

## Clasificar, diagnosticar, tratar. Del DSM I al DSM V: historia de los sistemas de clasificación en psiquiatría<sup>1</sup>

El 18 de mayo de 2013, luego de un recorrido que atravesó más de una década de revisión, discusión y búsqueda de consensos, la Asociación Psiquiátrica Americana presentó la última edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Los objetivos principales, tal como lo plantea la página oficial de la organización del DSM-5, son: ayudar a los clínicos a realizar diagnósticos más seguros y consistentes por un lado y por el otro, ayudar a los investigadores a estudiar mejor las relaciones entre los distintos trastornos mentales. Ambos objetivos deberían favorecer la puesta en prácticas de tratamientos más efectivos. Esta nueva versión del manual introduce cambios en la organización interna, en la presentación de los trastornos en función del momento de aparición a lo largo del ciclo vital desde los trastornos del desarrollo en la infancia primero hasta los neurocognitivos asociados a los adultos mayores al final. Se ha eliminado el sistema de evaluación multi-axial que vertebraba el modo de funcionamiento de las ediciones previas del manual, se han incorporado nuevos diagnósticos –el trastorno de excoiación, el de acaparamiento, el trastorno disfórico premestruar, el trastorno de estado de ánimo disruptivo y no regulado para citar sólo algunos- y se han separado patologías que antes formaban parte del mismo grupo diagnóstico como el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático que ya no pertenecen al conjunto de los trastornos de ansiedad. En el nuevo DSM ambas categorías crecieron, adquirieron derecho a un dominio propio dando lugar a nuevos trastornos a ellos relacionados.

No nos proponemos aquí avanzar en el análisis del sentido y el por qué de estos cambios, proceso que no es posible comprender sin atender a las transformaciones que atravesaron el campo psiquiátrico en los últimos veinte años, sino que quisiera compartir con ustedes una serie de preguntas relacionadas con la existencia misma de este sistema de clasificación unificado y global que organiza nuestras prácticas cotidianas y sobre todo acerca de su finalidad clínica y terapéutica. Para ello considero indispensable emprender un recorrido histórico que nos permita entender cómo surgió esta necesidad, en qué coyuntura específica, para qué y con qué fines fueron creados los primeros sistemas de clasificación con pretensión de universalidad en psiquiatría y cómo se fueron transformando hasta llegar a la encrucijada actual. El primer dato significativo que nos revela la lectura de la historia es que si bien, a lo largo de más de dos siglos los psiquiatras han establecido distinciones entre lo normal y lo patológico, han construido sistemas diagnósticos ordenando síntomas y síndromes en función de hipótesis etiológicas diversas, desarrollo y evolución de los cuadros desde Pinel hasta Kraepelin pasando por Esquirol, Kalbaum y Bleuler para citar sólo algunas de las figuras destacadas, el primer proyecto de unificación de criterios diagnósticos se llevó a cabo en Estados Unidos recién en 1952.

Yendo aún más atrás en el tiempo, la aplicación de la estadística a la medicina se remonta al siglo XIX cuando la principal preocupación de los médicos era la de conocer, estudiar y clasificar la muerte. El Primer Congreso Estadístico Internacional se llevó a cabo en Bruselas en 1853 en donde se planteó la necesidad de establecer una clasificación uniforme de las causas de mortalidad. Luego de sucesivas revisiones se estableció finalmente en 1893 la Lista Internacional de causas de muerte conocida como Clasificación Bertillon en reconocimiento del estadista francés Jacques Bertillon, Director del Servicio Estadístico de la ciudad de París e impulsor de este movimiento. En este sentido, esta lista incluía entre sus categorías junto con las muertes por accidente y los suicidios, una clasificación de enfermedades, el objeto principal de esta recolección de datos –más allá de su efectiva aplicación- era la sociedad en su conjunto y el desarrollo de políticas públicas. Por eso cuando se celebró en París, en octubre de 1938, la Quinta Conferencia Internacional para la revisión de este listado se propuso como eje de debate la necesidad de establecer una lista de enfermedades para responder a los requerimientos de múltiples organizaciones: empresas de seguros de salud, hospitales, servicios médicos militares y administradores de salud (<http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>) Claramente las demandas eran organizacionales y el objeto de atención no era el individuo sino la población. Del mismo modo, la primera nosología psiquiátrica estandarizada que se desarrolló en Estados Unidos a partir de 1918 tal como su nombre lo indica, Manual Estadístico para el Uso de Instituciones para Insanos, reflejaba esta dirección instrumental del uso de la estadística en la gestión del hospicio. (Grob y Horowitz, 2010) Más allá de las críticas recibidas, este Manual funcionó como marco de referencia de la clasificación psiquiátrica norteamericana hasta la publicación del primer DSM en 1952 que surgió

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en la 15° Jornada anual de la Fundación Prosam el 9 de noviembre del 2013 en el Hotel Sheraton, CABA.

precisamente de la disconformidad de un grupo de psiquiatras progresistas frente a este sistema de clasificación sostenido en el fuerte vínculo entre la psiquiatría y el asilo como ámbito privilegiado de ejercicio profesional.

La gestación del DSM I forma parte de un conjunto de cambios profundos que atravesaron a la psiquiatría durante la guerra y que confluían en el movimiento de salud mental de la postguerra. Las enseñanzas de la Segunda Guerra Mundial fueron vastas e impactaron en diversidad de campos. La psiquiatría no fue ajena a este proceso que condujo a una ampliación de sus límites y a una redefinición de sus alcances. Las “neurosis de combate” demostraban que individuos hasta el momento sanos podían enfermar enfrentados a situaciones extremas. Las concepciones tradicionales organicistas fracasaban en la explicación de estos trastornos mientras que el psicoanálisis se posicionaba como un modelo teórico y clínico que podía dar cuenta con mayor efectividad de la relación entre el individuo y su entorno a partir de una matriz ambiental de la causalidad subjetiva. Las décadas del '40 y del '50 pueden caracterizarse como la época de mayor expansión del psicoanálisis en la psiquiatría norteamericana en un contexto signado por el descrédito de explicaciones hereditarias que quedaron identificadas con el racismo de la Alemania nazi. Entre 1947 y 1963 el psicoanálisis fue la teoría imperante en los departamentos de psiquiatría y en sus textos. En 1962, más de la mitad de los directores de los departamentos psiquiátricos en Estados Unidos (52 sobre 89) pertenecían a asociaciones psicoanalíticas y casi un tercio de los residentes de psiquiatría de todo el país (1009 sobre 3617) estudiaban simultáneamente en institutos de psicoanálisis. (Hale, 1995: 253)

En este contexto, William Menninger – responsable durante de la guerra de la división neuropsiquiátrica del ejército norteamericano, defensor de la alianza terapéutica de la psiquiatría y el psicoanálisis, y futuro presidente de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1948- impulsó la formación de un Comité de nomenclatura y estadística para revisar los sistemas de clasificación existentes y desarrollar un sistema nuevo que contemplara los trastornos psicológicos de una población muy distinta a la confinada en los hospicios. El resultado de este trabajo fue el primer DSM que puede leerse como un documento histórico que refleja las fuerzas intelectuales, culturales y sociales que transformaron la psiquiatría durante y después de la Segunda Guerra Mundial. Este primer manual estaba organizado en dos grandes categorías en función de las causas de la enfermedad mental: trastornos de origen orgánico y trastornos de origen psicógeno descriptas como “reacciones”. Este segundo grupo definido como “trastornos de unidad psicobiológica” se dividía a su vez en tres subgrupos: reacciones psicóticas, reacciones psiconeuróticas y reacciones del comportamiento o trastornos de personalidad. Claramente la posibilidad de identificar alguna clase de daño cerebral primario dividía las aguas y a partir de allí el trabajo diagnóstico consistía en discriminar las formas particulares que adquiría la desadaptación de cada individuo con su entorno ya sea a través de “trastornos afectivos severos” o “retiro de la realidad” como en las reacciones psicóticas, aquellos en los que la ansiedad era la características predominante como en las reacciones psiconeuróticas o cuando la respuesta principal adquiría la forma de patrones repetidos de comportamiento como en los trastornos de personalidad. Este manual de 132 páginas contenía 106 diagnósticos y fue escrito por psiquiatras para el uso exclusivo de los psiquiatras. No obstante, el consenso esperado con su publicación estuvo lejos de lograrse. En esta dirección, la revisión del manual que condujo a la publicación del DSM II en 1968 tuvo como intención explícita hacerlo compatible con la edición de la nueva versión del Sistema internacional de clasificación de enfermedades (ICD-8) El objetivo de establecer una nomenclatura psiquiátrica para el uso de todos los profesionales más allá de las diferencias geográficas estaba en marcha. No se observan diferencias significativas entre la primera y la segunda versión del manual salvo por la desaparición del término “reacción” que estructuraba el modo de pensar la enfermedad mental en el DSM I La noción de neurosis entendida como conflicto intrapsíquico seguía en pie. (Young, 1985: 98)

Un cambio significativo se produjo con la tercera versión del manual en 1980. Un proceso que había comenzado varios años antes y en el que pueden leerse demandas externas al campo psiquiátrico al tiempo que transformaciones importantes en la profesión en términos de objetivos, métodos e intereses. Entre las demandas de grupos sociales podemos mencionar la presión de la comunidad de activistas gays y lesbianas protestando contra la inclusión de la homosexualidad como un trastorno mental dentro de la categoría de desviaciones sexuales junto a la pedofilia, el travestismo y el masoquismo entre otras. En la definición que proporciona el DSM II se observa con claridad el modelo de una sexualidad normal basada en la genitalidad y la relación con el sexo opuesto. Paralelamente emergen nuevas figuras que liderarían los cambios por venir. La dirección de grupo que revisó el cuestionado DSM II le fue encomendada a Robert Spitzer en 1974 quien para ello puso como condición armar un equipo de profesionales que no

hubiera estado involucrada con las revisiones anteriores. Psiquiatras y psicólogos comprometidos con la investigación diagnóstica. (Young, 1985: 99)

Una de las innovaciones principales que introduce el DSM III es la centralidad del diagnóstico como principal preocupación psiquiátrica. El diagnóstico se constituye en el fundamento de la terapéutica, de la investigación y sobre todo del ordenamiento provisorio de las distintas variables en el manual. De ahí la importancia de los criterios diagnósticos y de la evaluación multiaxial. Ya no se trata solamente de un manual para uso clínico sino del desarrollo de una herramienta que sirva a los intereses de la investigación empírica. El vocabulario del DSM III se nutre del lenguaje científico y se propone fundar el conocimiento en la evidencia, las pruebas clínicas y la estadística. El abordaje es científico pero ateorico y aclara expresamente en la introducción que para gran parte de los trastornos listados se desconoce la etiología que los provoca y el proceso patofisiológico que explicaría su mecanismo de acción. En esta dirección, en el glosario de términos técnicos se distingue entre la definición de síndrome como agrupamiento de síntomas que se dan al mismo tiempo y la definición de enfermedad que supone una etiología específica. Por lo tanto, en el DSM III la mayoría de los trastornos son de hecho síndromes. (DSM III, p. 368) El desafío de sus artífices fue que este manual funcionara como el punto de partida que permitiera en el futuro brindar respuestas sobre la etiología biológica específica, las causas psicológicas o el interjuego entre los factores psicológicos, sociales y biológicos en la explicación de las enfermedades mentales.

Este era el escenario en 1980 muy diferente de aquel que vio nacer al DSM I. De la primera versión del manual a la tercera no sólo cambian la cantidad de categorías clasificadas -106 en el DSM I, 182 en el DSM II y 265 en el DSM III- sino también el modo de organización interna de la información – los criterios operacionales y la evaluación multiaxial- así como también las formas de legitimar las prácticas. El mundo de la psiquiatría también se había desplazado en una dirección distinta al que se encontraba en los años de la posguerra.

Desde sus orígenes, en los albores de la revolución francesa, y hasta los comienzos de la segunda guerra mundial el territorio de la psiquiatría fue el hospital psiquiátrico y sus objetos, la locura y la enfermedad mental severa. Durante las décadas del '50 y '60 asistimos a la creciente expansión de la industria de la salud mental que conduciría, de manera inimaginable para los impulsores del DSM III en 1980, al lanzamiento de nuevos psicofármacos como el Prozac y la impresionante expansión de viejas drogas como el Litio hasta la declaración de un presidente norteamericano confirmando la convergencia de intereses públicos y de la industria en la definición de la década del '90 como la década del cerebro. Rápidamente, en el transcurso de las dos décadas siguientes a la publicación del DSM III, las neurociencias se entronizaron en el lugar que antes había ocupado el psicoanálisis. Un renovado énfasis en las bases biológicas de la enfermedad mental vino a disputar el dominio que las explicaciones psicodinámicas habían ganado en el territorio de las neurosis de la mano de una nueva delimitación del objeto de la intervención psiquiátrica. La distinción tradicional entre las psicosis y las neurosis, que a su vez tensionaba las prácticas entre el asilo y el consultorio privado, se vio reemplazada por la categoría general de los trastornos mentales como un sistema jerarquizado de recolección de información dirigido a favorecer la práctica diagnóstica ya sea con fines terapéuticos o de investigación.

¿Qué cambios vehiculizó el DSM III en 1980 y por qué la clasificación y el diagnóstico se convirtieron en ejes centrales de la práctica psiquiátrica? Leídos desde el presente y las transformaciones profundas a las que asistimos desde las últimas décadas del siglo XX y las primeras del siglo XXI, estos cambios parecen hablar por sí mismos y no requieren explicación pero vistos en la perspectiva histórica que nos muestra el desarrollo de la psiquiatría en la primera mitad del siglo se abren múltiples interrogantes. Se ha escrito mucho – a favor y en contra- acerca del impacto de esta tercera revisión del manual en la historia de la psiquiatría. Desde las posiciones elogiosas se insiste en el impacto revolucionario en las prácticas psiquiátricas. El DSM III logró establecer un metalenguaje para la psiquiatría que atravesó fronteras y disciplinas. Favoreció una mejor comunicación entre los investigadores y los clínicos, permitió el uso de métodos estandarizados de evaluación y medida, aplicar tecnologías estadísticas y epidemiológicas para abordar poblaciones a gran escala. Todos estos procesos contribuyeron a caracterizar a la psiquiatría como una disciplina científica.

Desde posiciones críticas se ha puesto el foco en las relaciones entre el DSM y los intereses de rentabilidad de la industria farmacéutica y del negocio de los seguros de salud así como también del éxito comercial en ventas del manual y sus sucesivas reediciones para la Asociación Psiquiátrica Americana. Una nueva versión con más diagnósticos y más páginas cada siete años entre 1980 y el 2000 (DSM III TR en 1987, DSM IV en 1994, DSM IV TR en 2000) con excepción de la última versión que requirió casi el

doble de tiempo y que introduce por primera vez cambios en la organización interna. Para ilustrar con más claridad estos cambios vale la pena detenerse en un diagnóstico significativo: el Trastorno por Estrés Postraumático. La particularidad de este diagnóstico, introducido por primera vez en el DSM III en 1980, es que los síntomas que lo definen están claramente asociados a un evento –el suceso traumático-. Sin esta relación causal con el acontecimiento caracterizado como “fuera del rango de las experiencias humanas normales” los síntomas son indistinguibles de otros síndromes clasificados en el manual como la depresión y otros trastornos de ansiedad. Las vicisitudes de este diagnóstico y las negociaciones que llevaron a su inclusión en el DSM III han sido estudiadas por Allan Young en una fascinante historia en la que se entretajan intereses políticos y demandas sectoriales. Los orígenes del diagnóstico están estrechamente vinculados con la vida de los veteranos de la guerra de Vietnam, su experiencia como combatientes y luego como pacientes del Sistema médico de la Administración de Veteranos. La presión política de representantes de estos grupos condujeron al armado de un Comité de Trastornos Reactivos durante la planificación del DSM III conformado por seis miembros, tres de los cuales no pertenecían al grupo original de tareas del Manual sino que venían trabajando con los veteranos de guerra y uno de ellos era efectivamente un veterano sin formación profesional. (Young, 108) Se barajaron varios nombres para este nuevo diagnóstico –“síndrome post-Vietnam”, “trastorno post-combate”, “trastorno por estrés catastrófico”- para finalmente acordar en el Trastorno por Estrés Postraumático que si bien no incluye referencias bélicas en la definición tomó claramente como modelo, campo de aplicación y de investigación las experiencias de los veteranos de la guerra de Vietnam. En contraposición, los investigadores señalan como antecedente en el DSM I, la “reacción al estrés total” (“gross stress reaction) caracterizado como una reacción a situaciones de estrés intolerables entre las que distinguen las situaciones de combate durante la guerra y las catástrofes de la vida civil. Sin embargo, este diagnóstico en el DSM I está incluido en la categoría de Trastornos de personalidad situacionales y transitorios y por lo tanto su principal característica es la remisión de los síntomas cuando la situación de estrés disminuye. Si los síntomas persisten en el tiempo según el DSM I se trataría de un trastorno subyacente más severo que implicaría otro tipo de diagnóstico. Por lo tanto, la reacción ante el estrés intolerable, tal como fue categorizada en 1952, sólo aplicaba como diagnóstico para cuadros agudos y transitorios. Cabe señalar que la cuarta revisión del DSM en 1994 amplió considerablemente el alcance de los criterios de exposición a los sucesos desencadenantes del trastorno para incluir no sólo la experiencia sino también el verse confrontado con o ser testigo de “acontecimientos que involucran la muerte o la amenaza de muerte o daños severos o amenazas a la integridad física de uno mismo o de otros” conjuntamente con la acentuación de la respuesta subjetiva a estos acontecimientos de “miedo intenso, indefensión u horror”. Esta revisión que permitió por un lado, investigar la vulnerabilidad de los sujetos a desarrollar síntomas frente a situaciones de intenso estrés extendió al mismo tiempo considerablemente la noción de trauma para incluir situaciones como el acoso sexual y de poder en el ámbito laboral, el abuso sexual infantil y la exposición a la violencia urbana en sus distintas manifestaciones. Simultáneamente la sociedad americana atravesaba un proceso que generó intensos debates en los medios de comunicación, acompañados por demandas legales, alrededor de los alcances de la noción de trauma y la posibilidad de recuperar recuerdos olvidados durante años sobre abusos sexuales sufridos en la infancia. Finalmente el DSM V le brinda espacio propio al Trastorno por Estrés Postraumático desplazándola de la categoría de Trastornos de Ansiedad para generar una categoría nueva a la que define como Trauma y Trastornos por Estrés relacionados. El criterio de exposición se delimita en relación con tres ejes: amenaza de muerte, presencia o amenaza de daños severos y violación sexual. Se especifican también los modos de exposición al acontecimiento traumático poniendo el acento en la experiencia directa y descartando explícitamente el impacto de los medios, la televisión o las películas. En síntesis, en el transcurso de poco más de medio siglo, los síntomas producidos por situaciones de estrés intolerables pasaron de ser un cuadro agudo y transitorio a una patología de los trastornos de ansiedad para llegar en la actualidad a constituir uno de los cinco cuadros clínicos de una categoría clínica nueva reutilizando los términos de trauma y estrés. Al mismo tiempo asistimos al desplazamiento de la noción de trauma asociada a los horrores de la guerra hacia la violencia sexual y sus efectos.

Hacer historia nos permite situarnos en el presente desde una perspectiva crítica para observar las múltiples determinaciones que enmarcan nuestras prácticas y en el caso particular de la historia de las sucesivas reediciones del DSM entender que se trata como señala Stagnaro de un sistema de clasificación –dinámico y móvil- que no hay que confundir con un manual de psiquiatría. Y en este sentido, quisiera detenerme en la cuestión de la clasificación. Ordenamos necesariamente el mundo para habitar en él y relacionarnos con otros. Jerarquizar, establecer similitudes y diferencias forma parte de nuestros procesos de pensamiento y de comunicación. Sin embargo, los sistemas de clasificación no son evidentes por sí

mismos ni vienen dados por la naturaleza de las cosas. Surgen de la experiencia humana y los sistemas a través de los cuales ordenamos esta experiencia cambian. Los sistemas funcionan como mapas que nos orientan en un recorrido que sin ellos resultan difíciles de atravesar. Sin embargo, tal como señalaba el pensador polaco Alfred Korsybski el mapa no es el territorio y en el mejor de los casos nuestros lenguajes deben ser considerados tan sólo como mapas. Así como sabemos que los mapas no dejan de ser dibujos, representaciones gráficas más o menos logradas, y las palabras no son las cosas de las que hablamos, los sistemas de clasificación comparten con los mapas el propósito de la orientación y con las palabras la arbitrariedad del signo lingüístico. El vasto campo de la enfermedad mental y el reconocimiento de las fronteras que separan la normalidad de la patología siguen siendo territorios a descubrir.

Dra. Marcela Borinsky  
Cátedra I Historia de la Psicología UBA  
Noviembre 2013

#### BIBLIOGRAFÍA

- Blashfield, R., Flanagan, E., Raley, C. Themes in the Evolution of the 20<sup>th</sup>-Century DSMs. En Millon, T., Krueger, R., Simonsen, E. Contemporary Directions in Psychopathology. New York, London, The Guilford Press, 2010, 53-71.
- Grob, G., Horwitz, A. Diagnosis, Therapy and Evidence. Conundrums in Modern Medicine. New Brunswick, Rutgers University Press, 2010.
- Hale, N. The rise and crisis of Psychoanalysis in the United State. New York/Oxford, Oxford University Press, 1995.
- Stagnaro J. C. El diagnóstico, llave de la terapéutica. Nosografías criteriológicas contemporáneas. (Entrevista con Pilar Ordóñez 18/9/2009). En <http://historiayepistemologiaapsa.blogspot.com.ar/p/trabajos-publicados.html>
- Young, A. The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. Princeton, Princeton University Press, 1995.

Marcela Borinsky  
Dra. en Psicología UBA  
Prof. Adjunta Historia de la Psicología UBA