

MANIFIESTO A FAVOR DE UNA PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA QUE NO ES ESTADÍSTICA.

8.210 Profesionales Psi y 260 Instituciones, Entidades y Asociaciones de Profesionales Psi apoyan El Manifiesto y han Suscrito a favor de este.



Mediante el presente escrito, los profesionales e instituciones abajo firmantes, nos manifestamos a favor de criterios clínicos de diagnosis, y por lo tanto en contra de la imposición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales de la American Psychiatric Association como criterio único en la clínica de las sintomatologías psíquicas.

Queremos compartir, debatir y consensuar el conocimiento clínico -logía- sobre el pathos psíquico -padecimiento sintomático, que no enfermedad- a fin de cuestionar la existencia de una *salud psíquica*, estadística o normativa, así como la impostura clínica e intelectual del *desorden, trastorno, enfermedad mental*. También queremos denunciar la imposición del tratamiento único -terapias tipificadas para trastornos formateados- por el menosprecio que supone a las diferentes teorías y estrategias terapéuticas, y a la libertad de elección de los pacientes.

En el momento actual, asistimos al devenir de una clínica cada vez menos dialogante, más indiferente a las manifestaciones del padecimiento psíquico, aferrada a los protocolos y a tratamientos exclusivamente paliativos para las consecuencias, y no para sus causas. Tal y como dice G. Berrios (2010) “Nos enfrentamos a una situación paradójica en la que se les pide a los clínicos que acepten un cambio radical en la forma de desarrollar su labor, (ej. abandonar los consejos de su propia experiencia y seguir los dictados de datos estadísticos impersonales) cuando en realidad, las bases actuales de la evidencia no son otras que lo que dicen los estadísticos, los teóricos, los gestores, las empresas (como el Instituto Cochrane) y los inversores capitalistas que son precisamente aquellos que dicen donde se pone el dinero”. En consecuencia, manifestamos nuestra defensa de un modelo sanitario, donde la palabra sea un valor a promover y donde cada paciente sea considerado en su particularidad. La defensa de la dimensión subjetiva implica una confianza en lo que cada uno pone en juego para tratar aquello que en él mismo se revela como insoportable, extraño a sí mismo, pero sin embargo familiar. Manifestamos nuestra repulsa a las políticas asistenciales que persiguen la seguridad en detrimento de las libertades y los derechos. A las políticas que, con el pretexto de las buenas intenciones y de la búsqueda del bien del paciente, lo reducen a un cálculo de su rendimiento, a un factor de riesgo o a un índice de vulnerabilidad que debe ser eliminado, poco menos que a la fuerza.

Para cualquier disciplina, la aproximación a la realidad de su campo se hace a través de una teoría. Este saber limitado no tendría que confundirse con *La Verdad*, pues, supondría actuar como una ideología o religión, donde cualquier pensamiento, acontecimiento o incluso el lenguaje utilizado, está al servicio de forzar el *re-ligare* entre saber y verdad. Todo clínico con un cierto espíritu científico sabe que su teoría es lo que Aristóteles llamaría un *Organon*, es decir, una herramienta de acercamiento a una realidad siempre más plural y cambiante, y donde las categorías encontradas han de dejar espacio a la manifestación de esa diversidad, permitiendo así una ampliación tanto teórica como práctica. Esta concepción se opone a la idea de un *canon*, en el sentido de lo que necesariamente, obligatoriamente y prescriptivamente las cosas son y han de funcionar de determinada manera. Todos sabemos las consecuencias de esta posición que va de lo orientativo a lo normativo, prescriptivo para, finalmente, convertirse en coercitivo. Es ahí donde el saber

se convierte en el ejercicio de un poder en tanto sancionador, en un sentido amplio, de lo que obedece o desobedece a ese canon. Ordenación de la subjetividad al Orden Social que reclaman los mercados. Todo para el paciente sin el paciente. Un saber sin sujeto ya es un poder sobre el sujeto. *Autoritarismo científico*, lo llama J. Peteiro. Por todo esto queremos manifestar nuestra oposición a la existencia de un *Código de Diagnostico Único Obligatorio y Universal*.

Por otra parte, el modelo a-teórico del que hace gala el DSM, y que se ha querido confundir con objetividad, nos habla de su falla epistemológica. Baste recordar su indefinición sobre qué podemos entender como *trastorno mental*, así como por *salud psíquica*. Los contenidos de esta taxonomía psiquiátrica responden mucho más a pactos políticos que a observaciones clínicas, lo que da lugar a un problema epistemológico muy grave.

En cuanto al método clasificatorio del DSM, constatamos que se puede clasificar, amontonar o agrupar muchas cosas, pero eso no es establecer una entidad nosográfica en un campo determinado. Por último, y en la misma línea que lo anterior, la estadística empleada en el DSM tiene un punto de partida débil: la ambigüedad del objeto sobre el que se opera, es decir, el concepto de trastorno mental. La estadística se presenta como una técnica, un utensilio que puede ser puesto al servicio de múltiples causas y de todo tipo. Son las personas quienes manejan los ítems y valores de base de la curva estadística, pero también quienes deciden el deslizamiento, más o menos hacia los márgenes de lo que se va a cuantificar e interpretar posteriormente.

En este contexto de pobreza y confusión conceptual, la próxima publicación del DSM-V supone una clara amenaza: nadie quedará fuera de aquello que se detiene, de lo que enferma. No quedará espacio para la salud, en términos de cambio, de movilidad, de complejidad o de multiplicidad de las formas. Todos enfermos, todos trastornados. Cualquier manifestación de malestar será rápidamente transformada en síntoma de un trastorno que necesita ser *medicalizado* de por vida. Éste es el gran salto que se realiza sin red epistemológica alguna: de la prevención a la predicción.

Umbrales diagnósticos más bajos para muchos desórdenes existentes o nuevos diagnósticos que podrían ser extremadamente comunes en la población general, de esto nos advierte Allen Frances, jefe de grupo de tareas del DSM IV, en su escrito *Abriendo la caja de Pandora*. Refiriéndose a los nuevos trastornos que incluirá el DSM-V, este autor cita algunos de los nuevos diagnósticos problemáticos: *el síndrome de riesgo de psicosis*, (“es ciertamente la más preocupante de las sugerencias. La tasa de falsos positivos sería alarmante del 70 al 75%”). El trastorno mixto de ansiedad depresiva. El trastorno cognitivo menor, (“está definido por síntomas inespecíficos... el umbral ha sido dispuesto para incluir un enorme 13.5% de la población”). *Trastorno de atracones*. *El trastorno disfuncional del carácter con disforia*. *El trastorno coercitivo parafilico*. *El trastorno de hipersexualidad*, etc. Aumenta, por tanto, el número de trastornos y aumenta también el campo semántico de muchos de ellos, como el famoso TDAH, ya que se permite el diagnóstico basado sólo en la presencia de síntomas, no requiriendo discapacidad y, además, se reduce a la mitad el número de síntomas requeridos para adultos. El diagnóstico de TDAH también se contempla en presencia de autismo, lo cual implicaría la creación de dos falsas epidemias e impulsaría el uso aumentado de estimulantes en una población especialmente vulnerable.

Si juntamos este manejo estadístico con la heterogeneidad temática de los grupos de trabajo, que se multiplican y que van desde la identidad de género, pasando por la adaptación de los impulsos, hipersexualidad, cambios de humor etc., no podemos obviar que las clasificaciones internacionales pretenden una autonomía total respecto de cualquier marco teórico, y por ende, libre de cualquier tipo de control de rigor epistémico. Sin embargo, no creemos que las clasificaciones y tratamientos puedan ser neutrales respecto a las teorías etiológicas, como se pretende, y al mismo tiempo ser neutrales respecto de la ideología del *Control Social*, e intereses extra clínicos.

Paul Feyerabend, en *El mito de la ciencia y su papel en la sociedad*, nos dice: “Básicamente, apenas si hay diferencia alguna entre el proceso que conduce a la enunciación de una nueva ley científica y el proceso que precede a una nueva ley en la sociedad”. Parece ser, sigue diciendo este autor en *Adiós a la razón*, que: “El mundo en que vivimos es demasiado complejo para ser comprendido por teorías que

obedecen a principios (generales) epistemológicos. Y los científicos, los políticos -cualquiera que intente comprender y/o influir en el mundo-, teniendo en cuenta esta situación, violan reglas universales, abusan de los conceptos elaborados, distorsionan el conocimiento ya obtenido y desbaratan constantemente el intento de imponer una ciencia en el sentido de nuestros epistemólogos”.

Finalmente, queremos llamar la atención del peligro que supone para la clínica de las sintomatologías psíquicas, que los nuevos clínicos estén formateados, deliberadamente, en la ignorancia de la psicopatología clásica, pues, ésta responde a la dialéctica entre teoría y clínica, entre saber y realidad. Psicopatología clínica que ya no se enseña en nuestras facultades ni en los programas de formación de los MIR y PIR. Y sin embargo, se les alecciona en el paradigma de la indicación... farmacológica: universalización prescriptiva para todos y para todo, y que en nada se diferencia de una máquina expendedora de etiquetas y reponedora de *medicación*. El resultado que denunciamos es un desconocimiento de los fundamentos de la psicopatología, un escotoma importante a la hora de explorar a los pacientes y, en consecuencia, una limitación más que considerable a la hora de diagnosticar. En tanto que el conocimiento es la forma más ética que tenemos de acercarnos a nuestra plural realidad, no ha de ser un problema la coexistencia de diferentes saberes sobre la complejidad del ser humano.

Por todo ello proponemos llevar a cabo acciones con el objetivo de poner límite a todo este proceso incrementalista de las clasificaciones internacionales, y trabajar con criterios de clasificación que tengan una sólida base psicopatológica y, por tanto, que provengan exclusivamente de la clínica.

Barcelona, a 14 de Abril de 2011

8.210 Profesionales Psi y 260 Instituciones, Entidades y Asociaciones de Profesionales Psi apoyan El Manifiesto y han Suscrito a favor de este.

Los Grupos e Instituciones que deseen adherirse a la campaña, pueden enviar un correo a **stopdsm@gmail.com**

Información y contacto:

<http://stopdsm.blogspot.com>

https://spreadsheets.google.com/viewform?formkey=dHN4Q3VsOU1EaHRoejRGYmlLcTZ3SGc6MQ_

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 27-ex-53