Los dos psiquiatras concuerdan en que síntoma es aquello que el paciente dice, mientras signo es lo que se puede ver, lo evidente. Por otro lado en la respuesta que dan las psicólogas no queda muy clara esta distinción.

Pregunta 6: La psicóloga A considera ético tener un estudio previo frente al uso del DSM IV. Para la psicóloga B, es problemático el hecho de que el manual sea utilizado como explicación de los comportamientos de las personas que presentan dificultades. El psiquiatra C menciona el problema de sobrediagnosticar y el psiquiatra D resalta la importancia de utilizarlo debidamente, asumiendo como verdadero solamente lo constata el manual.

Pregunta 7: La psicóloga A expreso que es importante el discurso del paciente en la evaluación, ya que permite plantear los criterios adecuados. La Psicóloga B manifestó que se debe tener en cuenta el discurso, pues en conjunto con el DSM permiten contrastar el diagnóstico. Para el psiquiatra D, la palabra tiene importancia en cuanto se pueden establecer, por repetición, criterios universales pues según él la enfermedad se repite de la misma forma independientemente del contexto. El psiquiatra C por otro lado afirma que en la entrevista con el paciente no es indispensable el DSM para analizar el discurso, sin embargo apela a otras herramientas descriptivas para hacerlo.

Pregunta 8 y 9: Los cuatro resaltan que la diferencia primordial entre el psicólogo y el psiquiatra es el abordaje biológico del último frente al abordaje desde la psicoterapia del primero. Dos de los profesionales afirman que mientras el psiquiatra se basa en un solo modelo, el modelo médico, el psicólogo hace uso de diferentes herramientas teóricas para abordar lo mental.

Pregunta 10:

Una de las psicólogas se abstiene de responder argumentando que trabaja en una entidad de salud y que por lo tanto le queda difícil hacerlo. La psicóloga B afirma estar totalmente de acuerdo, que cada día la medicación aumenta y que el estado de cierta manera es responsable. Los psiquiatras por su parte, aunque hacen la salvedad de que si existen influencias de la industria, creen que la afirmación es una exageración y que no se puede negar el componente biológico.

Pregunta 11: Las críticas que expresaron los profesionales respecto al manual fueron: 1. Está basado en consensos de expertos y no en estudios epidemiológicos; 2. hace falta más herramientas de contextualización de un trastorno y 3. es muy restrictivo.

4.3. Conclusiones

- A partir de su tercera versión el DSM pasó de estar fundamentado en la teoría a basarse en la descripción, de esta manera no entra en discusión alguna con principios teóricos y favorece los intereses de la industria farmacéutica.
- El DSM IV tiene una estrecha relación con las neurociencias, la efectiva desaparición de los signos mórbidos, por medio de un fármaco que actúa sobre alguna estructura cerebral, bastará para confirmar la validez del diagnóstico, pero este

éxito del marketing clínico oculta los problemas subyacentes a su aplicación. Por otro lado si se asume que lo mental es bioquímico no sería necesaria la terapia, entonces ¿qué sentido tiene la clínica?

- Con la evolución de la clínica se ha perdido de vista que lo real de un fenómeno no es el nombre del mismo y que por lo tanto cada sujeto puede darle un nuevo significado.
- Finalmente con respecto a la pregunta por el lugar del sujeto en el campo de la salud mental planteada en la investigación, se puede decir que la Medicina Mental al generalizar los postulados que rigen a la Medicina Orgánica, ha imposibilitado tanto para la psiquiatría como para la psicología un análisis del sujeto mismo como único capaz de dar cuenta de su padecimiento.

5. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Nombre del Semillero	Sujeto y Psicoanálisis
Tutor del Proyecto	Carlos Germán Celis
Grupo de Investigación	“Violencia, Lenguaje y estudios culturales”
Línea de Investigación	Prácticas discursivas
Fecha de Presentación	Lunes 25 de abril del 2013

6. REFERENCIAS

- Berganza, C. Mezzich, T. Otero, A. Jorge, M. 2003. Guía Latinoamericana de diagnóstico Psiquiátrico.
- Boné, I.2010. Vulnerabilidad y Enfermedad Mental. La imprescindible subjetividad en psicología. Madrid. Universidad Pontificia Comillas.
- Foucault, M. 1997. Una conciencia política. En El Nacimiento de la Clínica. Madrid. Siglo veintiuno de España editores, s.a.
- Foucault, M.1991. Medicina Mental Y Medicina Orgánica. En Enfermedad Mental y Personalidad. Barcelona. Ediciones PAIDOS.
- Hoyos, J. 1999. Si el cadáver no responde...quién? En Affectio Societatis, 4, 1-9.
- Lobo, E. sf.“Sobre el DSM y su concepto de trastorno”.sl.
- Torres, S. Vicente, B. Rioseco, P. Saldivia ,S. Kohn, R. 2002. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Rev Méd Chile; 130: 527-36.
- Villagrán, J. Olivares, J.1994 ¿Hay alguna psiquiatría que no sea biológica? Reino Unido. Universidad de Cambridge.
- Pundik, J.2010. EL DSM: LA BIBLIA DEL TOTALITARISMO. En Revista Topía, Año XX, No. 59, agosto/octubre 2010, pp. 25-27. Madrid.