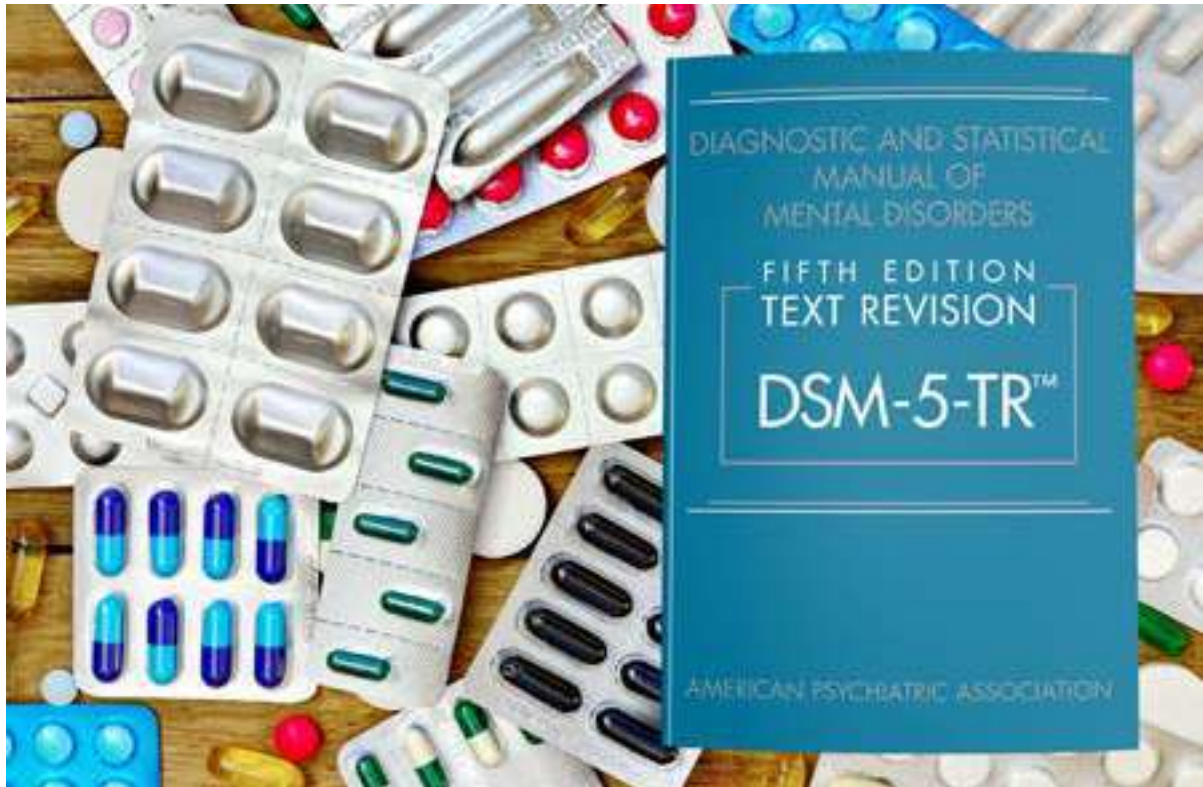




ANÁLISIS CRÍTICO DEL *DSM-5* DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA



Resumen

Este artículo es un análisis crítico de la guía de las categorías diagnósticas del *DSM*. Se ocupan de lo fenomenológico, lo empírico, de un modo reduccionista médico, centrado en lo biológico supuestamente genético, localizando en el cerebro todo lo psiquiátrico.

Trabajan con el discurso médico. El saber lo ostenta el médico. Es una de las diferencias con el proceder psicoanalítico y su discurso. El discurso psicoanalítico trabaja con lo reprimido que se presenta en las formaciones del inconsciente.

Se diferencian por el modo de entender la enfermedad mental, por el discurso empleado, por la infracción de los conceptos psiquiátricos, por la imprecisión de sus términos tal como

Henry Ey alertaba a desconfiar de un abordaje de este tipo. A cada diagnóstico de trastorno psiquiátrico corresponde una medicación específica. No se ocupan de las causas sino de eliminar cuanto antes los síntomas. Nos referiremos a las críticas más potentes que ha recibido. Señalaremos algunas de las diferencias con el abordaje psicoanalítico, con su proceder clínico y con el modo de abordar las patologías mentales.

Palabras clave

Trastorno psiquiátrico, medicación, síntomas, desciframiento, apego, competencias parentales.





Abstract

This essay is a critical analysis to the diagnostic criteria from *DSM*. These are focused on the phenomenological and the empirical, in a reductionist medical manner. Centered around the biological, supposedly genetic, placing all psychiatric issues within the brain. They work with the medical discourse. Knowledge held by the doctor. This is one of the differences with psychological methodology and its discourse. The psychological discourse works with the repressed, presented in the creations of the unconscious. They differ in the way they understand mental illness, in the employed discourse, in the inflation of psychiatric concepts, and in their inaccurate terms, as warned by Henry Ey's mistrust

DSM en el 2023

Hacer un análisis crítico del *DSM-5*, que ha nacido con vocación de globalización, se hace muy difícil en los tiempos actuales pospandemia. Esta favoreció la observación de las costuras sociales abiertas, las deficiencias del sistema económico y social imperante en el mundo y, por tanto, sus carencias en salud y en especial en salud mental.

Internet nos hace creer que la distancia temporal y geográfica actualmente no es problema porque todo lo que nos proponemos lo logramos al instante. Nuestra patología hoy es, todo al instante. Pese a ello, consideramos que en el planeta se vive en distintas épocas. En el primer mundo, en el siglo XXI. En África, algunos territorios de Asia, algunas regiones de América Central y América del Sur, en otra más antigua. A esos lugares los llamamos Tercer mundo. Ahí se localizan las guerras, hay hambre y desplazados que no encuentran un lugar dónde vivir. Son los desheredados del siglo XXI. La invasión de Rusia a Ucrania y la situación de Israel y Palestina nos explican una nueva geopolítica mundial.

Es un hecho tan cierto como paradójico que opulencia económica y reproducción humana se presentan en proporciones inversas: el índice de natalidad desciende en los países desarrollados al tiempo que aumenta la

for this approach. There is a specific medication for every psychiatric disorder. They are not concerned with what causes symptoms but with eliminating them as soon as possible. We refer to the harshest critique it has received. We will point out some differences with the psychoanalytic approach, with its clinical procedure and the way to tackle mental pathology.

Keywords

Psychiatric disorder, specific medication, eliminating symptoms, deciphering symptoms, family, bonds, parental responsibilities, biologist psychiatry, bio-psychosocial psychiatry, label diagnostics, no symptomatic singularity, economic neoliberalism. .

infertilidad. La llegada de los hijos es más tardía, por lo que se recurre a Tratamientos de Reproducción Asistida (TRA) o se intenta tener un hijo a través de las adopciones y/o los vientres de alquiler (no autorizados en España ni en muchos otros países).

En la otra parte del mundo se acrecienta la natalidad y la mortalidad infantil. La fractura entre ricos y pobres es cada vez más grande en casi todo el mundo. Hay un corte, una grieta marcada a fuego, que siembra la desigualdad social con poca posibilidad de ascenso.

En el campo de la salud mental tenemos el *DSM-5* como un buen estigmatizador por que separa a los ricos de los pobres.

Las guerras, máquinas flicidas, han sido siempre productoras de huérfanos: niños y jóvenes soldados, la infante-ría. Dejan pobreza y muerte, la forma más antigua de infancia desamparada. Una de las peores «enfermedades endémicas» en expansión, sin que se haya aplicado aún vacuna alguna para erradicarla.

Reflexiones sobre la guía de criterios diagnósticos del *DSM-5*

Desde su implementación, muchos psiquiatras, psicólogos de distintas orientaciones teóricas, han plantea-





do sus críticas y diferencias de procedimiento. De todos modos, en una buena parte del mundo desarrollado se ha implantado en investigaciones y en tramitaciones oficiales de ayudas sociales, escolares y/o judiciales. En España es la guía de referencia. A lo largo de las sucesivas guías se fueron modificando las denominaciones de los «trastornos mentales» y aumentado la lista de diagnósticos. Ha pasado a convertirse progresivamente en una guía de una psiquiatría reduccionista, bióloga y a no dejar casi ninguna situación de la vida cotidiana sin mencionarla como supuestamente patológica, con el agregado de alguna medicación pertinente. Me permitiré aquí citar un texto reciente de S. Arbiser (2021), en el que señala cómo ya en 1893 cuando escribe *Psicoterapia de la histeria*, Freud introduce un giro copernicano en el desarrollo de su elaboración teórica del psicoanálisis.

Ha pasado a convertirse progresivamente en una guía de una psiquiatría reduccionista, bióloga y a no dejar casi ninguna situación de la vida cotidiana sin mencionarla como supuestamente patológica, con el agregado de alguna medicación pertinente.

En contraste, señala este psicoanalista, con la entusiasta medicina positivista de su época, que fundaba el progreso del conocimiento médico en los crecientes hallazgos del microscopio, él... un brillante neuropatólogo, planteó, casi disculpándose, que detrás de la sintomatología neurótica no hallaba lesiones tisulares, ni bacterias que sustentaran dicha sintomatología, sino condiciones y peripecias de la vida singular de cada uno de sus pacientes.

Es la base de los cimientos de su magna disciplina y de su esfuerzo teórico, clínico y metapsicológico por crear y desarrollar una disciplina que pretende elevar a la sistematización científica, lo que la ciencia oficial positivista había menospreciado.

Medio cultural en el que se crea el DSM junto con la ciencia y el arte de la época

Haremos un análisis del momento histórico en el que se desarrolló la idea del *DSM*, las cuestiones mundiales

que estaban en juego, tanto como algunos de los cambios sociales y políticos habidos desde entonces; los países predominantes en ese momento y las sociedades de otrora frente a las actuales. Para entender este mundo de hoy necesitamos contar con otras disciplinas sociales: filósofos, antropólogos, sociólogos, que nos puedan orientar en nuestras sociedades tan diversas y complejas y no caer en reduccionismos psicológicos. Me interesa señalar, sobre todo, cómo influye en una cultura el sustrato filosófico presente en ella, el modelo educativo y lo que socialmente se pondera. Intentaré mostrar con este rodeo, cómo el marco cultural de los países europeos marcó el rumbo diferencial en la interpretación de sus teorías.

«El mundo se ha vuelto ancho y ajeno», como en la obra de Ciro Alegría (1941).

En el mundo actual, se acentúa cada vez más la desigualdad, se ensancha la raja tan marcada entre ricos y pobres, países desarrollados y subdesarrollados. En el campo de la salud mental tenemos el *DSM-5* (García Zabaleta, 2018) que los estigmatiza y separa a unos de otros. Se uniformiza todo al mismo tiempo que se ignora el origen del sufrimiento humano. (Es una experiencia de lo que ocurre en algunos centros.)

Hubo mucha crítica hacia la psiquiatría, muchos movimientos de antipsiquiatría, tal vez el más famoso, el de Thomas Szasz. La teoría psicodinámica ganaba posiciones. Hasta el *DSM-III* sí que había categorías diagnósticas psicoanalíticas. Hasta el *DSM-IV* se valoraba cada categoría en función de ejes. La desinstitucionalización de los pacientes y la aparición de los psicofármacos que favorecieron su integración, favoreció el auge del *DSM-III*. Ello, unido al interés de los laboratorios potenció en manual de clasificación de las enfermedades mentales. (García Zabaleta, 2018)





Desde 1952, año de salida del *DSM*, a 2022 ha habido demasiados cambios en el mundo: nuevas modalidades familiares, aceptación progresiva de derechos humanos de grupos minoritarios, que lo que entonces podría entenderse como normal, hoy sería difícil de aceptarlo. La caída de la Unión Soviética produjo una reorganización del capitalismo que introdujo modificaciones sustanciales en el discurso de la modernidad.

Las transformaciones son vertiginosas. El *DSM-5* sin embargo, no contempla las condiciones concretas de la existencia de los niños ni el entorno social en el que viven. No toma en cuenta la *singularidad* de la historia de cada uno. Solo en una parte del planeta, en el mundo desarrollado, en países con baja implantación de teorías psicológicas y psicoanalíticas, tanto entre los psicólogos y psiquiatras como en ramas afines de la tarea profesional con niños: pediatras, docentes, se ha aceptado mejor. No sé si ello ocurre por el deseo de lograr que las características del hombre occidental se impongan en todo el mundo, un nuevo etnocentrismo. No se acepta la diversidad de culturas y su importancia en el crecimiento y desarrollo de sus habitantes.

El *DSM* fue diseñado en un inicio por la American Psychiatric Association con la colaboración de psiquiatras del Ejército estadounidense y médicos del NIMH (National Institute of Mental Health), como un intento de clasificación y descripción de las categorías diagnósticas con el fin de poder hacer investigaciones, estudios clínicos internacionales y tener una clasificación unificada en todo el mundo (García Zabaleta, 1952).

Ese año ya estaba en marcha la Guerra Fría entre EE. UU. y la Unión Soviética en la lucha por la hegemonía del mundo. La tensión era alta en ambos bloques. El macartismo estaba en auge usufructuando del temor al comunismo y convertido en una «caza de brujas». Eisenhower era el presidente. En esa campaña de temas sociales se habló poco porque el país estaba polarizado con la guerra de Corea. Es en ese contexto geopolítico que surge el *DSM*. Tal vez, un objetivo implícito fuera liderar también en el campo de la psiquiatría y al mismo tiempo atender a los efectos postraumáticos de los

soldados que volvían de la contienda con Corea y que se sumaban a los que habían quedado muy mal de la II Guerra Mundial. El noble propósito inicial del *DSM* de orientar en la psiquiatría y hacer investigaciones quedó por el camino. Pronto se transformó meramente en una lista empírica de conductas que dejan al sujeto del inconsciente fuera, ya implantado en Europa, e incluido en el bagaje teórico de muchos psiquiatras y psicoanalistas americanos, como acabo de señalar.

Me he ayudado en este espacio leyendo a Siri Hustvedt (2016), quien sostiene que hay que dudar de todo lo establecido y en especial cuando eso ha sido estudiado por una minúscula parte del planeta. No comparte con Descartes la idea de separar mente y cuerpo. Pone en cuestión la base genética de los desórdenes mentales,

Pronto se transformó meramente en una lista empírica de conductas que dejan al sujeto del inconsciente fuera...

los prejuicios de género y hasta la idea que lo que somos tenga que ver exclusivamente con nuestro cerebro. Tampoco comparte que el genoma sea el artífice de nuestra personalidad. Llega a considerar al gen como algo perimido en cuanto factor determinante en el origen de la enfermedad mental. Especifica cómo en el decurso de una vida ocurren tantas cosas insospechadas, inesperadas, que hace impensable pensar que todo esté programado desde el inicio o en el ADN, sin caer en una rigidez metodológica. Sostiene que no hay que dejar fuera el cuerpo y creer que lo fundamental ocurre exclusivamente en nuestro cerebro. Se queja cuando se difunden conceptos muy complejos en los medios de comunicación, porque se simplifican y distorsionan lo transmitido (Hustvedt fue Premio Princesa de Asturias de las Letras en 2014). De todos estos temas habla en su libro *Los espejismos de la certeza*.

Coincido con ella y con muchos otros autores, en que la producción científica o artística tiene su base en el medio cultural en el que se crea. Entenderlo así, permite una mejor comprensión de lo producido.





En la formación europea, el estudio de los clásicos y la filosofía eran conocidos y discutidos en la vida social y cultural. Había vínculos entre los distintos saberes. Los intelectuales dialogaban y ese rico mundo cultural tan diverso convergió en intereses compartidos, diálogos productivos, intercambios fructíferos. Muchos cuestionaban los desgajamientos que implicaban la separación de los conocimientos universitarios, tales como historia, composición musical, física, periodismo político y lógica filosófica. El mundo cultural europeo era muy valioso e intentaban lograr cambios en la vida de sus pueblos. Esa manera de posicionarse frente al conocimiento fue la base cultural europea. Señalaremos algunos ejemplos de ello en la Viena de Freud, o en el panorama sociocultural en Alemania hasta la entrada de Hitler. Italia y muchos otros países europeos compartían todo ese acervo cultural. No entendían la profunda especificidad profesional tan opuesta a ello en EE. UU. y el Reino Unido.

El propio Wittgenstein fue filósofo, matemático, lingüista y lógico. Contribuyó al desarrollo de la lógica simbólica y la epistemología. También al progreso de la Lógica matemática tanto como al de la filosofía analítica británica del siglo XX. Su asociación con Russell, Fregue, Wisdom, oscureció sus orígenes culturales vieneses (Janik, Toulmin, 1973). Se lo ha aplaudido o atacado como influencia dominante del positivismo y del empirismo de entreguerras en el Reino Unido. Uno de los entendidos en su obra, Paul Engelman, dice: «debería ser considerado surgiendo de un particular ambiente cultural» (Janik, Toulmin, 1973). En Austria el *Tractatus Lógico Filosófico* se consideraba un tratado de ética por lo cual lo asociaban a Kierkegaard. En la Europa de esa época, toda persona instruida, medianamente culta, discutía y entendía de filosofía.

En las universidades del Reino Unido y EE.UU. el panorama fue diferente. No se establecían los saberes convergentes. Los estudios eran más especializados. En ellos fue más pregnante el positivismo y el empirismo (Hustvedt, 2016).

En el marco sociocultural francés surgió Henry Ey,

psiquiatra que intentó acercar la psiquiatría al psicoanálisis. Comenzaré con una cita suya en la que este psiquiatra/psicoanalista circunscribe el objetivo de la psiquiatría:

Presentar la psiquiatría a los psiquiatras, médicos, estudiantes, pero también a todos los componentes de la asistencia psiquiátrica (psicólogos, educadores, enfermeros, asistentes sociales o pedagógicos) que se interesan en la psiquiatría; pero intentamos ofrecer una imagen muy estricta y por tanto *tan delimitada como sea posible en la teoría y en la práctica psiquiátrica*. Ello tiene la finalidad de que todos los que se ocupan de enfermos mentales o los que trabajan en el campo de la psiquiatría comprendan que no deben responsabilizarse de todos los problemas morales y socio-psicológicos de las relaciones humanas sino exclusivamente de los problemas psicopatológicos de la existencia. Para expresarlo de otra forma, recomendamos a nuestros lectores que desconfíen, como nosotros, *de la inflación de los conceptos psiquiátricos que conducen a los abusos de la psiquiatría, abusos anti psiquiátricos y especialmente, demasiado a menudo, políticos*¹ (las itálicas son nuestras).

La psiquiatría europea estuvo influida por la filosofía: Heidegger, Kant, Kierkegaard. Karl Jaspers, que se orienta hacia el *existencialismo*. Husserl, siguiendo la enseñanza de Brentano (tan admirado por Freud) se inspira en la fenomenología trascendental, la cual ofreció un marco de reflexión para abordar la locura sin reducirla meramente a sus síntomas.

Binswanger, también a partir de la fenomenología, construyó una nueva corriente psicopatológica, la *Dasein-analyse* o análisis existencial. Todo ese mundo filosófico formaba parte del bagaje cultural freudiano.

La influencia neurológica más conocida de Freud durante su estancia en La Salpêtrière, fue la de Charcot. Luego de su paso por París, como ya he señalado, se consagró menos a la fisiología microscópica del cerebro para centrarse en las fuerzas psicológicas que lo encaminaron

1. Del «Prefacio a la edición castellana» de su *Tratado de psiquiatría* (Ey, 1965).





hacia las neurosis. Fue el influjo del gran neurólogo lo que llevó a Freud al descubrimiento del inconsciente y junto a Breuer dejar la hipnosis para escuchar a las pacientes histéricas. En ellas, reconoció algo diferente que el desafío a la medicina, como lo pensaba la psiquiatría clásica. Con las histéricas descubrió algunos de los cimientos de la teoría psicoanalítica: la importancia de la escucha, la transferencia, la asociación libre, la sexualidad, etc.

Bleuler fue un psiquiatra suizo que favoreció la comprensión de la enfermedad mental. El primero en nombrar «esquizofrenia», «esquizoide», «autismo», y lo que luego Freud llamó «ambivalencia», término también elegido por Bleuler.

La psiquiatría humanista está ligada en su base a las corrientes filosóficas mencionadas y a una práctica clínica en la que el facultativo *se inclina* ante su paciente enfermo, postrado en la cama. Clínica deriva del griego y quiere decir *inclinarse*. Volvamos a escuchar a Henry Ey, tal como él nos indica la labor clínica. El psiquiatra, nos dice:

[...] favorece el encuentro con el paciente, dispuesto a observarlo y escucharlo, a crear una relación de confianza, porque trabaja con lo que los psicoanalistas llaman la transferencia. No se trata de un interrogatorio, sino de una calidad en la comunicación que le permita establecer una relación lo más positiva posible. [...] El examen clínico debe ser prolongado, repetido y a solas con el enfermo».

Esto impone para el psiquiatra una «formación particular para el uso clínico y el control de su propia afectividad» (Ey, 1965).

La capacidad diagnóstica y psicoterapéutica, unida a su producción científica, ha favorecido que algunos psiquiatras fueran tan relevantes por su prestigio en su tarea profesional. En los EE. UU., como acabo de indicar, predominó la influencia del empirismo y el positivismo. Este último sostiene que todo conocimiento genuino debe limitarse a la interpretación de los hallazgos positivos reales, perceptibles sensoriales y verificables. Deriva del empirismo y de la epistemología del siglo XIX de la mano de A. Comte. Fue su fundador y también el

creador de la sociología. En su concepción, los hechos empíricos fundamentan el conocimiento. Consideraba que el método científico también debía ser aplicado a las ciencias humanísticas. El conocimiento proviene de lo observable, es objetivo. Por tanto, influyó en la Psicología como ciencia, como *conocimiento genuino*. A través de John Watson se desarrolló el conductismo.

Si retrocedemos en el tiempo, nos encontramos con Gianbattista Vico (1668-1744). Un personaje no tan conocido, pero que en el tema que nos interesa resultó profético. Siempre tuvo presente la educación de los niños. Fue un erudito, historiador y profesor en la Universidad de Nápoles. Hustvedt (2016) nos señala que Gianbattista Vico advirtió que «la especialización cada vez mayor en las universidades estaba fragmentando el conocimiento porque los campos se volvían ininteligibles entre sí». Me parece un buen modo de entrar en lo meta-científico, lo que está en la cultura, lo que sustenta el sistema de los conocimientos de una época.

Le inquietaba que, siguiendo a Descartes, su racionalismo en la enseñanza fuera en desmedro de las lenguas y las artes. Consideraba que esta filosofía no podía dejar excluidos otros aspectos humanos valiosos. No solo debían enseñar geometría o ciencias exactas. En EE. UU. podríamos decir que esa concepción aún predomina. Suele otorgarse más importancia a las ciencias exactas (matemáticas, geometría y física) que a las humanidades y las artes (Hustvedt, 2016).

Si desandamos en el tiempo, la preocupación y crítica de G. Vico, los problemas que él señalaba, se han ido extendiendo por el mundo. Cuestionaba los campos aislados de los conocimientos universitarios, cada vez más especializados y con pocos entrecruzamientos de saberes. Entre nosotros, tampoco se sigue estudiando a los clásicos como otrora y disminuye la enseñanza de la filosofía en las diferentes carreras universitarias y bachilleratos.

Críticas al DSM

Volviendo a nuestro *DSM*, coherente con los principios del positivismo, se ocupan de lo fenomenológico, de lo





empírico. Lo hacen de un modo reduccionista médico, centrado en lo biológico y supuestamente genético. El cerebro queda localizado como sede de todo lo psiquiátrico. No está muy clara la diferencia en esta clasificación entre lo psiquiátrico y lo neurológico, tal como se refleja en la historia de la psiquiatría desde finales del siglo XIX. No tienen en cuenta que lo biológico está también marcado por lo familiar y social (epigenética).

Mencionaremos algunas de las objeciones más relevantes que se le han hecho y contraponemos algunas diferencias con la psicopatología resultante de la teoría psicoanalítica. Las mayores críticas que ha conocido podrían resumirse así (Medrano, 2014):

- Encasilla y categoriza a las personas.
- Es reduccionista porque trata lo psi desde lo biomédico.
- El *DSM* se ha ido convirtiendo, en cada nueva publicación, en un manual descriptivo en desmedro de lo dinámico y de lo aprendido de los grandes psiquiatras europeos y americanos, como acabo de señalar.
- Muestra entidades con una serie de síntomas que reunidos hacen corresponder una «enfermedad» o trastorno. Para analizar la diferencia de dichos síntomas y/o trastornos, para su interpretación adecuada, es necesaria la preparación clínica del profesional. Nuevamente está en juego la captación de este con su mejor o peor saber clínico.
- No diferencia entre rasgos y trastornos mentales. Uno de sus críticos fue Allen Frances, uno de los psiquiatras que había alumbrado 20 años antes el *DSM*. Él sostiene que no pudo introducir un sistema dimensional que permitiera la continuidad de muchos síntomas, favoreciera el uso de escalas con las que fuera posible medir rasgos de personalidad o remitiera a circuitos neurobiológicos específicos.
- Otra crítica es que sacrifica la validez por la fiabilidad diagnóstica.
- Ha ido convirtiéndose en cada nueva publicación en un manual descriptivo en desmedro de lo dinámico y de lo aprendido de los grandes psiquiatras.
- E. Morin, en *La vía para el futuro de la humanidad*, señala la necesidad de introducir reformas en el sistema universitario para evitar la *colonización* del

mundo académico por una comunidad que limita la complejidad en aras de una simplicidad (Dr. Jorge del Río, comunicación personal, 2021).

En la entrevista que Nuccio Ordine (2021) hizo a E. Morin a punto de cumplir los 100 años, habla de sus reflexiones sobre la enseñanza. Parte del *Émile* de J. J. Rousseau, quien decía «vivir es el oficio que quiero enseñarles». Morin lo ha modificado. Para él, solo

[...] se puede ayudar a aprender a vivir [...] pues se aprende de las propias experiencias, con la ayuda en primer término de los padres, después de los educadores, pero también a través de los libros, la poesía, los encuentros (Ordine, 2021).

Para el incansable sabio, la enseñanza tiene una función esencial:

[...] formar adultos capaces de afrontar su destino, de hacer florecer su destino, capaces de un conocimiento pertinente, de entender las complejidades humanas, históricas, sociales y planetarias, más capaces de reconocer los errores y las ilusiones del conocimiento, en la decisión y en la acción de afrontar la aventura de la vida.

Sin embargo, retomando en el siglo XXI la aspiración de Gianbattista Vicco, Morin considera que la universidad está cada vez más condicionada por «la vulgata tecnoeconómica dominante entre los políticos y los empresarios». Es muy crítico, porque estos imponen sus valores: eficiencia, rentabilidad, competitividad. En consecuencia, el humanismo está en baja. Las universidades, considera Morin, han quedado al servicio de la lógica empresarial y el poderoso mercado. Se ha desmezcado la función social y civil de la educación.

No hay duda que el *DSM* se ajusta al tiempo que vivimos. Y lo demuestran universidades en las que en la formación psiquiátrica y psicológica se enseña exclusivamente el *DSM*, lo cual es una demostración empírica de lo planteado por E. Morin, quien nos deja como legado, una vida y un pensamiento en consonancia ética.





James Davies (2022) es profesor de Psicología y Antropología en la Universidad de Roehampton (Londres). No revela su edad, pero por su foto, se observa que es joven. Sostiene que, aunque la medicina avanzó mucho en nuestro siglo, pese a ello empeoró en la salud mental desde los años cincuenta del siglo pasado. Lo considera muy grave y puntualiza algunas claves para entenderlo:

Medicalización de los problemas, obsesión del sistema social imperante por crear personas productivas y consumidoras, en lugar de buscar la tranquilidad y el placer de los ciudadanos y un abordaje de la salud mental que trata de aliviar síntomas, en lugar de paliar los conflictos que a menudo están vinculados con sueldos bajos y falta de tiempo libre. [...] Sedamos el sufrimiento para hacerlo compatible con las necesidades del mercado.

Los problemas, para este profesor de psicología, no vienen exclusivamente por causas biológicas, sino también materiales. El sistema económico vigente se hace más evidente —nos dice— a partir de los años ochenta: bajos sueldos, muchos trabajos, precariedad, inseguridad laboral. Todos estos factores afectan a las personas y lo expresan con ansiedad, diferentes síntomas e insatisfacción con su vida. Señala que en el Reino Unido cerca del 25 % de la población ha tomado alguna medicación psiquiátrica para poder seguir este ritmo de vida. Este porcentaje sube cada año un 7 %. Además, propone una reducción de jornada laboral. Retoma un artículo de Keynes, un economista que predecía por los años sesenta cómo podría ser la vida laboral de las personas si sus principios económicos hubieran podido continuar. Él pensaba que aumentar el gasto público en momentos de recesión favorecía el pleno empleo. Consideraba que el libre mercado carece de mecanismos de autoequilibrio. Lo he subrayado porque el sistema económico contrario se ha impuesto. Auguraba que solo con esa teoría económica anterior trabajaríamos 15 horas semanales y se podría aprovechar el tiempo de ocio para cultivarse y disfrutar de la vida familiar y social. «Una reducción de la jornada laboral mejoraría la salud mental».

Sin embargo, triunfó la teoría neoliberal de Milton Friedman, economista norteamericano fundador de la

teoría monetarista, según la cual las fuerzas del mercado se regulan solas y son mucho más eficientes que la intervención pública para crear el crecimiento económico estable sin tensiones inflacionistas. ¡Es la triunfadora, ya tenemos experiencia de ello y de sus consecuencias en estos momentos!

Se impuso con violencia en Latinoamérica, provocó intervencionismo y golpes militares, muertos, dolor, diferencias sociales abismales, falta de ascensor social, excesivos ricos, excesivos pobres, y es lo que conocemos mayoritariamente en nuestro mundo actual. A partir de ahí las privatizaciones de la riqueza de los estados. De modo que, con una diferencia quizá de 50 años entre ellos, E. Morin y J. Davies, ambos coinciden en que la atención en salud mental, la educación, la vida de las personas, quedan en la precariedad y no hay dinero suficiente para invertir en salud, en enseñanza y en los ciudadanos para mejorar sus condiciones de vida.

...la atención en salud mental, la educación, la vida de las personas, quedan en la precariedad...

Desde la década de los ochenta, nos indica J. Davies (2022), la atención en salud mental en el Reino Unido ha empeorado, se han cuadruplicado los problemas y se han estancado los sistemas de bienestar social. Cada vez se recetan más medicamentos psiquiátricos, en especial antidepresivos que serían necesarios para personas con grave depresión, aunque se tiende a medicalizar muy rápidamente en depresiones moderadas. Como él dice, en la era neoliberal, los problemas se ubican en el cerebro, ya sea por disfunciones químicas o trastornos cognitivos. Aunque no habla explícitamente del *DSM*, lo que señala críticamente coincide con los principios de este. Amonesta la sintonía y relación entre los profesionales de salud mental y la industria farmacéutica. Ello ha permitido que la industria farmacéutica

[...] se envuelva en el manto de la medicina y propague información errónea, sobrevalore la eficacia de los medicamentos y minimice sus riesgos (Davies, 2022).





Muchos psiquiatras han sido cómplices de todo ello.

Cómo trabaja el *DSM-5*

- Utiliza otro modo discursivo, con consecuencias dispares en la comprensión etiológica y terapéutica de las enfermedades mentales.
- No le interesa conocer el entorno psicosocial del adulto o del niño, ni las vinculaciones establecidas con las figuras fundantes de su familia. No profundiza tampoco en el análisis de las condiciones sociales de esta (si tienen trabajo, están en el paro, viven de ayudas de la comunidad), etc. Tampoco analiza las relaciones de apego establecidas, ni el desempeño de las funciones parentales, normativas, de cuidado y cariño. Ni como es el desarrollo del niño, en las distintas áreas de su vida. Hasta el *DSM-III* sí que hubo categorías diagnósticas psicoanalíticas, pero se fueron cerrando psicopatológicamente en cada nueva guía. En el *DSM-IV* se desarrollaba cada categoría en función de diferentes ejes. En la valoración de ellos se categorizaban otras vertientes: sociales, familiares y socioeconómicas. Es en el *DSM-5* que se han eliminado todos esos aspectos como todo lo que tenga que ver con categorías diagnósticas psicoanalíticas. Por lo tanto, el reduccionismo ha aumentado con la eliminación de todo lo que recuerde al psicoanálisis.
- El síntoma no remite a la singularidad del sujeto, ni se debe a un conflicto.

Críticas de profesionales, universidades y asociación de profesionales

Siguiendo al Dr. Medrano, señalaremos algunas. En primer lugar, tres organizaciones psiquiátricas y psicológicas internacionales se han posicionado críticamente, desde hace tiempo:

A) Thomas Insel, director del Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU., en su declaración del 29 de abril de 2013 señaló:

El Instituto no utilizará los criterios del *DSM-5* a punto de salir (como ocurrió en mayo de ese año) por

falta de validez. [...] La fuerza de cada una de las ediciones del *DSM* ha sido la «fiabilidad». Cada edición ha declarado que los médicos usan los términos de la misma manera.

Lo que demuestra que Insel considera que el *DSM-5* ya no cumple la función de las versiones anteriores.

A diferencia de las definiciones médicas de las enfermedades establecidas, como una cardiopatía isquémica, linfoma o SIDA, los diagnósticos del *DSM* se basan en consenso sobre los grupos de síntomas clínicos, no en alguna prueba de laboratorio objetiva.

Medrano, en su trabajo, se pregunta, como muchos psiquiatras, si tiene sentido un listado de expertos. Y coincide con él en que lo objetivo buscado como fin de las definiciones cae en la subjetividad de los expertos elegidos.

Insel considera que

[...] en el mejor de los casos es un diccionario que crea etiquetas y las define. No busca causas en los trastornos, se centra en los síntomas y no le interesa desentrañar los mecanismos neurobiológicos y bioconductuales subyacentes para poder desarrollar los tratamientos efectivos.

También A. Frances, crítico con los sucesivos *DSM* —señala Medrano—, pierde de vista el contexto social e interpersonal porque la psiquiatría no puede reducirse tampoco a circuitos neuronales (Medrano, 2014).

Podríamos agregar que *DSM-5* trata los diagnósticos psiquiátricos como una rama de la medicina, sin profundizar en la subjetividad ni en el contexto social e interpersonal de los pacientes. Como si fuese un intento de los psiquiatras de des-acomplejarse de una disciplina a la que le niegan todo lo que no sea «médico». Pero la psiquiatría no puede ser solo una especialidad de la medicina.

El Dr. Medrano considera que tratan el concepto de trastorno psiquiátrico de modo impreciso y vago, porque se podrían incorporar distintas conductas y estados psicológicos que no se definirían como trastornos mentales.





Hace cincuenta años había mucha diferencia y discrepancias de criterio entre la psiquiatría europea y la americana. La clasificación europea, es la que determina la OMS y se llama *CIE 10* (1994). Aún es actual y resulta más exhaustiva que los *DSM*.

Haber incluido cada vez más diagnósticos, pasando de 180 en *DSM-II* de 1968, a 292 en *DSM-III* en 1987 y a 350 en *DSM-IV*, trajo progresivo descrédito y desconfianza. A. Frances, señala irónicamente que no se atreve a contar los diagnósticos que se agregan en el *DSM-5*. Lo preocupante es que esos cambios traen diferencias en la prevalencia de los trastornos y eso puede alterar investigaciones clínicas.

El Dr. Medrano considera que el éxito del *DSM-III* fue formular diagnósticos de enfermedad mental que luego se fueron diluyendo progresivamente en los sucesivos *DSM*. Hasta el *DSM-III* sí que había categorías diagnósticas psicoanalíticas. En el *DSM-IV* se valoraba cada categoría diagnóstica en función de ejes.

El exceso llega con el *DSM-5* porque puede tratarse como depresión un duelo, pasados unos pocos meses. Se corre el riesgo que las crisis evolutivas imprescindibles en la maduración personal sean medicadas

B) La Red de Psiquiatría Crítica, que es una organización de psiquiatras contra el enfoque biomédico de psiquiatría, ha promovido una campaña bajo el lema: «No más etiquetas psiquiátricas», para la abolición del *DSM/CIE* sobre la base igualmente de su falta de validez. Sami Timimi —especialista en psiquiatría infantil en el Reino Unido— es muy crítico con el diagnóstico de TDAH y con su tratamiento farmacológico (Medrano, 2014).

C) El «Manifiesto a favor de una psicopatología clínica, que no estadística», promovido y gestionado por Espai Freud, con amplia mayoría de psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos clínicos y sanitarios de España y Latinoamérica, constituye una declaración contra este modo de entender la psicopatología estadística representada por los sistemas diagnósticos del *DSM* (Espai Freud, 2011).

Se han posicionado en contra del *DSM-5*:

– Peter Kinderman, jefe del Instituto de Psicología Clínica de la Universidad de Liverpool. Alude en especial a las etiquetas irresponsables en los duelos.

Miles de personas saludables, afligidas por la muerte de un ser querido podrían considerarse enfermas. Las nuevas categorías diagnósticas de enfermedad mental son tontas, preocupantes e irresponsables. Necesitamos otra manera de entender las enfermedades mentales. Otra forma de aproximación a ellas (Medrano, 2014).

– También lo ha hecho todo un movimiento de psicólogos británicos hacia un modelo de enfermedad mental que supere el reduccionismo biomédico del *DSM-5* para sostener otro que incluya lo psicosocial. Plantean que las etiquetas pueden ser más útiles para las aseguradoras y/o la industria farmacéutica, que para los pacientes. No quieren cosificar, ni colonizar culturas no occidentales, tampoco estigmatizar. No les interesa ese «paradigma biocomercial».

– El campo de los críticos se ha ampliado, en especial por su falta de interés por lo psicosocial y por un abordaje biomédico tan cerrado.

– Néstor Braunstein se une al campo crítico con su libro *Clasificar en psiquiatría* (2013). Constituye un potente análisis de las diferencias entre el *DSM* y la teoría psicopatológica psicoanalítica. Considera que uno de los mayores obstáculos epistemológicos del *DSM* es parecer una taxonomía botánica. Alude, al igual que Foucault, a una clasificación irónica de los animales que ha hecho Borges, atribuida a una remota enciclopedia china. En la primera categoría están los animales que pertenecen al emperador, o sea al poder del amo (la cuestión del poder y el dominio está en la base de muchas críticas al *DSM-5*). Es decir, clasificar a los humanos como a las plantas o a los animales. Utilizar ese mismo sistema para los trastornos mentales, como si no fuéramos seres de lenguaje. Braunstein, se pregunta ¿por qué ese interés por clasificar a los humanos?





– Henry Ey, del cual ya hemos hablado, señaló cómo

[...] el discurso psiquiátrico al dar la espalda al concepto de enfermedad mental rigurosamente delimitado en un espacio y en la solidez de sus fronteras, se *fluidifica y su sentido se evapora*; el objeto mismo de la psiquiatría se disuelve al confundirse con cualquier otra cosa (1965) (las itálicas son nuestras).

– George Engel, psiquiatra especialista en atención primaria a la salud, profesor en la Universidad de Rochester, fue quien propuso el modelo biopsicosocial como un modo diferente de entender la medicina y la asistencia sanitaria (Tizón, 2019).

– J. L. Tizón, que se une al campo crítico, señala que España es un país que suele medicar a la población que consulta en psiquiatría. Tizón observa cómo en Cataluña en los centros de salud infanto-juvenil, algunos niños son diagnosticados de TDAH (2,48 %) según datos oficiales, mientras que, en otros, ese porcentaje se eleva al 50% marcando los diferentes planteamientos teóricos de dichos centros. Afirma que se gasta más en psicofármacos que en toda la red de salud mental que incluye adultos o de niños. Es necesario plantearse muchos interrogantes: ¿Cuál es la política en salud mental? ¿Medicalizar a la infancia, a los ciudadanos, favorecer a los laboratorios? Quedan pendientes muchas incógnitas. Sin embargo, él señala como un factor importante el peso de la privatización de la sanidad y el poder de la industria farmacéutica. Son cada vez más las voces que lo señalan (Tizón, 2019).

—El *DSM-5* se ha implantado en países desarrollados, a excepción de Francia, con tradición de teorías psicológicas y psicoanalíticas. También él señala un aumento de los trastornos mentales y de la medicalización en los países desarrollados. Diagnósticos como el TDAH, casi no se dan ni en Francia ni en Finlandia. En los casos reales, no por colgar una etiqueta, el diagnóstico se realiza analizando muchas variables, tratando de entender los síntomas vinculados a muchos factores de la vida familiar y socioeconómica:

- al lugar del hijo en la vida familiar
- a la capacidad de la familia de fomentar la autonomía o la simbiosis.
- a analizar el modo de relación entre los miembros de la familia.

Un ejemplo que ilustra ese modo de diagnosticar es mostrar cómo, entre las familias que suelen cenar juntas algunos días de la semana, en las cuales el diálogo entre los distintos miembros es tranquilo y fluido, propicio al bienestar, distendido, se observan menos trastornos alimentarios. En España, Tizón es muy crítico con la rapidez con la que se medicaliza en salud mental. Nos informa que

[...] somos el primer país del mundo en consumo por habitante de hipnosedantes, el primero de Europa y el segundo del mundo (solo superado por EE. UU.) en consumo de antidepresivos, neurolépticos o antipsicóticos.

Irónicamente agrega, «¿no quedamos que éramos un país feliz, alegre, solidario, dicharachero?».

— Cuanto más abierta está la sociedad a los conceptos *psi* dinámicos, psicoanalíticos, menos medicaliza los tratamientos. Si el caso clínico estudiado lo hiciera necesario, lo indicarían mayoritariamente unido a una psicoterapia. En cambio, en el *DSM-5* se medica y prescribe un Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC) bajo la orden del psiquiatra, generalmente biólogo. En ese contexto suele contrastarse al psicoanálisis con la psicología académica behaviorista, preponderante en muchas universidades, considerada como ya hemos señalado anteriormente, «ciencia genuina».

En el *DSM-5* no interesa tanto escuchar al paciente, su relato, como el protocolo que se emplea a partir de los síntomas. En su proceder diagnóstico proponen autocuestionarios, entrevistas dirigidas y una indicación farmacológica específica, con el beneplácito de la industria farmacéutica. Solo se ocupan de lo empírico, del comportamiento. Es opuesto este discurso al del psicoanálisis, que se basa en la escucha al paciente, en





captar aquello que el sujeto sabe sin saberlo. Aquello que ocurre cuando su palabra encadena los significantes privilegiados de su historia. Esa modalidad permite entender su sintomatología, su estructura, su subjetividad y la singularidad de su caso. La asociación libre y las formaciones del inconsciente favorecen y ayudan a desentrañar la sintomatología del sujeto. El psicoanalista, como lo ha enseñado Freud, sigue su camino escuchando a su paciente.

Ponerse a escuchar y escuchar lo que uno dice es hacer la experiencia del inconsciente estructurado como un lenguaje y es el anverso del discurso médico, porque constituye lo reprimido.

En el *DSM-5* no interesa tanto escuchar al paciente, su relato, como el protocolo que se emplea a partir de los síntomas.

Para el psicoanálisis, los errores, sueños, actos fallidos, chistes, son el hilo conductor de lo que el paciente dice sin saber lo que dice (Clavreul, 1978).

El respeto del alumno al maestro también está puesto a prueba en el psicoanálisis. El fin del análisis debiera implicar el cese de la idolatría, que no es independencia ni rechazo. Es finalizar la transferencia y retomar un camino de elaboración personal de su actividad profesional.

En el *DSM* no consideran la singularidad sintomática, ni el proceso de construcción de la subjetividad. En el *DSM-5*, es el médico quien sabe más que el paciente lo que a este le ocurre y le conviene. Por ello no necesita preguntarle, ni escucharlo, basta con entregarle los cuestionarios que marca el protocolo. Es quien tiene el poder y el saber y al paciente le queda la obediencia (Clavreul, 1978).

El psicoanalista, el psicólogo o psicoterapeuta que trabaje con la teoría psicoanalítica sabrá que, para sostener su posición, deberá utilizar no solo lo aprendido teóricamente, sino lo que su análisis personal le ha per-

mitido conocer de su propia ignorancia sobre sí mismo. Ello se pondrá también a prueba en las supervisiones. Sus puntos ciegos serán su resistencia.

Sin escuchar al paciente, recetar medicamentos, parece más propio de un recetario que de una indicación clínica terapéutica. El profesional que diagnostica debe comprender que no puede conocer de entrada lo que le ocurre al paciente, ni el verdadero agente de su patología, porque está reprimido. Será su asociación libre, su relato, lo que encadenará los significantes singulares de su historia (Clavreul, *Idem*). Una de las diferencias más importantes con los otros modelos teóricos, es la especificidad y singularidad de los síntomas de cada sujeto. Por ello diagnosticar en función de determinadas conductas, medicar y proponer un Tratamiento Cognitivo Conductual, es lo contrario a la modalidad de entender los síntomas en psicoanálisis. En el listado de conductas, el síntoma pierde singularidad, queda cómo rótulo, etiqueta, porque iguala a todos los niños que lo sufren. La construcción subjetiva es singular y esto se evidencia en el caso de los hermanos y aún más en el caso de los gemelos univitelinos. Cada uno de ellos tiene su propio relato acerca de su relación con padres y hermanos. Cada uno ha estado marcado por los significantes propios de su novela familiar. Hay que oírlo como único. En un diagnóstico con un niño debemos analizar la demanda de los padres y permitirles desplegarla porque en ella está inscripta la historia deseante de ellos mismos y de su relación con los hijos

Cuál es la verdad contenida en su síntoma y de qué modo las marcas traumáticas han impedido su simbolización, es el enigma. En la historia de los hijos se mezclan las palabras dichas y no dichas por sus padres, su capacidad de contención, de cariño, sus fantasmas, los silencios, lo oculto. Todo ello nos lleva a preguntarnos por el lugar que ocupa el hijo en la pareja parental. Así como ¿qué es lo infantil de ellos que entra a movilizarse con el síntoma de su hijo?

Freud alentaba contra el *furor curandis*, tampoco diagnosticar es *furor medicare*.





El no responder a la demanda, como señala Lacan, hace emerger el deseo del paciente, tal como resulta de su historia particular, singular, a través de los desvíos de su relato. Sin su palabra, no se podría hacer un diagnóstico, ni llevar una cura.

Los procedimientos diagnósticos en una y otra modalidad circulan por rutas diferentes. Como ya señalamos, en el psicoanálisis, es el paciente quien sabe sin saber los significados reprimidos inconscientes. Sabe que se ha quedado más restringido, limitado, con miedo, angustia, dolores psíquicos y físicos, pero desconoce la fuerza y el sentido de lo reprimido vinculado a situaciones traumáticas anteriores. Al terapeuta le toca proceder socráticamente haciendo desplegar su decir, tal como aparece en determinados momentos privilegiados en las formaciones del inconsciente, en el juego y en su producción gráfica.

En el *DSM-5* pueden pensar que la bioquímica es más eficaz y más rápida, por ello apuestan por la medicación. Pero no es lo que se observa en niños y adultos medicados por años, con unos modelos diagnósticos en los que no los han escuchado, ni los consideran seres de palabra y de lenguaje, marcados por la lengua fundante del Otro. ¡Cuántas veces se los observa cronificados en su dolor psíquico! Muchos niños ya se presentan y definen por su diagnóstico-etiqueta: «soy un TDAH», uniéndolo a su identidad.

Diferencias entre una y otra forma de entender la salud mental

Psicoanálisis

- 1) Campo de la salud mental interdisciplinario con todo el personal que trabaja en sanidad: psiquiatras, psicólogos, enfermeros, logopedas, fisioterapeutas, pedagogos, trabajadores sociales y el apoyo de otras disciplinas científicas: antropólogos, sociólogos, que participan en la comprensión en salud mental de nuestra sociedad.
- 2) Función social de la salud mental.
- 3) Se actúa sobre un sujeto que padece con su histo-

ria vital, su sensibilidad, su memoria, su capacidad de adaptación, su entorno familiar y social y se estudia el modo de atender a su caso particular dentro del equipo multidisciplinar.

4) El síntoma es la vía regia para entender el mensaje que lleva, el lenguaje con el que habla el sujeto. Necesita ser escuchado, entender lo que subyace, los conflictos con sus deseos, su angustia y poner palabras para que el sujeto asuma la responsabilidad de superarlo.

5) Ya señalamos la influencia de los filósofos que sustentan la psicopatología psicoanalítica.

DSM

1) Entienden los trastornos mentales como otras enfermedades dentro del discurso médico.

2) Los síntomas se alivian con la medicación exclusiva, por lo tanto, el origen es biológico.

3) El enfermo sufre por lo que le ocurre y lo que queda es aliviarlo, borrar el sufrimiento y el síntoma lo más rápidamente posible.

4) El saber sobre lo que le ocurre lo tiene el profesional. Diferencia discursiva.

5) No es singular su sufrimiento, ni subjetivo, ni se convoca su reconocimiento subjetivo para superarlo.

6) Eliminación del sujeto en la comprensión y tratamiento del trastorno psíquico.

7) Influencia del empirismo y el positivismo.

Diferencias teóricas con el DSM-5 en el trabajo con niños y adolescentes

Los analistas que trabajamos con niños y adolescentes sabemos que estamos atravesados por muchas transferencias y que coexisten distintos discursos que se cruzan en nuestra clínica. Puede ser que el pequeño encarne, escenifique el conflicto familiar, conyugal. Debemos entonces poner palabras para levantar las represiones que generan los síntomas. Escuchar a los padres para entender lo que subyace a ese síntoma del hijo en las relaciones inconscientes de cada uno de ellos con el vástago. Puede estar disimulado, escondido, disfrazado por problemas de conducta, aprendizaje, miedos, tics, enuresis, etc.





¿Qué observaremos como procedimiento diagnóstico psicosocial en psicoanálisis infanto-juvenil?

- Familia derivada por la escuela o vienen por un malestar ante el que se interrogan y/o sería posible que lo hicieran.
- Vinculación de la pareja.
- ¿Cómo fue esperado? ¿Cómo transcurrió el embarazo y el parto?
- Levantar una historia clínica que nos dé cuenta de su desarrollo en los distintos momentos de su crecimiento, así como la relación con sus padres.
- Cambios en su vida: mudanzas, emigraciones, muertes, abandonos, situaciones sociales difíciles, etc.
- Lugar que ocupa el hijo/a en la dinámica familiar.
- Alianzas intergeneracionales de alguno de los padres con un hijo/a.
- Relación con las familias de origen.
- Secretos y mentiras.
- Capacidad de pensar los padres sobre las causas de lo que le ocurre al hijo/a.
- O por el contrario no quieren hablar de ellos porque el que «no funciona» es el hijo/o.
- Vinculaciones de los padres, tipo de apego con los hijo/as.
- Competencias parentales en el ejercicio de sus funciones.
- Convivencia o no con abuelos u otros miembros de la familia.
- Otras parejas anteriores, otros hijo/as. Relaciones con ellos.
- Cómo establecen las normas y valores.
- Consecuencias del incumplimiento de determinadas normas en los hijos.
- Estas primeras entrevistas aproximan unas hipótesis que se pondrá a prueba cuando se avance en el proceso diagnóstico.
- Primeras entrevistas con el niño/a.
- Al escucharlo, sabremos qué le preocupa, si el motivo de la consulta es mencionado o no, si le da vergüenza, lo evita, etc.
- Escuchamos su discurso, su juego, su producción gráfica, su creatividad o bloqueo. Luego de ese proceso diagnóstico tendremos una idea más precisa de su estructura, con sus mecanismos adaptativos y los más dolorosos.

- Sus duelos, sus relaciones sociales, su escolaridad, sociabilidad, etc. Sus hobbies, sus recursos, sus temores, su angustia.
- Cerraremos el diagnóstico *a posteriori*, cuando hayamos escuchado su producción personal, su discurso, sus deseos, sus sueños, etc.
- Sus coincidencias o discordancias con lo que hablan sus padres.
- Si continuamos con una terapia, escucharemos su decir, su juego o su material gráfico a través del cual iremos descubriendo el sentido de lo que le ocurre.
- Aunque muchos niños presenten un mismo síntoma, el sentido del mismo lo dará la historia singular de cada uno. El objetivo central es que el paciente entienda el sentido de su síntoma y se responsabilice de lo que le ocurre.
- También debemos saber qué es lo esperable a cada edad, para saber si puede considerarse síntoma o ser una exigencia de los padres.
- Cómo ha tramitado su triangulación edípica y si está en primera infancia, latencia, pubertad o adolescencia con los cambios que en ellas se esperan.

Para concluir, con estas reflexiones espero haber aclarado algunas de las diferencias teóricas que sustentan una y otra manera de entender la tarea diagnóstica y la etiología que las fundamenta.

Como dice O. Mannoni: «la primera necesidad de todo ser humano es ser reconocido como tal. La segunda, ser reconocido en su unicidad, como distinto de cualquier otro sujeto» (1987).

Habría muchos más temas para introducir, la resiliencia y la epigenética, el descubrimiento de Kandel, Premio Nobel de Medicina por la plasticidad neuronal sináptica. Lo dejaremos para otra ocasión ■

Bibliografía

- Arbiser, S. *El grupo interno*. Buenos Aires: Ediciones Biebel, 2021.
Alegria, C. (1941) *El mundo es ancho y ajeno*. Madrid: Ediciones de la Torre, 2000.
American Psychiatric Association. *DSM-1. Diagnostic and Statistical*





- Manual of Mental Disorders*. Washington DC, APA, 1952.
- Braunstein, N. *Clasificar en Psiquiatría*. Ciudad de México: Siglo XXI, 2013.
- Clavreul, J. *L'ordre médical*. París: Seuil, 1978.
- Davies, J., *Sedados. Como el capitalismo moderno creó la crisis de salud mental*, Madrid,. Capitán Swing, 2022.
- Espai Freud, *Dossier informativo sobre la campaña internacional a favor de «Una psicopatología clínica, que no estadística»*, 2011. Disponible en: <http://xoroiediciones.es/x/4cd>
- Ey, H. (1965) *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson, 1994.
- First, M. B; Asociación Psiquiátrica Americana (2013) *DSM-5. Manual de diagnóstico diferencial*, Madrid, Médica Panamericana, 2021.
- García Zabaleta, O. «La construcción del *DSM*: genealogía de un producto sociopolítico», *Revista de Teoría Historia y Fundamentos de la Ciencia*, vol. 34, núm. 3, 2018.
- Hustvedt, Siri. *Los espejismos de la certeza*. Barcelona: Seix Barral, 2021.
- Janik, A.; Toulmin, S. *La Viena de Wittgenstein*. Barcelona: Atteneica, 1973.
- Mannoni, O. *La primera entrevista con el psicoanalista*. Buenos Aires: Gedisa, 1987.
- Medrano, J. «Un año después». *Revista de la AEN*, vol. 34, núm. 124, 2014.
- Ordine, N. «*El saber en movimiento*», (entrevista) *El País*, 16-05-21.
- Tizón, J. L. *Medicaliza la infancia, que algo queda*. Madrid: El Hilo Ediciones, 2019.

Beatriz Salzberg
[@] beatrizsalzberg@gmail.com

