



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TRABAJO FINAL DE GRADO

DSM-V, PSIQUIATRIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA.

Silvia Virginia Nogueira Corujo CI: 4.014.598-7

Tutor: Prof. Tit. Mag. Juan E. Fernández Romar

RESUMEN

En el mes de mayo de 2013 hizo su aparición el DSM-V, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales. Este último vino a sustituir a la anterior edición DSM-IV, el cual había venido siendo utilizado desde el año 2000. Rápidamente un grupo de investigadores españoles de Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco celebró al DSM como el principal referente bibliográfico en el campo de la salud mental a nivel mundial. No obstante, luego de sucesivas revisiones su validez ha empezado a ser firmemente cuestionada al plantearse que pese al consenso de uso alcanzado no se apoya en suficientes evidencias científicas.

El DSM-V se basa principalmente en un modelo médico categorial de enfermedad, que en el caso de los trastornos mentales -según algunos autores- presenta demasiadas limitaciones para la práctica clínica. Otros también han ido más allá y e incluso sostienen que este manual utiliza una metodología deficiente, psiquiatrizando la normalidad. En este artículo se realiza una revisión de las lecturas críticas más relevantes desarrolladas sobre este nuevo manual para intentar elucidar con mayor claridad la creciente psiquiatrización de la vida cotidiana que se verifica actualmente en el mundo.

Palabras clave: DSM-V, críticas, psiquiatrización.

ABSTRACT

In May of 2013 made its appearance the DSM-V, the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of mental illness. The last one came to replace the previous edition DSM-IV, which had been in use since year 2000. Quickly, a group of Spanish researchers from Faculty of Psychology at the University of País Vasco held at the DSM as the main bibliographic reference in the field of mental health at worldwide level. However, after successive revisions, its validity has started to be strongly questioned, regarding that despite the use consensus reached is not supported by sufficient scientific evidence.

The DSM-V is primarily based on a categorical medical model of disease, which in the case of mental disorders -according to some authors- presents too many limitations for clinical practice. Others have also gone beyond and even argue that this manual used poor methodology, psychiatrization of normality. In this article, we review the most relevant critical readings developed by this new manual to try to elucidate more clearly the growing psychiatrization of daily life that are currently verified in the world that we lived.

Keywords: DSM-V, criticisms, psychiatrization.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas diagnósticos utilizados tanto por servicios públicos como privados de salud mental de América Latina, Estados Unidos y Europa se apoyan principalmente en dos fuentes, el DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) elaborado por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) y en el CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por la Organización Mundial de la Salud (Doadrio, 2014).

El 18 de mayo de 2013, la APA publicó la quinta edición del Manual de Diagnóstico Psiquiátrico (DSM-V). Los psiquiatras colombianos Luis Fernando Muñoz y Luis Eduardo Jaramillo confirman que este manual llevó más de una década de investigación, con 13 grupos de trabajo, 6 grupos de estudio y más de 500 profesionales participando en cada uno de los mismos. Según el presidente del Task Force de la APA para el desarrollo y marketing del DSM-V, David Kupfer, este manual fue diseñado pensando en facilitar la actualización del conocimiento relevante que se acumula en neurociencia, ciencias cognitivas, genética, y en la práctica clínica (Muñoz & Jaramillo, 2015).

El psicólogo y médico neurólogo Josep Artigas Pallarés, y la doctora en psicopedagogía Isabel Paula Pérez (ambos españoles) introducen que, a partir del DSM-III, este manual diagnóstico no sólo ha llegado a configurar un lenguaje común, aceptado por la mayor parte de la comunidad científica, sino que también ha facilitado varios avances terapéuticos. Pero en contraposición al gran desarrollo alcanzado, han ido surgiendo algunos aspectos incógruos propios de este modelo (Pallarés & Pérez, 2015). La Dra. Aurora Adam de la Unidad Docente de Medicina Legal y Forense

de la Universidad de Valencia ha señalado que a partir de esta nueva edición del manual, no han dejado de aparecer críticas de diferente tipo y cuño dando una vuelta de tuerca al diagnóstico de las enfermedades mentales, con significativos cambios en la clasificación de las mismas (Adam, 2015).

Sin embargo, como afirma el psicoanalista argentino Hernán Scorofitz (2013), los motivos que despiertan los más variados repudios no son novedad si observamos la historia de rechazos que ha despertado el DSM desde su primera edición de 1952, cuando se proponían tan sólo la existencia de 106 trastornos a tener en cuenta. No debemos soslayar que en esta última edición, se incluyen aproximadamente 300 tipos de diagnóstico, en los que están incluidos el luto y la rebeldía en tanto nuevos disturbios emocionales a considerar (Vásquez, 2015).

En las observaciones formuladas por los investigadores españoles Enrique Esbec y Enrique Echeburúa “El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V: un análisis crítico”, podemos encontrar críticas que incluyen acusaciones de secretismo, conflictos de intereses, decepción sobre un cambio de paradigma prometido y preocupaciones acerca de la definición de trastorno mental (Esbec & Echeburúa, 2015).

El psiquiatra Juan Medrano por su parte ha destacado dos fuertes opositores a esta quinta edición, uno de ellos el Dr. Allen Frances, decano de la Facultad de Psiquiatría de la Universidad de Duke y uno de los padres de los DSM, y el otro es el Dr. Thomas Insel, director del Instituto de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés). Ambos participaron del proceso de revisión del DSM-V y antes de su finalización lo abandonaron ya que entendían que este nuevo manual abría un abanico enorme de

nuevos diagnósticos, lo cual desembocaría en una sobremedicación de miles de pacientes; así como en un mayor estigma social para éstos (Medrano, 2014).

En “Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-V”, reciente artículo de Allen Frances, se formuló una seria crítica durante el borrador de esta nueva edición, observando el modo en que se estaba trabajando en la nueva clasificación y denunciando la pobre e inconsistente redacción; la insensibilidad ante su posible mal uso como parámetro forense y los nuevos diagnósticos problemáticos (Hueso, 2011).

“Asignaturas pendientes del DSM-5” es el título del trabajo del psicólogo y médico especializado en neurología y pediatría Josep Artigas Pallarés y de la doctora en psicopedagogía Isabel Paula Pérez, ambos españoles, donde se menciona que teniendo en cuenta esta situación, dos semanas antes de la publicación del DSM-V, Thomas R. Insel (que como mencionamos anteriormente es el director del Instituto Nacional de Salud Mental, entidad que financia en Estados Unidos los proyectos de investigación más importantes en salud mental) declaró que no serían financiados los estudios basados exclusivamente en los criterios del DSM. A su vez agregó que la investigación debía reorientarse al margen de las categorías del DSM, teniendo en cuenta que un punto débil de este nuevo manual era la falta de validez de los diagnósticos, ya que estaban basados en el consenso sobre agrupaciones sintomáticas y no sobre pruebas biológicas objetivas (Pallarés & Pérez, 2015).

En su artículo “DSM-V ¿Qué modificaciones nos esperan?” de los psicólogos españoles Belén Martínez y Darío Rico encontramos otras críticas generales también realizadas antes de la publicación definitiva del DSM-V tales como la reducción de los umbrales diagnósticos para múltiples categorías de trastornos y la ampliación de

categorías diagnósticas que podrían llevar a un tratamiento farmacológico inadecuado (Martínez & Rico, 2013).

Por otra parte se ha indicado que el DSM-V aparece promoviendo la inclusión de muchas variantes normales bajo la rúbrica de enfermedad mental, con el resultado de que el concepto central de “trastorno mental” resulta enormemente indeterminado (Frances, 2010).

Complementariamente en “Aportaciones y limitaciones del DSM-V desde la Psicología Clínica”, presentado por las psicólogas clínicas españolas Marisol Cruz Sáez y Karmele Salaberria, y el catedrático Enrique Echeburúa se ha denunciado también que: “Las insuficiencias del DSM-V derivan del modelo médico de enfermedad mental. El sufrimiento humano es el resultado de una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que implica la necesidad de la formulación psicológica y el necesario conocimiento de las historias de vida de los pacientes (en lugar o además del diagnóstico psiquiátrico), es decir, de una evaluación y de un tratamiento psicológico individualizado, fundamentado en las terapias psicológicas basadas en la evidencia” (Echeburúa et al., 2014).

Por eso tal como afirma acertadamente la investigadora y filósofa Sandra Caponi, en el trabajo de Vásquez (2015), asistimos a una minimización de nuestra capacidad de reflexionar sobre nosotros mismos y ese determinismo restringe las posibilidades de crear estrategias más efectivas para dar respuesta a nuestros propios problemas.

PROPUESTA DEL DSM-V

En Martínez y Rico (2013) estos psicólogos valencianos señalan como aspecto positivo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), que es una clasificación de los trastornos mentales cuya finalidad es proporcionar descripciones de las categorías diagnósticas, para que clínicos e investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

El catedrático español en psicología clínica Bonifacio Sandín ha detallado algunas cuestiones procesuales de elaboración del DSM-V explicando que se llevó a cabo en varias etapas desde 1999. La primera se basó precisamente en una recopilación de notas técnicas sobre cuestiones a resolver, como la incorporación de los avances neurocientíficos en psicopatología y psiquiatría, la posibilidad de agregar criterios dimensionales a los trastornos, y la necesidad de delimitar las expresiones del trastorno en función del ciclo vital, el sexo y las características culturales (Sandín, 2013).

Martínez y Rico (2013) han reparado también en que según la American Psychiatric Association (APA), uno de los cambios más importantes de esta nueva versión ha consistido en la eliminación del sistema multiaxial y en la reorganización de los capítulos. No obstante, un grupo de investigación de Universidad Autónoma de Tamaulipas, México, no ha visto con buenos ojos este cambio ya que el modelo multiaxial tomaba en cuenta algunos aspectos críticos de la condición del paciente, los cuales eran evaluados a través ejes, que permitían una descripción desde una perspectiva biopsicosocial (García, Saldívar, Llanes, & Sánchez, 2011).

El trabajo del Dr. Arnaldo Cruz Rivera, psiquiatra de la Universidad de Puerto Rico, titulado “Cambios más importantes del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Trayectoria del DSM-IV TR al DSM-V” de Cruz (2014), permite observar en forma ordenada los cambios de mayor relevancia en esta nueva edición del Manual Diagnóstico:

- En tal sentido los diagnósticos que con anterioridad se encontraban ubicados en el capítulo de Trastornos de la infancia, niñez y adolescencia del DSM-IV TR ahora están integrados a través de todo el nuevo Manual. A su vez, se incorporan nuevos diagnósticos aplicables a niños y adolescentes.
- A su vez, el Trastorno de Comunicación Social pasa a estar caracterizado por la persistente dificultad para comunicarse de forma verbal y no verbal, hecho que no puede ser explicado por un nivel cognitivo bajo. Para establecer este diagnóstico hay que descartar primero el Trastorno de Espectro de Autismo, el cual implicaría además de los problemas de comunicación, los patrones de conducta repetitiva y restringida.
- El Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo es un patrón de arranques emotivos y rabietas incontrolables desproporcionadas en intensidad y duración a la situación que las provoca. Las rabietas deben ocurrir en un promedio de tres o más ocasiones a la semana por al menos un año de duración.
- El Trastorno de Juegos de Red Internet se relaciona a la preocupación compulsiva que algunas personas han desarrollado por los juegos en línea con la frecuente exclusión de participación en otras actividades de necesidad o intereses.

- En el DSM-V se llegó a un consenso científico que los cuatro trastornos que componían el diagnóstico de Autismo son actualmente diferentes en cuanto a los niveles de severidad de síntomas de una misma condición. En esta quinta edición se establece el Trastorno de Espectro de Autismo donde se consolida el Síndrome de Asperger (Autismo leve), el Desorden Desintegrativo de la Niñez, el Desorden Pervasivo del Desarrollo No especificado y el Síndrome de Rett. Para establecer un diagnóstico de Trastorno de Espectro de Autismo es necesario que estén presentes dos elementos: déficits en la comunicación e interacción social y patrones repetitivos de conductas, intereses y actividades.
- Lo que se conoció como la Retardación Mental en el DSM-IV TR, se llama ahora en el DSM-V Trastorno de Discapacidad Intelectual. El nuevo criterio diagnóstico enfatiza en la necesidad de una evaluación comprensiva tanto de la capacidad cognitiva (IQ) como del funcionamiento adaptativo. Con el DSM-V todos los trastornos mentales son considerados en un solo eje y con igual importancia clínica.
- Los Trastornos de Alimentación como Pica (ingerir persistentemente sustancias no nutritivas) y Rumiación (regurgitación de comida) previamente ubicados en el capítulo de Trastornos en infancia, niñez y adolescencia; ahora se encuentran en el capítulo de Trastornos de Alimentación. Actualmente estos diagnósticos no se circunscriben solamente a niños y adolescentes; por lo cual incorporan a los diagnósticos ya conocidos como la Anorexia y Bulimia Nervosa y el Trastorno de Evitación de Ingesta de Alimentos, el cual se caracteriza por la aparente pérdida de interés en comer y la comida.
- El Trastorno de Ansiedad por Separación y el Mutismo Selectivo ahora se clasifican como Trastornos de Ansiedad. En el caso del Trastorno de Ansiedad

por Separación se ha reportado que, no solo están presentes en niños y adolescentes, sino también en adultos a través del ciclo de vida.

- El capítulo titulado Trastornos de Conducta Disruptiva y Control de Impulsos es nuevo en el DSM-V (por ejemplo: el Trastorno Oposicional Desafiante y el Trastorno de Conducta, entre otros), y en la sección de Trastornos de Conducta No especificados (por ejemplo: Trastorno Explosivo Intermitente, Piromanía y Cleptomanía). Todos estos diagnósticos se caracterizan por dificultad en el manejo de emociones y limitado autocontrol. Por su cercana asociación con el Trastorno de Conducta, el Trastorno de Personalidad Antisocial está doblemente citado en este capítulo y en el de Trastornos de Personalidad.
- El capítulo del Espectro de Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos elimina los subtipos de Esquizofrenia tradicionalmente conocidos como Esquizofrenia tipo paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual. La razón para la eliminación de estos subtipos es que existe en las investigaciones de estos diagnósticos poca estabilidad de síntomas, baja confiabilidad y pobre validez donde no se exhiben patrones definidos de respuesta efectiva a intervenciones en un curso longitudinal.
- El antiguo capítulo del DSM-IV TR de Trastornos de Estado de Ánimo que incluía principalmente el Trastorno Bipolar y la Depresión Mayor desaparece como tal en el en el DSM-V. Ambos diagnósticos toman relevancia individual en nuevo manual. El Trastorno Bipolar continua con sus variaciones de Tipo I (maníaco), Tipo II (hipomanía o depresivo) y la Ciclotimia. Los Trastornos Depresivos incluyen el tradicional Trastorno Depresivo Mayor, con la salvedad de que un duelo no resuelto en dos semanas sería considerado ya como un estado depresivo (esta exclusión era enfatizada en el DSM-IV TR). De la misma

forma se mantiene el diagnóstico de Distimia, conocido ahora como Trastorno Depresivo Persistente. Se incluyen nuevos diagnósticos en el capítulo de Trastornos Depresivos tales como el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (discutido anteriormente) y el Trastorno Disfórico Premenstrual que se caracteriza por cambios abruptos y marcados en estado de ánimo, irritabilidad, coraje y sentimientos de desesperanza marcados. Estos síntomas deben impedir la ejecución laboral, educativa y actividades sociales usuales.

- En el DSM-V el capítulo de los Trastornos de Ansiedad ya no incluye el Trastorno Obsesivo Compulsivo (el cual se encuentra ahora en capítulo de Trastorno Obsesivo Compulsivo y trastornos relacionados), ni el Trastorno de Estrés Postraumático ni el Trastorno de Estrés Agudo (los cuales se incluyen en el capítulo de Trauma y trastornos relacionados al estrés). Una de las razones principales de la separación del Trastorno Obsesivo Compulsivo y el Trastorno de Estrés Postraumático es la alta prevalencia e incidencia que reflejan en la población general.
- El capítulo del DSM-V Trastorno Obsesivo Compulsivo y otros trastornos relacionados incluye nuevos diagnósticos. El Trastorno de Acumulación (hoarding) considera la persistente dificultad para deshacerse de posesiones de valor cuestionable que son acumulados hasta el momento en que posiblemente sean utilizados. La mera idea de deshacerse de estos artículos genera estados de tensión extremadamente marcados.
- El Trastorno de Excoriación (skin picking) se caracteriza por episodios de rascar o pellizcar la piel hasta el punto de lastimarse y sangrar, esto sin la intención de acto suicida. La Tricotillomania (hair pulling disorder) consiste en el continuo acto de arrancarse el pelo resultando en la pérdida del mismo. Todos estos nuevos

diagnósticos coinciden en que son causados por fuertes estresores que provocan dificultad en la ejecución social, ocupacional, y otras áreas de funcionamiento.

- El nuevo capítulo de Trauma y otros trastornos relacionados al estrés incluye diagnósticos como el Trastorno de Estrés Agudo el cual se caracteriza por la exposición a amenaza de muerte, lesión seria o violación sexual con síntomas de estado de ánimo depresivo, pensamientos y sueños intrusivos, disociación, evitación y extremo grado de alerta.
- El Trastorno Reactivo de Apego se define como un patrón consistente de inhibición y retraimiento hacia los cuidadores adultos manifestados por la dejadez del niño en buscar confort cuando se encuentra estresado. El Trastorno Social de Involucramiento Desinhibido se caracteriza por un patrón de conducta en el cual el niño se acerca e interactúa con adultos desconocidos de manera socialmente inapropiada. El Trastorno de Ajuste se refiere al desarrollo de síntomas emocionales y conductuales en respuesta a un estresor que ocurrió por lo menos hace tres meses.
- El capítulo del DSM-V de Trastornos Adictivos y relacionados a Sustancias se ha expandido a incluir el Trastorno por Juego de Apuestas (gambling). Este cambio refleja el aumento y consistente evidencia de que conductas, como el juego de apuestas, activan el sistema central neuronal de recompensa que se asemeja a los efectos del uso de drogas tradicionales. Otro elemento relevante en este capítulo es que no se hace distinción entre los diagnósticos de abuso y dependencia a sustancias. Se establecen los criterios para un Trastorno de Uso

de Sustancias, acompañado de del criterio de intoxicación, retirada, desorden inducido por sustancias o no especificado, según sea el caso.

- El capítulo de Trastornos Neurocognitivos incluye nuevas clasificaciones como Trastornos Neurocognitivos Mayores y Leves. Las Demencias, como la tipo Alzheimer, y el Trastorno Amnésico son considerados trastornos mayores. La nueva clasificación supone que los trastornos menores representan el diagnóstico de síndromes menos incapacitantes, que sin embargo, son preocupantes y requieren intervención.
- El capítulo de Trastorno de Personalidad se mantiene en el DSM-V con sus diez tipos de personalidad previamente establecidos: paranoide, esquizotípico, esquizoide, narcisista, evitante, antisocial, limítrofe, obsesivo-compulsivo, narcisista, dependiente e histriónico. Lo nuevo en la clasificación es que se establece un sistema categórico dimensional basado en los criterios de impedimento en el funcionamiento de la personalidad intra e interpersonal y, en cinco dominios de rasgos de personalidad patológicos. Los cinco dominios de rasgos patológicos incluyen la afectividad negativa, el desapego, antagonismo, desinhibición/ compulsividad y psicotismo. De estos cinco dominios de rasgos de personalidad surge la clasificación adicional de Trastorno de Personalidad Especificado por Rasgos que incluyen el tipo lábil, ansiogénico, depresivo, apático o afecto restringido, hostil u agresivo, sumiso e inseguro por separación.

CRÍTICAS AL NUEVO MANUAL DIAGNÓSTICO

En primer lugar, en relación a las falencias del DSM-V, un grupo formado por dos psicólogas y una licenciada en español y literatura de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), da cuenta que desde la existencia de los primeros manuales diagnósticos se ha llegado a una multiplicación interesante de desórdenes mentales y a una extrema reducción clasificatoria, que parecería estar más al servicio de intereses políticos, científicos y económicos que a los interés de los propios pacientes que sufren y que demandan ser ayudados, esto es ampliamente denunciado por Allen Francés (Echeverri, Londoño & Álvarez, 2011).

Un grupo de estudio español liderado por María León Sanromá (especialista en medicina familiar y comunitaria), presentó un artículo titulado “¿Nos pasamos al DSM-5? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas” el cual nos acerca nuevamente a Allen Frances, jefe del Grupo de Trabajo del DSM-IV, muy crítico como mencionamos anteriormente con esta quinta edición del DSM. Este último opina que esta quinta edición ha adquirido demasiada influencia en el mundo real con consecuencias socioeconómicas no deseables. Destaca que, como ya ha sucedido en el pasado, el cambio de un solo criterio diagnóstico de un Trastorno Mental puede llevar a cambios significativos en su prevalencia, número de evaluaciones, tratamientos y prescripciones realizadas, gastos para los pacientes, e ingresos de las compañías farmacéuticas y del sector privado de atención clínica e incluso se vincularía estrechamente con el estigma social de las personas diagnosticadas.

Siguiendo al mismo artículo, también Dr. Thomas Insel critica “que se considere al DSM la biblia de la psiquiatría cuando no es más que un diccionario que crea y reúne un

conjunto de etiquetas de enfermedades y la definición de cada una”. Por su parte, la sección de psicología clínica de la Asociación Británica de Psicología (British Psychological Society’s DCP) se opone a la aplicación del modelo biomédico para la comprensión de los trastornos mentales y propone realizar un cambio de paradigma hacia un sistema conceptual que no esté basado en un modelo de enfermedad sino en un modelo bio-psico-social, multifactorial, que reconozca la complejidad de las interacciones involucradas (León-Sanromá, Mínguez, Cerecedo, & Tréllez, 2014).

Como se ha venido mencionando las sucesivas ediciones del DSM no han hecho más que aumentar progresivamente y sospechosamente, por qué no, el número de categorías diagnósticas, de las cuales algunos ejemplos, teniendo en cuenta el trabajo titulado “Psiquiatrización de la vida cotidiana” del psicólogo español Andoni Anseán, presidente de la Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio (Anseán, 2013), son los siguientes:

- Síndrome de riesgo de psicosis. Para el Dr. Allen Frances, esta es la más preocupante de las propuestas del DSM-V, ya que podría someter a tratamiento antipsicótico a cientos de miles de adolescentes.
- Trastorno mixto ansioso-depresivo. Con síntomas inespecíficos altamente presentes en la sociedad, podría convertirse en un trastorno epidémico.
- Trastorno cognitivo leve. Con la misma inespecificidad, sus síntomas de desempeño cognitivo reducido estarían muy extendidos entre la población mayor de 50 años.
- Trastorno por atracones. Del que bastaría un atracón por semana durante tres meses para padecerlo.

- Trastorno disfuncional del genio con disforia. Sería una forma de psiquiatrizar los ataques de ira y, con ello, de desresponsabilizar judicialmente las consecuencias de sus conductas asociadas y someter el mal genio a tratamiento psicofarmacológico.
- Trastorno coercitivo parafílico. Ante la imposibilidad de poder distinguir las violaciones resultado de una parafilia de las que no, ya fue rechazado en el DSM-III-R (violación parafílica), y podría apartar del ámbito penal a delincuentes sexuales.
- Trastorno de hipersexualidad. Otra excusa para delincuentes sexuales y otro desastre forense.
- Adicciones conductuales. Puerta de atrás de innumerables tontos y dañinos diagnósticos (adicciones a las compras, al trabajo, a los videojuegos, etc.). De momento, incluye la adicción al juego.
- Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad. Elevar la edad requerida de 7 a 12 años, no requerir la presencia de discapacidad, reducir a la mitad los síntomas para su diagnóstico en adultos y permitir su diagnóstico en presencia de autismo contribuiría a aumentar sus tasas de incidencia y prevalencia, y el tratamiento con psicoestimulantes de muchos más niños y adultos.
- Trastorno de adicción. El DSM-V eliminaría la distinción entre el abuso y la dependencia de sustancias, con el riesgo de diagnosticar por arriba a consumidores puntuales.
- Trastorno del espectro autista. La consideración espectral del autismo supone la

integración en él del síndrome de Asperger, que lo colapsaría.

- Duelo. El DSM-V ya no excluiría el duelo del trastorno depresivo mayor, lo que, para muchos, supone la psiquiatrización de un proceso absolutamente normal (y necesario). Esta decisión ha recibido duras críticas, como las vertidas en un reciente editorial de Lancet, revista para la que significaría que sentimientos de profunda tristeza, falta de sueño, llanto, incapacidad para concentrarse, cansancio y falta de apetito, que se prolongan durante más de dos semanas después de la muerte de un ser querido, pueden ser diagnosticados como depresión.
- Pedohebefilia. Este trastorno es la ampliación del de pedofilia a la atracción hacia cuerpos con forma infantil, aunque excedan en algunos años al rango etario de la infancia. Al igual que ocurría con otros trastornos parafilicos, sirve en bandeja la psiquiatrización de conductas criminales no patológicas.

Respecto al sistema diagnóstico, surgen también variadas críticas al respecto. Por ejemplo:

- Eliminación de la significación clínica. La no significación clínica existente en otras ediciones permitía diferenciar el carácter patológico o no del trastorno. Su eliminación deja al clínico sin esta posibilidad.
- Supresión del sistema multiaxial, que privaría de la importante información que proporcionan los actuales eje III (afecciones médicas), eje IV (problemas psicosociales y ambientales) y eje V (evaluación de la actividad global).
- Múltiples cambios en la redacción de los criterios que, depende de cuál sea su

redacción final, puede dar lugar a interpretaciones incorrectas o interesadas.

- Valoraciones dimensionales. El DSM-V incorpora tres valoraciones dimensionales: severidad, comorbilidad y rasgos de personalidad. No obstante, parece no existir consenso respecto a cuáles son o cómo medirlas, además de suponer un sistema muy incómodo y poco útil para los clínicos y, por ello, desechado en versiones anteriores del DSM, especialmente la de severidad.
- Mediciones en síntomas cruzados. Como suplemento de los diagnósticos primarios, el DSM-V incluye una relación de síntomas que aparecen en distintos diagnósticos, demasiado voluminosa para ser útil.
- Puntuaciones dimensionales para la personalidad. Además de su difícil manejo para ser incorporados en la práctica clínica, supondrían también la eliminación de cinco trastornos de personalidad actuales: paranoico, narcisista, histriónico, dependiente y esquizoide.

En el trabajo presentado por la psicóloga Carmen Doadrio encontramos otra crítica significativa que se le atribuye al DSM-V y es que la comorbilidad es la norma y no la excepción. Por lo que ya casi no existen pacientes con un diagnóstico “puro”. Esto significa que muchos pacientes con un mismo diagnóstico presentan perfiles sintomáticos muy variados por lo que el establecimiento de un diagnóstico clínico no es siempre clarificador del tratamiento a seguir. Y al revés muchos síntomas son comunes a una gran variedad de trastornos mentales lo que podría llevar al sinsentido de que un mismo paciente se pueda encontrar diagnosticado de varios trastornos (Doadrio, 2014). Según la Dra. Aurora Adam en “Breve reflexión sobre la valoración forense de las enfermedades mentales y DSM-V”, además de tener en cuenta la lluvia incesante de

críticas desde muchos sectores de la psiquiatría clínica en referencia a las falencias del DSM-V, resulta interesante como la propia asociación autora, Asociación Psiquiátrica Americana (APA), se defiende en pro de ayudar a simplificar el diagnóstico y la investigación de estas dolencias (Adam, 2015).

Los responsables del DSM-V han hecho frente a todas estas críticas, argumentando que:

Todos los cambios se fundamentan en la evidencia empírica disponible. Que han contado con el asesoramiento de los diferentes expertos que componían los grupos de trabajo. Que se han estudiado todas las propuestas realizadas y que es su intención contar con un proceso de revisión constante (Martínez & Rico, 2013, p.11).

PSIQUIATRIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA

La psicóloga Alicia Stolkiner, diplomada en Salud Pública, docente en la Cátedra II de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de Buenos Aires, en su trabajo publicado “Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental” afirma que una de las características del DSM-V es la forma en que amplía la gama de procesos mórbidos por medio de dos recursos centrales: la “patologización de procesos vitales” y la utilización del concepto de “riesgo” como elemento diagnóstico de intervención (Stolkiner, 2013).

El grupo de psicólogos de la Universidad del País Vasco en Echeburúa et al. (2014) indican que además del aumento de los trastornos mentales, las demandas terapéuticas de la población han cambiado considerablemente en los últimos años.

Teniendo en cuenta que ahora se tiende a consultar, además de por los cuadros clínicos “tradicionales” (depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, adicciones, entre otros), por problemas “menores”, derivados de una mayor intolerancia al sufrimiento por parte de los pacientes. Estos problemas, que no constituyen propiamente trastornos mentales, reflejan una patología del sufrimiento o de la infelicidad, esto quiere decir, una situación de insatisfacción personal que no tiene en muchos casos una significación clínica. Según el DSM-V, estas demandas se diferencian de los trastornos mentales y se denominan como “Otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica” (Doadrio, 2014).

Todo esto contribuye al surgimiento de lo que se ha llamado “medicalización de la vida” según la psicóloga española Carmen Doadrio (2014), entendiéndose esta terminología como la extensión del consumo de los medicamentos y de la medicina en general a situaciones de la vida cotidiana no consideradas patológicas, como la vejez, la menopausia, las disfunciones sexuales, etc.

A partir de la publicación del Dr. Fernando Novoa, neurólogo infantil, entendemos por medicalización el proceso de convertir situaciones que han sido siempre consideradas como normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de relaciones interpersonales (Novoa, 2013).

En relación al término de medicalización, en el artículo español publicado por los médicos de familia María Elisa Morell Sixto y José Luis Quintana Gómez, y el médico pediatra Carmen Martínez González, entendemos que dicho término surge en los años setenta a raíz del trabajo “Némesis médica” de Iván Illyich, este último analiza los

límites de algunas enfermedades para aumentar la demanda de servicios médicos, productos y drogas sanitarias. Posteriormente, en los noventa, la periodista especializada en temas médicos Lynn Palmer trabaja el término Disease Mongering, describiendo cómo funciona la invención de enfermedades mediante la dilución de los límites de la normalidad hasta situaciones extremas, que las transforman en enfermedades susceptibles de ser tratadas y, consecuentemente, de incrementar el mercado de medicamentos: “tratar de convencer a gente sana de que está enferma y a gente levemente enferma de que está muy enferma es un gran negocio” (Morell, Martínez & Quintana, 2009).

El concepto Disease Mongering es un término anglosajón es difícil de traducir, pero engloba aspectos como venta, invención y fabricación de enfermedades. La traducción que más se ajusta podría ser la de "mercantilización de las enfermedades", refiriéndose a la idea de obtener beneficios económicos fomentando la conciencia de enfermedad y la necesidad de medicamentos para curarse (Morell et al., 2009).

Entendemos a partir del psiquiatra del Centro de Salud Mental de Salamanca, Alberto Ortiz Lobo, que todo este fenómeno de la medicalización alcanza su máximo exponente en el terreno de la salud mental. La repercusión social más importante de esta “psiquiatrización” o “psicologización” de la vida cotidiana es que se está extendiendo la creencia de que la gente no puede enfrentar las vicisitudes de la vida sin una asistencia profesionalizada, lo que genera en los individuos una actitud pasiva ante el sufrimiento (Ortiz, 2008).

El término “psiquiatrización” o “psicopatologización” se refiere al fenómeno de medicalización en el ámbito de la Salud Mental. Algunos autores afirman que la psiquiatría es “la especialidad perfecta para medicalizar la vida”. En esta disciplina los trastornos se consensuan según criterios que van cambiando a lo largo de las distintas ediciones de manuales diagnósticos como vimos anteriormente y se cuenta con una gran artillería farmacológica (Doadrio, 2014).

En el trabajo del Dr. Ortiz Lobo “Los profesionales de la salud mental y el tratamiento del malestar” se alude también a que los profesionales de la salud mental son los principales agentes de la psiquiatrización de la vida. La ampliación de los límites de las enfermedades mentales o la aparición de otras nuevas está respaldado por profesionales, solos o unidos en sociedades científicas y muchas veces financiados por la industria farmacéutica y empresas sanitarias. De esta forma se etiqueta de enfermos a personas con malestar que podemos considerar sanas y se les está sometiendo a tratamientos que conllevan indudables efectos adversos, tanto por el mismo proceso de etiquetado como “anormal” (Ortiz, 2008).

Los psicólogos clínicos españoles Ernesto López Méndez y Miguel Costa Cabanillas, mencionan que este poder del diagnóstico coloca a las personas diagnosticadas en una situación de indefensión y de pérdida de poder y de control sobre la propia vida, las convierte en “víctimas” de la supuesta enfermedad, lo cual tiene efectos negativos para la implicación en los procesos de cambio del paciente (López & Costa, 2012).

En Novoa (2013) se responsabiliza al origen de la medicalización a múltiples factores, existiendo diversas causas y actores implicados (sociedad, medios de comunicación,

industria farmacéutica, políticos, gestores y profesionales sanitarios), jugando también el sector sanitario un papel fundamental en dicho proceso.

En uno de sus artículos de crítica hacia esta quinta edición del Manual Diagnóstico, Frances deja soslayada una “alianza” de los autores de este nuevo texto con los pulpos farmacéuticos multinacionales con la intención de incrementar la cantidad de diagnósticos y la consecuente facturación de un punado de laboratorios (Scorofitz, 2013).

A partir de la publicación “Mercaderes en el Templo: hegemonía del paradigma bio-comercial en psiquiatría” del psiquiatra José García-Valdecasas Campelo y Amaia Vispe Astola enfermera especialista en Salud Mental, ambos del Servicio Canario de la Salud (España), queremos citar también una palabras de Loren R. Mosher, coeditor de un libro imprescindible titulado Modelos de Locura, en la carta de renuncia que dirigió a la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en 1998:

En este punto de la historia, en mi opinión, la psiquiatría ha sido completamente comprada por las empresas farmacéuticas. La APA no podría continuar sin las compañías farmacéuticas apoyando sus reuniones, simposios, talleres, publicidad en revistas, grandes rondas de almuerzos, becas educativas sin restricciones, etc., etc. Los psiquiatras se han convertido en los siervos de las promociones de las compañías farmacéuticas. La APA, por supuesto, mantiene que su independencia y su autonomía no se ven comprometidas en esta enmarañada situación. [...] Pareciera que hubiésemos olvidado un principio básico: la necesidad de estar orientados a la satisfacción del paciente/cliente/consumidor. Yo siempre recuerdo la sabiduría de Manfred

Bleuler: “Loren, nunca debes olvidar que eres el empleado de tu paciente”. Al final, ellos determinarán si la Psiquiatría sobrevive o no en el mercado de los servicios (García-Valdecasas & Vispe, 2010, p.328).

Siguiendo el mismo texto resulta interesante citar también unas palabras de quien fue neurólogo, psiquiatra y escritor español, Carlos Castilla del Pino:

La psiquiatrización de la sociedad está, en gran parte, promovida por las empresas farmacéuticas. Eso debe saberse. [...] hay una inflación de la enfermedad. Me dedico a la Psiquiatría desde hace sesenta y seis años y los llamados bipolares son lo que antes conocíamos por ciclotímicos, personas que pasan de la euforia a la depresión. Nunca se habían diagnosticado tantos casos como ahora, cualquiera es calificado de bipolar. Además, se ha introducido otro concepto peligrosísimo, que es el de la llamada “comorbilidad”, es decir, la coexistencia de dos enfermedades, aunque en la práctica es la coexistencia de dos síntomas [...] Las depresiones con tristeza inmotivada e inhibición son tan escasas como en la época en que no había bipolares y se diagnosticaba ciclotimia. Es otro abuso (García-Valdecasas & Vispe, 2010, p. 331).

En López y Costa (2012), los psicólogos clínicos españoles aluden a que la supuesta eficacia terapéutica de los psicofármacos está también incidiendo en la simplificación de la complejidad biográfica de los problemas psicológicos, en su caricaturización como un asunto de moléculas que no funcionan bien en el cerebro y en la reducción de la intervención profesional a “dar una pastilla sin más”. Si esto es una enfermedad y esto (una sangría, un psicofármaco) es un “tratamiento” que la “cura”, asunto resuelto. En este sentido, la quimera curativa de los psicofármacos se ve así reforzada porque

resulta funcional y confortable, tanto para los profesionales como para las personas tratadas farmacológicamente, para simplificar la explicación, el afrontamiento y la solución de los problemas vitales (“tan simple como tomarse una pastilla”). Por otra parte, los efectos farmacológicos desactivadores y tranquilizantes (sedación, somnolencia, retraso psicomotor, anhedonia, reducción de la reacción de atención, inhibición de las conductas de evitación) de los fármacos que bloquean la acción dopaminérgica podrían convertirse, al menos para los profesionales, en un poderoso reforzador que potencie la probabilidad y la frecuencia de la prescripción, la reafirmación de la hipótesis dopaminérgica y el enmascaramiento de los graves e irreversibles efectos colaterales del bloqueo neuroquímico.

Hacemos alusión a partir del trabajo de Talarn, Rigat y Carbonell (2011), un grupo de psicólogos de la Universidad de Barcelona Antoni Talarn, Anna Rigat y Xavier Carbonell, a que resulta importante tener en cuenta que necesitamos de la industria farmacéutica y consideramos que aporta grandes beneficios a la sanidad. Pero no por ello debemos validarla al 100%. Naturalmente no estamos sugiriendo que esta industria sea la causa de que la gente tenga problemas, sino que es causa de que los problemas que tiene la gente sean presentados como trastornos mentales –o de otro tipo–, de supuesta base biológica, remediable, precisamente, con algún tipo de medicación (González & Pérez, 2007).

Otro punto muy importante a tener en cuenta a partir de la publicación de Allen Frances “¿Somos todos enfermos mentales?”, es la definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Desde este lugar el concepto

de salud pierde valor ya que resulta inalcanzable prácticamente. ¿Quién puede definir qué es el “completo” bienestar físico, mental y social? ¿Está enfermo alguien por tener el cuerpo dolorido tras un trabajo duro, por estar triste tras una decepción, o por enfadarse con su familia? ¿Están los pobres intrínsecamente más enfermos por el hecho de disponer de menos recursos para lograr el completo bienestar exigido para tener “salud”? (Frances, 2014).

Siguiendo con esto último en el artículo “Etiquetas de enfermedad: todo un negocio” publicado por un grupo de profesionales españoles (médico de familia María Jesús Cerecedo Pérez, médico especialista en medicina familiar y comunitaria Margarita Tovar Bobo y la psicóloga Clínica Aurora Rozadilla Arias) damos cuenta que la OMS define la salud como algo más que la ausencia de enfermedad y la eleva al estado de bienestar absoluto, contribuyendo a la incorporación en el ámbito médico de nuevas situaciones y problemas. Estamos asistiendo a la generación de una dependencia de la medicina que incapacita a las personas para cuidarse a sí mismas y a una disminución de la tolerancia al sufrimiento y malestar (Cerecedo, Tovar & Rozadilla, 2013).

Por lo tanto, la concepción actual del binomio salud-enfermedad contribuye a la medicalización, ya que se están incluyendo aun con mayor frecuencia en el ámbito de la enfermedad situaciones que antes eran consideradas de otros ámbitos, como aspectos meramente estéticos, síntomas y signos inespecíficos, presencia de factores de riesgo, aspectos laborales o familiares, etc. (Doadrio, 2014).

CONCLUSIÓN

Parafraseando a la psicóloga Otomie Vale Nieves de Universidad de Puerto Rico, partimos desde una postura construccionista para abordar esta discusión, de manera que pueda aportar a la reflexión sobre la compleja trama que involucra en la contemporaneidad la puesta en circulación de dicha categoría (Vale, 2013).

Entendemos a partir de Sandín (2013) que el disponer de una clasificación de los trastornos mentales posibilita el uso de un lenguaje común entre los investigadores y terapeutas para describir la psicopatología, facilitando la replicación de trabajos de investigación, las acciones interdisciplinarias, la homologación de los tratamientos, los estudios epidemiológicos, y el análisis de la efectividad de las terapias basadas en la evidencia. Sin embargo, a pesar de los argumentos expuestos durante este artículo, existen otros bastante contundentes que invitan a tener una mirada crítica a los profesionales de salud mental, en el momento de hacer uso de los manuales, pero sobre todo en la manera en que su uso marca su ejercicio clínico (Echeverri et al., 2011).

En el trabajo de Echeburúa et al. (2014) se alude a algo que no se nos puede perder de vista y es que el abuso de los diagnósticos psiquiátricos o la ampliación de categorías diagnósticas recogida en el DSM-V, así como el requerimiento de umbrales diagnósticos menos exigentes para muchos trastornos, puede traer consigo la psicopatologización de algunos problemas de la vida cotidiana, la generación de pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos psiquiátricos y al uso generalizado e indiscriminado de la prescripción farmacológica (Boyle, 2013; Carlat, 2010).

Es importante siempre tener en cuenta que cada síntoma es singular para un sujeto, que tiene que ver con su subjetividad, a la particularidad de su historia, y que no puede homogenizarse ante un universal, sino que tiene que ser escuchado en su singularidad. Permitir que emerja su subjetividad donde el clínico debe descifrar en la experiencia lo que le pasa a ese sujeto (Echeverri et al., 2011).

En nuestra sociedad, teniendo en cuenta aun los avances en el estado de bienestar, muchas personas se sienten enfermas, trastornadas ante los vaivenes de la vida. La cotidianeidad tiene hoy día rango de enfermedad, muchas veces estamos hablando de enfermedad mental (Talarñ et al., 2011).

Lamentablemente, tal cual se menciona en Medrano (2014), la propia definición de salud de la OMS es tan maximalista que complementariamente cualquier malestar puede dar lugar a una valoración, si no de enfermedad, sí de indicación de intervención sanitaria.

El grupo de médicos y psicólogo españoles en Cerecedo et al. (2013) nos hacen reflexionar que no es posible ni ahora ni nunca que la medicina aporte un bienestar completo. El poder de la medicina ha hecho atractiva la idea de “medicalizar” como trabajamos anteriormente todos los aspectos de la vida que se pueden percibir como problemas médicos. Los malestares son parte de la vida misma, ya sea en un momento u otro, ¿todos estos malestares se deberían tratar? Teniendo en cuenta la nueva clasificación de Trastornos mentales (DSM-V) “Las etiquetas” quitan responsabilidad a quien la padece, pasando esta a ser del sistema sanitario ya que la etiqueta genera seguridad diagnóstica con la que el paciente y el profesional se sienten cómodos.

En el artículo publicado “Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos?” nos invitan a realizar una urgente reflexión colectiva sobre hacia dónde nos conduce el camino realizado hasta el momento, las consecuencias de la medicalización y qué podemos hacer los implicados para reconducir dicha situación. Es importante recuperar el discurso de la incertidumbre como parte de la vida, devolviendo los problemas sociales a la sociedad y los personales a las personas, teniendo siempre en mente que el paciente es experto en su vida y que darle protagonismo en la toma de decisiones es la solución de muchos de los problemas de salud (Carecedo, Tovar & Rozadilla, 2013).

El consumo, la tecno-ciencia y el individualismo, los tres sistemas a través de los cuales tratamos de alcanzar la felicidad en la actualidad, influyen en la forma en la que experimentamos las adversidades de la vida. Así como los medios de comunicación, la industria farmacéutica, los profesionales y los pacientes son los agentes implicados en lo que se ha dado en llamar la medicalización de la existencia, donde las personas muchas veces experimentan como enfermedades las contradicciones propias del sistema social (Talarn et al., 2011).

Nuevamente aclaramos, no se trata de demonizar a la industria ni a los médicos, sino de describir un estado de cosas. Creemos en una Salud Mental capaz de ponerse límites a sí misma y no pretender tratarlo todo, sabiendo que la normalidad, en la consulta, muchas veces no mejora sino se cronifica, y que si tratas a alguien sano como un enfermo, lo más probable es que acabe viéndose, sintiéndose y comportándose como un enfermo (García-Valdecasas & Vispe, 2010).

En consecuencia, teniendo en cuenta la publicación del psicólogo clínico del C.S.M. de Lorca (Murcia), Juan Domingo Martín Fernández, no extraña que el DSM-V no haya corregido en absoluto los errores y sesgos de sus antecesores, sino que haya incidido en el mismo método biologicista para llegar a mayores cotas de fachada estadística y arbitrariedad nosográfica, y de iatrogenia clínica y por ende también socio-cultural. Por tanto, el manual constituye al mismo tiempo una decepción. De ahí que algunas instituciones poderosas hayan avisado que van a dar la espalda al DSM-V, como la American Psychological Association (la APA de los psicólogos) o el National Institute of Mental Health (NIMH) en los Estados Unidos, el Consejo General de la Psicología en España y 50 organizaciones de salud mental de todo el mundo (Fernández, 2013).

A partir del artículo realizado por el grupo de médicos españoles, “Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades”, entendemos que:

Es un deber moral dar a conocer a los profesionales sanitarios este problema, para tomar conciencia de su magnitud y de lo que nos puede influir a la hora de etiquetar pacientes y prescribir. Los profesionales sanitarios debemos promover el autocuidado y la autonomía de los pacientes, evitando tratamientos médicos para procesos normales de la vida (Morell et al., 2009, p. 505).

Es de gran prioridad hacer una reflexión colectiva sobre hacia dónde nos conduce la ruta trazada hasta ahora, las consecuencias de la medicalización de la vida y sobre qué tenemos que hacer los distintos actores implicados para reconducir dicha situación (Novoa, 2013).

BIBLIOGRAFÍA

1. Adam, A. (2015). Breve reflexión sobre la valoración forense de las enfermedades mentales y DSM-5. *Gaceta internacional de ciencias forenses*, (15), 13-19.
2. Anseán, A. (2013). Psiquiatrización de la vida cotidiana. Disease mongering en salud mental. *Manual de gestión clínica y sanitaria en salud mental*, (1), 223-242.
3. Carecedo, M. J, Tovar M. & Rozadilla, A. (2013). Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos? *Atención Primaria*, 45(10), 536-540.
4. Cerecedo, M. J., Tovar, M. & Rozadilla, A. (2013). Medicalización de la vida. “Etiquetas de enfermedad: todo un negocio”. *Atención Primaria*, 45(8), 434-438.
5. Cruz, A. (2014). Cambios más importantes del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Trayectoria del DSM IV TR al DSM V. *Revista Conexio*, 3(1), 2-4.
6. Doadrio, C. (2014). *Medicalización, psiquiatrización y el tratamiento del malestar en Bioética* (trabajo para optar al grado de Master Universitario en Bioética). Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

7. Echeburúa E., Salaberría K. & Cruz-Sáez M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, (32), 65-74.
8. Echeverri, C., Londoño, L. & Álvarez, A. (2011). Implicaciones clínicas del uso de los manuales diagnósticos. *Revista Poiésis*, 11(21).
9. Esbec, E., & Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Esp Psiquiatr*, 43(5), 177-86.
10. Fernández, J. D. M. (2013). La (no) decepción del DSM-5. *Cuadernos de neuropsicología*, 7(1), 9-21.
11. Frances A. (2014). ¿Somos todos enfermos mentales? *Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría* (pp. 23-45). Barcelona: Ariel.
12. Frances, A. (2010). Preparémonos. Lo peor está por venir: el DSM-V, una pandemia de trastornos mentales. *Revista Topía*, 58.
13. García, G., Saldívar, A. H., Llanes, A. & Sánchez, I. G. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. *Retos y expectativas para el futuro. Salud mental*, 34(4), 367-378.

14. García-Valdecasas, J. & Vispe, A. (2010). Mercaderes en el Templo: hegemonía del paradigma bio-comercial en Psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(110), 321-341.
15. Hueso, H. (2011). Riesgo del síndrome de síntomas psicóticos atenuados en DSM-V. *Norte de Salud mental*, 9(39), 19-26.
16. León-Sanromá, M., Mínguez, J., Cerecedo, M. J. & Tréllez, J. (2014). ¿Nos pasamos al DSM-5? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas. *Atención Primaria*, 46(1), 4-5.
17. López, E. & Costa, M. (2012). Desvelar el secreto de los enigmas: Despatologizar la psicología clínica. *Papeles del psicólogo*, 33(3), 162-171.
18. Martínez, B. & Rico, D. (2013). DSM-5 ¿Qué modificaciones nos esperan?. *Boletín Digital UNIDIS*, 2. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/26331>
19. Medrano, J. (2014). DSM-5, un año después. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 655-662.
20. Morell, M. E., Martínez, C. & Quintana, J. L. (2009). Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Pediatría Atención*

Primaria, 11(43), 491-512.

21. Muñoz, L. F & Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111-121.
22. Novoa, F. (2013). Medicalización de la vida y el DSM 5. *Revista chilena de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia*, 23(2), 179-181.
23. Ortiz, A. (2008). Los profesionales de la salud mental y el tratamiento del malestar. *Revista Átopos*, 7, 26-34.
24. Pallarés, J. A. & Pérez, I. P. (2015). Asignaturas pendientes del DSM-5. *Revista de Neurología*, (60), 95-101.
25. Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.
26. Scorofitz, H. (2013). Reconversión capitalista mundial en salud mental. “Clasificar” y “medicalizar”: ¿único negocio?. *Hic Rhodus. Crisis capitalista, polémica y controversias*, (5), 65-77.
27. Stolkiner, A. I. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas

en salud mental. *Capítulo de libro en prensa*. Hugo Lerner (comp). Buenos Aires: Psicolibro.

28. Talarn, A., Rigat, A., & Carbonell, X. (2011). Los malestares psicológicos en la sociedad del bienestar. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, (29), 325-340.

29. Vale, O. (2013). El DSM como mecanismo de psicopatologización y regulación social: el caso de los niños/as en Puerto Rico. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*, 15(1), 21-32.

30. Vázquez, M. F. (2015). La biopolítica de los sufrimientos psíquicos. *Scientiae Studia*, 13(2), 459-469.