

**MANIFIESTO A FAVOR DE UNA PSICOPATOLOGIA
CLÍNICA, QUE NO ESTADÍSTICA**

INDICE

- 1.- Introducción
- 2.- Manifiesto de Barcelona
- 3.- Manifiesto de Buenos Aires.
- 4.- Manifiesto de SÃO JOÃO DEL REI. BRASIL
- 5.- Adhesiones institucionales de los manifiestos de Barcelona, Buenos Aires y Sao Joao del Rei.
- 6.- Firmas de profesionales psi que han firmado los manifiestos de Barcelona, Buenos Aires y Sao Joao del Rei
- 7.- Manifiesto de Porto. Portugal
 - 7.1.- Firmas del manifiesto de Porto
- 8.- Manifiesto de Francia
 - 8.1.- Firmas del manifiesto de Francia
- 9.- Manifiesto de Sao Paulo. Brasil
 - 9.1.- Firmas del Manifiesto de Sao Paulo. Brasil
- 10.- Plataformas internacionales contra el DSM
 - 10.1.- Carta abierta al grupo de trabajo del DSM-5 de la APA
 - 10.2.- Comité Internacional de Respuesta al DSM-5
 - 10.3.- Comité internacional Boycott the DSM- 5
- 11.- Otras plataformas en contra de las clasificaciones internacionales
- 12.- Propuestas

1.- INTRODUCCION

Espai Freud es el nombre del grupo de profesionales que componen la comisión gestora de diversas actividades, campañas de sensibilización y actuación en distintos campos de la sociedad, en especial en el campo psi, y dirigidas fundamentalmente a la ciudadanía. Para ello cuenta con el apoyo de los diferentes grupos e instituciones psicoanalíticas de Barcelona. Los fines de Espai Freud son promover y organizar debates con la cultura, en su sentido amplio, y con la sociedad en la que trabaja.

Las actividades de Espai Freud reciben el soporte de los siguientes grupos e instituciones:

ACTE ANALÍTIC. CENTRO DE TRATAMIENTO Y FORMACIÓN EN PSICOANÁLISIS.

ACTO, CENTRO DE ASISTENCIA PSICOANALÍTICA, PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA.

APERTURA, ESTUDIO, INVESTIGACIÓN Y TRANSMISIÓN DEL PSICOANÁLISIS.

ASOCIACIÓN BICK ESPAÑA. A.B.E.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE HISTORIA DEL PSICOANÁLISIS

ASSOCIACIÓ ALTRES CAMINS EN SALUT MENTAL

ASSOCIACIÓ CATALANA DE PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA. ACPP.

ASSOCIACIÓ CATALANA PER A LA CLÍNICA I L'ENSENYAMENT DE LA PSICOANÀLISI. ACCEP

ASSOCIACIÓ PER A LA PSICOANÀLISI A LA CIUTAT. APLP CIUDAD.

ATENEU DE CLÍNICA PSICOANALÍTICA –CATALUNYA

AULA DE PSICOANÁLISIS

BIBLIOTECA DEL CAMP FREUDIÀ DE BARCELONA

CENTRE ALBERTO CAMPO

C.FRONTES (Clínica en les fronteres) PER A L'ATENCIÓ A LA SALUT.

COMUNITAT DE CATALUNYA DE L'ESCOLA LACANIANA DE

PSICOANÀLISI DEL CAMP FREUDIÀ. ELP

EDITORIAL CEGAOP PRESS

EQUIP CLÍNIC CIP AIS

ESCOLA DE CLÍNICA PSICOANALÍTICA AMB NENS I ADOLESCENTS –
ECPNA

ESPACIO PSICOANALÍTICO DE BARCELONA. EPBCN

ESPAI CLÍNIC PSICOANALÍTIC. ECP.

ESPAI DE REFLEXIÓ SOBRE TEMES DE LA PETITA INFÀNCIA. ERTPI.

FORO OPCIO ESCOLA DE BARCELONA. ESCUELA DE PSICOANÁLISIS
DE LOS FOROS DEL CAMPO LACANIANO. EPFCL.

FORT DA. ESPAI D'ATENCIÓ PSICOTERAPÈUTICA D'INFANTS I
ADOLESCENTS.

FÒRUM PSICOANALÍTIC BARCELONA. ESCUELA DE PSICOANÁLISIS DE
LOS FOROS DEL CAMPO LACANIANO. EPFCL-FPB.

FUNDACIÓ CATALANA PER A LA RECERCA I AVALUACIÓ DE LES
PRÀCTIQUES PSICOANALÍTiques. CRAPPSI.

FUNDACIÓ CONGRÉS CATALÀ DE SALUT MENTAL-FCCSM

FUNDACIÓ EULÀLIA TORRAS DE BEÀ. FETB.

FUNDACIÓ EUROPEA PER A LA PSICOANÀLISI

FUNDACIÓ NOU BARRIS PER A LA SALUT MENTAL

GABINETE DE PSICOTERAPIA

GRADIVA, ASSOCIACIÓ D'ESTUDIS PSICOANALÍTICS

GRUPO DE ESTUDIO E INVESTIGACIÓN DE LOS FENÓMENOS
CONTEMPORÁNEOS. GEIFC.

GRUPO PSICOANALÍTICO DE BARCELONA

INSTITUT D'ESTUDIS EN PSICOSOMÀTICA DE BARCELONA. IEPB.

INSTITUT PER A LA CLÍNICA PSICO-SOCIAL. BARCELONA. IPB.

INSTITUT UNIVERSITARI DE SALUT MENTAL. FUNDACIÓ VIDAL I BARRAQUER.

INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS.

INSTITUTO DE LA INFANCIA DE BARCELONA.

IPSI, CENTRE D'ATENCIÓ, DOCÈNCIA I INVESTIGACIÓ.

IPSI, CENTRE DE FORMACIÓ

KAIROS, ASOCIACIÓN PARA EL ESTUDIO, INVESTIGACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PSICOANÁLISIS.

KUR KLINIKUM, CLÍNICA PSICOTERAPÉUTICA Y PSICOSOMÁTICA.

LOGOS. CLÍNICA PSICOANALÍTICA.

OBSERVATORI DE SALUT MENTAL DE CATALUNYA. OSAMCAT.

PLATAFORMA PSICOANÀLISI SEGLE XXI.

PSICOANÁLISIS Y SOCIEDAD: CENTRO DE INVESTIGACIÓN.

SECCIÓ CLÍNICA DE BARCELONA.- INSTITUT DEL CAMP FREUDIÀ

SOCIETAT CATALANA DEL RORSCHACH I MÈTODES PROJECTIUS. SCRIMP.

SOCIETAT ESPANYOLA DE PSICOANÀLISI. SEP. (SOCIETAT COMPONENT DE LA INTERNATIONAL PSYCHOANALYTICAL ASSOCIATION)

UMBRAL. RED DE ASISTENCIA "PSI".

Entre las muchas actividades organizadas, en febrero de 2010 Espai Freud llevó a cabo una campaña de sensibilización para detener la incorporación en el nuevo Código Civil Catalán del TAI: Tratamiento Ambulatorio Involuntario, es decir, obligatorio y cuya terapéutica era exclusivamente farmacológica.

Dado que el Parlament de Catalunya rechazó el TAI, Espai Freud inició otra campaña de sensibilización, esta vez en contra de las clasificaciones internacionales (DSM y CIE) por regirse cada vez más por criterios que no se basan en la clínica, y cuya estadística no garantizan en absoluto su objetividad o imparcialidad en la consideración de los sujetos.

Como el nuevo DSM-5 estaba previsto que apareciera en mayo de 2013, creamos el eslogan y blogspot Stop DSM (como único criterio de diagnosis clínica), es decir contra la obligatoriedad de usar clasificaciones internacionales que, en cada reedición, establecen cada vez más sus categorías con base a criterios e intereses extra clínicos.

La campaña de sensibilización empezó con la elaboración del MANIFIESTO A FAVOR DE UNA PSICOPATOLOGÍA CLINICA, QUE NO ESTADISTICA.

2.- MANIFIESTO A FAVOR DE UNA PSICOPATOLOGIA CLÍNICA, QUE NO ESTADISTICA

Mediante el presente escrito, los profesionales e instituciones [abajo firmantes](#), nos manifestamos a favor de criterios clínicos de diagnóstico, 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.

Umbral diagnóstico 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 patologías 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 denunciemos 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

3.- El Manifiesto de Buenos Aires: POR UN ABORDAJE SUBJETIVANTE DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, NO AL DSM // POUR UNE APPROCHE EN TERMES DE SUBJECTIVITÉ DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS. NON AU DSM.

Los abajo firmantes, profesionales e instituciones, consideramos necesario tomar posición respecto a un aspecto clave de la defensa del derecho a la salud, en particular en el campo de la salud mental: la patologización y medicalización de la sociedad, en especial de los niños y adolescentes.

Sostenemos que la construcción de la subjetividad necesariamente refiere al contexto social e histórico en que se inscribe y que es un derecho de los niños, los adolescentes y sus familias ser escuchados y atendidos en la situación de padecimiento o sufrimiento psíquico.

Tal como planteamos ya en el Consenso de Expertos del Área de la Salud sobre el llamado "Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad" (2005): "hay una multiplicidad de "diagnósticos" psicopatológicos y de terapéuticas que simplifican las determinaciones de los trastornos infantiles y regresan a una concepción reduccionista de las problemáticas psicopatológicas y de su tratamiento". Son enunciados descriptivos que se terminan transformando en enunciados identificatorios.

En ese sentido, un Manual como el DSM (*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desordenes Mentales* de la *American Psychiatric Association* en sus diferentes versiones), que no toma en cuenta la historia, ni los factores desencadenantes, ni lo que subyace a un comportamiento, obtura las posibilidades de pensar y de interrogarse sobre lo que le ocurre a un ser humano.

Esto atenta contra el derecho a la salud, porque cuando se confunden signos con patologías se dificulta la realización del tratamiento adecuado para cada paciente.

A la vez, con el argumento de una supuesta posición ateórica, el DSM responde a la teoría de que lo observable y cuantificable pueden dar cuenta del funcionamiento humano, desconociendo la profundidad y complejidad del mismo, así como las circunstancias histórico-sociales en las que pueden suscitarse ciertas conductas.

Más grave aún, tiene la pretensión de hegemonizar prácticas que son funcionales a intereses que poco tienen que ver con los derechos de los niños y sus familias.

En esta línea, alertamos tanto sobre el contenido como sobre el impacto, que en el campo de la salud mental, tienen el DSM IV TR o el DSM V en preparación. Presentados inicialmente como manuales estadísticos a los fines de una epidemiología tradicional, en las últimas décadas han ocupado el lugar de la definición, rotulación y principal referencia diagnóstica de procesos de padecimiento mental.

Con el formato de clasificaciones y recetas con título de urgencia, eficiencia y pragmatismo se soslayan las determinaciones intra e intersubjetivas del sufrimiento psíquico.

Consideramos que es fundamental diagnosticar, a partir de un análisis detallado de lo que el sujeto dice, de sus producciones y de su historia. Desde esta perspectiva el diagnóstico es algo muy diferente a poner un rótulo; es un proceso que se va construyendo a lo largo del tiempo y que puede tener variaciones (porque todos vamos sufriendo transformaciones).

En relación a los niños y a los adolescentes, esto cobra una relevancia fundamental. Es central tener en cuenta las vicisitudes de la constitución subjetiva y el tránsito complejo que supone siempre la infancia y la adolescencia así como la incidencia del contexto. Existen así estructuraciones y reestructuraciones sucesivas que van determinando un recorrido en el que se suceden cambios, progresiones y retrocesos. Las adquisiciones se van dando en un tiempo que no es estrictamente cronológico.

Es por esto que los diagnósticos dados como rótulos pueden ser claramente nocivos para el desarrollo psíquico de un niño, en tanto lo deja siendo un “trastorno” de por vida.

De este modo, se borra la historia de un niño o de un adolescente y se niega el futuro como diferencia.

El sufrimiento infantil suele ser desestimado por los adultos y muchas veces se ubica la patología allí donde hay funcionamientos que molestan o angustian, dejando de lado lo que el niño siente. Es frecuente así que se ubiquen como patológicas conductas que corresponden a momentos en el desarrollo infantil, mientras se resta trascendencia a otras que implican un fuerte malestar para el niño mismo.

A la vez, suponer que diagnosticar es nominar nos lleva a un camino muy poco riguroso, porque desconoce la variabilidad de las determinaciones de lo nominado.

Asimismo, las clasificaciones tienden a agrupar problemas muy diferentes sólo porque su presentación es similar.

El DSM parte de la idea de que una agrupación de síntomas y signos observables, que podemos describir, tiene de por sí entidad de enfermedad, una supuesta base “neurobiológica” que la explica y genes que, sin demasiadas pruebas veraces, la estarían causando.

El manual intenta sostener como “datos objetivos” lo que no son más que enumeraciones de conductas sin sostén teórico ni validación clínica. Es paradójico, porque una reunión de datos pasa a ser supuestamente el modelo que se pretende utilizar para dar cuenta de la patología psíquica, negando con esto toda exploración más profunda y obviando la incidencia del observador en la calificación de esas conductas.

Así, el movimiento de un niño puede ser considerado normal o patológico según quién sea el observador, tanto como el retraso en el lenguaje puede ser ubicado como “trastorno” específico o como síntoma de dificultades vinculares según quién esté “evaluando” a ese niño.

Esto se ha ido complicando a lo largo de los años. No es casual que el DSM-II cite 180 categorías diagnósticas; el DSM –IIIR, 292 y el DSM-IV más de 350. Por lo que se sabe hasta el momento, el DSM V, ya en preparación, planteará, gracias al empleo de un paradigma llamado “dimensional” muchos más “trastornos” y también nuevos “espectros” , de modo tal que todos podamos encontrarnos representados en uno de ellos.

Consideramos que este modo de clasificar no es ingenuo, que responde a intereses ideológicos y económicos y que su perspectiva, en apariencia “a-teórica”, no hace otra cosa que ocultar la ideología que subyace a este tipo de pensamiento, que es la concepción de un ser humano máquina, robotizado, con una subjetividad “aplanada”, al servicio de una sociedad que privilegia la “eficiencia”.

Esto también se expresa a través de los tratamientos que suelen recomendarse en función de ese modo de diagnosticar: medicación y tratamiento conductual, desconociendo nuevamente la incidencia del contexto y el modo complejo de inscribir, procesar y elaborar que tiene el ser humano.

En relación a la medicación, lo que está predominando es la medicalización de niños y adolescentes, en que se suele silenciar con una pastilla, conflictivas que muchas veces los exceden y que tienden a acallar pedidos de auxilio que no son escuchados como tales. Práctica que es muy diferente a la de medicar criteriosamente, “cuando no hay más remedio” en que se apunta a atenuar la incidencia desorganizante de ciertos síntomas mientras se promueve una estrategia de subjetivación que apunte a destrabar y potenciar, y no sólo suprimir.

Un medicamento debe ser un recurso dentro de un abordaje inter disciplinario que tenga en cuenta las dimensiones epocales, institucionales

familiares y singulares en juego.

Entonces, en lugar de rotular, consideramos que debemos pensar qué es lo que se pone en juego en cada uno de los síntomas que los niños y adolescentes presentan, teniendo en cuenta la singularidad de cada consulta y ubicando ese padecer en el contexto familiar, educacional y social en el que ese niño está inmerso.

Por consiguiente, los profesionales e instituciones abajo firmantes consideramos que:

- 1) Los malestares psíquicos son un resultado complejo de múltiples factores, entre los cuales las condiciones socio-culturales, la historia de cada sujeto, las vicisitudes de cada familia y los avatares del momento actual se combinan con factores constitucionales dando lugar a un resultado particular.
- 2) Toda consulta por un sujeto que sufre debe ser tomada en su singularidad.
- 2) Niños y adolescentes son sujetos en crecimiento, en proceso de cambio, de transformación. Están armando su historia en un momento particular, con progresiones y regresiones. Por consiguiente, ningún niño y ningún adolescente puede ser “etiquetado” como alguien que va a padecer una patología de por vida.
- 3) La idea de niñez y de adolescencia varía en los diferentes tiempos y espacios sociales. Y la producción de subjetividad es distinta en cada momento y en cada contexto.
- 4) 5) Un etiquetamiento temprano, enmascarado de “diagnóstico” produce efectos que pueden condicionar el desarrollo de un niño, en tanto el niño se ve a sí mismo con la imagen que los otros le devuelven de sí, construye la representación de sí mismo a partir del espejo que los otros le ofertan. Y a su vez los padres y maestros lo mirarán con la imagen que los profesionales le den del niño. Por consiguiente un diagnóstico temprano puede orientar el camino de la cura de un sujeto o transformarse en invalidante. Esto implica una enorme responsabilidad para aquél que recibe la consulta por un niño.
- 5) Todos los niños y adolescentes merecen ser atendidos en su sufrimiento psíquico y que los adultos paliemos sus padecimientos. Para ello, todos, tan sólo por su condición ciudadana, deberían tener acceso a diferentes tratamientos, según sus necesidades, así como a la escucha de un adulto que pueda ayudarlo a encontrar caminos creativos frente a su padecer y a redes de adultos que puedan sostenerlo en los momentos.

Buenos Aires a, 17 de mayo de 2011

El manifiesto de Buenos Aires ha sido elaborado por:
GRUPO CONVOCANTE:
FORUMADDINFANCIAS

www.forudadd.com.ar

Presidente

Lic. Beatriz Janin Licenciada en Psicología. Psicoanalista. Directora de las carreras de "Especialización en psicoanálisis con niños" y "Especialización en psicoanálisis con adolescentes", UCES-APBA (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales en convenio con la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires). Profesora de post-grado de la Facultad de Psicología, UBA. Directora de la Revista "Cuestiones de Infancia". .

Miembros (por orden alfabético)

Dra. Gabriela Dueñas Doctora en Psicología. Licenciada en Educación. Psicopedagoga. Profesora titular de Psicología del Desarrollo II, Facultad de Psicología y Psicopedagogía, USAL. Profesora invitada de posgrados de la Facultad de Psicología, UBA. Integrante del Centro de Neurología Integral de Buenos Aires. A cargo de la coordinación del proyecto Laboratorio Sociales de Argentina. Psicopedagoga clínica en instituciones de la provincia de Buenos Aires.

Dr. Gustavo Dupuy Médico psicoanalista. Miembro de la Comisión Directiva de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Supervisor de consultorios externos, Hospital Materno Infantil de San Isidro. Ex supervisor de la extensión de atención odontológica a personas con discapacidad, AOA. Fundador y ex director de la Fundación AINDA, de asistencia e investigación para el desarrollo auditivo.

Dra. Nora Emilce Elichiry Profesora titular consulta e Investigadora Categoría I (Facultad de Psicología, UBA). Directora de la investigación "Aprendizaje Situado" (UBACyT). Docente en seminarios de maestría y doctorado (UBA y otras Universidades Nacionales). Asesora científica del Proyecto de Extensión Universitaria "Comunidades de Aprendizaje" (UBA). En la Facultad de Psicología (UBA), ha dirigido la Maestría en Psicología Educacional durante 10 años (1997-2007) y ha sido profesora de Psicología (1986 a 2009), en cátedras masivas.

Dr. Osvaldo Tulio Frizzera Médico psicoanalista. Miembro titular de la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina). Profesor de la Carrera de Especialización de psicoanálisis con niños, UCES-APBA.

Lic. Elsa Kahansky Psicóloga. Psicoanalista. Supervisora de la Carrera de

Especialización en psicoanálisis con niños, UCES-APBA. Investigadora sobre el tema "Trastornos de atención e hiperactividad", UCES.

Dr. José R. Kremenchuzky Médico pediatra. Integrante del Comité de Pediatría Ambulatoria de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).

Dra. Virginia López Casariego Médica pediatra y sanitarista. Vocal del Comité Nacional de Pediatría Social de la SAP (Sociedad Argentina de Pediatría). Docente de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA).

Lic. Silvia Morici Psicoanalista. Miembro del Comité Ejecutivo de la SAP (Sociedad Argentina de Pediatría). Coordinadora del Grupo de trabajo "Vínculo temprano y función pediátrica" de la SAP (Sociedad Argentina de Pediatría). Profesora titular de las cátedras "Problemas centrales en el psicoanálisis con niños" y "Clínica de la primera infancia", Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños (UCES-APBA). Supervisora de casos clínicos de la misma carrera.

Lic. Mabel Rodríguez Ponte Psicóloga. Psicoanalista. Profesora de la Carrera de Especialización en psicoanálisis con niños, UCES-APBA. Investigadora sobre el tema "Trastornos de atención e hiperactividad", UCES.

Lic. María Cristina Rojas Psicóloga. Psicoanalista. Miembro titular de la *Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. Docente de Posgrado de UCES.

Lic. Rosa Silver Psicóloga. Psicoanalista. Profesora de la Carrera de Especialización en psicoanálisis con niños, UCES-APBA. Investigadora sobre el tema "Trastornos de atención e hiperactividad", UCES. Jefa de Trabajos Prácticos de la cátedra "Evolutiva Niñez" de la Facultad de Psicología, UBA. Investigadora sobre el tema "Expresividad emocional en díadas madre-bebé durante el primer año de vida", Facultad de Psicología, UBA.

Lic. Alicia Stolkiner Psicóloga. Especialista en Salud Pública. Profesora titular regular de Salud Pública/Salud Mental (UBA) y del Departamento de Salud Comunitaria, Área de Salud Mental (UNLu). Profesora de posgrado (UNER y otras universidades del país y el exterior). Coordinadora del Equipo Interdisciplinario Auxiliar de la Justicia (Comisión Nacional por el Derechos a la Identidad, Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos). Ex-presidenta de la International Association of Health Policies. Directora de Proyectos de Investigación UBACyT y SECyT (Argentina) y IDRC/CIID (Canadá).

Dra. María Terzaghi Médica y psicóloga. Jefa de la Unidad de Neurología y Clínica Interdisciplinaria (Hospital "Dr. Noel H. Sbarra"). Docente de la Cátedra de Medicina Infantil II (Facultad de Ciencias Médicas, UNLP). Miembro de la

Comisión de Discapacidad (UNLP). Miembro de "Lugar de Infancia"

Lic. Miguel Ángel Tollo Psicólogo. Especializado en psicoanálisis con niños y adolescentes. Miembro de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Ex presidente de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (1996-2000). Titular de la Cátedra Salud Pública-Salud Mental, Carrera de Psicología, UAI. Coordinador del Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental, CABA.

Dra. Gisela Untoiglich Doctora en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Docente de posgrado de la Facultad de Psicología (UBA). Ganadora del Premio Facultad de Psicología 2005: "Aportes de la psicología a la problemática de la niñez". Participación en proyectos de investigación UBACyT 2000/2007. Ex Coordinadora del Posgrado de Psicopedagogía Clínica de Centro Dos. Supervisora de los equipos de Psicopedagogía del Hospital de Niños R. Gutierrez, del Hospital Durand y del C.E.S.A.C. N° 15 de la Ciudad de Buenos Aires.

Dr. Juan Vasen Psiquiatra infantil. Psicoanalista. Co-fundador del programa "Cuidar cuidando". Ex jefe de Residentes. Ex Jefe de distintos Sectores y Servicios del Hospital de Día del Hospital Infanto-juvenil "Dra. Carolina Tobar García". Ex-docente de Farmacología.

INSTITUCION CONVOCANTE:

FUNDACION SOCIEDADES COMPLEJAS. PROYECTOS EN SALUD Y EDUCACION.

La **FUNDACIÓN SOCIEDADES COMPLEJAS. PROYECTOS EN SALUD Y EDUCACIÓN** se instituye con el objeto de promover el desarrollo, la capacitación, la formación, la investigación y el perfeccionamiento continuo de todos aquellos profesionales de la salud, la educación y la cultura que trabajan con bebés, niñas, niños y adolescentes. Son fines generales de la FUNDACION: 1) Promover la educación, la salud y la cultura de niños, niñas y jóvenes en condiciones igualitarias. 2) Impulsar, conformar y/o fortalecer proyectos, experiencias y redes de investigación y/o de intercambio en cuestiones relativas a la cultura, el arte, la educación y la salud de la infancia y la adolescencia. 3) Brindar información y asistir a personas que trabajan con bebés, niños, niñas y jóvenes en situaciones de riesgo y/o con patologías de diversa índole. 4) Motivar el trabajo interdisciplinario, multidisciplinario y transdisciplinario para y con los profesionales que trabajan con bebés, niños, niñas y jóvenes en distintos ámbitos. 5) Fomentar el desarrollo cultural, educativo y social de la comunidad.

Directora Ejecutiva: Andrea Kaplan, Editora y Comunicadora Social. Especialista en Políticas y Planificación de la Comunicación. Ex Directora de *noveduc libros* y *Ediciones Novedades Educativas*. Directora Ejecutiva de la

Fundación Sociedades Complejas. Proyectos en Salud y Educación. Socia fundadora de eccolequá I consultora educativa. Expositora en diversas jornadas de jóvenes investigadores en Ciencias Sociales.

4.- MANIFIESTO DE SÃO JOÃO DEL REI-BRASIL

A FAVOR DE UNA PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA

Nosotros, miembros del Núcleo de Pesquisa y Extensión en Psicoanálisis de la Universidad Federal de São João del Rei, del Laboratorio Inter-unidades de Teoría Social, Filosofía y Psicoanálisis de la USP, del PSILACS Grupo de Pesquisa “Psicoanálisis y Lazo Social en lo Contemporáneo” del CNPq y del Laboratorio de Psicopatología y Psicoanálisis de la Universidad Federal de Minas Gerais, aprovechamos la ocasión de la próxima publicación del DSM-V para lanzar nuestro manifiesto en pro de una psicopatología en la que sea contemplado el sujeto. Considerar el sujeto significa: retomar la dimensión clínica de los diagnósticos más allá de un uso exacerbado de la estadística y la restitución del síntoma a una función subjetiva. Acompañamos los manifiestos de Barcelona, Buenos Aires y Paris. Nuestro manifiesto se divide en cuatro partes: científica; formación profesional y enseñanza; clínica y política.

1 - Ciencia

El DSM fue responsable de intentar imponer a partir de su tercera versión, en 1980, un cambio en el modo de pensar la psicopatología. Tal acontecimiento, de fuerte impacto político, favoreció el retorno de la psiquiatría biológica al centro de la escena clínica del diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. La búsqueda de lesiones en el cerebro o de disfunciones bioquímicas volvió, entonces, a ser foco de trabajos e investigaciones, principalmente en la década del noventa con el edicto del presidente de los Estados Unidos, que la declaró como década del cerebro (Amaral, 2004, p.15). Como corolario, los demás abordajes psicopatológicos fueron reducidos al parámetro de anti-científicos o aún de superados y desactualizados.

Como consecuencia, el surgimiento del DSM-III (1980) y sus ediciones subsiguientes, (DSM-III-R 1987; DSM-IV, 1994 e DSM-IV-TR, 2000), fue saludado por sus promotores como una revolución científica. El psiquiatra Gerard Klerman llega a decir en 1984 que debatir su validez sería un

anacronismo, pues este manual habría vencido la batalla científica en relación a los otros sistemas y teorías diagnósticas y psiquiátricas. Esa victoria haría tabla rasa en la historia de la psicopatología por lograr, según sus promotores, superar la falta de acuerdo entre diversos teóricos del campo del sufrimiento psíquico. La falta de acuerdo impediría la comunicación entre los diversos clínicos y perjudicaría el proceso de diagnóstico y el tratamiento a ser ofrecido. Dos principios básicos amparan este manual: transformar la psicopatología en un “descriptivismo” de señales y síntomas; y evitar pronunciarse sobre la etiología de los trastornos mentales. Podemos reducir esos principios a una única proposición: el a-teoricismo. Es un método explícito de investigación e indicado: la estadística.

Más, en primer lugar, ¿cómo puede una revolución científica ser a-teórica? Una revolución científica depende del papel de una teoría; ésta, en oposición a lo que creen los promotores de los DSM's, no es una mera abstracción, sino un esfuerzo de inteligibilidad, como diría Alexandre Koyré (1991). Si tomamos la línea de argumentación de Thomas Kuhn (2001), una revolución científica implica un cambio de paradigmas en los cuales diversos actores podrían reconocerse en ellos. No obstante, no es lo que tenemos con los DSM's: ellos no son una unanimidad epistémica, a pesar de su pretensión de hegemonía. Muy al contrario. Y el uso que hacen de la estadística - evaluación de la frecuencia de un síntoma por un período de tiempo - acompaña su propalado “descriptivismo”. Pero, como dice Gaston Bachelard (1996), el uso de la matemática no es descriptivo, no se reduce a describir como es un fenómeno, sino que lo explica. Los promotores de los DSM's confunden cuantificación con inteligibilidad científica.

Si situamos la posición de los DSM's en una perspectiva histórica más amplia, vemos que es un capítulo más del debate entre los defensores de una etiología biológica (los somaticistas) y los defensores de una etiología psíquica (los “psiquistas”). En esta perspectiva, su a-teoricismo cae por tierra, ya que no trata de la etiología por cuestión de estrategia: si no consigue demostrar la validez de una etiología biológica, lo que mejor se puede hacer es dejar la cuestión de lado hasta que se consiga una prueba en esa dirección. Así, tenemos una recusa del debate, por impedir que los defensores de la etiología psíquica se manifiesten. La única realmente válida sería la etiología biológica, aún cuando no esté demostrada. Esa estrategia acompaña el principio del descriptivismo. La consecuencia es un manual que se restringe a catalogar los fenómenos sin la preocupación de saber cómo surgen, por qué surgen, cómo se articulan entre sí, y principalmente: qué función pueden desempeñar esos fenómenos para determinado sujeto. Como tampoco se preocupa por lo que determina la aparición del síntoma y su función para el sujeto, deja de lado la clínica. Esa perspectiva descriptiva cerrada a debates con otras maneras de pensar la psicopatología e ignorante de su historia, tiene impactos notables en la enseñanza de la psicopatología y en la consecuente formación y actuación de profesionales.

2 - Formación de Profesionales y Enseñanza de la Psicopatología

Los DSM's no pretenden ser hegemónicos solamente en el campo de la clínica. Desde su cuarta edición (2002, p. 21) pretenden ser un instrumento didáctico para la enseñanza de la psicopatología. Su intromisión en las universidades hace que el cuadro de la formación profesional sea cada vez más dramático: en vez de una enseñanza real de psicopatología, de su historia y de sus *impasses*; en vez de una enseñanza que valore el debate amplio en relación a los modos de proceder al diagnóstico, que posibilitaría la formación de un profesional con espíritu crítico, tenemos: la enseñanza lista en vez de una semiología clínica; en vez de una nosografía, una taxonomía al estilo de la biología del siglo XVIII; y la nosología, por definición, es dejada de lado.

Si los DSM's tienen la pretensión de ser a-teóricos, la preocupación actual con la enseñanza de psicopatología se convierte en trans-teórica, que es común tanto a psicólogos/psiquiatras fenomenólogos (Moreira, 2002; Serpa, 2007) cuanto a psicoanalistas de diversas filiaciones (Pacelli, 2002; Figueiredo e Tenório, 2002; Iribarry, 2003; Álvarez, 2004).

El a-teoricismo de los promotores de los DSM's también es cuestionable en lo que concierne a la enseñanza. Si nos remitimos a los factores culturales e histórico-sociales, es necesario recordar las palabras de Roger Olivier Martin (1989) en ocasión de la revisión del DSM-III: es un manual diagnóstico americano. Tanto que en América Latina tenemos La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (2003), realizado por la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Esta Guía acepta los presupuestos clasificatorios del CID-10 y del DSM-IV. Aunque, por otro lado, es categórico al afirmar que "sin embargo, estos sistemas, a pesar de los enormes esfuerzos de sus creadores, parecieran no ser suficientes para reflejar las maneras idiosincrásicas de experimentar una enfermedad y las necesidades clínicas particulares de la población latino-americana. Debemos reconocer que, aún cuando la investigación empírica en esta región este emergiendo recientemente, la experiencia diaria de sus clínicos no puede ser ignorada" (2003, p.8). Aún en ese aspecto, Juan Carlos Stagnaro (2007) recuerda que China tiene su propio sistema diagnóstico y comenta, con tono irónico, que el DSM-IV, con su pretensión de ser mundial y hegemónico deja de lado un billón y medio de personas.

En términos históricos, dicho a-teoricismo se transforma, en la enseñanza de psicopatología, en ignorancia. Muchos de los términos utilizados para definir los síntomas que serán reunidos para formar los síndromes y definir los trastornos, son provenientes de tradiciones teóricas muchas veces antagónicas, como apunta Serpa en un texto amparado en la fenomenología (2007). De este modo, como dice el psicoanalista Stagnaro (2007, p.57), este a-teoricismo es, en verdad un multi-teoricismo. Decir esto

es importante para cuestionar la coherencia interna de los DSM's, además de demostrar la falta que hace, en la enseñanza de psicopatología, su historia, sus diversas corrientes y sus calurosos debates. Y confundir conceptos de diversas perspectivas teóricas es, desde un punto de vista pedagógico, difundir aún más la ignorancia, transvestida de ciencia.

Si, desde el punto de vista cultural e histórico, tenemos en la enseñanza pautada por los DSM's la ignorancia de aspectos importantes, en lo que se refiere a la enseñanza propiamente clínica, vemos que se ignora su propia materia. Pues enseñar psicopatología tan solo en términos de presencia o ausencia de señales y síntomas y su frecuencia, es ignorar el método clínico, además de impedir que se realice una discusión seria sobre lo normal y lo patológico. Es quedarse apenas en la franja de los fenómenos como si ellos no afectaran un sujeto. Como dice Serpa: "Queremos enseñar una psicopatología que no descarte la subjetividad, y que, en su lugar, haga de ella su interés primero". Y hacer de la subjetividad su interés primero nos lleva, necesariamente, a una enseñanza que no ignora la clínica, no ignora los aspectos histórico-sociales y no ignora la historia de la psicopatología. Y, así, podremos formar profesionales con espíritu crítico, que no tengan como herramienta de trabajo solamente la medicación del sujeto y la remisión de los síntomas, y que pueda, de ese modo, tener subsidios para la discusión de las diversas políticas de salud mental. Pero, para eso, el profesional debe tener una formación propiamente clínica que valore la observación y la escucha minuciosa del paciente y la construcción del diagnóstico diferencial en psicopatología.

3 - Clínica y Estadística

Los DSM's, en su esfuerzo por ser ciencia, dejan de lado una metodología importante en el trabajo del campo de sufrimiento psíquico: el método clínico. Como dice George Lantéri-Laura "no hay nada en la psicopatología que no haya estado antes en la clínica" (1989, p. 18). De este modo, podemos cuestionar el uso de la estadística en un procedimiento diagnóstico. El problema no es con la estadística en sí, ni con la epidemiología. Pero, ¿cómo hacer una buena pesquisa epidemiológica, si el paso anterior -el trabajo diagnóstico que va a tener como referencia lo que está siendo evaluado en términos de población- no está bien delimitado? La estadística -método por excelencia de la epidemiología- trata de poblaciones; un diagnóstico psicopatológico se refiere siempre a un sujeto y a su singularidad sintomática. Entre los dos, un hiato en relación a los asuntos a abarcar y a los métodos.

Michel Foucault (2003) nos muestra como la clínica surge amparada en el método anatomo-clínico de Xavier Bichat. Este método busca pasar de la dimensión fenoménica de señales y síntomas para lo que Adriano Aguiar Amaral (2004) llama "marcador biológico". Es propiamente en ese contexto que siempre existe una tensión entre el caso singular y lo general de la teoría.

No obstante, es justamente ese marcador biológico lo que no encontramos en la clínica del sufrimiento psíquico. Así, necesitamos encontrar otra referencia en ese lugar: un marcador subjetivo. Un síntoma es una queja de un sujeto. No hay clínica sin esa queja. Sin embargo, en el campo del sufrimiento psíquico, al no tener el marcador biológico, debemos pensar la relación síntoma-sujeto por otra vía: interrogando sobre la función que un síntoma puede desempeñar para este sujeto. El síntoma no es considerado como un déficit; al contrario: es una tentativa de solución, un lazo entre el sujeto y su mundo. Pero también, un sujeto que se queja es un ser hablante, indicando así la dimensión primordial de actuación en el campo del sufrimiento psíquico: el del habla y del lenguaje, como diría Jacques Lacan en 1953.

Sin embargo, cuando consideramos la definición de síntomas como déficits y del sujeto como un trastornado, un desadaptado, tenemos una práctica en que el habla del sujeto se reduce a respuestas a un cuestionario, convirtiéndolo en una cifra para entrar en una estadística o un índice para clasificar genéricamente aquella experiencia singular. En la clínica en la que el sujeto es considerado un ser hablante, se toma en cuenta la historia de su vida, sus modos singulares para arreglárselas con el otro, aunque esa invención se dé a través del síntoma. De ese modo, el síntoma no es exactamente déficit, sino una función de reparación de una falla estructural de la relación del sujeto con el mundo, en la medida en que esa relación lleva siempre un hiato entre la relación con la cosa y su representación en el lenguaje.

De ahí que el uso de ese manual en la práctica clínica es un uso no epidemiológico. La consecuencia de un manual que no se ampara en el método clínico y la creación de verdaderas epidemias psíquicas. Tomemos como ejemplos los casos del llamado Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y los casos de autismo. Silvia Elena Tendlarz (2008) apunta para datos que demuestran el aumento de 500.000 casos de TDAH diagnosticados en 1987 para 4.400.000 casos diez años después en los Estados Unidos. En lo que se refiere al autismo, en los Estados Unidos tuvimos el aumento del 2.700% desde 1991. Los casos aumentaron de 1 a cada 150 niños para 1 a cada 91. Antes de 1991 la estadística era de 1 a cada 2.500 niños (Junior, 2010). Ese aumento epidémico está directamente ligado al uso de los DSM's como herramienta única de diagnóstico, a su vertiente cuantificadora de síntomas. De ese proyecto hegemónico del DSM's tenemos ese impacto sobre la formación de los profesionales. Además de tratarse, muchas veces, de errores diagnósticos -la mera presencia de síntomas no define una patología específica-. Tenemos que interrogarnos sobre a quién interesa tal aumento de trastornos. No solamente de casos, sino también del número de trastornos. Aumento que podemos llamar impulso medicalizante.

4 - Política y Economía

El impulso medicalizante de los DSM's, a partir de su tercera edición,

es un proyecto político que pretende someter no solamente los procesos diagnósticos a procedimientos que se dicen objetivos, sino también someter los tratamientos del sufrimiento psíquico a esos mismos procedimientos. O sea, someter el sujeto a una padronización.

Uno de los mecanismos de ese proceso es lo que podemos llamar patologización de la existencia. Ésta se da por medio de transformación de varios aspectos de la vida de un sujeto en trastornos. El resultado es el aumento exponencial de trastornos catalogados en los manuales estadísticos de diagnóstico. A través de las décadas, hubo un aumento de alrededor de 300% de trastornos psiquiátricos proveniente de las revisiones de los DSM's (CCHRint, 2011). Con el DSM-V tenemos la propuesta de cambios que no se trata apenas de evaluar la presencia de señales y síntomas, sino de prever y, consecuentemente, prevenir el desarrollo de futuros trastornos. En Francia, en 2006, ya había el proyecto de evaluar niños de tres años en busca de señales de futuros delincuentes. En relación a eso, dice Gérard Wajcman: "(...) con la medicalización generalizada, ese proyecto instiga la criminalización generalizada de la sociedad. Todos culpables. Si cada inocente es culpado en potencial, cada profesional de la salud y de la educación se transforma en un agente potencial del poder, movilizado a este título, fuera de todo consentimiento, en nombre simplemente de la ciencia" (Wajcman, 2006, nuestra traducción).

Una cuestión, entonces, se impone: ¿un "diagnóstico", pautado por la presencia de señales y síntomas y apoyada en el régimen de evidencias, que tipo de tratamiento va a requerir?. ¿Qué noción de cura está implícita ahí sino la de la remisión de los síntomas? Cuestionar esos fines de la terapéutica que acompaña los manuales es cuestionar también la ética y la política que están ahí en juego.

La preconización de los tratamientos farmacológicos y los de las terapias cognitivo-comportamentales no es gratuita. Al hacer ese lazo entre el diagnóstico, no preocupado por las causas de los fenómenos, con una terapéutica del trastorno, se revela el discurso de fondo: el discurso capitalista. Y vemos allí un eslabón en lo que el cuestionamiento sobre el lazo social, sobre lo que Freud, hace más de ochenta años llamó malestar en la civilización (1929), queda de lado en pro del discurso capitalista.

Es decir, no es reciente ni desconocida la relación intrínseca entre los DSM's y la industria farmacéutica. Hoy tenemos las compañías farmacéuticas como motor de la revisión de los DSM's. De acuerdo con Lisa Cosgrovea, Sheldon Krimskyb, Manisha Vijayaraghavana, Lisa Schneidera (2006), en relación a la revisión del DSM-III, de los 170 revisores, 56% estaban asociados a uno o más laboratorios farmacéuticos. 100% de los revisores de los trastornos de humor y esquizofrenia, como así también los trastornos psicóticos. La venta de medicamentos para tales trastornos rindió más de 80 billones de dólares por el mundo. Se evidencia, entonces, no solo ese lazo

entre el discurso capitalista y los DSM's, sino también la cuestión ética –o la falta de ella– una vez que tenemos laboratorios financiando los “profesionales” responsables por la revisión de los trastornos.

Con el nuevo proyecto de un DSM predictivo, tenemos la expansión de lo que podemos llamar patologización de la existencia. En que cualquier evento de la vida de un sujeto puede ser considerado un trastorno o un potencial desarreglo. Consecuentemente, debe ser tratado –vía medicación– para la no perturbación del orden público, previniendo el siempre inevitable mal-estar en la civilización a través del control contemporáneo de las poblaciones. Esa patologización de la existencia revela el nuevo imperativo de la psiquiatría estadística actual: todos trastornados. ¡Y si el tratamiento privilegiado se transforma en farmacológico, que gran negocio para la industria farmacéutica! Ejemplos en Brasil apuntan bien para ese fenómeno en las últimas revisiones del DSM. En relación al uso de medicamentos anti-depresivos (Brasil, 2008) contamos con los siguientes números: entre 2005 y 2009, tuvimos el aumento de 44,8% de ventas (de R\$647,7 millones para R\$ 976,9 millones). En relación al TDAH, tuvimos entre los años 2000 y 2004 el aumento de 1020% de ventas de cajas de metilfenidato. Entre 2004 y 2008 tuvimos otro aumento del orden de 930% (Bordin, 2009). Aumento de ventas indica, a su vez, aumento de casos.

Otro factor que envuelve la patologización de la existencia es que los DSM's dejan de tener un uso exclusivamente clínico. La consecuencia es que su campo de acción queda mal-delimitado. Al final, un campo, para ser considerado propiamente un campo de saber, tiene que delimitar sus contornos. La práctica, que deriva del DSM, no lo hace. Pretende ser utilizado tanto por psiquiatras como por abogados, enfermeros etc.... Además de ser utilizado por profesionales clínicos y no clínicos, y pasa a ser utilizado en tribunales, escuelas, organizaciones, instituciones, etc...

Y, si muchas veces su uso es reivindicado en nombre de una mejor gestión de la salud pública, debemos estar atentos a los riesgos que un mal diagnóstico puede implicar no solamente para los sujetos, sino también para las finanzas públicas. Sobre esos riesgos, prestemos atención a las palabras de un psiquiatra importante en esa cuestión. Nadie menos que Allen Frances, presidente de la cuarta revisión del DSM, en entrevista a Gary Greenberg (2011): “Nosotros (psiquiatras responsables por el DSM-IV) cometemos errores que conducen a consecuencias terribles (...) a la extensión del trastorno bipolar para niños, propuesta en el DSM-IV, llevó a un aumento de aproximadamente 40% de los diagnósticos del trastorno, aunque esos niños no hayan tenido un episodio maníaco y eran demasiado jóvenes para demostrar el padrón de cambio de humor asociado al trastorno. Y la prescripción de anti-psicóticos para esos niños también aumentó, aunque muchos de los efectos de estas drogas sobre el cerebro en desarrollo no son bien comprendidos, sino que pueden causar obesidad y diabetes”. Frances

creo que este “modismo bipolar” no habría ocurrido si el comité de organización del DSM-IV no hubiese rechazado el movimiento para limitar el diagnóstico de trastorno bipolar solamente para adultos. En suma, ¿cómo podemos fiarnos de un sistema diagnóstico cuya ambición es vender más medicamentos, limitar otras estrategias de tratamiento y que comete errores que son dañinos para sujetos y gobiernos? ¿Un sistema que no critica sus propias aporías?

De este modo defendemos una psicopatología que:

- tenga como referencia más importante el sujeto y sus modos singulares de arreglárselas con el síntoma y con el mundo que lo circunda;
- una psicopatología que se sitúe enteramente en la clínica, pues este es su método por excelencia;
- una psicopatología que conozca su historia, sus corrientes, sus controversias e sus diferencias socio-históricas.
- que, por consecuencia, posibilite una enseñanza y una formación críticos de profesionales del sufrimiento psíquico;
- que no esté sometida a los lucros de la industria farmacéutica, aunque tenga por política la “economía” subjetiva del síntoma;
- que no esté amparada en un ideal imaginario de ciencia sino en una ciencia moderna, cuya matemática incluya un esfuerzo de demostración de imposibilidades lógicas, antes que a la afirmación de sistemas totales cerrados;
- que no promueva la patologización de la existencia, la ilusión de la prevención y la padronización de los sujetos.

Referências Bibliográficas.

Álvarez, José Maria; Estéban, Ramon e Sauvagnat, François. Fundamentos de Psicopatología Psicoanalítica. Madrid: Editorial Sintesis, 2004.

Amaral, Adriano Aguiar. A psiquiatria no divã. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. Washington, D.C., 1994.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Washington, D.C., 1994.

Asociación Latinoamericana de Psiquiatría (2003). Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. Recuperado em 25 de junho de 2011.

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia_latinoamericana_diagn_ps iq_gladp.pdf. Acesso em 23 de junho de 2011.

Associação Americana de Psiquiatria. Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-III. Porto Alegre: Artmed, 1980.

Associação Americana de Psiquiatria. Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-III-R. São Paulo: Manole, 1987.

Associação Americana de Psiquiatria. Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV. Porto Alegre: Artmed, 1995.

Bachelard, Gaston. A formação do espírito científico. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

Bordin, Sônia. Um olhar para além das dificuldades de leitura e escrita revela sobre família, escola e a prescrição médica de fármaco para crianças e jovens. Em: Marçalo, Maria João e Lima-Hernandes, Maria Célia. Língua portuguesa: ultrapassar fronteiras, juntar culturas. Évora: Universidade de Évora, 2009. Recuperado em 22 de junho de 2011. <http://www.simelp2009.uevora.pt/pdf/slg11/12.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Clipping – 26 a 28 de dezembro de 2009 - sábado, domingo e segunda. Recuperado em 12 de junho de 2011. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/clipping26272812.pdf>

Citizens Commission on Human Rights International (CCHRint). (2011). Psychiatry's Billing Bible: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Recuperado em 04 de junho de 2011. <http://www.cchrnt.org/cchr-issues/dsm-billing-bible/>

Cosgrove, Lisa; Krinsky, Sheldon; Vijayaraghavan, Manisha; Schneider, Lisa (2006). Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry. Em: *Psychoterapy and Psychosomatics Journal*. Vol. 75, nº3, pp. 154-160. Recuperado em 28 de junho de 2011 <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowPDF&ArtikelNr=91772&Ausgabe=231734&ProduktNr=223864&filename=91772.pdf>

Figueiredo, Ana Cristina e Tenório, Fernando. O diagnóstico em psiquiatria e em psicanálise. Em: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Ano V, nº 1, mar.2002. Recuperado em 21 de junho de 2011.: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/mar2/2.pdf>

Foucault, Michel. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

Freud, Sigmund (1929). Mal-estar na Civilização. Em: Freud, Sigmund. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996

Greenberg, Gary (2011). Inside the Battle to Define Mental Illness. Em: Wired Magazine. Recuperado em 27 de junho de 2011. http://www.wired.com/magazine/2010/12/ff_dsmv/all/1

Junior, Paiva. Pesquisa do CDC revela número alto de prevalência de autismo nos EUA em crianças de oito anos, além de grande aumento em relação a pesquisa anterior. Em: Revista Autismo: Informação gerando ação. Edição 16 de setembro de 2010. Recuperado em 01 de junho de 2011. <http://revistaautismo.com.br/edic-o-0/numero-impressionante-uma-em-cada-110-criancas-tem-autismo>

Iribarry, Isac Nikos. O diagnóstico transdisciplinar em psicopatologia. Em: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Ano VI, nº 1, dez.2003. Recuperado em 24 de junho de 2011 <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/mar3/4.pdf>

Khun, Thomas. As estruturas das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 2001

Koyré, Alexandre. Estudos de história do pensamento científico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

Lacan, Jacques (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. Em: Lacan, Jacques. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Lantéri-Laura, George. Prefácio. Em: Bercherie, Paul. Os fundamentos da clínica. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1989.

Martin, Roger Olivier. Em torno do DSM-III. Em: Lacan, Jacques et al. A querela dos diagnósticos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

Moreira, Virgínia. Personalidade, Ideologia e Psicopatologia. São Paulo: Escuta, 2002.

Pacelli Ferreira, Ademir. O ensino da psicopatologia: do modelo asilar à clínica da interação. Em: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Ano V, nº 4, dez.2002. Recuperado em 22 de junho de 2011. <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/dez2/1.pdf>

Serpa, Octávio Domont et al. A inclusão da subjetividade não ensino da psicopatologia. Em: Interface: comunicação, saúde e educação. Vol. 11, Nº

22, pp.207-222, mai/ago 2007. Recuperado em 11 de junho de 2011
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/03.pdf>

Stagnaro, Juan Carlos. Perspectiva crítica de las nosografías psiquiátricas contemporâneas. Em: Laurent, Éric (Org.). Psiquiatria e Psicoanálisis. Buenos Aires: Grama, 2007.

Tendlarz, Silvia Elena. A atenção que falta e a atividade que sobra. Almanaque on line: Revista do IPSM-MG. Recuperado em 31 de mar de 2010
<http://www.institutopsicanalisemg.com.br/psicanalise/almanaque/textos/numeroquefaltaatividadequesobra.pdf>

Wajcman, Gérard. Voici le bebe deliquant. Le Monde, 3 mar. 2006. Recuperado em 15 de maio de 2011. <www.wapol.org>.

Equipe de redação e revisão do Manifesto de São João del Rei-Brasil em prol de uma Psicopatologia Clínica: Prof. Dr. Roberto Calazans (UFSJ); Prof^a Dr^a Andréa Guerra (UFMG); Prof. Dr. Fuad Kyrillos Neto (UFTM); Acadêmica em Psicologia Samira Pontes (UFSJ); Acadêmica em Psicologia Marina Silveira de Resende (UFSJ).

5.- Adhesiones institucionales de los manifiestos de Barcelona, Buenos Aires y Sao Joao del Rei-BRASIL

[AAPIPNA Asociación Aragonesa para la Investigación del Niño y el Adolescente. Zaragoza. España](#)

[ABBA Centro de Psicología. Burgos. España](#)

[ACCEP Associació Catalana per a la Clínica i l'Ensenyament de la Psicoanàlisi. Barcelona](#)

[Acippia Asociación cultural para la formación e investigación en psicoterapias psicoanalíticas. Madrid](#)

ActivaMent. Catalunya Associació. Col·lectiu Actiu de Persones amb l'Experiència del Trastorn Mental. Barcelona

[Acto analítico. Intervenciones para la salud y el bienestar psico-social. Barcelona.](#)

[Acto, Centro de Asistencia Psicoanalítica, Psiquiátrica y Psicológica. Barcelona](#)

[ADEMM – Usuaris de Salut Mental de Catalunya. Barcelona](#)

[AFPC. Associació de Filosofia Pràctica de Catalunya](#)

[\(a\)grupación psicoanalítica de Alicante. España](#)

ALEPH Association pour l'étude de la psychanalyse et de son histoire. Francia

[Apertura. Estudio, Investigación y Transmisión del Psicoanálisis. Barcelona](#)

[APHICE Asociación de Psicoterapia Humanista Integrativa y Counselling. España](#)

APOP Asociación de Psicoterapia Operativa Psicoanalítica. España

[APPOPS: Association des Psychologues et Psychothérapeutes d'Orientation Psychanalytique de Suisse.](#)

Après Coup. Sociedad Psicoanalítica. Buenos Aires. Argentina

[Area 3. Asociación para el Estudio de Temas Grupales, Psicosociales e Institucionales. Madrid](#)

[Area Infancia y Adolescencia de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Argentina](#)

[ARPP \(Association pour la recherche en Psychothérapie Psychanalytique\) Belgique](#)

Asociación Argentina de Salud Mental AASM. Argentina

[Asociación Española de Psico-Somatoterapia](#)

[Asociación Española de Terapia Gestalt](#)

[Asociación Madrileña de Terapia de Familia Pareja y otros Sistemas Humanos \(AMTPFOSH\) España](#)

[Asociación ALTXA. Asociación para la Promoción de la Salud de Niños y Adolescentes. Bilbao. España](#)

[Asociación Análisis freudiano en España. Madrid](#)

[Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires. Argentina](#)

Asociación Argentina de Psicomotricidad. Buenos Aires. Argentina

[Asociación Bick España \(A.B.E.\)](#)

[Asociación Científica de Medicina Antroposófica. Madrid. España](#)

[Asociación de Estudios Psicoanalíticos de Salamanca \(ASEPS\) España](#)

[Asociación de Profesionales del Hospital de Niños Ricardo Gutierrez. Buenos Aires . Argentina](#)

[Asociación de Terapia Neural 2006 Sabadell. Barcelona](#)

[Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Argentina](#)

[Asociación Española de Historia del Psicoanálisis. AEHP. Barcelona](#)

[Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica Oskar Pfister. Madrid](#)

Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica. AEPP

Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas. ASEPCO. España

[Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología. España](#)

Asociación Freudiana de Psicoanálisis. Tucumán. Argentina

[Asociación Galega de Saúde Mental. España](#)

[Asociación Gallega de Psicoanálisis. España](#)

[Asociación Granabip -Bipolares de Granada- España](#)

[Asociación Hispanoamericana de Psicósomática](#)

[Asociación Internacional de Psicología Analítica](#)

[Asociación para la Docencia e Investigación en Salud Mental de Eivissa y Formentera. ADISAMEF. Baleares](#)

[Asociación para la prevención del maltrato al Niño. Madrid](#)

[Asociación Psicoanalítica Argentina \(APA\). Sociedad componente de la Asociación Psicoanalítica Internacional -IPA- y de la Federación Psicoanalítica de América Latina -FEPAL.](#)

[Asociación Psicoanalítica de Durango.Associació México](#)

[C. FRONTS. Clínica en les fronteres. Barcelona. España](#)

[Asociación socio cultural Radio Nikosia. Barcelona. España](#)

[Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica. ACPP. Barcelona](#)

[Associació CENTRE L'ALBA. Barcelona](#)

[Associació Cultural Dansalut. Barcelona](#)

[Associació Saräu. Barcelona](#)

[Associació TEAdir de padres, madres y familiares de personas con TEA. Trastorno del Espectro Autista \(Autismos y Síndromes de Asperger\). Barcelona.](#)

[Association des Psychiatres de secteur Infanto-juvénile. API France](#)

[Association des Forums du Champ Lacanien de Wallonie. Belgique](#)

[Association des Psychologues freudiens. France](#)

[Association du Pont Freudien. Montréal. Canada.](#)

[Association Psychanalyste dans la Cité \(Bagnols-sur-Cèze, Languedoc-Roussill\) France](#)

[Association SERPSY Soins Études Et Recherches En Psychiatrie, Paris. France](#)

[Associazione Culturale Sàndor Ferenczi . Firenze. Italia](#)

[Associazione Lacaniana Italiana di psicoanalisi](#)

ATENEU DE CLINICA PSICOANALITICA-CATALUYNA. Formaciones Clínicas
Del Campo Lacaniano

Aula Gestalt. Barcelona

[Aula de Psicoanálisis. Barcelona](#)

[Aula de Psicodrama. Alicante. España](#)

AUPPF. Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia
Fundamental. Brasil

Casa de Orientación y Estudios Especiales. Caracas. Venezuela

CALEIDOSCOPIO. Escuela de Formación Relacional Sistémica de Chiclana
de la Frontera (Cádiz). España

Carretel. Psiquiatria y Psicoterapia del Niño y Adolescente. Zaragoza. España

[Carreras de Especialización en Psicoanálisis con Niños y en Psicoanálisis con
Adolescentes de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales
\(en convenio con la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires\)
Argentina](#)

[CDIAP Magroc Terrassa. Barcelona](#)

[CDIAP-Mollet Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç, de Mollet
del Vallès \(Barcelona\)](#)

CEE Vi.la Joana. Barcelona

CERCA. Atención en Salud y Educación. Buenos Aires. Argentina.

[Ce.sa.men.de \(Buenos Aires. Argentina\)](#)

[CEDAP Centre d'Atenció Psicomèdica. Granollers. Barcelona](#)

Centre Aïna de Psicoanálisis. Mataró. Barcelona

[Centre Assistencial de Salut i Educació de Vilassar de Dalt. Barcelona](#)

[Centre d'Higiene Mental de Cornellà . Cornellà. Barcelona](#)

[Centre de Dia Infanto juvenil L'ALBA. Barcelona](#)

[Centre de Psicologia Clínica Provençals, Barcelona](#)

[Centre de Psicologia Mataró. Barcelona](#)

Centre de psicoteràpia La Saó. Tarrassa. Barcelona

[Centro Comunitario de Protección y Desarrollo Estudiantil Santa Rosa de Valencia. Venezuela](#)

Centro de Estudios y Aplicación de Psicoanálisis y Psicoterapia Analítica. CEAP Madrid.

[Centro de Orientación Sociolaboral y Clínica "El Molinet". Alicante, España](#)

Centro Psicoanalítico Montealbán. A.C. México

[Centro de Psicoterapia Humanista SORTZEN. Bilbao. España](#)

Centro Psicoterapéutico del niño y la familia. Las Rozas. Madrid.

[Centro Françoise Dolto. \(Palencia - Castilla y León. España](#)

Centro LOGRUPAL Psicoterapia y formación sistémica integrativa. Almería. España

[Centro regional Zona Atlántica de la Universidad Nacional del Comahue \(CURZA\) . Argentina](#)

[Centro Studi e Ricerche Scuola di Prevenzione Josè Bleger. Italia](#)

[Cercle d'estudis en Salut Mental del Vallès .Barcelona](#)

[CET Despertares. \(Eceiza\) Argentina](#)

CILA. Collège International de l'Adolescence. París. Francia

CINTRAPSICOLOGIA. Psicología Clínica. Barcelona

[Clínica EOS. Clínica de terapias. Sant Cugat del Vallès. Barcelona.](#)

Colegio de Clínica Psicoanalítica. Galicia

[Colegio Profesional de Psicólogos de Salta. Argentina](#)

Colegio Profesional de Psicólogos de Santa Cruz. Argentina.

Colegio Profesional de Psicólogos de la Provincia de Misiones. Argentina

Colegio Profesional de Psicólogos del Valle inferior del Rio Negro. Argentina

[Collège de clinique psychanalytique de Paris](#)

Collège International de Psychanalyse et d'Anthropologie. CIPA. Francia

Consultorios Trekan. Rosario. Argentina

CONSULTORIA PSICOLÒGICA. Serveis de psicologia. Barcelona

[CONVOCA, Asociación de Atención Psicológica. Barcelona](#)

[CPPL \(Recife-PE\) Brasil](#)

[CORPO FREUDIANO. Escola de Psicanálise. Brasil](#)

Corporación Nuevos Rumbos. Investigación y Prevención. Bogotá Colombia

CP-ALEPH Collège des psychanalystes ALEPH. Francia

CURZA Universidad Nacional del Comahue. Argentina

Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. São Paulo. Brasil

Discurso Freudiano. Escuela de Psicoanálisis. Buenos Aires. Argentina.

El Arbol de la Vida. Asociación Social para la integración Social. Buenos Aires. Argentina

[EAP B-25 de Badia i Barberà del Vallès. Barcelona](#)

[Ecole de Psychanalyse des Forums du Champ Lacanien. France](#)

[EFPP European Federation for Psychoanalytic psychotherapy in the public sector](#)

[EPPA – Escola Paulista de Psicologia Avançada. Brasil](#)

[Equip Clínic CIP AIS. Barcelona](#)

[Equipo Argentino de Toxicomanías. Buenos Aires. Argentina](#)

[Equipo de investigación "Efectos sociales de la globalización del DSM-V" de la Facultad de Psicología de la Universidad de Rosario \(Argentina\)](#)

[Escola de Clínica Psicoanalítica amb Nens i Adolescents. ECPNA. Barcelona](#)

[Escuela de Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes de Madrid.](#)

Escuela de educación especial Nuestra luz. Buenos Aires. Argentina

Escuela de Formación en Clínica Psicomotriz y problemas de la infancia de Buenos Aires. Argentina.

[Escuela de Psicoanálisis de los Foros del Campo Lacaniano - F7 .España](#)

[Escuela de Psicoanálisis de los Foros del Campo lacaniano: Foro Tucumán/Salta de Argentina](#)

[Escuela de Psicología Grupal y Análisis Institucional Enrique Pichon - Rivière. Chile](#)

[Escuela de Terapia Gestalt de Zaragoza. España](#)

Escuela de Terapia Gestal del I.P.G. de Madrid

[Escuela Española de Psicoterapia y Psicoanálisis](#)

[Escuela Española de Terapia Reichiana \(Es.Te.R.\)](#)

[Espace analytique. Paris. France](#)

[Espacio Psicoanalítico de Barcelona. EPBCN. España](#)

[Espacio Psicoanalítico. Asociación para la extensión del psicoanálisis en la Comunidad de Madrid.](#)

[Espacio Psicoanalítico de Pamplona. España](#)

[Espai Clínic Psicoanalític de FILIUM. Barcelona](#)

[FEAP Federación Española de Asociaciones de psicoterapeutas.](#)

FEDERACION DE FOROS DEL CAMPO LACANIANO DE ESPAÑA

[Federación de Psicólogos de la República Argentina. FePRA.](#)

[FORO Andaluz de Bienestar Mental. España](#)

Foro de Psicoanálisis del Campo Lacaniano de Pasto FPCL – IF. Colombia

Foro Psicoanalítico de Galicia

Foro Psicoanalítico de Madrid de la IF-EPFCL. España

Foro Psicoanalítico del Noroeste-Galicia. EPFCL La Coruña. España

[Foro Psicoanalítico Valenciano. Valencia. España](#)

Fòrum Opció Escola de Barcelona (EPFCL)

Fórum do Campo Lacaniano de Sao Paulo. Brasil

Forum du Champ Lacanien de Brabant. Bruselas. Bélgica

Forum du Champ Lacanien de Liège. Belgique

Frente de Trabajadores de la Salud. Caba. Argentina

[Freuds Agorá - Skole for psykoanalysen. København .Danmark](#)

[Fundacio Cassiá Just. Catalunya](#)

Fundació Orienta. San Boi de Llobregat. Barcelona

[Fundació Congrés Català de Salut Mental. FCCSM. Barcelona](#)

Fundació Eulàlia Torras de Beà. Institut de Psiquiatria i Psicologia. Barcelona

Fundació Lethe. Barcelona y Girona

[Fundació Puigvert. Centre de psicologia clínica. Barcelona](#)

Fundación Causa Clínica. Caba. Argentina

Fundación C.I.TI.D.A.D. Centro de Investigación y Tratamiento integral para Dependientes de Alcohol y Drogas. La Plata. Argentina

[Fundación C. G. Jung. España](#)

[Fundación Europea para el Psicoanálisis. España](#)

[Fundación INTRAS .España.](#)

Fundación Juancho Reale. Buenos Aires. Argentina

Fundación Petisos. Bariloche. Argentina

Fundación Privada Font Picant

[Fundación Psicoanalítica / Madrid 1987. España](#)

[Fundación Psicooncológica de Buenos Aires. Argentina](#)

[Fundación RedesLife. España](#)

[Fundación Rumbos. Buenos Aires. Argentina](#)

[Fundación Sociedades Complejas. Proyectos en Salud y Educación. Buenos Aires. Argentina](#)

Fundación Trabajo del Psicoanálisis Argentina

[Fédération Francophone Belge de Psychothérapie Psychanalytique. Bruxelles](#)

[Fédération Nationale Agréée des Psychologues Praticiens d'Orientation Psychanalytique de Belgique \(APPPsy\) Bruxelles, Belgique](#)

[Fédération professionnelle des psychologues cliniciens et des psychologues psychothérapeutes. Belgique](#)

[Fòrum Psicoanalític de Barcelona](#)

[Fòrum Psicoanalític Tarragona](#)

[Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Brasil](#)

[FORUMADD. Equipo interdisciplinar contra la patologización y medicalización de la infancia y la adolescencia. Argentina](#)

Fundación Cisam. Centro de Investigaciones en Salud Mental. Buenos Aires. Argentina

[GAURDANIK. Grupo psicología clínica. San Sebastian. España](#)

GEPU. Grupo Estudiantil y Profesional Universidad del Valle. Cali. Colombia

[GIU' LE MANI DAI BAMBINI. Campagna Nazionale. Italia](#)

[Gradiva, Associació d'Estudis Psicoanalítics, Barcelona](#)

GRUP, espai de psicoteràpia, treball corporal, comunicació i creativitat. Barcelona

[Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de perinatalite ULB/UCL. Bruxelles. Belgique](#)

[Grup Alfa. Institut de treball grupal i familiar. Barcelona](#)

Grup de Psicoanàlisi Relacional i Social. GPRIS. Barcelona

[Grupo de estudios psicoanalíticos. Foro campo lacaniano. Galicia. España](#)

[Grupo Psicoanalítico de Barcelona. España](#)

[Grupo Psicoanalítico de Orientación Lacaniana de Santiago de Cuba](#)

[Grupo de Psicoterapia Analítica Bilbao. GPAB](#)

[Grupo Zurbano de Terapia Familiar . Madrid](#)

[Hablamos. Psicoanálisis en la radio. Radio Kanal Barcelona.](#)

Hierbabuena: Asociación para la Salud Mental. Oviedo.España

[Institut de Formation à l'Intervention en Santé Mentale. Belgique](#)

[Institut de Psicologia Analítica Carl Gustav Jung \(ICGJ\) Barcelona](#)

[Instituto de Formación de la Sociedad Chilena de Psicoanálisis. Chile](#)

[Instituto de Terapia Neural.Sabadell.](#) Barcelona

Instituto Dominicano para el Estudio de la Salud Integral y la Psicología Aplicada. República Dominicana.

[Instituto Europeo de Psicoterapias de Tiempo Limitado. Madrid](#)

Instituto Nacional de Neurociencias y Psicoanálisis. México

[Instituto Galene de Psicoterapia. Madrid. España](#)

[Instituto Terapia de Reencuentro. Valencia. España](#)

[Instituto Valenciano de Psicología y Psicoterapia Analítica \(IvaPA\) España](#)

[Intercanvis / Intercambios Papers de psicoanàlisi Papeles de psicoanálisis. Barcelona](#)

ISURI. Escuela de Terapia Gestalt. Blanes. Barcelona.

[iPsi, Centre d'Atenció en Salut Mental - iPsi, Formació psicoanalítica. Barcelona](#)

Jardín de Infantes El Principito. Buenos Aires. Argentina

[Kairós Associació per l'estudi, recerca i divulgació de la psicoanàlisi. Barcelona](#)

[Kur Klinikum. Barcelona](#)

[La era. Espacio abierto a la diversidad infantil y adolescente. España](#)

[La Otra Psiquiatría. Valladolid. España](#)

[La Revolución Delirante. Movimiento de Jóvenes Profesionales de la Salud Mental. Valladolid. España](#)

[La Trama Psi. Servicio de Acompañamiento Terapéutico e Integración Socioeducativa. Córdoba. Argentina](#)

Lenguaje&aprendizaje. Fonoaudiología. Rosario. Argentina

LI.S.T.A. Libera Scuola di Terapia Analitica. Milano. Italia.

Llibreria Xoroi. Barcelona

Logos Clínica Psicoanalítica. Barcelona

Los Naranjos Comunidad Terapéutica. San Pedro - Prov. Buenos Aires. Argentina

Médicos del Mundo Argentina Cono Sur. Buenos Aires. Argentina

Metàfora, centre d'estudis d'artteràpia. Barcelona

Mi Encuentro, Asociación civil -Escuela especial, Centro de día. Muñiz. Buenos Aires. Argentina

MM Psicólogos. Ferrol. A Coruña. España

MP - Consultora y Asesora en Psicología y Educación. Buenos Aires. Argentina

NAAP National Association for the Advancement of Psychoanalysis. New York. USA

Núcleo de Pesquisa e Extensão em Psicanálise da Universidade Federal de São João del Rei . Brasil

ONG Casa de la Mujer. Rosario. Argentina

Organización Mundial para la Educación Preescolar. Buenos Aires. Argentina

Patologías actuales en la Infancia. Buenos Aires. Argentina

Phoenix Espai Terapèutic. Barcelona

PLACE. Psychoanalysis Los Angeles California Extension. USA

Plataforma Internacional contra la medicalización de la Infancia. Madrid. España

Plataforma NOGRACIAS. España

Plataforma Psicoanálisis Siglo XXI. Barcelona

Profesionales Latinoamericanos/as contra el Abuso de Poder. (Buenos Aires / Montevideo)

[Programa "Cuidar-Cuidando". Buenos Aires. Argentina](#)

Programa Radial Psi. Buenos Aires. Argentina

[Projeto de Investigaçã o e Intervençã o na Clínica das Anorexias e Bulimias \(Departamento de Psicanálise/ Instituto Sedes Sapientiae\), Sao Paulo. Brasil](#)

[Projeto Transversões - Projeto Integrado de pesquisa Saúde Mental, Desinstitucionalizaçã o e Abordagens psicossociais Escola de Serviço Social da UFRJ. Rio de Janeiro. Brasil](#)

[Psychanalyse Actuelle. Paris. France](#)

[Psycorps \(Ecole Belge de Psychothérapie Psychanalytique à Médiations\) Belgique](#)

[Quidem, Escuela Aragonesa de Psicoanálisis Aplicado. Zaragoza. España](#)

[Radio - a \(France\)](#)

Red Asistencial de Buenos Aires. Institución de Asistencia y Formación en Salud Mental. Argentina

[Red de psicoanalistas. Rosario. Argentina](#)

[Red de Trabajo y Salud Mental, Santiago de Chile](#)

[RED-CAPS. Red de mujeres profesionales de la salud. España](#)

[REDI-Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad. ONG en Derechos Humanos. Argentina](#)

RESSORGIR Associació de Familiars i amics de persones afectades de malaltia mental. Barcelona

Revista EL PSICOANALITICO. Argentina

Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental. Brasil

[Revista de Psicoterapia Bonding. España](#)

Revista TOPIA. Buenos Aires. Argentina

[SATIS Servei d'acompanyants terapèutics per a la Inserció Social. Barcelona.](#)

[Schweizerische Gesellschaft für Analytische Psychologie. Berna Suiza](#)

[Sección de Psicoanálisis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.](#)

Madrid

Seminaires psychanalytiques de Paris.France

Seminari de Psicoanàlisi de Tarragona

Servicio Local de Promoción y Protección Derechos del Niño. Pinamar.
Argentina

Sigmund Freud Associação Psicanalítica. Porto Alegre. Brasil

Sociedad de Estudios Psicossomáticos Iberoamericana. SEPIA. España

Sociedad Española de Medicina Psicossomática y Psicología Médica. Madrid.

Sociedad Española de Psicología Analítica (SEPA)

Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.
SEYPNA. Madrid

Sociedad Paraguaya de Logoterapia. Asunción. Paraguay

Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle (member of the International Federation
of Psychoanalytic Societies). Rio de Janeiro. Brasil,

Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo

Sociedade Portuguesa de Psicanálise

Societat Catalana de Rorschach i Mètodes Projectius. Barcelona

STIRPE. Centro de diagnóstico y de Terapia Familiar y de Pareja. Madrid

Taller Protegido de Producción FALDAD. Buenos Aires. Argentina

TECAR. Centro de Psicomotricidad Zona Sur. Lanus. Argentina

Triciclo: Clínica Psicanalítica+Centro de Estudos. Brasilia.Brasil

Ufficio Stampa Ortofonologia Roma. Italia

UMBRAL. Red de asistencia "psi".Barcelona

Unidad médica educativa L'ALBA. Barcelona.

Union Syndicale de la Psychiatrie. USP. France

Villa Solidaria Alsino. Hospital de Día. Santiago. Chile

En total: 283 adhesiones institucionales

6.- Firmas de profesionales psi de los manifiestos de Barcelona, Buenos Aires y Sao Joao del Rei-BRASIL

Ver anexo adjunto: Total firmas de profesionales psi: 8.450

7.- Manifiesto de Porto (PORTUGAL):

Por uma abordagem não medicalizante nem patologizante da educação

Um grupo de cidadãos, profissionalmente ligados a instituições de formação no campo da educação e da saúde, sedado na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, com base (i) na preocupação sentida pelo processo de medicalização crescente de todas as esferas da vida a que se assiste na atualidade, (ii) nos direitos garantidos em documentos fundadores como a Declaração dos Direitos do Homem e dos Direitos da Criança, e (iii) na reflexão empreendida por diversos grupos de cidadãos em todo o mundo e, em particular, pelo Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (S. Paulo, Brasil), organiza no presente documento os pontos que pretende constituintes da base para ações de reflexão política sobre a medicalização da aprendizagem e do comportamento.

Esta Plataforma, enquanto organização colectiva espontânea descentralizada, em que cada um se constitui em porta-voz desta intervenção crítica contra a patologização e medicalização da infância e da vida quotidiana, constitui-se na senda de gerar uma opinião pública internacional contra a administração abusiva de medicamentos, confundindo-se os inevitáveis desequilíbrios, estados de desânimo e comportamentos que inevitavelmente a vida quotidiana produz, com casos de enfermidade. Transferindo o que são problemas sociais, políticos e pedagógicos para o reino do biológico, a patologização e medicalização da educação escolar afirma-se num quadro de transformação artificial de problemas decorrentes da incapacidade da escola para lidar com uma população que não considera munida de predisposições que o funcionamento do sistema exige, em problemas do foro médico.

· Entende-se por medicalização o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de

diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades.

- O deslocamento da procura de soluções educativas, no âmbito da escola, para o campo das soluções psicologizantes e medicalizantes legitima “cientificamente” a ausência desresponsabilizadora de respostas educativas democráticas numa escola de massas, naturaliza e deixa invisíveis fenômenos de exclusão.

- Como consequência, a aprendizagem e o comportamento – campos de grande complexidade e diversidade – têm sido alvos preferenciais da medicalização.

- Uma vez classificadas como “doentes”, as pessoas tornam-se “pacientes” e conseqüentemente “consumidoras” de tratamentos, terapias e medicamentos, que transformam o seu próprio corpo no alvo dos problemas que, na lógica medicalizante, deverão ser sanados individualmente.

- O estigma da “doença” faz uma segunda exclusão dos já excluídos – social, afetiva, educacionalmente – protegida por discursos de inclusão.

- Muitas vezes, profissionais, autoridades, governantes e formuladores de políticas eximem-se de sua responsabilidade quanto às questões sociais: as pessoas é que têm “problemas”, são “disfuncionais”, “não se adaptam”, são “doentes” e são, até mesmo, judicializadas; com isso se desviando, por vezes, a atenção a situações do foro médico, exigentes de intervenção em conformidade.

- A medicalização tem assim cumprido o papel de controlar e submeter pessoas, abafando questionamentos e desconfortos; cumpre, inclusive, o papel ainda mais perverso de ocultar violências físicas e psicológicas, transformando essas pessoas em “portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem”.

- Tendo em conta os efeitos no desenvolvimento e aprendizagens das profecias auto-realizadas, uma rotulagem precoce, mascarada de “diagnóstico”, produz efeitos que podem condicionar o desenvolvimento de uma criança, na medida em que esta se vê a si mesma com a imagem de si que os outros lhe devolvem.

- Daí que, em referência ao *Manifesto del Forumadd*, se corrobore a

afirmação de que todas as crianças e jovens merecem que se atenda ao seu sofrimento psíquico e que os adultos atenuem o seu mal-estar. Todos, na sua condição de cidadãos, merecem ter acesso a tratamento diferenciado, segundo as suas necessidades, assim como à escuta de um adulto que possa ajudá-los a encontrar caminhos criativos de superação desse mal-estar, e a redes de adultos que os possam apoiar.

· Considerando a hegemonia dos interesses económicos que, actualmente, com grande acutilância, atravessam todas as esferas da vida, é um exercício de cidadania a atenção actuante e vigilância crítica a práticas e orientações que, em nome da ciência, servem interesse que pouco têm que ver com os direitos das crianças e suas famílias.

O sistema mundial conhece e explora a lógica do desejo, já que, ainda que venda felicidade, sabe que o contrário da tristeza não é a alegria mas a actividade.

“Para Colina o TDAH (Transtornos do Deficit de Atenção com Hiperactividade) deve ver-se como a reacção infantil a um conflito que retém o desejo, e algo de similar se pode dizer de muitos comportamentos dos chamados transtornos limite da personalidade na adolescência e na idade adulta. (...) Em resumo, sempre que o desejo está comprometido, a acção inibe-se ou intensifica-se” (C. Rey, 2012). *Consumismo* no discurso capitalista, *hiperactividade* para o discurso da *evidência científica*, este último da “causalidade biológica e dos modelos condutivistas a que o discurso universitário deu púlpito e cátedra” (ibidem), que excluem a dimensão do desejo e o sentido interpretativo dos actos, inscreve-se no retorno ao reducionismo biológico que informa as engenharias do eu, negligenciando o saber que vem do sujeito que se maneja melhor na sua ausência. Com isso se escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, afectivas e culturais que afligem a vida das pessoas; se engendram formas subtis de tomar questões colectivas como individuais, responsabilizando as pessoas individualmente e as famílias, num magma de enorme sofrimento. E a escola permanece mais intocada, intensificando-se a sua vertente de lugar privilegiado de reprodução social.

Porto, 1 de Julho de 2012

7.1.- Firmas del Manifiesto de Portugal.

Las firmas pueden verse en el siguiente enlace:

<http://educationmedicalisation.blogspot.pt/>

8.- MANIFIESTO DE FRANCIA

PARA TERMINAR CON EL YUGO DEL DSM

La obligación de una referencia diagnóstica en el DSM perjudica la cientificidad; contraria la cura psíquica; es costosa para los Estados; paraliza la investigación y la enseñanza

El “sufrimiento psíquico” desborda la definición habitual de las enfermedades, porque concierne a cada persona. La OMS lo considera una prioridad pero para hacerlo lo ha enfocado según una elección unívoca, considerando los resultados reunidos por la APA (*American Psychiatric Association*) como una adquisición científica. Esta elección única de la OMS tiene un nombre genérico: el del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Su tercera versión estigmatiza los conflictos de interés en psiquiatría y al mismo tiempo recomienda tratamientos comportamentalistas y de las TCC. Y como los resultados de estos métodos son aleatorios, propone un complemento farmacológico indispensable.

I- Cuál es el valor científico del DSM?

Su antecesor, el SCND fue redactado en 1932 por el ejército americano. En 1948 la OMS se sirve de éste para la redacción de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, que es su décima versión (ICD 10 o CIM10 en Francia).

Los DSM posteriores son una versión redactada desde 1952 por la APA. Mientras que el DSM II tomaba en cuenta el enfoque dinámico de la psicopatología, el DSM III, que apareció en 1980, ha eliminado todas las referencias al psicoanálisis en nombre de una neutralidad teórica total. De lo cual resulta una metodología descriptiva, expresamente ignorante de los conceptos psicológicos a partir de los cuales se hubiera podido elaborar una clasificación objetiva, clínica y científica de los grandes campos de la psicopatología. Existen numerosos subconjuntos del DSM. Su metodología se opone a los criterios de objetividad de cualquier rama de las ciencias naturales, así como de las ciencias humanas. Para que una observación aspire a la cientificidad, hace falta que aise las invariantes latentes, los determinismos que hacen de axiomas y derivan en estructuras reducidas. Los resultados son entonces predecibles, verificables por la experiencia y permiten actuar sobre ellos. Este modo de trabajar se apoya sobre la observación de los hechos, dejando fuera cualquier suposición. Se basa en lo adquirido por la experiencia que es lo que permite verificar su interés diagnóstico y su valor predictivo. Es lo contrario a la metodología del DSM, que no tiene ningún precedente en ninguna ciencia sino en las primeras clasificaciones enciclopédicas (Linneo, Buffon...) que clasificaban las especies

según caracteres distintivos antes de iniciar las clasificaciones comparadas que ponen en evidencia los rasgos comunes a las diferentes especies. En su introducción, es cierto, el DSM se declara ideológicamente ateórico. ¿Pero es posible serlo en una investigación? El DSM mismo demuestra que no, pues basta con que se establezca una lista de “desórdenes” manifiestos sin tener en cuenta las estructuras en las que se inscriben, basta que estos “desórdenes” sean desligadas de las circunstancias subjetivas que los hacen surgir, para que la hipótesis de una causa orgánica se imponga inmediatamente. Esta concepción reduccionista de un « hombre máquina » no ha encontrado hasta el momento ninguna prueba corroborada por la experiencia, incluidos los trabajos neurocientíficos más reconocidos. Al contrario del DSM, los avances científicos más recientes en el campo de la neuroplasticidad o la epigenesis muestran que ya no se pueden oponer la causalidad psíquica y la orgánica, puesto que la primera influye sobre la construcción de la segunda. La predictibilidad resulta subvertida: no se utiliza nunca dos veces el mismo cerebro. Pero suprimiendo la causalidad psíquica, el DSM impone así la causalidad orgánica. Esa elección es tanto más anticientífica cuanto que proscribiera otra referencia y que su uso es impuesto a los profesionales para codificar los diagnósticos. Ahora bien, la imposibilidad de refutar un punto de vista tiene como consecuencia desterrarlo del dominio de la ciencia (como lo ha mostrado Karl Popper). Cualquiera sea la ideología de la cientificidad de la tercera y cuarta versión del DSM, su metodología no es científica.

La segunda característica anticientífica de la metodología DSM es que reúne estadísticas que no conciernen a los pacientes sino a las opiniones de una muestra de psiquiatras. No se trata de observaciones clínicas, sino de una serie de opiniones, a veces recogidas de manera arbitraria. Ese método en apariencia democrático jamás ha existido en la historia de las ciencias. Un voto no puede servir como prueba, y esta nomenclatura queda así sometida a la opinión, como lo muestra su legitimación por medio del *consensus*. Se trata de un índice de popularidad, pero en ningún caso de validez científica.

Estas primeras características no científicas del DSM sin embargo, no son un obstáculo a su interés epidemiológico, que puede entrar en el marco de una gobernanza racional. Si uno se atiene a esa finalidad, sin embargo, los profesionales no deberían ser obligados a referirse al DSM con un objetivo diagnóstico y pronóstico, obligación que por otra parte es contraria a la ética médica y de los cuidados psíquicos.

II. ¿Cuál es la validez clínica de esta metodología?

Los repertorios de “desórdenes” y “disfunciones” solo dan modelos superficiales del sufrimiento psíquico. En ninguna rama de la medicina un profesional diagnosticaría una enfermedad en base a las apariencias, a la expresión manifiesta de un síntoma. Como las repeticiones de las invariantes

regulares son evitadas por principio, las descripciones superficiales se multiplican: la referencia a la *Evidence Based Medicine*, que pretende privilegiar la prueba para una mayor eficiencia muestra su objetivo limitando la exploración clínica a la evidencia más superficial o mezclando elementos de orden heterogéneo (clínicos y morales en particular): así por ejemplo como lo ha señalado el Pr. Misès a propósito de los “desórdenes de la conducta”, la falta de cortesía se convierte en una enfermedad.

El resultado es una inflación de “desórdenes” que corrobora la ausencia de científicidad, mientras que esta última permite por lo contrario limitar la gran variedad de manifestaciones a algunos tipos clínicos, cuyo número es reducido. Desde la versión de 1952, el DSM ha pasado del censo de 106 patologías a 410 “desórdenes” identificados en su versión actual. La próxima versión, el DSM V, en curso de elaboración, deberá registrar al menos unas veinte categorías suplementarias. En términos de patología mental, habrá construido “falsos positivos” cuyos únicos beneficiarios serán probablemente los grupos farmacéuticos. Además esta inflación favorece el nacimiento de conceptos que sirven para todo y que justifican prácticas peligrosas y de segregación para los niños.

En las versiones pasadas del DSM, una categoría clínica tan constante como la histeria, cuya consistencia es atestiguada por la experiencia desde la antigüedad, ha sido suprimida. Tampoco la neurosis es homologada desde 1980 y la homosexualidad ha debido esperar hasta 1987 para no ser considerada como una enfermedad mental. De hecho, paradójicamente, la sexualidad ya no tiene ninguna presencia desde esa fecha.... Se deduce de ello la idea de que estas estadísticas se refieren a la cultura norteamericana, a sus normas y a sus modos, mientras que estas clasificaciones de psicopatología tienen una ambición internacional. La OMS, en efecto, espera imponer la aplicación del ICD en todo el mundo dentro de algunos años.

En lo que respecta ahora al futuro proyecto del DSM V, inventa nuevas categorías de naturaleza únicamente dimensional, basadas en la amplitud de las manifestaciones juzgadas patológicas, como por ejemplo el “desorden de hipersexualidad”, o el “desorden parafílico coercitivo”. Aún más inquietante, la instauración de valores predictivos prevé “desórdenes” futuros.

Todo el mundo se convierte así en un enfermo potencial, y por lo tanto susceptible de tratamiento preventivo. Esta inflación vertiginosa llegará a altos niveles con la invención de los “síndromes de riesgo”, como el “síndrome de riesgo psicótico” que autorizaría, al pasar de la prevención a la predicción, a poner bajo psicotrópicos a una proporción importante de adolescentes considerados atípicos. Y esto cuando ningún test sobre el terreno ha justificado hasta ahora su utilidad. Semejante extensión de la patología podría por otra parte resultar contraria a los Derechos del Hombre.

III-El DSM perjudica a la salud

Con un catálogo de signos suficientemente amplio, pronto no será necesaria la actuación de un psiquiatra. Tampoco la de un médico, ni la de un enfermero. El farmacéutico podrá distribuir directamente los psicotrópicos. Si los Estados se orientan hacia esta política de salud, ¿cuál sería su eficacia?

Un diagnóstico DSM hace un repertorio de las manifestaciones de conducta sin la profundidad de campo de ninguna estructura psicopatológica de conjunto y a contrapelo de toda la psiquiatría clínica. Cada comportamiento corresponde a una casilla que hay que marcar y que es el signo de un “desorden” erigido en entidad patológica innata. Se añaden nociones como la de “enfermedad difícil” o de “no complacencia al tratamiento”. Finalmente, algunas categorías DSM (por ejemplos las codificadas desde F 20 a F31) son puestas con toda evidencia al servicio de las transferencias de competencias hacia lo médico-social, vaciando de contenido a la psiquiatría pública y privada. Ya, en ciertos servicios de la región de París, y en nombre de la *objetividad*, la recogida de *check-lists* desde la primera entrevista ha destronado a la semiología clínica, juzgada como *subjetiva*, así como el enfoque dinámico de los síntomas.

El DSM intenta voluntariamente suprimir toda referencia a una causalidad psíquica o histórica, sin dejar lugar a los acontecimientos traumáticos de la vida del paciente ni a la anamnesis. Todo es programado como si la condición humana pudiera ser medicalizada. La cura dentro de una relación o simplemente la palabra son invalidadas como herramientas terapéuticas, de modo que los pacientes que tienen una necesidad urgente de confiarse corren el riesgo de elegir terapias no científicas, incluso sectarias, con la aprobación involuntaria de los Poderes Públicos.

Sobre la base de esas *check-lists*, la mayoría de los pacientes son medicados abusivamente o durante demasiado tiempo.

Como el mismo síntoma aparece en estructuras diferentes, que no piden la misma conducta terapéutica, y como el síntoma es susceptible de ser ahogado por un tratamiento farmacológico, la causa primera del sufrimiento psíquico se vuelve incognoscible y el paciente incurable aunque fuertemente medicalizado. En la medida en que alivian los efectos y no las causas, las prescripciones se auto-reconducen y aumentan peligrosamente, hasta la dependencia cuando no a la adicción. Cuando un protocolo de cura fracasa, en lugar de cuestionarlo, se crea más bien una nueva categoría. De modo que las terapias medicamentosas, primero pueden ser útiles pero luego acaban por tener un efecto contraproducente. Tanto más cuanto que los efectos indeseables a largo plazo de medicamentos recientes todavía son desconocidos y los estudios de previsión entre beneficios y riesgos con

frecuencia son poco seguros.

Este círculo vicioso se inicia hoy desde la infancia. Para ejercer una acción preventiva en psiquiatría del niño y adolescente los paidopsiquiatras, la mayoría de formación analítica, han insistido siempre en la importancia de un trabajo en colaboración con los pediatras y los diferentes agentes escolares, a fin de poder detectar los signos de sufrimiento psíquico. Esta prevención tiene por objetivo evitar que un sufrimiento latente evolucione y se fije como una psicosis, como una neurosis severa o como una inadaptación permanente. Ahora bien, el programa del próximo DSM V transforma esa prevención en anticipación terapéutica. Ya no se prodigan cuidados al niño por aquello de lo que sufre sino por el desorden que podría manifestarse algún día. Esta “predictibilidad” amenaza con el encasillamiento en un diagnóstico de por vida, y a una prescripción medicamentosa para psicopatologías que no han aparecido todavía. Por el contrario, cuando se escucha el sufrimiento psíquico, ese cuidado evita la fijación de una patología.

IV- Le DSM orienta la enseñanza hacia una práctica única

El éxito del DSM no procede de la recepción positiva por parte de los profesionales. Por el contrario, les ha sido impuesto desde el exterior. Se ha expandido gracias a las compañías de seguros y de los grupos de presión que han exigido sus referencias para los reembolsos, en los EEUU y en algunos países de Europa. Las empresas farmacéuticas también están en el origen de cuadros de adecuación entre las categorías del DSM y la administración de medicamentos. Estos diferentes lobbies han sido suficientemente poderosos como para conducir a universidades cada vez más numerosas a poner el DSM en el primer plano de la enseñanza, puesta así al servicio de intereses clasificatorios ideológicos o financieros.

Los futuros clínicos son formados en la ignorancia de la clínica clásica. En la enseñanza, la perspectiva organicista elimina todos los puntos de vista que la han precedido, operando una ruptura que no funda la aparición de ningún paradigma nuevo. Hasta finales de los años setenta, prevalecía una relativa unidad de la psicopatología. La psiquiatría clínica europea se había enriquecido gracias a los aportes del psicoanálisis y de la psicología. Esos intercambios interdisciplinarios se han impedido desde 1980 y de manera infundada, puesto que el objeto de la psicopatología sigue siendo el mismo.

Hoy en día, el conjunto de la enseñanza de la psiquiatría es mayoritariamente tributario del DSM y de la farmacología. Sólo las universidades de psicología enseñan todavía una diversidad de puntos de vista. ¿Pero por cuánto tiempo? Esta relativa diversidad sin embargo no es equitativa, pues no son los psicólogos los que toman las decisiones terapéuticas. Además, esta escisión entre psicólogos y psiquiatras alimenta una “guerra ideológica” inútil que padecen los pacientes y los presupuestos.

No solo la enseñanza médica se hace dentro de la forma única del DSM, sino que además, lo esencial de la enseñanza postuniversitaria es asegurado por los laboratorios farmacéuticos. De modo que esta formación alimenta la expansión de las prescripciones medicamentosas, siendo proscrita toda otra orientación de la investigación.

Por último, una actividad de los lobbies, nunca discutida democráticamente, obliga a los investigadores a publicar en revistas calificadoras, con frecuencia anglosajonas y de la misma orientación, si quieren acceder a los puestos universitarios. La CFTMEA francesa ha obstaculizado así la carrera de algunos universitarios impidiéndoles publicar en las revistas anglosajonas "a falta de un lenguaje común"..

V- L'orientación influida por le DSM es costosa para los Estados :

Las decisiones de la OMS repercuten de lleno sobre los sistemas de salud de los Estados, conllevando decisiones costosas. El DSM se ha convertido en un instrumento contable, que sirve para establecer presupuestos a todos los niveles de la salud mental. Los problemas de la salud quedan sin tratar y son finalmente más costosos. Comisiones desconocidas por los ciudadanos toman decisiones sobre esta base, y como su punto de referencia es el DSM, privilegian los tratamientos farmacológicos (incluso quirúrgicos), sobre el fondo de una pauperización y una destrucción de la organización sectorial de la psiquiatría que articule lo intra y lo extra hospitalario. El DSM se ha convertido en el caballo de Troya de la industria farmacéutica en la práctica médica cotidiana y **principalmente en la de los médicos generalistas, que prescriben el 80 % de los psicotropos. Estas orientaciones terapéuticas generan un costo económico grave para los Estados y los sistemas de solidaridad como la Seguridad Social.**

El costo no es sólo una transferencia de fondos a beneficio de la industria farmacéutica. También existe el uso "médico-económico". De acuerdo con la codificación del DSM , "las tasas de pacientes", así como « la intensidad de la atención "se identifican con antelación, e imponen limitaciones terapéuticas. Se puede tener una idea de la magnitud de los costes generados por los diagnósticos del DSM mediante el examen de las diferencias en la prescripción entre los países que conforman el DSM y aquell en los que otro punto de vista sigue siendo el más importante: en Francia, cerca de 20.000 niños toman Ritalin, lo que está muy por debajo de los 500.000 niños ingleses y sobre todo de los 3 millones de niños canadienses y 7 millones de EEUU. No son para asombrarse los lazos de los intereses financieros entre el comité de expertos del DSM IV y la industria farmacéutica, revelados tantas veces, si se sabe que los medicamentos psicotrópicos representan un mercado extremadamente provechoso. En los EE.UU. en el 2004, los antidepresivos han generado 20,3 mil millones de dólares de ganancia, los antialucinatorios, 14,4 mil millones. Ciertas categorías clínicas

siguen muy de cerca las indicaciones de nuevas moléculas, prefigurando una clasificación farmacológica a medida de las exigencias del marketing. Tal coincidencia entre categoría clínica y efectos moleculares sólo puede favorecer una quimioterapia de masas. Por el contrario, si desde un punto de vista financiero los tratamientos que privilegian la relación intersubjetiva parecen a primera vista más caros en infraestructura y personal calificado, son a largo plazo más económicos, aparte de que mantienen los cuidados en una dimensión humana.

Es posible poner fin a la hegemonía nefasta de esta nomenclatura

La OMS y la W.P.A. (*World Psychiatric Association*) mantuvieron un simpósium en Londres en el 2001 acerca de las clasificaciones internacionales. La dificultad de los debates llevó a la OMS a decretar una moratoria sobre las revisiones del DSM V y del ICD10, hasta este año. En realidad el conjunto de revisiones del DSM ha sido una iniciativa de la APA y no de los clínicos, como se había previsto inicialmente. Mientras tanto, las consecuencias del uso del DSM son cotidianas y legibles tanto en los informes del INSERM como en las decisiones legislativas referentes a la salud mental, o en profundidad en los efectos de segregación y de seguridad que gravan, no sólo la atención a los pacientes, si no que legitiman una gobernanza política de lo humano, desde la más tierna edad. De ahora en adelante, el DSM es igualmente utilizado ante los tribunales y su apariencia objetiva es tanto más peligrosa cuando se enmascara con el discurso de la “ciencia”.

La experiencia ha mostrado que los actores de la sanidad han hecho retroceder los efectos de la ideología DSM. Por ejemplo, el éxito de la petición “Contra el cero en conducta para los niños de tres años”, firmada por más de 200.000 personas, luego del dictamen pericial del INSERM sobre los “desórdenes” de conducta, ha llevado al INSERM a relativizar unos trabajos que se habían considerado científicos. Igualmente, el “Llamado de los llamados” ha capitalizado las críticas ante nomenclaturas en la salud, la enseñanza o la investigación, reagrupando la iniciativa de “Salvemos la Clínica”. Otras respuestas a amenazas actuales ya han tenido lugar, o están en curso, como el “Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire” que reunió recientemente (octubre 2010) más de mil personas en Villejuif.

Los *États Généraux de la Psychiatrie* habían permitido, ya en 2003 en Montpellier, la toma de posición común frente al DSM 4, de una gran parte de las asociaciones psiquiátricas, de la casi totalidad de las asociaciones psicoanalíticas, y del SIUERRPP que reagrupa una gran mayoría de profesores en psicopatología clínica. La mayor parte de las instituciones psicoanalíticas francesas firmaron en esta ocasión una declaración donde se proponían “trabajar en común con los profesionales de la psiquiatría para la construcción de una referencia psicopatológica más de acuerdo con la

realidad clínica del sujeto”. Como lo indica esta declaración el DSM engendra una práctica que “confunde el enfermo y la enfermedad. Una práctica que no tiene en cuenta la subjetividad, el inconsciente, el conflicto psíquico, y otros conceptos que muestran que nuestros pacientes tienen una historia y un universo relacional que son parte activa en la clínica que presentan”.

Queremos actuar positivamente por una clínica de la subjetividad

El número de firmantes de este manifiesto constituye un dictamen pericial amplio tan pertinente como las estadísticas de la APA. Nosotros consideramos que – si bien es legítimo hacer nuevas hipótesis, como la del DSM - esta nomenclatura se ha impuesto por medios externos a la investigación y eso bloquea el curso normal de los intercambios científicos.

1/ Estimamos que los clínicos atentos al sufrimiento psíquico y a su tratamiento se encuentran hoy confrontados al problema suplementario que constituye la imposición de este pensamiento único, falsamente consensuado, y a su utilización peligrosa en las decisiones terapéuticas, de gestión y políticas. **Es necesario limitar la inflación peligrosa y costosa de categorías patológicas.** Se debe retomar el hilo de la clínica que se había ido construyendo durante varios siglos gracias a los intercambios de la psiquiatría, la psicología, el psicoanálisis y la antropología.

2/ **Hay que detener las presiones administrativas sobre los clínicos**, presiones que, bajo excusa de las exigencias contables, les dictan una conducta terapéutica. Los formantes consideran que una metodología científica debe ser restablecida en estos derechos. ¿No es tiempo ya de posicionarse contra la V.A.P.(*Valorización de la actividad en psiquiatría*) o de considerar el rechazo de la cotización?

3/ Una metodología científica que respete los puntos de vista contradictorios debe ser restablecida con todos sus derechos. Exigimos en este sentido un **restablecimiento de la pluralidad de los puntos de vista doctrinales en la enseñanza, y la liberación del yugo DSM en la investigación y en las revistas calificadoras.** La obligación de un lenguaje “DSM”, de una lengua psiquiátrica única, no debe servir de criterio para publicar en las revistas internacionales. Sólo debe tenerse en cuenta el objeto de la investigación. La pluralidad de las referencias conceptuales debe ser respetada y promovida. **El DSM no es y no puede ser una referencia obligatoria y exclusiva, que sirva de herramienta a la normalización de las prácticas y las conductas de la población.** Es conveniente establecer una transparencia en el nombramiento de los expertos de las comisiones que deciden en estos campos.

4/ **Ya existen otras clasificaciones además del DSM . Su existencia debe ser validada y enseñada.** Algunas ya han sido puestas a prueba, como la CFTMEA para los niños y los adolescentes, que ha sido utilizada muchas veces en estudios epidemiológicos y comporta una tabla de equivalencias con la **CIM10.**

5/ Es indispensable **distinguir las necesidades y las apuestas específicas, que hoy están confundidas** o mezcladas. Los criterios útiles no son los mismos según que se trate:

De las investigaciones epidemiológicas y de las orientaciones en la salud pública

De la práctica clínica y terapéutica

De la investigación y la enseñanza.

Retomar una elaboración científica no significa un retorno al pasado. Exige tener en cuenta, subsumiéndolos, los aportes de la psicofarmacología y de las neurociencias, que permitan deslindar mejor las mediaciones orgánicas y la causalidad psíquica. Se trata menos de un retorno a la nosografía clásica, que de tomar en consideración una clínica comparativa con los aportes de otras culturas, así como evaluar los cambios en los modos de vida que hacen aparecer manifestaciones sintomáticas más evidentes que en el pasado. Estos estudios permitirán fundamentar criterios clínicos válidos universalmente.

Obras de referencia

Allen, Frances, « A propos des 19 "propositions" du DSM V », *La lettre de Psychiatrie Française*, N° 194, sept 2010.

Balzagette, Gérard, *La tentation du biologique et la psychanalyse. Le cerveau et l'appareil à penser*, Toulouse, Éres, 2006.

Besse, A. « L'AFPEP et son action internationale », *Bulletin de l'AFPEP*, enero 2001.

L. Cosgrove, S. Krinsky, M. Vijayaraghavana, L. Schneider, "Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry", *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 3, University of Massachusetts, avril 2006, en francés: « Liens d'intérêts financiers entre comité d'experts du DSM-IV et industrie pharmaceutique », José Morel Cinq-Mars, Tristan Garcia-Fons et Francis Rousseau).

Descorpaliada, Marco, *Schizométrie, petit manuel de survie en milieu psychiatrique*, EPEL, 2010.

Gori, R ; Del Vogo, M.-J. , *La santé totalitaire*, París, Denoël, 2005.

Gori ; Del Vogo, M.-J. *Exilés de l'intime, La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*, París, Denoël, 2005.

Gori, R. ; *De quoi la psychanalyse est-elle le nom ?* París, Denoël, 2010.

Kirk, S. ; Hutchins H. *Aimez vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Synthélabo, 1998.

Christopher Lane, *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, París, Flammarion, 2009 (sur la « fabrication » des dernières catégories).

Martine Lussier, *Le travail du deuil*, París, Puf, Le fil rouge, 2007.

Otto F. Kernberg, *Les troubles graves de la personnalité : stratégies thérapeutiques*, París, Puf, 1989.

Maleval, J-C. « Limites et dangers des DSM », *L'Évolution psychiatrique*, 68, 2003, pág. 39-61

Roudinesco, E. *Pourquoi la psychanalyse*. París, Fayard, 1999.

CLASIFICACIONES que no responden a los criterios DSM :

- Clasificación del Pr. Misès : C.F.T.M.E.A. ed. CTNERHI 2002.
- El P.D.M. americano : Interdisciplinary council of Developmental & Learning Disorders, 2006 .
- O.P.D. alemán : Hogrefe & Huber, 2000.

8.1.- Firmas del manifiesto de Francia

Las firmas de este manifiesto puede verse en su web: www.stop-dsm.org

9.- MANIFIESTO DE SAO PAULO. BRASIL

Manifiesto de Lanzamiento del Foro sobre Medicalización de la Educación y de la Sociedad.

La sociedad brasileña vive un proceso creciente de medicalización de todas las esferas de la vida. Se entiende por medicalización el proceso que transforma, artificialmente, cuestiones de naturaleza esencialmente social, político y cultural son clasificadas y ubicadas como problemas médicos. Problemas de diferentes órdenes son presentados, de esta manera, como “enfermedades”, “trastornos”, “disturbios” que escamotean las grandes cuestiones políticas, sociales, culturales y afectivas que abruman la vida de las personas. Cuestiones colectivas son tomadas como individuales; problemas sociales y políticos son tornados como de naturaleza biológica y bioquímica esencialmente. En ese proceso, que genera sufrimiento psíquico, la persona y su familia son responsabilizadas por los problemas, mientras gobiernos, autoridades y profesionales son eximidos de sus responsabilidades. Una vez clasificadas como “enfermos”, las personas se tornan “pacientes” y consecuentemente “consumidoras” de tratamientos, terapias y medicamentos, que transforman su propio cuerpo en el objetivo de los problemas que, en la lógica medicalizante, deberán ser sanados individualmente. Muchas veces, familias, profesionales, autoridades, gobernantes y formuladores de políticas se eximen de su responsabilidad en relación con las orígenes sociales de los problemas: las personas son las que tienen “problemas”, son “disfuncionales”, “no se adaptan”, son “enfermos” y son, hasta consideradas portadoras de violaciones jurídicas. El aprendizaje y los modos de ser y actuar, que son campos de gran complejidad y diversidad, han sido blancos preferenciales de la medicalización. Cabe destacar que, históricamente, es desde las insatisfacciones y los cuestionamientos que se han constituido las posibilidades de cambio en las formas de ordenación social y de superación de prejuicios y desigualdades. El estigma de la “enfermedad” produce una segunda exclusión de los ya excluidos, social, afectiva, educacionalmente, protegida por discursos de inclusión. La medicalización cumple así con el papel de controlar y someter personas, ocultando cuestionamientos sociales, culturales, políticos y los desalientos personales; cumple, incluso, el papel aún más perverso, EL de ocultar violencias físicas y psicológicas de la que son víctimas las personas, transformándolas en “portadores de disturbios de comportamiento y de aprendizaje” atribuyéndosele, al sujeto, de esta manera, una responsabilidad individual. En Brasil, la crítica y el enfrentamiento de los procesos de medicalización aún son muy incipientes. Es en este contexto que se constituye el Foro sobre Medicalización de la Educación y de la Sociedad, que tiene como objetivos: articular entidades, grupos y personas para el enfrentamiento y superación del fenómeno de la medicalización, intentando moviliza así a toda la sociedad para la crítica a la medicalización del aprendizaje y del comportamiento. El carácter del Foro es político y de actuación permanente,

constituyéndose a partir de la calidad de la articulación de sus participantes y sus decisiones serán tomadas, preferencialmente, por consenso. Este estará compuesto por entidades, movimientos y personas que tengan interés en el tema y afinidad con los objetivos del Foro.

El Foro se fundamenta en los siguientes principios:

- Contra los procesos de medicalización de la vida.
- Defensa de las personas que viven procesos de medicalización.
- Defensa de los Derechos Humanos.
- Defensa del Estatuto del Niño y el Adolescente.
- Derecho a la Educación pública, gratuita, democrática, laica, de calidad y socialmente referenciada para todas y todos.
- Derecho a la Salud y defensa del Sistema Único de Salud (SUS) y sus principios.
- Respeto a la diversidad y a la singularidad, en especial, en los procesos de aprendizaje. Valorización de la comprensión del fenómeno medicalización desde una perspectiva de abordaje interdisciplinar.
- Valorización de la participación popular.

El Foro sobre Medicalización de la Educación y de la Sociedad se propone los siguientes desafíos:

- I. Ampliar la democratización del debate
- II. Establecer los mecanismos de interlocución con la sociedad civil
- III. Popularizar el debate, sin perder el rigor científico.
- IV. Multiplicar y diversificar los medios de divulgación, incluyendo diversos sitios, artes en general.
- V. Construir estrategias para ocupar la mayor cantidad posible de espacios en los medios.

Establecer mecanismos de interlocución con la academia

- I. Ampliar la discusión entre profesionales de las diversas áreas
- II. Construir estrategias para ocupar espacios en los cursos de formación inicial y continuada de los profesionales de las diversas áreas implicadas.
- III. Apoyar propuestas curriculares de humanización de las prácticas de educación y de salud.

Socializar el significado de la medicalización y sus consecuencias

- I. Reconocer las necesidades de las familias que viven procesos de medicalización Y atenderlas de acuerdo con esas necesidades.
- II. Esclarecer los riesgos de la drogadicción, con drogas lícitas e ilícitas, como consecuencia de la medicalización.

Ampliar la comprensión sobre la diversidad e historicidad de los procesos de aprendizaje y de desarrollo humano.

- I. Construir estrategias que subviertan la lógica medicalizante

- II. Ampliar la producción teórica en el campo de la crítica a la medicalización.
- III. Intervenir para la formulación de políticas públicas, apoyadas en nuevas concepciones sobre el ser humano y de LA sociedad.
- IV. Apoyar iniciativas de acogida, ayuda educativa y de orientación y el fortalecimiento del papel de las familias, desmitificando los pretensos beneficios de la medicalización.
- V. Apoyar acciones intersectoriales que enfrenten los procesos de medicalización de la vida.

São Paulo, 13 de noviembre de 2010

Entidades que assinam o Manifesto até o momento:

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo – CRP-06

Grupo Interinstitucional Queixa Escolar – GIQE

Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional – ABRAPEE

Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente de São Paulo – CONDECA

Departamento de Pediatria – Faculdade Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Faculdade São Bento da Bahia – Curso de Psicologia

Faculdade Social da Bahia – Curso de Psicologia

Fórum de Saúde Mental do Butantã

Ananguera Educacional

Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo – SINPSI

Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro – CRP 05

Sindicato dos Profissionais em Educação no Ensino Municipal de São Paulo -SINPEEM

Mandato do Vereador Eliseu Gabriel

Mandato do Vereador Claudio Fonseca

Mandato do Deputado Estadual Carlos Giannazi

Colégio Universitas – Ensino Médio – Santos, SP

Universidade Estadual de Maringá – UEM – Departamento de Psicologia

Fundação Criança de São Bernardo do Campo

Universidade Comunitária do Oeste Catarinense – UNOCHAPECÓ – Curso de Psicologia

Associação de Docentes da Universidade de São Paulo – ADUSP

Associação Nacional de Pesquisa em Pós-Graduação – ANPED – GT Psicologia da Educação

Instituto Sedes Sapientiae
Associação Palavra Criativa
Universidade de São Paulo – Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisas em Psicologia Escolar e Educacional – LIEPPE
Centro de Saúde Escola “Samuel Barnsley Pessoa” (Butantã) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP
Grupo de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – DEDICA – Curitiba, PR
União de Mulheres do Município de São Paulo
Fórum Paulista de Educação Infantil
CNTE – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação
CFP – Conselho Federal de Psicologia
Centro Acadêmico Iara Iavelberg – Psicologia USP
Departamento de Psicologia da UNICENTRO (Universidade Estadual do Centro-Oeste – Irati/PR)
Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo
Faculdade de Educação da UNICAMP
“Projeto espaço Palavra” da Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic – PUC-SP
LEPEDE’ES – Laboratório de Pesquisas em Educação – Educação Especial UFSCAR
Rede Butantã de entidades e forças sociais
CENTRO DO PROFESSORADO PAULISTA
Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia
Rede Humaniza SUS – Coletivo de Editores
Representação Paulista da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional
SINDICATO DOS NUTRICIONISTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO – SINESP
Federação Nacional dos Farmaceuticos
Coordenação de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo
Regional Rio de Janeiro da Abrapso
Federação de Montanhismo do Estado de São Paulo
Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense

Associação Brasileira de Psicologia da Saúde
Associação Brasileira de Ensino de Psicologia – ABEP
Centro Excursionista Universitário – CEU
Departamento de Fonoaudiologia da Unicentro – Campus Irati
Núcleo Especializado de Atendimento a Criança Escolar – NEACE
Grupo de Estudos e Pesquisas Medicalização do Social no Contemporâneo
da Unesp de Assis/SP

SECRETARIA EXECUTIVA DO FÓRUM

Associação Palavra Criativa

Jason Gomes

**Centro de Saúde Escola “Samuel Barnsley Pessoa” da Faculdade
Medicina da Universidade de São Paulo**

Mariana Nasser

Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia

Lygia Viegas

Grupo Interinstitucional Queixa Escolar

Alexandra Marilto

9.1.- Firmas

En este link pueden verse las firmas de este manifiesto a día de hoy.

www.crpsp.org.br/mdicalizacao/manifiesto_forum.aspx

10.- PLATAFORMAS INTERNACIONALES CONTRA EL DSM-5

10.1.- COALITION FOR DSM-5 REFORM

La Asociación para la Psicología Humanista, División 32 de la Asociación de psicólogos norteamericanos (APA), en alianza con las siguientes asociaciones:

- British Psychological Society (BPS)
- Danish Psychological Association
- Division of Behavioral Neuroscience and Comparative Psychology (Division 6 of APA)
- Division of Developmental Psychology (Division 7 of APA),
- Division of Clinical Psychology (Division 12 of APA)
- Society of Counseling Psychology (Division 17 of APA)
- Society for Community Research and Action: Division of Community Psychology (Division 27 of APA),
- Division of Psychotherapy (Division 29 of APA),
- Society for the Psychology of Women (Division 35 of APA),
- Division of Psychoanalysis (Division 39 of APA),
- Psychologists in Independent Practice (Division 42 of APA)
- Society for the Psychological Study of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues (Division 44 of APA),
- The Society for the Psychological Study of Ethnic Minority Issues (Division 45 of APA),
- Executive Committee of Division 48 of the APA
- Society for Group Psychology and Psychotherapy (Division 49 of APA),
- Society for the Psychological Study of Men & Masculinity (Division 51 of APA),
- Division of International Psychology (Division 52 of APA)
- Association for Counselor Education and Supervision (Division of the American Counseling Association)
- Association for Humanistic Counseling (Division of the American Counseling Association)
- The Association for Creativity in Counseling (ACC, Division of the American Counseling Association)
- Association for Adult Development and Aging (AADA, Division of the American Counseling Association),
- Counselors for Social Justice (Division of the American Counseling Association),
- American Rehabilitation Counseling Association (ARCA, Division of the American Counseling Association)
- American College Counseling Association (ACCA)
- American Psychoanalytic Association

- American Family Therapy Academy
- The Association of Black Psychologists
- The Association for Women in Psychology,
- The Association of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues in Counseling (ALGBTIC)
- Society of Indian Psychologists
- National Latina/o Psychological Association
- The Society for Personality Assessment,
- The Society for Descriptive Psychology,
- The UK Council for Psychotherapy (UKCP),
- Association for Contextual and Behavioral Science (ACBS)
- Association of Counseling Center Training Agencies
- Psychologists for Social Responsibility
- The Constructivist Psychology Network (CPN),
- The Taos Institute
- Saybrook University
- Zhi Mian International Institute of Existential-Humanistic Psychology
- Institute of Expressive Analysis
- Alliance of Professional Psychology Providers
- Patient Alliance for Neuroendocrine-immune Disorders Organization for Research and Advocacy (PANDORA)
- Council on Illicit Drugs of the National Association for Public Health Policy
- Council of National Psychology Associations for the Advancement of Ethnic Minority Interests
- Psychoanalysis for Social Responsibility (Section IX of Division 39 of APA).
- GoodTherapy.org
- International Society for Ethical Psychology and Psychiatry

elaboraron una **Carta Abierta** a las firmas de todos los profesionales y organizaciones de la Salud Mental que quieran suscribirla, en la que formulan una Petición al "Task Force" de la Asociación de Psiquiatras Norteamericanos (APA) para que se replanteen muchas de sus propuestas para el DSM-5, objetadas con mucha claridad en la Carta Abierta.

El presidente de la División 32 es David Elkins.

La web que han creado se llama: www.dsm5-reform.com/

La controversia en torno a la carta Abierta se ha disparado en los medios y a nivel internacional, desde que Allen Frances, el presidente del "Task Force" que preparó el DSM4, publicó la Carta Abierta en la revista "The Psychiatric Times".

El movimiento en contra de las propuestas del DSM5 tiene apoyo de importantes autoridades dentro de la APA y ha despertado la preocupación de parte de los miembros que prepararon el DSM4, ya que las propuestas para el DSM5 suponen, según estos autores, reforzar el marco ateuórico que desde el DSM3 se propuso como línea a seguir por el DSM, en favor de una línea biologicista.

Actualmente la carta Abierta cuenta con cerca de 15.000 firmas de profesionales psi y cuenta con la adhesión de más de 100 instituciones psi.

10.1.1.- Traducción de la Carta Abierta

Como uds. saben, el DSM es un componente central en la investigación, educación y práctica de la mayoría de los psicólogos licenciados en los Estados Unidos. Los psicólogos no sólo son consumidores y usuarios del manual, sino también productores de investigaciones importantes acerca de las categorías de trastornos definidas por el DSM y sus correlatos empíricos. Los psicólogos que desarrollan su práctica profesional, tanto en el servicio público como en el sector privado, utilizan el DSM para conceptualizar, comunicar y apoyar su trabajo clínico. Por estas razones, creemos que las contribuciones de los psicólogos, deberían ser tomadas en cuenta, tanto en el desarrollo y la revisión de los diagnósticos del DSM, no sólo en cuanto los individuos elegidos para participar un comité, sino como una comunidad profesional. Por lo tanto hemos decidido ofrecer la respuesta que sigue sobre el desarrollo DSM-5. Este documento ha sido elaborado con reconocimiento y sensibilidad a la relación larga y congenial existente los psicólogos norteamericanos y nuestros colegas psiquiatras.

Resumen: Aunque admiramos los distintos esfuerzos del Grupo de Trabajo DSM-5, especialmente los de actualizar el manual de acuerdo a las nuevas investigaciones empíricas, tenemos reparos considerables acerca de varios de los cambios propuestos en www.dsm5.org . Como detallaremos más abajo, estamos preocupados por la reducción de los umbrales para múltiples categorías de trastorno, por la introducción de trastornos que pueden conducir al tratamiento médico inapropiado de poblaciones vulnerables, y por propuestas específicas que parecen carecer de fundamentos empíricos.

Además, ponemos en duda los cambios propuestos a la(s) definición(es) de trastorno mental que restan énfasis a la variación sociocultural al mismo tiempo que enfatizan la teoría biológica. Teniendo en cuenta la creciente evidencia empírica de que la neurobiología no da cuenta totalmente de la aparición del trastorno mental, y que los nuevos estudios longitudinales revelan los peligros a largo plazo del tratamiento neurobiológico estándar (psicotrópico), creemos que estos cambios representan riesgos importantes a largo plazo para los pacientes/clientes, profesionales, y las

profesiones de la salud mental en general. Dados los cambios que actualmente están teniendo lugar en la profesión y la ciencia de la psiquiatría, y el paisaje empírico en desarrollo que se está conformando, desde el que se dibuja el conocimiento psiquiátrico, creemos que es importante publicar nuestras opiniones en este momento histórico. Como afirmamos en las conclusiones de esta carta, creemos que ya es hora de que la psiquiatría y la psicología colaboren para explorar la posibilidad de desarrollar una aproximación alternativa a la conceptualización del malestar emocional.

Creemos que los riesgos que supone el DSM-5, como señalamos mas abajo, subrayan la necesidad de una aproximación descriptiva y empírica que no esté obstaculizada por modelos deductivos y teóricos antiguos.

Presentamos a continuación nuestra respuesta detallada al DSM-5:

Avances logrados por el Grupo de Trabajo DSM-5: Aplaudimos algunos esfuerzos del Grupo de Trabajo DSM-5, especialmente los esfuerzos por resolver la brecha creciente existente entre el manual actual y el cuerpo cada vez mayor de conocimiento científico acerca del malestar psicológico. En particular, valoramos los esfuerzos del Grupo de Trabajo por resolver las limitaciones en la validez del sistema categórico actual, incluyendo las altas tasas de comorbilidad y los diagnósticos No Especificados, así como la falla taxonómica en establecer 'zonas de rareza' entre las entidades de trastornos propuestas (Kendell & Jablensky, 2003). Estamos de acuerdo con la afirmación del grupo de trabajo APA/DSM-5 de que, desde una perspectiva sistémica, "los diagnósticos categoriales del DSM-III con criterios operacionales fueron un avance importante para nuestro campo, pero que ahora nos están suponiendo un onstáculo, ya que el sistema no se ha mantenido al día con las ideas actuales. Los clínicos se quejan de que el actual sistema DSM-IV refleja mal las realidades clínicas de sus pacientes. Los investigadores se muestran escépticos respecto a que las categorías DSM existentes representen una base válida para las investigaciones científicas, y la evidencia que se va acumulando apoya este escepticismo." (Schatzberg, Scully, Kupfer & Regier, 2009).

Como investigadores y clínicos, valoramos el intento de resolver estos problemas. Sin embargo, tenemos serias reservas acerca de los medios propuestos para ello. Insistimos de nuevo, nos preocupan las consecuencias potenciales del nuevo manual para los pacientes y consumidores; para psiquiatras, psicólogos y otros profesionales; y para forenses, la práctica de seguros ensanidad, y para la política pública.

Nuestras reservas específicas son:

. Reducción de Umbrales de Diagnósticos: La propuesta de bajar los umbrales diagnósticos es científicamente prematura e implica numerosos riesgos. La sensibilidad diagnóstica es especialmente importante dadas las limitaciones comprobadas y los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos

mas utilizados. Aumentar el número de personas susceptibles de ser incluidas en un diagnóstico, puede conducir a la medicalización excesiva y a la estigmatización del malestar pasajero e incluso normativo. Como sugiere el Presidente del Grupo de Trabajo DSM-IV, Allan Frances (2010), entre otros, la reducción de los umbrales diagnósticos implica el riesgo epidemiológico de gatillar epidemias de falso-positivos. Estamos especialmente preocupados por: “Síndrome de Psicosis Atenuada” que describe experiencias comunes en la población general, y que se desarrolló a partir de un concepto de “riesgo” con validez predictiva notablemente baja para la conversión en psicosis plena.

- La propuesta eliminación de la exclusión del duelo de los Trastornos Depresivos Mayores, lo que actualmente evita la patologización del duelo, un proceso de vida normal.

- La reducción en el número de criterios necesarios para diagnosticar el Trastorno por Déficit de Atención, un diagnóstico que ya está sujeto a inflación epidemiológica.

- La reducción en la duración sintomática y en el número de criterios necesarios para el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Aunque también confiamos en la perspicacia de los clínicos, creemos que la habilidad en la toma de decisiones clínicas no es ubicua entre los profesionales, y lo que es más importante, que no puede prevenir las tendencias epidemiológicas que surgen de los procesos sociales e institucionales. Creemos que la protección de la sociedad, incluyendo la prevención de las epidemias falsas, debe priorizarse por encima de la exploración de nomenclaturas.

. Poblaciones vulnerables. Estamos también gravemente preocupados por la introducción de categorías de trastorno que pueden favorecer el riesgo de un mal uso en poblaciones particularmente vulnerables. Por ejemplo, el Trastorno Neurocognitivo Leve puede ser diagnosticado en los ancianos con un declive cognitivo previsible, especialmente en las funciones de la memoria. Además, los niños y adolescentes serán particularmente susceptibles de recibir un diagnóstico de Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo o de Síndrome de Psicosis Atenuada. Ninguno de estos dos nuevos trastornos propuestos tiene una base sólida en la literatura de investigación clínica, y ambos pueden resultar en tratamiento con neurolépticos que, como sugiere la evidencia creciente, tienen efectos secundarios especialmente peligrosos (ver abajo)—además de una historia de prescripciones inapropiadas a poblaciones vulnerables, como a los niños y a los mayores.

. Variación Sociocultural: El DSM-5 ha propuesto cambiar la Definición de Trastorno Mental de modo que el Criterio E del DSM-IV: “Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso, o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción”, diga ahora “[Un trastorno mental es un síndrome o patrón comportamental o psicológico] que no es principalmente el resultado de la desviación o de conflictos con la sociedad.” La última versión falla en afirmar explícitamente que el comportamiento desviado y los conflictos entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales. En cambio, la

versión del DSM-5 se centra en si el trastorno mental es “resultado” de la desviación/ los conflictos sociales. Tomada literalmente, la nueva versión de DSM-5 sugiere que el trastorno mental puede ser el resultado de estos factores siempre y cuando no sean la causa “primaria”. En otras palabras, este cambio requerirá que el clínico use una teoría etiológica subjetiva para emitir juicios acerca de la causa de los problemas que se le presentan. También requerirá que el clínico tome una decisión jerárquica sobre la primacía de estos factores causales, lo que a su vez determinará (parcialmente) que pueda decirse o no que el trastorno mental está presente. Dada la falta de consenso sobre las causas “primarias” del malestar mental, este cambio propuesto puede resultar en el etiquetado de la desviación sociopolítica como trastorno mental.

. Revisiones a los Grupos Existentes de Trastornos: Varias de las nuevas propuestas con poca evidencia empírica también merecen ser puestas en duda:

- Como se mencionó arriba, el Síndrome de Psicosis Atenuada y el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo tienen validez diagnóstica cuestionable, y la investigación sobre estos supuestos trastornos es bastante reciente y escasa.

- La revisión propuesta de los Trastornos de Personalidad es confusa. Parece ser un sistema combinado categórico-dimensional complejo e idiosincrásico que se basa sólo vagamente en la investigación científica existente. Es especialmente preocupante que un miembro del Grupo de Trabajo de los Trastornos de Personalidad ha descrito públicamente las propuestas como “una mezcla decepcionante y confusa de innovación y preservación del estatus quo que es inconsistente, falta de coherencia, impracticable, y, en algunas partes, incompatible con los hechos empíricos” (Livesley, 2010), y que, de forma parecida, el Presidente del Grupo de Trabajo del DSM-III Robert Spitzer ha afirmado que, de todas las propuestas problemáticas, “Probablemente la más problemática es la revisión de los Trastornos de Personalidad, donde se han hecho los mayores cambios; y que los cambios no se apoyan, de ninguna manera, en apoyo base empírica alguna.”

- Las Condiciones Propuestas por Fuentes Externas que se están siendo consideradas para el DSM-5 contienen varias categorías de trastorno no fundamentadas y discutibles. Por ejemplo, el “Síndrome de Apatía,” el “Trastorno de Adicción al Internet,” y el “Trastorno de Alienación Parental” prácticamente no tienen base alguna en la literatura empírica. Nuevo Énfasis sobre la Teoría Médico-Fisiológica. Los avances en neurociencia, genética, y psicofisiología han aumentado significativamente nuestra comprensión del sufrimiento psicológico. La revolución neurobiológica ha sido increíblemente útil para conceptualizar las condiciones con las que trabajamos. Sin embargo, incluso después de “la década del cerebro,” ni un solo marcador biológico (“biomarker”) puede fundamentar con fiabilidad una categoría diagnóstica del DSM. Adicionalmente, los estudios empíricos de la etiología muchas veces son inconcluyentes, en el mejor de los casos apuntan a un modelo de estrés-diátesis con determinantes y correlatos múltiples (y multifactoriales). A pesar

de esto, los cambios propuestos para ciertas categorías de trastorno del DSM-5 y para la definición general de trastorno mental acentúan sutilmente la teoría biológica. En ausencia de evidencia convincente, nos preocupa que estas reconceptualizaciones del trastorno mental como un fenómeno principalmente médico puedan tener consecuencias científicas, socioeconómicas, y forenses. El nuevo énfasis sobre la teoría biológica puede encontrarse en las siguientes propuestas del DSM-5:

- La primera de las revisiones propuestas del DSM-5 a la Definición de Trastorno Mental transforma el Criterio versátil D del DSM-IV: “Una manifestación de una disfunción comportamental, psicológica, o biológica en el individuo” en un Criterio B recientemente colapsado: [Un síndrome comportamental o psicológico] “Que refleja una disfunción psicobiológica subyacente”. La nueva definición afirma que todos los trastornos mentales representan una disfunción biológica subyacente. Creemos que no hay suficiente evidencia empírica para esta afirmación.
- El cambio en el Criterio H bajo “Otras Consideraciones” para la Definición de un Trastorno Mental agrega una comparación entre los trastornos médicos y los trastornos mentales sin discusión alguna acerca de las diferencias entre los dos. Específicamente, la frase calificativa “No existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto ‘trastorno mental’” ha sido cambiada a “No existe una definición que especifique adecuadamente los límites para el concepto de bien ‘trastorno mental’ o de ‘trastorno mental/psiquiátrico’.” Esto efectivamente transforma una afirmación hecha con la intención de clarificar las limitaciones conceptuales del trastorno mental en una afirmación que equipara los fenómenos médicos y mentales.
- Estamos perplejos con las propuestas de “Desenfatar los síntomas que no se pueden explicar por la presencia de una enfermedad médica conocida” en los Trastornos de Síntomas Somáticos y de reclasificar el Trastorno Facticio como un Trastorno de Síntomas Somáticos. El Grupo de Trabajo de los Trastornos de Síntomas Somáticos explica: “... debido al dualismo cuerpo-mente implícito y la poca fiabilidad de las evaluaciones de los ‘síntomas que no se pueden explicar por una enfermedad médica conocida’ estos síntomas ya no se resaltan como características centrales de muchos de estos trastornos.” No estamos de acuerdo con que hipotetizando una explicación médica para estos síntomas se resolverá el problema filosófico del dualismo cartesiano inherente en el concepto de “enfermedad mental.” Mas aún, al unir lo médico-físico con lo psicológico se erradica la base conceptual e histórica para los fenómenos somatomorfos, que son por definición síntomas somáticos que no se pueden vincular con condiciones médicas conocidas. Aunque tal definición parecer otorgar a estos síntomas una fundación médico-fisiológica sólida, creemos que la falta de evidencia empírica que fundamente esta propuesta puede conducir a la confusión del profesional, como también puede hacerlo la comparación enunciada entre estos desordenes y la investigación sobre cáncer, y enfermedades cardiovasculares y respiratorias.
- La reclasificación propuesta del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de los Trastornos de inicio en la infancia, la niñez, o la

adolescencia al nuevo grupo “Trastornos del Neurodesarrollo” parece sugerir que el TDAH tiene una base neurológica definitiva. Este cambio, en combinación con la propuesta descrita más arriba de bajar el umbral diagnóstico para esta categoría, presenta un alto riesgo de exacerbar la actual sobre-medicalización y el actual sobre-diagnóstico de esta categoría de trastorno.

- Una publicación reciente del el Grupo de Trabajo del DSM-5, “la Evolución Conceptual del DSM-5” (Regier, Narrow, Kuhl & Kupfer, 2011), afirma que el objetivo primordial del DSM-5 es “producir criterios diagnósticos y categorías de trastornos que se mantienen al día con los avances de la neurociencia.” Creemos que el objetivo primordial del DSM-5 debería ser mantenerse al día con los avances en todo tipo de conocimiento empírico (p.ej., psicológico, social, cultural, etc.). Tomados en conjunto, estos cambios propuestos parecen alejarse de la posición “ateórica” de hace 30 años del DSM, a favor de un modelo patofisiológico. Este movimiento parece ignorar el creciente desencanto con las teorías neurobiológicas estrictas del trastorno mental (p.ej., las teorías del “desequilibrio químico” como la teoría dopaminérgica de la esquizofrenia y la teoría serotoninérgica de la depresión), así como el fracaso general del modelo neo-kraepaliniano para validar la enfermedad psiquiatra. O en las palabras del Grupo de Trabajo: “... la investigación epidemiológica, neurobiológica, intercultural y comportamental básica que se ha realizado desde el DSM-IV ha sugerido que demostrar la validez de constructo para muchas de estas categorías diagnósticas estrictas (tal y como fueron concebidas principalmente por Robins y Guze) permanecerá un objetivo elusivo” (Kendler, Kupfer, Narrow, Phillips, & Fawcett, 2009, p.1). Por lo tanto creemos que un movimiento hacia la teoría biológica contradice directamente la evidencia de que la psicopatología, en contraposición con la patología médica, no puede reducirse a los indicadores patognomónicos o incluso a biomarcadores múltiples. Mas aún, hay cada vez más evidencia que sugiere que aunque los medicamentos psicotrópicos no necesariamente corrigen los desequilibrios químicos putativos, sí presentan riesgos iatrogénicos importantes. Por ejemplo, los populares medicamentos neurolépticos (antipsicóticos), aunque ayudan a muchas personas en el corto plazo, presentan riesgos a largo plazo de obesidad, diabetes, trastornos del movimiento, declive cognitivo, empeoramiento de síntomas psicóticos, reducción en volumen del cerebro, y tiempo de vida reducido (Ho, Andreasen, Ziebell, Pierson, & Magnotta, 2011; Whitaker, 2002, 2010). De hecho, aunque la neurobiología no explique completamente la etiología de los trastornos definidos por el DSM, la creciente evidencia longitudinal acumulada sugiere que el cerebro se altera drásticamente a través del curso del tratamiento psiquiátrico.

Conclusiones: En suma, tenemos graves reservas acerca del contenido propuesto del futuro DSM-5, y creemos que las nuevas propuestas presentan el riesgo de exacerbar los problemas de larga duración inherentes al sistema actual. Muchas de nuestras reservas, incluyendo algunos de los problemas descritos mas arriba, ya han sido articulados en la respuesta formal al DsM-5

emitida por la British Psychological Society (BPS, 2011) y en la comunicación por correo de la American Counseling Association (ACA) a Allen Frances (Frances, 2011b). A la luz de las reservas enumeradas arriba sobre los cambios propuestos en el DSM-5, por la presente expresamos nuestro acuerdo con BPS en que:

- "...los clientes y el público en general están afectados negativamente por la medicalización continuada y continua de sus respuestas naturales y normales a sus experiencias; respuestas que sin duda tienen consecuencias de sufrimiento que requieren respuestas de ayuda, pero que no son signos de enfermedades sino de la variación individual."

- Los diagnósticos putativos presentados en el DSM-V claramente se basan principalmente en las normas sociales, y con síntomas que dependen de juicios subjetivos, con pocas signos físicos confirmatorios o evidencia de causación biológica. Los criterios no están libres de juicios de valor, sino que más bien reflejan las expectativas sociales normativas.

- "... los sistemas [taxonómicos] de este tipo se basan en identificar los problemas ubicándolos dentro de los individuos. Esto hace perder el contexto relacional de los problemas y la causación social innegable de muchos de tales problemas."

- Hay una necesidad de realizar "una revisión de la forma de que se piensa el sufrimiento mental, que empiece con el reconocimiento de la evidencia abrumadora de que el sufrimiento mental se ubica el mismo espectro de la experiencia 'normal'" y del hecho de que los factores causales respaldados por evidencia convincente incluyen los "factores psicosociales como la pobreza, el desempleo y el trauma."

- Un sistema empírico ideal de la clasificación no debería basarse en la teoría pasada, sino que "debería proceder de abajo a arriba – empezando con experiencias, problemas, o 'síntomas' o 'quejas.'" El período actual de desarrollo del DSM-5 puede proveer una oportunidad única para responder a estos dilemas, especialmente dada la voluntad del Grupo de Trabajo de reconceptualizar la arquitectura general de la taxonomía psiquiátrica. Sin embargo, creemos que las propuestas presentadas en www.dsm5.org son más propensas a exacerbar en vez de mitigar estos problemas de larga duración. Compartimos las esperanzas de BPS de una aproximación más inductiva, y descriptiva en el futuro, y nos unimos a BPS ofreciendo nuestra participación y orientación en el proceso de revisión.

Referencias Bibliográficas: American Psychiatric Association (2011). DSM-5 Development. Retrieved from <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

British Psychological Society. (2011) Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 development. Retrieved from http://apps.bps.org.uk/_publicationfiles/consultation-responses/DSM-5-BPS_response.pdf

Compton, M. T. (2008). Advances in the early detection and prevention of schizophrenia. *Medscape Psychiatry & Mental Health*. Retrieved from <http://www.medscape.org/viewarticle/575910>

Frances, A. (2010). The first draft of DSM-V. *BMJ*. Retrieved from

<http://www.bmj.com/content/340/bmj.c1168.full> Frances, A. (2011a). DSM-5 approves new fad diagnosis for child psychiatry: Antipsychotic use likely to rise. *Psychiatric Times*. Retrieved from <http://www.psychiatrytimes.com/display/article/10168/1912195>

Frances, A. (2011b). Who needs DSM-5? A strong warning comes from professional counselors [Web log message]. *Psychology Today*. Retrieved from <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201106/who-needs-dsm-5>

Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R., Vollebergh, W., & van Os, J. (2005). The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 181-191.

Ho, B-C., Andreasen, N. C., Ziebell, S., Pierson, R., & Magnotta, V. (2011). Long-term antipsychotic treatment and brain volumes. *Archives of General Psychiatry*, 68, 128-137.

Johns, L. C., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.

Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 4-11.

Kendler, K., Kupfer, D., Narrow, W., Phillips, K., & Fawcett, J. (2009, October 21). Guidelines for making changes to DSM-V. Retrieved August 30, 2011, from http://www.dsm5.org/ProgressReports/Documents/Guidelines-for-Making-Changes-to-DSM_1.pdf

Livesley, W. J. (2010). Confusion and incoherence in the classification of Personality Disorder: Commentary on the preliminary proposals for DSM-5. *Psychological Injury and Law*, 3, 304-313.

Moran, M. (2009). DSM-V developers weigh adding psychosis risk. *Psychiatric News Online*. Retrieved from <http://pn.psychiatryonline.org/content/44/16/5.1.full>

Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2011). *The conceptual evolution of DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Schatzberg, A. F., Scully, J. H., Kupfer, D. J., & Regier, D. A. (2009). Setting the record straight: A response to Frances commentary on DSM-V. *Psychiatric Times*, 26. Retrieved from <http://www.psychiatrytimes.com/dsm/content/article/10168/1425806>

Whitaker, R. (2002). *Mad in America*. Cambridge, MA: Basic Books. Also see <http://www.madinamerica.com/madinamerica.com/Schizophrenia.html>

Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic*. New York, NY: Random House.

David N. Elkins, PhD Presidente del Comité de Carta Abierta Presidente de la División 32, la Sociedad de Psicología Humanista (una división de la American Psychological Association) Profesor emérito de Psicología de la Universidad de Pepperdine, en Los Ángeles, EE.UU.

10.2.- Comité Internacional de Respuesta al DSM-5

DECLARACIÓN PÚBLICA DE PREOCUPACIÓN POR LA PRÓXIMA PUBLICACIÓN DEL DSM-5

Creemos que, hoy por hoy, hay evidencias abrumadoras de que el DSM-5:

- Es el resultado de un proceso secreto, cerrado y precipitado, que coloca los beneficios editoriales por encima del bienestar público.
- Muchas áreas cuentan con una base científica poco sólida y poco fiable estadísticamente, y no han recibido la revisión científica externa necesaria y ampliamente solicitada.
- Es clínicamente arriesgado, debido a la introducción de nuevas categorías diagnósticas que no tienen respaldo empírico suficiente, y con umbrales diagnósticos más bajos.
- Se etiquetará incorrectamente una enfermedad mental en personas que no necesitan diagnóstico psiquiátrico.
- Derivará en un tratamiento innecesario y potencialmente perjudicial con medicación psiquiátrica.
- Se desviarán importantes recursos de Salud Mental de aquellos que realmente los necesitan.

Por estas razones, tenemos serias dudas sobre el nuevo DSM-5, previsto para su publicación por la Asociación Americana de Psiquiatría en mayo de 2013.

Estas preocupaciones deben resolverse a través del diálogo concertado, interprofesional e internacional. Este diálogo debe incluir una crítica detallada de estas propuestas, la consideración de posibles alternativas incluyendo enfoques no- médicos, tales como el enfoque centrado en los problemas y la formulación de casos individuales, utilizados en las terapias psicológicas basadas en la evidencia. Asimismo, todas las sugerencias propuestas deben ser exhaustivas, revisadas por expertos, e incluir pruebas de campo.

Hasta que estas cuestiones no hayan sido abordadas, creemos que los profesionales clínicos deberían utilizar el DSM-5 en sus diagnósticos lo menos posible. Siempre que sea factible, los investigadores deberían optar por no utilizar como base de sus estudios las categorías del DSM-5, puesto que son poco sólidas científicamente, y tales diagnósticos poco válidos pueden poner en peligro sus propias conclusiones. Creemos que, debido a la disponibilidad de alternativas seguras y legales, los planificadores sanitarios, gestores y responsables, no necesitan utilizar el DSM-5 con fines de planificación o de facturación. Los colegas de la industria farmacéutica deberían evitar el uso de códigos de diagnóstico del DSM-5 en la planificación, la realización de informes o en su trabajo, especialmente porque tienen poca relación con los mecanismos biológicos subyacentes. Además, los editores de las revistas deberían considerar si es apropiado publicar trabajos científicos que asumen de forma incuestionable la fiabilidad y la validez de las categorías diagnósticas

del DSM-5. Por último, cuando los medios de comunicación informen sobre temas de salud mental, deben ser conscientes de los problemas científicos, teóricos y éticos que presenta el DSM-5.

¿Quiénes conforman el Comité Internacional de Respuesta al DSM-5? Somos un grupo de profesionales de la salud mental -psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y otros-, académicos, usuarios de servicios y cuidadores.

Representamos a una serie de profesionales, usuarios de servicios y organismos científicos de todo el mundo. La mayoría de nosotros somos científicos con gran cantidad de artículos publicados, y muchos ocupamos o hemos ocupado altos cargos en organizaciones académicas y profesionales. Nos hemos unido para expresar nuestra preocupación por las posibles consecuencias negativas del DSM-5.

Psiquiatría, Psicología Clínica, Trabajo Social y otras disciplinas vinculadas a la salud mental buscan, en última instancia, ayudar a aquellos que sufren. Pero todas estas profesiones, cuyo objetivo es mejorar la salud mental y el bienestar de las personas, así como los usuarios de los servicios, merecen una guía que comprenda y describa sus problemas, y que realmente refleje y represente lo que mejor puede ofrecer nuestra ciencia y nuestra práctica. Creemos que el DSM-5 está muy por debajo de las expectativas, no representa los mejores métodos disponibles para comprender y describir los problemas de salud mental y, un hecho aún más preocupante, es que plantea un peligro potencial para la población que acude a tratamiento psiquiátrico.

Somos conscientes de que numerosos médicos y científicos han trabajado mucho para elaborar el DSM-5, y lo han hecho con buena intención. Sin embargo, son también numerosos los expertos en la materia que han hablado con la misma buena intención, sobre algunas irregularidades que presenta el documento, y la mayoría de estas anomalías, no han sido resueltas por el Grupo de Trabajo del DSM-5. Los esfuerzos realizados para que se reforme el DSM-5, llevados a cabo de buena fe (incluyendo la *Carta Abierta al DSM-5*, apoyada por más de 50 organizaciones profesionales y respaldada con más de 14.000 firmas en todo el mundo) han tenido poco impacto. Asimismo, la Asociación Americana de Psiquiatría, se ha negado a someter el borrador del DSM-5 a una revisión externa e independiente, cuya finalidad sería detectar inconsistencias en la literatura empírica y resolver posibles conflictos de intereses. Como resultado de ello, esta Declaración pública de Preocupación, elaborada con buena intención, hace un llamamiento a médicos, científicos, consumidores y otras partes interesadas, para evitar el uso del DSM-5 siempre que sea posible, y buscar activamente otras técnicas diagnósticas alternativas.

Personalidades del comité internacional:

Brent Dean Robbins, Ph.D.

Co-Chair, International DSM-5 Response Committee
President-Elect, Division 32 of APA—Society for Humanistic Psychology
Director of Psychology and Associate Professor, Point Park University
Contact: brobbins@pointpark.edu

Peter Kinderman, Ph.D.

Co-Chair, International DSM-5 Response Committee
Professor of Clinical Psychology, University of Liverpool, UK
Contact: P.Kinderman@liverpool.ac.uk

Committee Members

Richard Bentall; Professor of Clinical Psychology, University of Liverpool, UK

Mary Boyle; Emeritus Professor of Clinical Psychology, University of East London, UK

Pat Bracken; Consultant Psychiatrist and Clinical Director of Mental Health Services, West Cork, Eire

Joanne Cacciatore; Assistant Professor; Arizona State University School of Social Work, USA

Tim Carey; Associate Professor, Flinders University, Australia

David Castle; Professor of Psychiatry, University of Melbourne, Australia

Jack Carney; Licenced Psychologist, Alabama, USA

Anne Cooke; Clinical Psychologist, Canterbury Christ Church University, UK

Jacqui Dillon; Chair; Hearing Voices Network, UK

Suman Fernando; Honorary Professor in the Faculty of Social Sciences and Humanities, London Metropolitan University, London, formerly consultant psychiatrist, UK

Daniel Fisher; Consultant Psychiatrist, National Empowerment Centre, USA

Dave Harper; Reader in Clinical Psychology, University of East London, UK

Louis Hoffman; Continuing Education Coordinator, Society for Humanistic Psychology, USA

Lucy Johnstone; Clinical Psychologist, Bristol UK

Dayle Jones; Associate Professor, University of Central Florida, USA

Sarah Kamens; Society for Humanistic Psychology, USA

Peter Kinderman; Professor of Clinical Psychology, University of Liverpool, UK

Patrick Landman; Psychiatrist and Psychoanalyst; Paris, France

Eleanor Longden; Psychologist, London UK
Jason McCarty; Psychotherapist, British Columbia, Canada
Nancy McWilliams; Psychologist and Psychoanalyst, Rutgers University, USA
Gordon Milson; Clinical Psychologist, Manchester, UK
Sharna Olfman, Ph.D., Professor of Psychology, Point Park University
Bradley Olsen; President-Elect, Division 48 of American Psychological Association; President, Psychologists for Social Responsibility, Chicago, USA
Ana Padilla; University College London, London UK
Richard Pemberton; Chair, British Psychological Society Division of Clinical Psychology, UK
Dave Pilgrim; Professor of Health and Social Policy, University of Liverpool, UK
John Read; Professor of Clinical Psychology, University of Auckland, NZ
Melissa Raven; Research Fellow, Flinders University, Australia
Donna Rockwell, Ph.D., Michigan School of Professional Psychology
Brent Robbins; President, Society for Humanistic Psychology, Div32 American Psychological Association, USA
Dave Traxson; Educational Psychologist, UK
Sara Tai; Senior Lecturer in Clinical Psychology, University of Manchester, UK
Phil Thomas; Honorary Visiting Professor, University of Bradford, formerly consultant psychiatrist, UK
Sam Thompson; University of East London, UK
Sami Timimi; Consultant Psychiatrist, UK
Steve Trenchard; Chair of ISPS UK (International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis), UK
Martin Whitely; MLA, Parliament of Western Australia, Australia

Las firmas pueden consultarse en la web de este comité:

<http://dsm5response.com/>

10.3.- Comité internacional Boycott the DSM-5

Boycott the DSM-5

The Petition

We, the undersigned, will *not* purchase nor will we use the new DSM-5 when it is published by the American Psychiatric Association. Further, those of us associated with professionals who use the DSM – as persons receiving services from them or as family members, friends or advocates – will urge service providers not to use the DSM-5:

DSM-5 is unsafe and scientifically unsound.

Its categories or diagnoses, including newly introduced diagnoses, are not supported by scientific evidence. These diagnoses will pathologize rather than bring relief to persons in distress.

- **DSM-5 will drastically expand psychiatric diagnosis, mislabel millions of people as mentally ill, and cause unnecessary treatment with medication.**

All references to psychosocial, environmental and spiritual factors have been removed from DSM-5. This sends a clear message to clinicians that treatment for persons judged to have psychiatric disorders can be reduced to the prescription of psychoactive medications, despite growing concerns of their dangers and skepticism about their effectiveness.

The APA has been unresponsive to widespread opposition.

The APA has been unresponsive to criticism received from professional, advocacy and lay public stakeholders during the three public reviews of its proposals. The concerns expressed by over 14,000 signatories to the “Open Letter to the DSM-5” and the request for independent, scientific review of proposed changes to the DSM have been ignored.

- **The APA has undermined its own credibility, choosing to protect its intellectual property and publishing profits, not the public trust.**

Accordingly, we agree to boycott the DSM-5 and to urge service providers and others not to use it. If we find ourselves obliged to employ diagnostic codes, we agree to disregard the new DSM and utilize the

codes listed in the ICD-9 and the next edition of ICD, when the latter is implemented in October, 2014.

SPONSORED BY THE COMMITTEE TO BOYCOTT THE DSM-5

(Disclaimer- DSM and DSM-5 are trademarks of the American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association is not affiliated with nor endorses this website. Reference to ICD9 not meant as endorsement of diagnostic codes but as an aid to those who must use them.)

Members, Committee to Boycott the DSM-5

Jack Carney, DSW, LCSW
Committee & Media Coordinator
Blogger & Activist
Brooklyn, New York

Dan Fisher, M.D., Ph.D.
Executive Director
National Coalition for Mental Health Recovery
Cambridge, Massachusetts

Jeffrey Fisher
BSBA, Boston University
Entrepreneur & Activist

Courtney Fitzpatrick
Bereaved mother
Brooklyn, N.Y

Melissa Flint, Psy.D.
Assistant Professor- Clinical Psychology
Midwestern University
Glendale Arizona

Garcia Fons, M.D.
Medical Director Children's Hospital
Montreuil sous bois 93 France &
Professor of Medicine

Karla Helbert, MS, LPC
Psychotherapist

Bereavement Specialist
Autism Spectrum Disorder Specialist
MISS Foundation Support Group
Richmond, Virginia

Patrick Landman, M.D.
Researcher, Center of Research Psychoanalysis,
Medicine and Society,
University of Paris VII Diderot

Wendy Langacker, BSW
Porphyria Specialist & Activist
Champaign, Illinois

Jode Freyholtz-London
Executive Director Wellness In The Woods
Minnesota

Zoey Mendoza, LCSW
Licensed Clinical Social Worker
Activist & Bereaved Mother
New York, New York

Gerald D. Otis, Ph.D.
Clinical Psychologist & Activist
Las Cruces, New Mexico

Pr G. Pommier, PhD
Emerite Teacher in Paris VII, Psychoanalist
Member of Espace Analytique (Paris)

Brent Dean Robbins, Ph.D.
President-Elect, Society for Humanistic Psychology,
Division 32, American Psychological Association;
Associate Professor of Psychology
& Director of Psychology Program
Point Park University, Pittsburgh, Pa.

Nicole Scott
Web Developer, Social Media Consultant, Activist
Denver, CO

Jennifer M. Soos, LMFT
Marriage & Family Therapist
Couples and Bereavement Specialist
Program Coordinator, MISS Foundation
San Antonio, TX

Patti Bitney Starke, PH.D.
Peer Survivor Activist
St. Paul, Minnesota

Therese Steiner, M.D.

private practice
Switzerland

Dominique Tourres Gobert , M.D.
Researcher, Center of Research Psychoanalysis,
Medicine and Society,
University of Paris VII Diderot

Alain Vanier, M.D.
Professor of Psychopathology &
Director of Graduate Studies
University of Paris Diderot -- Paris 7

Rachel Voller
Peer Survivor Activist
St. Paul, Minnesota

Sue Wintz, MDiv, BCC
Managing Editor, PlainViews
Consultant, Chaplaincy Care Leadership and Practice
Mesa, Arizona & New York, New York

Las firmas pueden consultarse en la web del comité internacional:

<http://boycott5committee.com/>

11.- Otras plataformas en contra de las clasificaciones internacionales.

A continuación se adjunta información sobre otras plataformas existentes. La información es la que nos ha proporcionado el INFOCOP. Información on line del Consejo general de Colegios Oficiales de Psicólogos.

11.1.- Infocop de 14/02/2012

DESTRUYENDO LOS MITOS SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS Y LOS PSICOFÁRMACOS EN SALUD MENTAL

La publicación *The New York Review of Books*, especializada en la revisión de libros y obras recientes, ha editado una interesante y aguda reflexión sobre la imparable creación de categorías diagnósticas de trastornos mentales y el aumento del consumo de psicofármacos a escala mundial. Marcia Angell, autora de los artículos titulados [The Epidemic of Mental Illness: Why?](#) (*La epidemia de la enfermedad mental: ¿por qué?*) y [The Illusions of Psychiatry](#) (*Los engaños de la psiquiatría*), reflexiona sobre la validez de la teoría que reduce la explicación de los trastornos mentales a simples desequilibrios bioquímicos y sobre los intereses de la industria farmacéutica en perpetuar este modelo y en ampliar las categorías diagnósticas de enfermedad mental, basando su análisis en las conclusiones y datos aportados por tres diferentes investigadores de nuestro tiempo:

Irving Kirsch, psicólogo y prestigioso investigador de la Universidad de Hull en el Reino Unido, así como autor del libro *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth* (*Los fármacos nuevos del emperador: destruyendo del mito de los antidepresivos*).

- **Robert Whitaker**, periodista de investigación experto en el área de la medicina y la ciencia y autor del libro *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America* (*Anatomía de una epidemia: panaceas, psicofármacos y el impactante ascenso de la enfermedad mental en EE.UU.*).
- **Daniel Carlat**, psiquiatra de la ciudad de Boston, autor de un blog y colaborador ocasional en un periódico digital, que ha lanzado al mercado otro polémico libro titulado *Unhinged: The Trouble with Psychiatry—A Doctor's Revelations About a Profession in Crisis* (*Los trastornados: El problema con la psiquiatría- las revelaciones de un médico relacionadas con una profesión en crisis*).

En su artículo, Marcia Angell da cuenta del **incremento exponencial de diagnósticos de enfermedad mental** en EE.UU. desde finales de los 80, coincidiendo con la aparición en el mercado del Prozac. Durante el periodo comprendido entre 1987 y 2007, el número de estadounidenses que percibió prestación social por incapacidad asociada a un trastorno mental aumentó más del doble y en el caso de los niños, los trastornos mentales aumentaron

35 veces más durante ese mismo periodo de tiempo, convirtiéndose en la primera causa de discapacidad infantil, por encima de la parálisis cerebral o el Síndrome de Down. Desde la aparición de los primeros antidepresivos en el mercado, el número de personas que recibió tratamiento para la depresión se **triplicó** en tan sólo 10 años, alcanzándose cifras astronómicas en la actualidad, donde **1 de cada 10 estadounidenses mayores de seis años toma antidepresivos**. Respecto al aumento del consumo de fármacos para tratar la psicosis, las cifras son aún más alarmantes: la nueva generación de antipsicóticos -Risperdal, Zyprexa (olanzapina) o Seroquel (quetiapina)- se han convertido en **líderes de venta**, por encima de cualquier otro fármaco para tratar dolencias físicas, incluso los medicamentos destinados a disminuir el colesterol.

Teniendo en cuenta que, según el modelo en el que se fundamenta la terapia farmacológica actual de la enfermedad mental, los trastornos vienen determinados biológicamente y no son resultado de influencias ambientales, con un agudo sentido crítico, la periodista Marcia Angell se pregunta: "*Estas cifras, ¿se corresponden a un aumento real de la prevalencia de trastornos mentales? (...) Según Angell, si los psicofármacos realmente funcionan, **"lo esperable sería observar una reducción de estos problemas, no su aumento exponencial"**.*

La autora, tras revisar los libros publicados de **Irving Kirsch**, **Robert Whitaker** y **Daniel Carlat**, señala que estos investigadores, si bien proceden de ámbitos dispares (psicología, periodismo de investigación y psiquiatría), comparten gran parte de sus conclusiones y documentan su argumentación en datos objetivos y estudios científicos.

Tal y como destaca la periodista del *New York Review of Books*, los tres autores coinciden en alertar acerca del preocupante hecho de que las **compañías farmacéuticas** hayan empezado a determinar qué es lo que se puede considerar enfermedad mental y cómo debe ser diagnosticada y tratada, y todos ellos advierten de la puesta en marcha de medidas abusivas y agresivas de venta de psicofármacos, legales e ilegales, y que muchos profesionales llegan a calificar de "sobornos".

Además, señala **Marcia Angell**, todos ellos cuestionan la teoría de que la enfermedad mental está causada por un desequilibrio químico cerebral, que los fármacos pueden corregir. Tal y como recogen los autores en sus respectivas obras, después de décadas de investigación, los resultados científicos evidencian que **la teoría del desequilibrio químico para explicar las enfermedades mentales no se sostiene**. Es más, según establece Whitaker, en base a los resultados de técnicas de neuroimagen en pacientes con trastorno mental en tratamiento farmacológico: "*Antes del inicio del tratamiento farmacológico, los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, depresión o cualquier otro trastorno psiquiátrico no presentan estos famosos desequilibrios químicos. Sin embargo, una vez que una persona inicia el tratamiento farmacológico, que de una manera u otra abre una llave en la mecánica habitual de la transmisión neuronal, su cerebro empieza a funcionar*

de manera **anormal**". Por su parte, Daniel Carlat hace referencia a la teoría del desequilibrio químico como un mito (que califica de conveniente ya que destigmatiza la enfermedad mental) y Kirsch, tras realizar una interesante línea de investigación centrada en la depresión, concluye que *"parece fuera de toda duda que la explicación tradicional de la depresión como un desequilibrio químico en el cerebro es sencillamente errónea"*.

No es la primera vez que se pone en duda el modelo farmacológico que impera en nuestros días para tratar los trastornos mentales, ni que se advierte sobre el peligro de que la industria farmacéutica haya comenzado a adquirir demasiado poder e influencia en la forma de determinar qué es lo que puede considerarse enfermedad mental y cómo tratarla. En esta línea, el Premio Nobel de Química de 2009, **Thomas Steitz**, denunció a los medios de comunicación que los laboratorios farmacéuticos *"prefieren centrar el negocio en medicamentos que sea necesario tomar durante toda la vida"*. Este prestigioso investigador advirtió, en una rueda de prensa celebrada en nuestro país el pasado mes de agosto de 2011, que las compañías farmacéuticas (que son las que subvencionan gran parte de las investigaciones) eran las primeras interesadas en cronificar la enfermedad, mostrándose tajante en sus declaraciones: *"Puedo sonar cínico, pero las farmacéuticas **no quieren que la gente se cure**"* (ver más información [aquí](#)).

Durante los dos últimos años, las voces de científicos, investigadores, médicos e incluso cineastas sobre este fenómeno han ido sumándose. Junto a las obras de los autores mencionados y las declaraciones del Premio Nobel de Química 2009, cabe destacar también el documental *Orgasm Inc.*, de la reconocida directora estadounidense **Liz Canner**, estrenado en 2011, donde se exploran los intereses de la industria farmacéutica para la creación de un nuevo trastorno: la disfunción sexual femenina. Liz Canner realizó un seguimiento e investigación de los pasos de diferentes compañías farmacéuticas en su camino por lograr ser las primeras en lanzar al mercado un producto que prometía solucionar el problema de la disfunción sexual en las mujeres, y que fuese aprobado por la agencia encargada de la regulación de medicamentos en EE.UU. (*U.S. Food and Drug Administration*, FDA). La creadora de este documental recogió interesantes testimonios de representantes de las compañías farmacéuticas, mujeres sometidas a estas pruebas, médicos, ginecólogos y psicólogos, aportando una amplia y esclarecedora visión del tema.

Dado el protagonismo que están alcanzando estas voces, que alertan de la **necesidad de un giro en la atención que se presta en salud mental** y que ponen en duda la validez del modelo de atención basado en la administración de fármacos, *Infocop* dedicará los próximos días al análisis de los planteamientos de estos investigadores, a través de los siguientes artículos:

1. [Irving Kirsch y la caída del mito de los antidepresivos](#)
2. [Robert Whitaker y los efectos nocivos de los psicofármacos](#)
3. [Daniel Carlat y la alianza entre la psiquiatría y la industria farmacéutica](#)

Irving Kirsch, devoto del método científico en investigación, plantea la duda de si los antidepresivos realmente funcionan y pone a prueba su eficacia a través de un interesante proyecto de investigación, cuyas revolucionarias conclusiones suponen un cambio radical en la interpretación que se venía haciendo hasta la fecha de los resultados de los ensayos clínicos en depresión. **Robert Whitaker** se centra en los efectos de los fármacos psicoactivos en el organismo y se pregunta, con gran sentido crítico, si éstos mejoran o, por el contrario, resultan perjudiciales para la salud, recopilando datos de investigaciones y otros testimonios. Por su parte, el psiquiatra **Daniel Carlat** habla sin tapujos sobre la alianza de la psiquiatría con la industria farmacéutica y su manipulación sobre lo que debe considerarse o no enfermedad mental.

Fuente:

<http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why/>

11.2.- Infocop 17/2/2012

PSICÓLOGOS DE REINO UNIDO MUESTRAN SU DESACUERDO CON EL DSM-V

El pasado 9 de febrero de 2012, se publicó en la revista *The Guardian*, en su versión online ([ver artículo](#)), un interesante artículo sobre la opinión de los psicólogos y psiquiatras del Reino Unido, acerca de la nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-V*).

Según esta publicación y otras notas recientes publicadas en diferentes medios de nuestro país, los expertos advierten que la ampliación de diagnósticos que se va a hacer en el DSM-V, va a provocar que miles de personas sean etiquetadas como "enfermos mentales" a causa de comportamientos que en realidad se consideran "normales".

Hemos de tener en cuenta que la última versión de este manual, el DSM-IV, se utiliza para la investigación en todo el mundo y tiene una gran influencia, por ejemplo, en las nomenclaturas que las empresas farmacéuticas utilizan para diseñar los fármacos destinados a tratar estos diagnósticos. Es más, la influencia del DSM es singularmente fuerte en Estados Unidos, donde el sistema de salud privada requiere de un diagnóstico reconocido por dicho manual para que el paciente pueda ser reconocido legítimamente como enfermo y así poder acceder a cualquier tratamiento.

Entre las etiquetas que más preocupan, en el caso de que el DSM-V se publique en mayo, están, la timidez de los niños o la incertidumbre sobre el género. Además, la soledad podría derivar en un trastorno depresivo crónico o

un violador en serie podría ser considerado un enfermo mental, teniendo en cuenta un diagnóstico de "trastorno coercitivo parafilico".

El profesor **Nick Craddock**, psiquiatra en Cardiff y director del Centro Nacional de Gales para la Salud Mental, declaró a *The Guardian* que: *"Alguien que está desolado puede necesitar ayuda, e incluso un tratamiento psicológico, pero no necesita una etiqueta que diga que tiene una enfermedad mental. Creo que una gran parte de los psiquiatras del Reino Unido y Europa, se muestran escépticos acerca del DSM-V"*.

Según comenta **Peter Kinderman**, profesor de psicología clínica y director del Instituto de Psicología de la Universidad de Liverpool, a ese mismo medio, *"las revisiones sólo pueden hacer de un sistema diagnóstico malo, otro peor"*. Además, este profesor no está de acuerdo con diagnósticos como el trastorno negativista desafiante o el trastorno coercitivo parafilico. En su opinión, *"la violación es un delito y no necesariamente debe ser considerada como un trastorno, ya que puede dar excusas para ese comportamiento"*.

En relación con la postura de los psicólogos británicos, *Infocop* ha publicado un artículo recientemente ([ver artículo completo](#)), en el que se describe cómo **Daniel Carlat**, psiquiatra americano, hace una dura crítica al DSM, y atribuye, el crecimiento exponencial de diagnósticos, a los intereses de las empresas farmacéuticas.

11.3.- Infocop 8/5/2013

El National Institute of Mental Health de EE.UU. abandona la clasificación DSM

El **National Institute of Mental Health** (NIMH) (Instituto Nacional de Salud Mental) – la agencia de investigación biomédica dependiente del gobierno de EE.UU. y considerada la mayor proveedora de fondos de investigación en salud mental de todo el mundo - ha anunciado que **dejará de hacer uso de la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM*).

Esta postura se ha hecho pública tan sólo unos días antes de que se lance al mercado el nuevo manual diagnóstico DSM-V de la **Asociación Americana de Psiquiatría**, cuya elaboración no ha estado exenta de polémica, tal y como hemos ido informando a través de Infocop.

El director del NIMH, **Thomas Insel**, ha señalado en una nota de prensa que esta decisión ha sido tomada dado que el DSM carece de validez y que *"los pacientes con trastornos mentales se merecen algo mejor"*.

Como resultado de este posicionamiento, que ha sorprendido al mundo

de la investigación y al público en general, el NIMH ha informado que **a partir de ahora financiará de manera preferente aquellas investigaciones que no se ajusten a la clasificación DSM:**

“En el futuro, vamos a apoyar los proyectos de investigación que consideren más ampliamente las categorías tradicionales - o que subdividan las categorías - para empezar a desarrollar un sistema mejor ¿Qué significa esto para los solicitantes? Los ensayos clínicos deberán tener en cuenta a todos aquellos pacientes con estados de ánimo clínicos, en vez de solamente aquellos que cumplan estrictamente los criterios para el trastorno depresivo mayor”, por ejemplo.

El fin último del NIMH es el **desarrollo de un nuevo sistema de clasificación de los trastornos mentales**, que no se base en la agrupación de síntomas por consenso de expertos (tal y como se hace en el DSM). Para ello ha puesto en marcha el proyecto *Research Domain Criteria* (RDoC) que pretende recopilar información procedente de la genética, las pruebas de neuroimagen, las ciencias cognitivas y otros datos fisiológicos, para identificar e integrar los componentes vinculados a los síntomas de enfermedad mental. Si bien este enfoque también ha sido criticado por su carácter reduccionista y por no tener en cuenta otros factores decisivos de tipo ambiental, conductual y social, **la ruptura del NIMH con el DSM supone un importante varapalo** para la Asociación Americana de Psiquiatría, así como marcará el inicio de una nueva etapa en la comprensión de la naturaleza de los trastornos mentales.

Este posicionamiento **reafirma aún más el rechazo de numerosas instituciones** vinculadas a la salud mental hacia las categorías diagnósticas del DSM-V. Tal es el caso de la Asociación Americana de Psicología, cuya postura ha sido apoyada por más de 50 organizaciones de salud mental en todo el mundo, incluido el Consejo General de Psicología de España.

Fuente: [NIMH](#)

11.4.- Infocop 16/5/2013

La Asociación Británica de Psicología llama al cambio de paradigma en salud mental

Tras el anuncio del Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. (*National Institute of Mental Health - NIMH*) de dar la espalda a la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM*) y elaborar una nueva clasificación diagnóstica basada en marcadores objetivos y biológicos, la División de Psicología Clínica de la **Asociación Británica de Psicología** (*British Psychological Society - BPS*) aviva aún más la polémica mostrando **su oposición a la aplicación del modelo biomédico** para la comprensión de los trastornos mentales.

Con esta finalidad ha hecho pública, el pasado 13 de mayo de 2013, la ***Declaración de Posicionamiento sobre la clasificación de la conducta y la experiencia en relación con los diagnósticos psiquiátricos funcionales – es el momento de un cambio de paradigma*** (*Position Statement on the Classification of Behaviour and Experience in relation to Functional Psychiatric Diagnoses - Time for a Paradigm Shift*).

En dicho comunicado, la División de Psicología Clínica de la BPS realiza un **llamamiento internacional para el abandono definitivo del modelo de “enfermedad y diagnóstico” en salud mental**, manifestando que “es oportuno y apropiado afirmar públicamente que el actual sistema de clasificación diagnóstica, en el que se basan el DSM y el CIE, con respecto a los diagnósticos psiquiátricos funcionales, presenta limitaciones conceptuales y empíricas significativas. Por consiguiente, es necesario realizar un cambio de paradigma en relación con las experiencias a las que se refieren dichos diagnósticos, hacia un sistema conceptual que no esté basado en un modelo de enfermedad”.

Calificado en varios medios de comunicación como “***una acción atrevida y sin precedentes para un colegio profesional***”, el llamamiento de la División de Psicología Clínica de la BPS ha causado un gran revuelo en el campo de la medicina y ha sido portada de una de las publicaciones de mayor impacto en el Reino Unido, **The Observer**, un suplemento de la revista The Guardian, a través de una serie de artículos: [Medicine’s big new battleground: does mental illness really exist?](#) (Nuevo campo de batalla en la Medicina: ¿existe realmente la enfermedad mental?) y [Psychiatrists under fire in mental health battle](#) (Los psiquiatras bajo el fuego de la batalla en salud mental).

En resumen, si bien la División de Psicología Clínica de la BPS reconoce que un sistema de clasificación resulta fundamental en medicina para facilitar

la comunicación, seleccionar la intervención, identificar la etiología, predecir los resultados y proporcionar una base para la investigación, no hay que olvidar que **“para que sea eficaz debe ser un sistema fiable y válido”** y no ser objeto de continuas revisiones que *“ponen en evidencia su falta de validez”*.

A este respecto, la División de Psicología Clínica de la BPS señala que los llamados diagnósticos “funcionales” –esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad, trastorno por déficit de atención, etc.- se presentan como una declaración objetiva de los hechos, pero son, en esencia, **juicios clínicos basados en la observación y la interpretación de la conducta y del auto-informe** del usuario, por lo que están sujetos a variaciones y sesgos, lo que limita su validez. Además, la División de Psicología Clínica de la BPS advierte que estas formas de clasificación **generan perjuicios en la práctica clínica**, tales como la creciente medicalización de los problemas de ansiedad y del comportamiento (cuyo impacto es mucho más grave en el caso de los niños y adolescentes), entre otros inconvenientes.

Por el contrario, **existen pruebas concluyentes de que el sufrimiento humano es el resultado de una compleja combinación de factores psicológicos y sociales**, argumenta la División de Psicología Clínica de la BPS, y la ciencia ha validado repetidamente la eficacia de la evaluación psicológica, la formulación psicológica y la intervención psicológica en el tratamiento de estos problemas donde la etiología psicosocial desempeña un papel crucial. En su Declaración, la División de Psicología Clínica de la BPS **se posiciona a favor de la formulación psicológica** (en vez del diagnóstico psiquiátrico) e insta a estrechar la colaboración entre los usuarios de los servicios de salud y los diferentes profesionales sanitarios para elaborar un sistema que tenga en cuenta el **origen biopsicosocial del sufrimiento humano**.

De esta manera, y tan sólo unos días antes de que se de a conocer el nuevo manual diagnóstico DSM-V, la Declaración de la División de Psicología Clínica de la BPS siembra el revuelo en el mundo científico, al igual que lo hizo el NIMH la semana pasada. No obstante, y si bien tanto el NIMH como la BPS ponen en duda la utilidad de las actuales clasificaciones en salud mental, existe una crucial diferencia entre ambas entidades. Mientras que el NIMH (así como un creciente grupo de eminentes psiquiatras que tampoco apoyan estos sistemas de clasificación) continúa empeñado en seguir el modelo biomédico a toda costa – mediante la búsqueda de biomarcadores inequívocos y partiendo de una postura muy poco científica que asume como verdadero algo que todavía la ciencia tiene que demostrar, esto es, que los trastornos mentales son trastornos biológicos -, la BPS considera que existe una clara justificación y necesidad para un cambio de paradigma en relación con los diagnósticos psiquiátricos funcionales, decantándose a favor de un **enfoque multifactorial, que contextualice el malestar y la conducta**, y que reconozca la complejidad de las

interacciones implicadas en la experiencia humana.

Finalmente, en un intento de llegar a un entendimiento con todas las partes implicadas, la División de Psicología Clínica de la BPS aclara en su Declaración que **“esta postura no debe interpretarse como una negación del papel de la biología a la hora de mediar y posibilitar las experiencias humanas, las conductas y el malestar en todas sus manifestaciones”**, así como que tampoco pretende atacar a ninguna otra profesión sanitaria, sino a los modelos teóricos que se aplican en la comprensión de la naturaleza de los trastornos mentales.

Se puede acceder a la Declaración de la División de Psicología Clínica de la BPS en el siguiente enlace:

[Position Statement on the Classification of Behaviour and Experience in Relation to Functional Psychiatric Diagnoses - Time for a Paradigm Shift](#)

11.5.- Infocop 24/5/2013

Los psiquiatras se suman a la abolición del DSM y el CIE y apoyan el modelo de rehabilitación en salud mental

Un amplio grupo de psiquiatras, liderados por el doctor S. Timimi, han enviado una petición formal al Colegio de Psiquiatras de Reino Unido en la que solicitan la abolición de los sistemas de clasificación diagnóstica, CIE y DSM. La petición se ha acompañado de una campaña de recogida de firmas en la plataforma [Change.org](#), que, en el momento de redactar este artículo, contaba con el apoyo de más de 1.000 firmantes en tan sólo dos días tras su lanzamiento. En declaraciones a los medios, S. Timimi ha afirmado que: *“El proyecto del DSM no se puede justificar, ni en sus principios teóricos ni en la práctica. Tiene que ser abandonado para que podamos encontrar formas más humanas y eficaces de responder a la angustia mental”*.

En el comunicado, titulado **“No más etiquetas diagnósticas”** (*No more psychiatric labels*), realizan una revisión exhaustiva de los motivos y de la evidencia científica en la que sustentan esta posición, estableciendo las siguientes conclusiones:

Los diagnósticos psiquiátricos **no son válidos**.

- El uso de los diagnósticos psiquiátricos **incrementa la estigmatización**.
- La utilización de diagnósticos psiquiátricos **no ayuda a la decisión sobre el tratamiento** a elegir.
- **El pronóstico a largo plazo** de los problemas de salud mental **ha empeorado**.
- Estos sistemas **imponen las creencias occidentales** sobre los

trastornos mentales en otras culturas.

- **Existen modelos alternativos**, basados en la evidencia, para proporcionar una **atención eficaz** en salud mental.

El escrito, supone una declaración sin tapujos, de lo que estos psiquiatras consideran acerca del quehacer de su trabajo y del futuro de la salud mental. **“La psiquiatría se encuentra atrapada en un callejón sin salida”**, aseguran en la introducción al texto. La recopilación de estudios científicos sobre epidemiología, las investigaciones transculturales y los ensayos clínicos de eficacia del tratamiento *“ponen de relieve hasta qué punto los datos son inconsistentes con el modelo médico dominante, basado en diagnósticos, y considerado como el paradigma organizativo de la práctica clínica”*. *“El uso continuado de los sistemas de clasificación diagnóstica para la realización de la investigación, la formación, la evaluación y el tratamiento de las personas con problemas de salud mental es incompatible con un enfoque basado en la evidencia, capaz de mejorar los resultados”*. Por tanto, *“ha llegado el momento de facilitar que la teoría y la práctica en salud mental superen este estancamiento, eliminando los sistemas de clasificación diagnóstica CIE y DSM”*.

En relación con la **etiología de los trastornos mentales**, el comunicado señala que **“el fracaso de la investigación científica básica para revelar cualquier disfunción biológica específica o cualquier marcador fisiológico o psicológico que sirva para identificar un determinado diagnóstico psiquiátrico es sobradamente reconocido”**. *“La única excepción importante a la falta de apoyo sobre la etiología de un diagnóstico es el trastorno por estrés postraumático, que atribuye los síntomas al resultado directo de un trauma”*. Además, **“existe un amplio cuerpo de evidencia que vincula los episodios psiquiátricos, considerados como más graves, como las alucinaciones auditivas y la psicosis, a situaciones de trauma y abuso, incluyendo el abuso sexual, el físico y el racial, la pobreza, el abandono y el estigma”**. Por este motivo, *“es importante tratar de comprender las experiencias psicóticas dentro del contexto de la historia de vida de la persona. No hacerlo puede resultar perjudicial porque empaña y añade confusión acerca de los orígenes de las experiencias y conductas problemáticas, teniendo la posibilidad de ser entendidas”*.

Los autores del texto se muestran preocupados ante la falta de validez de los sistemas de clasificación diagnóstica y manifiestan que **“el hecho de que la investigación científica básica no haya podido establecer ningún marcador biológico específico para ningún diagnóstico psiquiátrico, pone de manifiesto que los sistemas de clasificación actuales no comparten el mismo valor científico para pertenecer a las ciencias biológicas que el resto de la medicina”**. Sin embargo, afirma el comunicado, **“nuestra incapacidad para encontrar correlatos biológicos no debe ser vista como una debilidad. En lugar de empeñarnos en mantener un línea de investigación científica y clínicamente inútil, debemos entender este fracaso como una**

oportunidad para revisar el paradigma dominante en salud mental y desarrollar otro que se adapte mejor a la evidencia”.

A este respecto, el documento recoge los **estudios y meta-análisis que avalan la eficacia de determinadas intervenciones psicológicas**, así como las investigaciones sobre el **efecto placebo asociado a los psicofármacos**, afirmando que el modelo biologicista en enfermedad mental está obsoleto. El desequilibrio bioquímico en el que se basa el tratamiento farmacológico en salud mental, *“no se ha podido demostrar”*, según señala.

Asimismo, detallan **los graves perjuicios que puede suponer para las personas ser tratadas bajo la perspectiva biológica** (la estigmatización, la falta de búsqueda de las verdaderas causas del problema, la confianza ciega en la medicación...), así como **los riesgos y la falta de eficacia del tratamiento farmacológico**, citando las investigaciones, incluso realizadas por la Organización Mundial de la Salud, que evidencian, al comparar transculturalmente poblaciones de personas con trastorno mental que no habían recibido ningún tratamiento farmacológico con personas con trastorno mental que sí lo habían recibido, que *“los pacientes con trastorno mental, fuera de EE.UU. y Europa, presentan unas tasas de recaída significativamente más bajas y son significativamente más propensos a alcanzar una plena recuperación y menor grado de deterioro a largo plazo, aunque la mayoría haya tenido un acceso limitado o nulo a medicación antipsicótica”*.

“En resumen, parece que actualmente contamos con una evidencia sustancial que muestra que el diagnóstico en salud mental, como cualquier otro enfoque basado en la enfermedad, puede estar contribuyendo a empeorar el pronóstico de las personas diagnosticadas, más que a mejorarlo”, señala el documento. *“Por lo tanto, la única conclusión basada en la evidencia que se puede extraer es que los sistemas psiquiátricos diagnósticos formales, como el DSM y el CIE, deberían abolirse”*.

Como alternativa, el grupo de psiquiatras que ha elaborado el documento, **propone la implantación de nuevos paradigmas, basados en la evidencia**, *“que pueden ser desarrollados e implementados fácilmente”*, e instan a la colaboración y el debate conjunto con otros profesionales de la psicología, sociología, filosofía, medicina, etc. Concluyen su comunicado, enumerando los siguientes *“buenos puntos de partida”*, tanto en la búsqueda de factores causales como en la realización de la práctica clínica:

- **Etiología:** las investigaciones sobre la estrecha asociación entre situaciones traumáticas, sobre todo, en la infancia y adolescencia, y trastornos mentales como la psicosis, dan cuenta de que **los factores contextuales deben integrarse en la investigación**.
- **Práctica Clínica:** Si bien los resultados sobre la eficacia del tratamiento farmacológico no ha mejorado en 40 años de investigación,

existen otras alternativas, “*en áreas tan diversas como los **servicios de psicoterapia, los servicios comunitarios en salud mental, abuso de sustancias e intervención con parejas***”, que han incorporado el peso que juega la alianza terapéutica o el apoyo social en la eficacia de la intervención, mejorando la eficacia de los resultados. Determinados movimientos basados en un **enfoque de “recuperación” o “rehabilitación”, en vez de en un modelo de enfermedad y de clasificación diagnóstica**, así como los programas que defienden un modelo integrado de atención a la salud mental y física, “*son buenos ejemplos de cómo la evidencia puede incorporarse para facilitar un cambio de la cultura institucional*”.

En definitiva, el texto supone un **reconocimiento formal de las aportaciones y de la eficacia de las intervenciones psicológicas**, así como del paradigma biopsicosocial y del enfoque basado en la rehabilitación, que defiende esta rama de la ciencia. Lo insólito del documento, es que es un hito que esta afirmación esté siendo avalada por un grupo de psiquiatras, comprometidos con su profesión y preocupados por mejorar la atención que se presta en salud mental.

Se puede consultar el texto completo en el siguiente enlace:

[No more psychiatric labels](#)

Hasta aquí la información del infocop.

Ampliamos la información diciendo que la campaña internacional “**No more psychiatric Labels**” que propone abolir las clasificaciones internacionales DSM y CIE, ha sido impulsada por THE INTERNACIONAL CRITICAL PSYCHIATRY NETWORK (ICPN).

A su vez, esta Red Internacional de Psiquiatría Crítica ha sido creada por profesionales del ramo, como un foro para discutir, criticar y difundir opiniones, prácticas, literatura y eventos que apoyan el pensamiento crítico y los enfoques alternativos a la psiquiatría. Basándose en el trabajo de la Red de Psiquiatría Crítica (CPN) en Gran Bretaña, y motivado por una preocupación sobre el enfoque del movimiento “de la salud mental global” de los modelos occidentales de globalización de la psiquiatría, la ICPN desea considerar una mayor variedad de formas de pensar sobre la diferencia psíquica y el sufrimiento. Reconociendo que los modelos dominantes actuales (el modelo médico) para pensar en problemas psiquiátricos y ayudar a los enfermos, no son los únicos, el ICPN quiere contribuir a un intercambio de ideas que promuevan la práctica de forma más local significativa y eficaz.

Tal y como dice en su web www.criticalpsychiatry.net La Red Internacional de Psiquiatría Crítica (ICPN) se ha creado para apoyar el pensamiento crítico y los enfoques alternativos a la psiquiatría animándonos a la *crítica* y

la *curiosidad*.

La crítica exige un examen atento de los modelos dominantes de la psiquiatría, que se han solidificado en gran parte del mundo occidental y cada vez más en otros países de todo el mundo. Estos modelos dominantes tienen una cierta diversidad en su interior, pero tienden hacia una fuerte dependencia de las ciencias del cerebro y lo cognitivo, en la esperanza de lograr el valor y "verdades" culturalmente neutrales acerca de la vida psíquica. Una variedad de críticas desafían esta dependencia. El empirismo crítico utiliza las herramientas de la ciencia para examinar rigurosamente las pruebas y se encuentra a menudo con que los modelos dominantes en psiquiatría usan la ciencia de una manera descuidada y obrando a favor de los intereses de los grupos dominantes -en particular la industria farmacéutica- y sus partidarios transnacionales en el gobierno y la academia. Otros enfoques críticos como la 'deconstrucción' utilizan una serie de herramientas teóricas y filosóficas adicionales para salir de la ciencia habitual y poner en cuestión los supuestos fundadores de la teoría psiquiátrica dominante y su práctica.

La curiosidad es tan importante como la crítica. Si la crítica abre la puerta a alternativas, la curiosidad entra por esa puerta. La curiosidad utiliza un espíritu histórico y etnográfico postcolonial para explorar los modelos de la psiquiatría que han sido descuidados y eclipsados por los modelos dominantes.

En consonancia con el objetivo de evitar polémicas antipsiquiátricas, esta Red Internacional de Psiquiatría Crítica no idealiza ningún modelo alternativo en particular, ni tampoco (necesariamente) devalúa los modelos dominantes. Lo que postula es que una variedad de enfoques para la vida psíquica (y una variedad de combinaciones, de híbridos) puede tener valor y puede ser útil para las personas particulares en situaciones particulares. El objetivo no es determinar qué está bien o mejor para todos. El objetivo es ayudar a apoyar la creación y sostenibilidad de muchas opciones, y para ayudar a desarrollar las estructuras éticas de la atención clínica que apoyan y fomentan la diversidad de los contextos locales.

Los responsables más conocidos de esta red internacional son los psiquiatras:

[Pat Bracken](#)

[Duncan Double](#)

[Suman Fernando](#)

[Brad Lewis](#)

[Begum Maitra](#)

[Joanna Moncrieff](#)

[Simon Sobo](#)

[Derek Summerfield](#)

[Philip Thomas](#)

[Sami Timimi](#)

Esta red internacional tiene tres sedes: en Reino Unido, Australia y USA. La de Reino Unido se llama Critical Psychiatry Network (CPN) y se fundó en 1998. Su *website* es: www.criticalpsychiatry.co.uk

12.- Propuestas

Por la pluralidad de enfoques clínicos

Las múltiples prácticas y razones que mueven a distintas asociaciones y profesionales de la Salud Mental a denunciar la sujeción a la nomenclatura de las clasificaciones internacionales, quedan explicitadas en los diferentes manifiestos adjuntos y de los cuales hacemos una breve síntesis:

- Alertamos y denunciemos la progresiva imposición de las clasificaciones internacionales como método, no ya epidemiológico, sino de diagnóstico y encasillamiento de los individuos en los distintos “desórdenes mentales”, lo cual está comportando un deterioro, cada vez mayor, del abordaje clínico profesional con los pacientes, a cuya *salud e integridad*, como *sujetos con derechos*, deberían estar dirigidos todos los esfuerzos, por encima de cualquier otro tipo de interés.
- La inexistencia en las clasificaciones internacionales de un concepto positivo de *salud*, normalidad o maduración mental de los sujetos a la que remitirse, siendo que el desarrollo “normal” de los individuos queda delimitado negativamente en los márgenes de las múltiples perturbaciones que se van añadiendo, además de rebajar los ítems y el tiempo necesarios para incluirlos en alguna de las categorías de “enfermedades mentales”. La reducción del espacio para lo *sano* y su progresión propia es cada vez mayor.
- Los manuales de las clasificaciones internacionales están siendo utilizado por profesionales de distintos campos: administrativos, jurídicos, seguros privados y sociales, pedagógicos, etc., que desde la parcialidad de sus distintos intereses, y sin ese referente global del sujeto, encuadran, fijan y estigmatizan determinados comportamientos como un “desorden mental”.
- La pretendida objetividad científica de las clasificaciones internacionales está totalmente entredicho al basarse, como puntal fundamental, en el antiguo “principio de autoridad” como fórmula de validación, que obedece a un “consenso entre expertos” sesgadamente elegidos o propuestos para la tarea de categorizar “a discreción”. El hecho de que se utilice posteriormente la estadística como forma de comprobación de sus categorías no es una garantía suficiente, ya que son estos mismos “expertos” quienes definen lo que hay que medir, por tanto, lo que hay que buscar y también los márgenes dentro de los cuales la población entrará en esa clasificación establecida por ellos.
- Correlato de esta falta de definición epistémica son la diversidad de criterios respecto a las fuentes de verificación de las evidencias clasificatorias, pudiendo ser biológicas, comportamentales, ausencias, neurológicas, etc., lo que rebelaría una arbitrariedad en los criterios que utilizan en la investigación.

- Esa laxitud promueve y permite la intervención de grupos de presión, tanto de tipo mediático con intereses comerciales, y mucho más en una cultura y sistema donde “la oferta crea la demanda”, como en la industria farmacéutica, que ha visto en esa proliferación de trastornos mentales un filón económico con la elaboración de cada vez más psicótrópos adaptados a las supuestas nuevas patologías.
- Es así como en el reconocimiento y las subvenciones de las investigaciones quedan discriminatoriamente favorecidas todas las que obedecen a esa corriente de invención de nuevas clasificaciones y sus sustancias paliativas.

Por estas razones y estando a favor de la nosología y nosografía psíquicas elaboradas a partir de los datos clínicos directos, de manera independiente y en el respeto de la pluralidad de referencias, pedimos de manera urgente a nuestras autoridades sanitarias:

- El cese de la promoción a escala internacional del monopolio del DSM y el CIE, ya que está contraviniendo las leyes de la competencia y que impone su dictadura a cada vez un mayor número de clínicos e investigadores que sostienen otros criterios clínicos.
- La coexistencia de diversos sistemas referenciales nosológicos, sin que sea impuesto un modelo único para todos los usos.
- Que los organismos oficiales se abstengan de tomar partido respecto a un único manual y que se tome en consideración las distintas psicopatologías existentes y cuya garantía epistemológica viene dada por la consistencia de las teorías y prácticas subyacentes.
- Si se considerara necesario un intercambio de conceptos de salud mental entre las diferentes corrientes y sectores, tendría que garantizarse, en los niveles nacionales, la presencia en las comisiones de representantes de asociaciones de psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas, en igualdad numérica, debiéndose tomar las medidas oportunas que aseguren la independencia absoluta respecto a todo grupo de influencia, público o privado, y en particular de la industria farmacéutica.
- Permitir y potenciar la investigación y la enseñanza con una pluralidad de enfoques, terminologías y avances teóricos, apuntando a una formación clínica en profundidad, sin la atadura de una nomenclatura obligatoria cuyos términos obstaculizan las búsquedas y empobrecen las auténticas confrontaciones científicas.

- El cese de la instrumentalización de las categorizaciones diagnósticas por practicantes o colectivos que pretenden “terapias adaptativas” con fines de rendimientos económicos, políticos, laborales, escolares o sociales, priorizando los intereses sectoriales por encima de la consideración clínica, global y madurativa de los sujetos en cuestión.
- La vigilancia y protección de la indefensión en la que quedan los ciudadanos frente a la utilización que hacen los *mass-medias* de las categorías diagnósticas psicopatológicas como forma de ofertar un etiquetaje y su respectivo remedio psicotrópico. Se está potenciando la adicción a sustancias, la intolerancia a la frustración o problemas y la eliminación de la búsqueda de recursos propios del ser humano.
- Finalmente, y tal como se expresa en nuestro manifiesto a favor de una psicopatología clínica que no estadística, que se nos permita trabajar con criterios de diagnosis exclusivamente clínicos.

Barcelona, a 19 de febrero de 2014