

## **DiseaSe Mongering? : USOS I ABUSOS DEL DSM**

Jordi Marfà Vallverdú

*Psiquiatre-psicoanalista. Director dels CSMA 1 i 2 de Badalona IMSP*

El present article pretén assenyalar una situació que ha esdevingut progressivament perillosa en els darrers temps. Perillosa per a l'economia dels sistemes sanitaris públics i perillosa per a la salut. Implica el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), conegut com D.S.M., i la seva utilització inadequada, facilitada per la seva estructura i continguts.

(Una part d'aquest text es va presentar per l'autor i altres companys en la Jornada del CEA de la FCCSM (Fundació Congrés Català de Salut Mental) "La vida diagnosticada", el desembre de 2011).

### **Inicis**

La primera edició del DSM o DSM-I va aparèixer l'any 1952. Tant aquesta versió com la segona van passar totalment inadvertides fora dels EEUU. El DSM-III, però, va irrompre en el món de la psiquiatria a Catalunya poc després de la seva edició, l'any 1980. Fins llavors, els professionals en formació es nodrien de les diferents fonts de la psicopatologia a les que tenien accés. En primer lloc, l'escola francesa, representada per Henry Ey, que era l'hereu natural dels grans psicopatòlegs francesos, de Clérambault a Capgras. En segon i tercer lloc, l'escola germànica i anglosaxona, i en darrer lloc, l'escola americana, producte simplificat de les dues anteriors.

Amb un progressiu desplegament de medis "propagandístics", venia a oferir-se com un "manual ateorètic" que resolvia les enutjoses complicacions que sorgien de les diferents teories explicatives dels trastorns mentals (psicoanalítica, sistèmica, conductista i altres), i simplificava les condicions per fer estudis epidemiològics i d'altres tipus, per mitjà del consens i de la "categorització per la descripció". Cada diagnòstic tenia un llistat de símptomes i se n'havia de tenir una quantitat determinada.

La veritat és que no se li va donar massa importància. Era una nova "simplificació" americana que podia ser útil en aspectes relativament marginals. També hi havia altres intents "racionalitzadors", criteris de consens diversos, etc.

Però ben aviat es va fer palès que el "llançament" del DSM-III era de gran envergadura. El manual en versió adaptada al castellà i també en versió abreujada "de butxaca" van arribar ràpidament a tothom, gràcies a les farmacèutiques. I el seu ús administratiu va començar a despuntar. Es prenia com una "codificació" dels trastorns que simplificava procediments. La primera conseqüència va ser que el diagnòstic de trastorn de personalitat,

que tenia un eix diferent i podia coexistir amb altres diagnòstics, va iniciar la seva pròpia “epidèmia”.

### **El mal ús clínic i administratiu**

Tot i els advertiments (en “lletra petita”) de que el manual no s'utilitzi com un “receptari de cuina”, és a dir, per part de persones que no estiguin ben formades, la veritat és que no és així. En un terreny tan complex, ampli i de gran fondària com és la ment humana, la simplificació constitueix una gran temptació. No s'ha d'oblidar que la formació en psicopatologia i en tots els elements de l'acte diagnòstic en salut mental és també complexa i necessàriament de gran fondària. Potser no tots els professionals en formació estan disposats a passar per aquí, i volen una drecera. O potser són els formadors els que la utilitzen. Sigui com sigui, l'ús diagnòstic del DSM s'assemblaria a utilitzar taquigrafia abans de saber escriure.

El fet de que s'anés generalitzant el seu ús administratiu va començar a obrir interrogants. Era un número, un “codi” que es posava al final d'un procés (al donar un alta o informar a alguna institució o un altre servei), i hom s'adonava que es podien fer variacions en les inclusions en categories, en la seva gravetat, en la comorbiditat, etc. Els compartiments eren tan poc estancs que gairebé es podia posar un diagnòstic “a gust del consumidor”. Un o més d'un. De fet, els DSM han passat de 106 diagnòstics al DSM-I (1952) a 297 al DSM-IV (1994). És a dir, 191 diagnòstics més.

El mal ús o abús està servit. Sigui per obtenir alguna mena de prestació de l'Administració, o per aconseguir algun tipus de disminució de responsabilitat en l'àmbit judicial, la gran inespecificitat de les categories diagnòstiques dels DSM ho permet. I les conseqüències negatives també estan servides.

### **DSM i “Disease mongering”**

En un primer moment corria el rumor que el DSM havia sorgit dels requeriments de les mútues americanes per tipificar i quantificar els pagaments dels serveis de salut mental. Com hem vist, el DSM permet usos i abusos administratius, en aquest cas (el de les mútues americanes) per ambdues parts.

Però és en el terreny de la indústria farmacèutica, especialment des de l'any 1992 (Llei de patents del medicament), que el mal ús comercial esdevé una autèntica pandèmia.

La consideració del medicament com a bé de consum, enlloc de bé social o de servei, permet que tota la maquinària industrial que persegueix el màxim benefici econòmic per a l'empresa es posi en funcionament. Lluny de fomentar el desenvolupament i la innovació, teòrics motors de la llei, s'ha fomentat la recerca indiscriminada i sovint fraudulenta del benefici econòmic.

Segons el NEJM (1993), “*Conflicte d'interessos* és un conjunt de condicions en les que un interès primordial tendeix a estar indegudament influenciat per un interès secundari”. En el cas d'una actuació mèdica, és indubtable que l'interès primordial és la salut del pacient. També sembla indubtable que pot entrar en conflicte amb diversos interessos secundaris, propiciats de manera més o menys intensa, per la indústria. Aquí cal recordar que l'Agència

Europea del Medicament depèn de la Direcció General d'Indústria, no de la Direcció General de Salut Pública.

El conflicte d'interessos bàsic en sanitat, que senyala que el benefici de la persona malalta ha de ser prioritari sobre qualsevol altre, es veu així invertit, o millor dit, pervertit. Amb unes greus conseqüències, com ja s'ha dit, tant per a l'economia dels sistemes sanitaris com, especialment, per a la salut.

### **La construcció industrial de la malaltia**

L'argument és molt simple: la invenció pura ("descobriments") de malalties i l'eixamplament arbitrari dels límits de les malalties existents, augmenta exponencialment el número de "clients" per als diferents medicaments.

Per si algú no té molt clar a què m'estic referint, faré una ràpida mirada als aspectes més rellevants, segons explica Ray Moynihan:

#### **SISTEMES DE FABRICACIÓ DE MALALTIES ("DISEASE MONGERING")**

Més enllà de la "medicalització" es descriu la "creació/tràfic de malalties", una invisible i no regulada temptativa de canviar la percepció pública de la salut i la malaltia, ampliant les fronteres de la malaltia tractable per expandir el mercat de nous productes farmacèutics i sanitaris.

- Convertir problemes personals o socials en malalties

Fòbia social...

- Convertir processos ordinaris de la vida o xacres en problemes mèdics

Ser calb, menopausa, andropausa, *jet-lag*...

- Presentar símptomes lleus com a manifestació de malalties severes

Còlon irritable, síndrome disfòric menstrual...

- Presentar un risc com una malaltia

Densitat òssia, colesterol, hipertensió...

- Maximitzar la prevalença estimada d'una malaltia

Disfunció erèctil, depressió...

#### **SISTEMES DIVERSOS D'AUGMENT DE BENEFICIS DE LA INDÚSTRIA QUE NO SIGNIFIQUEN CAP MILLORA DE SALUT**

- Plets rutinaris per a la perllongació de patents

- Utilització com a novetat de: “formes galèniques” diferents. Metabolits i estereoisòmers (els fàrmacs “Me too”)
- Desabastiments temporals de fàrmacs de provada eficàcia, però barats
- Tècniques de màrqueting. Creació de “blockbusters”, compra de líders d’opinió, publicitat enganyosa, cosmètica estadística, assaigs clínics parcials... Ex: el colesterol en sang, que no és una malaltia sinó un factor de risc, ha anat baixant els límits del que es considera perillós. A cada baixada, el nombre de candidats als medicaments anticolsterol ha augmentat per desenes de milions.

Si això passa amb paràmetres “objectius”, què pot passar amb paràmetres, símptomes, expressions de patiment, etc. de l’àmbit mental?

### **Els successius DSM**

Si la situació ja era difícil amb els DSM-III i IV, hem d’anar-nos preparant per al DSM-V, que s’espera surti l’any 2013, tot i que l’allau de crítiques que ha generat fa pensar que potser es retardarà.

El 56% dels membres de les comissions per redactar el DSM-IV tenien lligams amb la indústria farmacèutica. I en les comissions sobre trastorns afectius i psicosis (problemes crònics en què el tractament farmacològic és important) el percentatge dels lligams era del 100% (Cosgrove et al. 2006).

El propi Allen Frances, que va ser el cap del grup de treball del DSM-IV, alerta del alt risc d’utilització mercantil de molts dels suggeriments dels experts que treballen en el DSM-V. En les seves paraules:

“En termes de contingut, són més preocupants els molts suggeriments amb els que el DSM-V podria incrementar dramàticament les quantitats de trastorns mentals. Això apareix de dues maneres:

1<sup>a</sup> - Nous diagnòstics que podrien ser extremadament comuns en la població general (especialment després del màrqueting d’una sempre alerta indústria farmacèutica).

2<sup>a</sup> - Llíndars diagnòstics més baixos per a molts trastorns existents.

El DSM V podria crear desenes de milions de nous pacients mal identificats, “falsos positius”, augmentant així en un grau molt alt els problemes causats per un ja massa inclúsiu DSM-IV. Hi hauria excessius tractaments massius amb medicacions innecessàries, cares i sovint bastant perjudicials. El DSM-V promou el que més hem temut: la inclusió de moltes variants normals sota la condició de malaltia mental, amb el resultat que el concepte central de “trastorn mental” resulta extremadament indeterminat.”

L’article, publicat al “Psychiatric Times” a l’abril de 2010, segueix amb exemples que il·lustren el que ha dit. Com a nous diagnòstics: el síndrome de risc de psicosi (entre els més perillosos), i també el trastorn mixt d’ansietat depressiva, el trastorn cognitiu menor, el trastorn disfuncional del caràcter amb disfòria, i d’altres.

I entre els llindars més baixos, destaquen: el trastorn per dèficit d'atenció, amb o sense hiperactivitat, el trastorn d'addicció, el d'espectre d'autisme i la medicalització del dol normal.

Encara que una mica tard, doncs els anteriors DSM generaven problemes similars, aquesta crítica –i la d'altres “autoritats” en psiquiatria, que han defensat en el passat posicions properes a les ara criticades (Spitzer i en cert sentit Berrios)–, mostra clarament com la “criatura” DSM s'està convertint en un veritable monstre, fins i tot a ulls dels seus creadors. I no és un monstre retòric sinó un monstre que pot provocar moltes víctimes.

Cal una nova referència a l'efecte “ateorètic”, que, lligat al mal ús clínic ja descrit i al reduccionisme “biomèdic”, defensat aferrissada i interessadament per tota la formació vinculada amb la indústria, genera un empobriment clínic molt sever. Seguint així, arribarem aviat a fer realitat l'aforisme “a cada diagnòstic, una pastilla” (*a pill for every ill*).

### Per acabar...

Hauríem de poder reflexionar sobre tot el que hem perdut, les fonts de la psicopatologia, l'experiència de la vivència emocional subjectiva del pacient, el rigor diagnòstic enlloc de la precipitació... En aquests temps difícils en què la paraula *crisi* ocupa quasi tots els àmbits mediàtics, polítics i econòmics, ens convé molt poder destriar bé les diferents raons, causes i conseqüències dels mals que afecten la nostra salut.

I ens cal recordar novament els principis de la bioètica, especialment el primer: “Primum non nocere” o no maleficència, que degudament combinat amb un bon discerniment en cada conflicte d'interessos, permet sens dubte avançar en la bona direcció. Però per poder fer això, que és el nucli de la bona praxi clínic, és necessari haver-se format molt acuradament en les disciplines clíniques, obtenir quan sigui precis una bona supervisió i també poder compartir amb els companys els dubtes, reflexions i conflictes que constantment es fan presents en l'acte clínic, en el que cal preservar l'interès prioritari del bé del pacient. Impulsar la presència d'aquest àmbit (i hàbit) deliberatiu i reflexiu en el si de tots els serveis clínics i equips de professionals, és una de les fites més importants que ens hem de plantejar aconseguir en aquests propers anys.

“No és el meu interès el que serveix de guia al meu honor, sinó el meu honor el que dirigeix al meu interès”

*William Shakespeare*

### BIBLIOGRAFIA

- L. Cosgrove et al. “Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry”, *Psychotherapy and Psychosomatics* 2006; 75:154-60
- Moynihan R. “Smith R. Too much medicine?”, *BMJ* 2002 Apr13; 324 (7342):859-60
- Moynihan R., Heath I. and Henry D. “Selling sickness; the pharmaceutical industry and disease mongering”, *BMJ* 2002; 324: 886-91

Double D. "The limits of psychiatry", *BMJ* 2002 Apr 13;324 (7342) :859-60

Wolinsky H. "Disease mongering and drug marketing. Does the pharmaceutical industry manufacture diseases as well as drugs?" *EMBO Rep.* 2005 Jul;6(7):612-4

Blech J. *Los inventores de enfermedades*, Ed. Destino, Barcelona 2005

Pérez M. González H. *La invención de los trastornos mentales*, Alianza Ed., Madrid 2007

Jara M. *Traficantes de salud*, Icaria editorial, Barcelona 2007

Fava G.A. "Financial conflicts of interest in psychiatry", *World Psychiatry* 2007; 6:19-24

Frances A. Abriendo la caja de Pandora, las 19 peores sugerencias del DSM V (trad. G. Vulpara; "Opening Pandora's Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5", *Psychiatric Times* 2010 Feb. 11)