



**TODO TIENE UN PRINCIPIO... Y EN EL PRINCIPIO FUE EL DSM-III. EL  
DESBLOQUEO EPISTEMOLÓGICO Y TECNOLÓGICO DE LA PSIQUIATRÍA  
BIOLÓGICA ESTADOUNIDENSE /  
EVERYTHING HAS A BEGINNING... AND THE BEGINNING IT WAS THE DSM-III.  
THE EPISTEMOLOGICAL AND TECHNOLOGICAL UNLOCKING OF BIOLOGICAL  
PSYCHIATRY IN THE US**

Eugenia BIANCHI (\*)

**Resumen:** El artículo propone una doble tarea. Por una parte, exponer algunas tensiones discursivas y prácticas entre saberes sobre la salud mental a lo largo de las distintas versiones publicadas del DSM, y por otra, fundamentar en la III versión las condiciones de posibilidad para la emergencia de una concepción específica de padecimiento mental, el trastorno mental. En esta versión se produce el desbloqueo tanto epistemológico-filosófico como tecnológico, que sienta las bases para el giro del manual hacia la psiquiatría biológica que se consolidó en versiones subsiguientes, y nutre las controversias que hoy persisten, se multiplican y reactualizan. Se utilizaron métodos analítico-interpretativos para el procesamiento y análisis de datos primarios y secundarios, incluyendo tanto la totalidad de las versiones del DSM, como la revisión bibliográfica especializada.

**Palabras Clave:** DSM, Psiquiatría, Epistemología, Tecnología, Michel Foucault.

**Abstract:** This article has a double goal; on the one hand it seeks to expose some tensions at the levels of both discourse and practice between different forms of knowledge about mental health emerging through the different versions of the DSM. On the other hand, it aims at showing that the 3<sup>rd</sup> edition of the DSM generated conditions of possibility for the emergence of a specific idea of mental health. That particular version of the DSM made possible an epistemological and technological unblocking that turned successive editions towards biological psychiatry.

**Keywords:** DSM, Psychiatry, Epistemology, Technology, Michel Foucault.

Recibido: 11 de noviembre 2013 / Aceptado: 23 de enero de 2013.

(\*) Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Becaria CONICET. Correo electrónico: [eugenia.bianchi@yahoo.com.ar](mailto:eugenia.bianchi@yahoo.com.ar)



## Introducción

El manual DSM (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*) publicado por la APA (*American Psychiatric Association*) constituye en la actualidad un instrumento que incide de modo insoslayable en las nosografías y estructuras clasificatorias a las que remiten los saberes de la salud mental, aunque tal incidencia no se encuentra exenta de conflictos, tensiones y críticas. Desde enfoques tan distanciados en otros aspectos, como el psicoanálisis y las neurociencias cognitivas, pasando por la misma psiquiatría biológica, el DSM es considerado un manual con severas fragilidades y deficiencias en su conformación. Un concepto clave en estas conflictividades es el de 'trastorno mental', noción descripta en el manual, en su III versión de 1980. Esta versión se mantuvo prácticamente sin cambios en las versiones subsiguientes del manual, tanto la revisión de 1987 (DSM-III-R), como en la IV versión de 1994 (DSM-IV) y su texto revisado en 2000 (DSM-IV-TR).

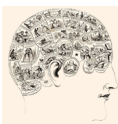
La publicación en Estados Unidos del DSM-5<sup>1</sup>, en mayo de este año (2014), supone una reactualización de las controversias, a la luz de la incorporación, tanto de nuevas nomenclaturas como -más ampliamente- de nuevos criterios diagnósticos. Algunas cuestiones del diseño y organización que se modifican en el DSM-5 son: la reducción de los subtipos "no especificados" de trastornos; la clasificación dimensional y su mixtura con el paradigma categorial, centrando la definición del trastorno en la intensidad de su expresión, y no en presencia o ausencia de síntomas (con la consecuente multiplicación de comorbilidades); la desaparición o reagrupamiento de categorías diagnósticas poco precisas, y la definición de síndromes de riesgo (manifestaciones leves o *mild*) para prevenir trastornos graves que pueden desarrollarse en la adultez si no son detectados.

En Argentina, los debates propiciados por diversos profesionales, instituciones y asociaciones tienen en el DSM un punto de anclaje fundamental. De hecho, desde 2011

Argentina participa de la campaña mundial "STOP DSM", llevada a cabo en España, Portugal, Francia y Brasil, a la que han suscripto profesionales a través del "Manifiesto Buenos Aires". En el III Simposio Internacional sobre Patologización de la infancia, "Problemas e intervenciones en la clínica y en las aulas", realizado en junio de 2011 en la Ciudad de Buenos Aires, fue presentado el Manifiesto "Por un abordaje subjetivante del sufrimiento psíquico en niños y

---

<sup>1</sup> Hasta la IV-TR, las versiones llevaban números romanos; la sustitución por numeración arábiga en la quinta versión obedece a facilitar la inclusión de revisiones, al estilo de los programas informáticos, con códigos como 5.1, 5.2, etc.



adolescentes-No al DSM". En el simposio, además, se señaló que la utilización del DSM para el diagnóstico de patologías mentales en niños constituye una violación a la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657), y que contraviene la Convención Internacional de los Derechos del Niño (N° 23.849). La presentación del Manifiesto fue acompañada por la proyección de un video, "STOP DSM", que tiene a la fecha más de 33.500 visitas en [www.youtube.com](http://www.youtube.com). En el documento se toma posición frente a lo que los profesionales de la salud y de la educación, nucleados en el Forum Infancias (ex Forumadd), denominan -desde la defensa del derecho a la salud y a la salud mental- como patologización y medicalización de la sociedad, con especial atención en los niños y adolescentes.

En la actualidad, los saberes volcados en el DSM para establecer criterios diagnósticos, congregados en torno al concepto de trastorno mental, distan taxativa y explícitamente del discurso psicoanalítico. Estas disputas tienen, empero, una circunscripción histórica que no se remonta más allá de la década de 1980. Diversos trabajos señalan que, con anterioridad, los criterios diagnósticos del DSM abrevaban en el andamiaje teórico-conceptual y clínico del saber psicodinámico.

Como un aporte a la reflexión acerca de los conflictos que se suscitan, en especial de cara al pronto arribo del DSM-5 en castellano y a la publicación de la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, de la Organización Mundial de la Salud), este escrito se propone una doble tarea. Por una parte, dar cuenta de algunas tensiones discursivas y prácticas entre saberes sobre la salud mental a lo largo de las distintas versiones del manual, y por otra, fundamentar en la III versión las condiciones de posibilidad para la emergencia de una concepción específica de padecimiento mental: el trastorno mental. En esta versión se produce el desbloqueo tanto epistemológico-filosófico, como tecnológico, que sienta las bases para el giro del manual hacia la psiquiatría biológica, que se consolidó en versiones subsiguientes, y nutre las controversias que hoy persisten, se multiplican y reactualizan.

### **1. La psiquiatría estadounidense previa al DSM. Censos, estadísticas e higiene mental:**

Gaines (1992) señala que en las década de 1920 y 1930, la situación respecto de la clasificación de enfermedades mentales en Estados Unidos era caótica. Cada centro de enseñanza empleaba un sistema clasificatorio propio, que respondía a necesidades inmediatas de la institución local. El localismo de las nosologías las convertía en altamente susceptibles a las diferencias culturales de cada región. No obstante, los psiquiatras necesitaban un estándar



para la comunicación entre centros y profesionales, y para el relevamiento de estadísticas médico-psiquiátricas. Fue el trabajo de estandarización de las nosologías militares el que eventualmente condujo al desarrollo y la diseminación del DSM-I, cuya publicación en 1952 surge, según Grob (1991), por este interés socio-estadístico y no por una necesidad de sistematización clasificatoria.

De hecho, la psiquiatría estadounidense del siglo XIX no tenía interés particular en la elaboración de nosologías que sistematizaran las enfermedades mentales (Grob 1991; Young 1995). La salud se entendía como la resultante armónica de un balance simbiótico entre naturaleza, sociedad e individuo. La enfermedad mental no se diferenciaba de otras enfermedades físicas, y acontecía cuando falsas impresiones se transferían a la mente a través del cerebro u otros órganos sensoriales dañados. Paralelamente, desde la psiquiatría estadounidense se sostenía que las enfermedades mentales se precipitaban por la combinación de factores etiológicos de tipo psicológico o medioambiental, sumados a una constitución o predisposición individual. Como no podía demostrarse la relación entre cambios anatómicos y comportamientos, la identificación de los trastornos mentales procedía por observación de signos externos y síntomas. Inferir la patología de síntomas generaba problemas intelectuales y científicos, pero pocos cuestionaban este abordaje. Los sistemas clasificatorios basados en síntomas terminaban por reforzar el desinterés de los psiquiatras en las nosologías.

No obstante, esta desaprensión hacia las clasificaciones no suponía una despreocupación por el diagnóstico. Por el contrario, había un reconocimiento de la importancia de la clasificación e incluso se generaban ásperos debates acerca de la validez de algunas categorías tales como 'insania moral' o 'locura homicida'. Las nosologías tendían a ser generales y fluidas, y las apreciaciones acerca de los pacientes expresaban elecciones pragmáticas que tenían escasas consecuencias prácticas.

Aunque la nosología no tenía relevancia en la práctica clínica, los psiquiatras reconocían su importancia en la recolección de información estadística. Esta requería elaborar categorías, mayormente asociadas a características sociodemográficas de los pacientes, índices de ingresos y altas de internación, entre otras.

Hacia finales del siglo XIX se revitalizó el interés en la nosología psiquiátrica, cobrando relevancia el curso y desenlace de la enfermedad mental. Uno de los exponentes de este interés



es el psiquiatra alemán Emil Kraepelin<sup>2</sup>, quien discriminó grupos de signos que evidenciaban entidades patológicas específicas como la demencia precoz y luego psicosis maníaco-depresivas. La clasificación de Kraepelin se basó en tres presupuestos (Young 1995; Decker 2007):

- La analogía entre trastornos mentales y físicos. Si la psiquiatría quería desarrollarse, debía seguir los pasos de la medicina, ubicando las causas de síndromes específicos.

- El énfasis en la descripción de los fenómenos visibles. La clasificación de los trastornos mentales requería una cuidadosa sistematización, recolección, registro y comparación de los casos clínicos, para identificar patrones de síntomas, establecer cursos de la enfermedad, y realizar predicciones. En alusión al psicoanálisis, Kraepelin consideraba que debían rechazarse las inferencias basadas en teorías etiológicas que carecieran de evidencia empírica, o que invocaran mecanismos invisibles.

- El origen orgánico y bioquímico de los trastornos mentales. Aunque reconocía que en términos etiológicos, eran escasos los conocimientos acerca de los trastornos mentales, eso no constituía un obstáculo para realizar las clasificaciones.

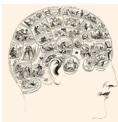
Una diferencia central entre los enfoques kraepelinianos y los de la psicología psicodinámica desarrollada en Estados Unidos es en relación al síntoma. Para Kraepelin, los síntomas son relevantes por dos motivos: son o pueden ser pruebas de estructuras patológicas subyacentes y procesos patofisiológicos, y son componentes de un sistema de significados basado en reglas de inclusión y exclusión. En este sistema, un síntoma es significativo porque puede yuxtaponerse con otros en una formación estable, el síndrome.

Los abordajes psicodinámicos, por su parte, entienden los síntomas como expresiones polimorfas de procesos subyacentes. Estas diferencias tornan incompatibles, según Young, a ambos lenguajes.

La concepción del síntoma incide en el proceso diagnóstico, prolongando la diferencia con el psicoanálisis, que no surgió con una gran preocupación clasificatoria. Desde esta perspectiva, el diagnóstico no se restringe a una descripción de los agrupamientos sintomáticos, sino que

---

<sup>2</sup> Considerado el padre de la nosología psiquiátrica moderna, Kraepelin nació en Mecklenburg, Alemania, en 1856. Formó parte del equipo de psiquiatras en Leipzig, a la vez que trabajaba en el laboratorio del psicólogo Wundt. Trabajó en numerosos asilos psiquiátricos, y en 1886 ingresó como profesor de psiquiatría en la Universidad de Dorpat, entonces parte del imperio ruso. En 1891, volvió a Alemania como profesor de psiquiatría en Heidelberg y director de la clínica psiquiátrica de la universidad. En Heidelberg desarrolló su trabajo dedicándose por completo a la psiquiatría, apuntando a desterrar la influencia que tradicionalmente había ejercido la neurología. En 1903 Kraepelin se trasladó a Munich, destacándose su trabajo en el Kaiser-Wilhelm-Institut (actualmente el instituto Max Planck). En 1922 fue declarado profesor emérito, falleciendo poco después, en 1926 (Shorter 2005).



implica considerar el proceso analítico establecido por el paciente. Al diagnosticar, se ubican los efectos producidos y registrados como síntomas en relación a una singularidad y a una alteridad. Según Vasen (2007), esto se diferencia de la mera clasificación, que omite las consideraciones acerca de los modos en los que cada singularidad se vincula, problemáticamente, con alteridades como pueden ser la pulsión, el fantasma, el goce.

La relevancia que Kraepelin otorgaba a las clasificaciones no fue compartida inmediatamente en Estados Unidos. Sin embargo, y de la mano del desarrollo de algunas disciplinas de las ciencias sociales, crece el interés por impulsar el conocimiento científico acerca de los comportamientos individuales para morigerar una serie de problemas sociales acuciantes. La necesidad de contar con información empírica se manifestó en Estados Unidos en la valorización del Censo Federal como base para la elaboración de políticas sociales. Más que un mero conjunto de datos, el conocimiento estadístico resultante del Censo Federal aparecía como posibilidad de terminar con los conflictos entre la teoría, los principios y la política.

Ya desde 1908 el *Bureau* del Censo le había solicitado a la *American Medico-Psychological Association* (devenida en la APA en 1921) que designara un comité para la nomenclatura de enfermedades, y para 1913 la Asociación creó el *Committee on Statistics*. En 1917, el comité reportó que la falta de uniformidad hacía imposible recabar a nivel nacional estadísticas comparadas de enfermedades mentales. Como consecuencia, concluía, “*el estado actual respecto de la clasificación de enfermedades mentales es caótico. Este estado de situación desacredita a la ciencia de la psiquiatría y se refleja desfavorablemente en nuestra Asociación*” (Salmon, Copp, May et al. 1917. Citado en Grob 1991, pp. 425).

Para 1918 la *American Medico-Psychological Association* publica la primera nosología psiquiátrica estandarizada, el *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*, fruto de su trabajo conjunto con el *National Committee for Mental Hygiene*. La clasificación contenía 22 grupos principales de trastornos, y reflejaba la preeminencia de psiquiatras, partiendo mayormente de una creencia en la base biológica de los trastornos mentales.

El *Bureau* del Censo adoptó este sistema clasificatorio y, basándose en él, publicó su propia nomenclatura en 1920, aunque admitía que no era posible trazar una línea clara entre síntomas y enfermedades, y reconocía que muchos términos utilizados para describir condiciones patológicas podían en el futuro considerarse meros síntomas, si se descubría la etiología de la enfermedad. Desde 1923 y hasta la Segunda Guerra Mundial, el *Bureau* del Censo publicó anualmente las estadísticas de la población enferma mental institucionalizada.



## 2. 1952: La publicación del DSM I y el concepto de reacción:

El derrotero del concepto de trastorno en el DSM se inicia con la primera edición del manual, en 1952. Allí es definido como término genérico para designar un grupo de síndromes psiquiátricos relacionados. Cuando resulta posible, cada grupo es además dividido en condiciones psiquiátricas más específicas denominadas 'reacciones' (...). Todos los trastornos mentales se dividen en dos grupos principales aquellos en los que hay un disturbio de la función mental, resultante o precipitado por un impedimento en la función del cerebro, generalmente debido a un impedimento difuso del tejido cerebral, y aquellos que resultan de una dificultad más general en la adaptación del individuo, y en la que cualquier asociación con el disturbio de una función cerebral es secundario al trastorno psiquiátrico<sup>3</sup> (APA 1952, pp. 9).

Esta versión del manual diferencia entre funciones mentales y cerebrales, primando una lógica de la reactividad. El uso del concepto 'reacción' es uno de los sellos distintivos del DSM-I, que viene a expresar cómo la psiquiatría concebía la enfermedad mental como una reacción a los problemas de la vida y a situaciones complejas que impactan en los individuos. El hecho que la enfermedad sea considerada psicosocial pone el eje, según Ehrenberg (2000), en tres cuestiones: la noción de reacción, la visión unitaria de la enfermedad mental, y el diagnóstico por etiología, que traen una serie de consecuencias: cualquier persona puede reaccionar desarrollando una enfermedad mental; la severidad de un cuadro sigue criterios cuantitativos y no cualitativos; y la existencia de 'algo' detrás del síntoma o síndrome es lo que da sustento a la enfermedad mental.

En 1948 había entrado en vigencia la CIE-6 de la OMS, con clasificaciones generales de enfermedades psicológicas y somáticas, y que por primera vez contenía un apartado de trastornos mentales (APA 1994). Sin embargo, aun carecía de cláusulas acerca de síndromes cerebrales crónicos, diversos trastornos de la personalidad y reacciones transitorias o situacionales.

Los problemas situacionales, precisamente, eran el foco de interés de Adolf Meyer, médico suizo formado con Kraepelin que arribó a Estados Unidos en 1892. Su perspectiva fue tomada en cuenta por el Comité de Estadísticas de la *American Medico-Psychological Association* para desarrollar una nomenclatura que subsanara las carencias de la CIE. Meyer consideraba que las condiciones psiquiátricas eran patrones de reacción individuales, no enfermedades. Entendía a

---

<sup>3</sup> Todas las traducciones de los originales en inglés me pertenecen.





estas condiciones -y a los síntomas a ellas asociados- como expresiones simbólicas de problemas subyacentes, en una lógica de análisis que resultaba análoga a la del psicoanálisis, y que se distanciaba de los postulados de Kraepelin.

La teoría psico-biológica de la personalidad de Meyer ponía en tensión el carácter individual de los trastornos psiquiátricos. Desde su punto de vista, los individuos experimentaban reacciones de diverso tipo, de acuerdo a cada constitución e historia de vida singular, y a presiones específicas. La influencia de Meyer refleja una visión filosófica de presentación de los problemas en la que la nosología proporciona una teoría etiológica de los trastornos.

En los estudios recabados se señala que, además de Meyer, el DSM-I estaba influenciado por el psicoanálisis freudiano, marcando como evidencia de esta influencia el uso frecuente de nociones como 'mecanismo de defensa' (APA 1952, pp. 31), 'neurosis' (APA 1952, pp. 32) y 'reacción neurótica' (APA 1952, pp. 74). A pesar de estar mencionadas en el manual, estas nociones no están desarrolladas, aclaradas ni trabajadas de modo explícito en el mismo. La existencia de conceptos psicodinámicos y psicoanalíticos en el DSM-I funcionaría como evidencia de los profundos cambios acontecidos en la psiquiatría norteamericana. Las presiones para jerarquizar la relevancia de los diagnósticos habrían provenido de los psiquiatras con orientación psicoanalítica, quienes tenían escasos vínculos con los hospitales mentales públicos, dedicándose en su mayoría a la clínica, a la práctica privada y a las escuelas de medicina (Grob 1991).

Gran cantidad de psiquiatras e instituciones estadounidenses se negaron a adoptar el lenguaje del DSM-I. Lo mismo ocurrió con autores de las revistas psiquiátricas más renombradas (Young 1995).

### **3. 1968: La publicación del DSM-II y la persistencia de la matriz psicoanalítica:**

El DSM-II, publicado en 1968, fue desarrollado por la APA como resultado de la insatisfacción que provocaba la CIE –entendiendo que ésta no hacía distinciones apropiadas y omitía entidades importantes-. Aunque expresa una visión diferente de lo mental, el DSM-II mantuvo que las enfermedades mentales son expresiones simbólicas de realidades psicológicas o psicosociales subyacentes. Y al igual que en el DSM-I, se sostuvo la naturaleza simbólica de los síntomas psiquiátricos.





El DSM-II no incluye una definición explícita de trastorno mental. La caracterización de los trastornos aludida por los redactores los asume como comparables a la CIE-8. El DSM-II abandona el uso de la etiqueta 'reactiva', y se aparta de la concepción psicobiológica de los trastornos mentales como reacciones transitorias a fuerzas psicosociales. Sin embargo, persiste el uso de conceptos de matriz psicoanalítica en otras nomenclaturas, tales como la neurosis. Otras enfermedades mentales eran entendidas como expresiones simbólicas a ser interpretadas en el curso del diagnóstico y/o del tratamiento.

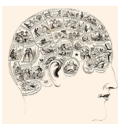
El DSM-II fue un conjunto de diversos sistemas clasificatorios, abrevando del pensamiento de Freud, Kraepelin y Meyer. En consecuencia, las enfermedades fueron catalogadas en multiplicidad de ítems aparentemente no relacionados, incluyendo comportamientos particulares, pensamientos, reacciones a toxinas y condiciones orgánicas. Sin una base explícita para justificar una clasificación única, la nosología del DSM-II procedió por agrupamiento de las entidades.

Desde su III versión, cualquier alusión a la batería conceptual del psicoanálisis es retirada. Y este retiro puede ser entendido como formando parte de las condiciones que permiten analizar la publicación como un desbloqueo epistemológico y tecnológico.

#### **4. 1980: El DSM-III como desbloqueo para la extensión de la psiquiatría norteamericana:**

La publicación del DSM-III ha sido connotada por diferentes autores como 'revolución' (Mayes y Horwitz 2005; Decker 2007; Young 1995), 'revolución terminológica' (Russo y Venâncio 2006), 'transformación' (Wilson 1993) o 'piedra de toque categorial' (Conrad 2007). Ha sido entendida también como la 'construcción cultural' (Lock 1987; Gaines 1992) que expresa la puesta en funcionamiento de la 'máquina americana' (Ehrenberg 2000), 'el viraje médico de la psiquiatría' (Amaral de Aguiar 2004), o 'el ascenso de la especificidad' (Lakoff 2005). También se la considera como la 'remedicalización de la psiquiatría' (Paes Henriques 2003) con 'los nuevos ropajes del empirismo' (Faust y Miner 1986). El DSM-III de 1980 se afina conceptualmente la noción de trastorno. Con diferencias menores, esta definición figura en el DSM-III-R de 1987. Asimismo, la IV versión de 1994 y la revisada de 2000 mantienen idéntica definición.

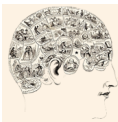
Las vicisitudes de la creación de este manual trazan algunas líneas que permiten conceptualizar la publicación de esta versión como un desbloqueo de lo que en diferentes trabajos ha sido conceptualizado como la psiquiatría biológica (Cooper 2005), biomédica (Lakoff 2005) o somática (Rose 2007) estadounidense.



Históricamente, el desbloqueo de la medicina se inscribe en el proceso más amplio de desbloqueo del arte de gobierno liberal, que Foucault (2006, 2007) trabajó en sus cursos. En tal desbloqueo, la diada normal-anormal jugó un papel estructurante fundamental, para establecer las medias y desvíos de la población. Aunque la anormalidad se expresó en un plexo de figuras, la medicina ocupó un lugar central en las estrategias de normalización, operando como matriz de teorías pedagógicas, psicológicas y criminológicas, consolidadas en tecnologías destinadas a la interpelación de los sujetos en términos del par normal-patológico.

Metodológicamente, Foucault ha apelado a la dinámica del desbloqueo para explicar las transformaciones en la medicina moderna producidas desde el siglo XVIII. Su enfoque analiza las transformaciones del discurso médico a partir de ubicar sus condiciones de emergencia, inserción y funcionamiento. El desbloqueo analizado por Foucault parte por entender que desde la Edad Media y hasta los años 1720-1750 la medicina occidental se encontraba en estado de estancamiento terapéutico y científico, ya que su objeto quedaba circunscripto únicamente a la enfermedad y a la demanda del enfermo. Y fue gracias a que se produjeron una serie de desplazamientos del objeto médico, que la medicina pudo incorporar, desde el siglo XVIII, nuevos elementos a su discurso y a sus prácticas. Merced a estos desplazamientos, la medicina se ejerció con una nueva escala (la población), un nuevo espacio (el hospital), un nuevo registro (la red de escritura sobre enfermos y enfermedades; historias clínicas y tratados epidemiológicos individualizantes y totalizantes), y una nueva relación con los sujetos de gobierno. Este análisis permite a Foucault considerar que la medicina de comienzos del siglo XIX tiene una doble ligazón: con una práctica política, y con un conjunto de modificaciones interdiscursivas que se producen simultáneamente en distintas disciplinas (la biología, la economía y la lingüística).

Sin embargo, el análisis en términos de desbloqueo también admite ser puesto en relación con algunos lineamientos metodológicos foucaulteanos más generales, que buscan dar cuenta de una “concepción positiva de los mecanismos del poder y de los efectos de éste” (Foucault 2001, pp. 59), por entender que “es un error a la vez metodológico e histórico considerar que el poder es esencialmente un mecanismo negativo de represión” (Foucault 2001, pp. 57). Foucault rastrea en el siglo XVIII la introducción de un poder de normalización que, respecto al sistema social, desempeña un papel efectivamente positivo, que no es solo represivo, sino productivo de mecanismos que crean saberes, poderes y subjetividades. Un poder que no es conservador sino inventivo, y que posee en sí mismo principios de transformación e innovación. Pero además, en el siglo XVIII se introdujo un poder de normalización que no está ligado al desconocimiento sino



que, al contrario, funciona gracias a la formación de un saber que es tanto condición como efecto de su ejercicio.

Tomando en cuenta las consideraciones históricas y las premisas metodológicas antedichas para analizar la publicación del DSM-III, este suceso puede incluirse entre las condiciones de posibilidad que contribuyeron al desbloqueo epistemológico y tecnológico de la psiquiatría biológica norteamericana, vinculando poblaciones en diferentes dominios: la clínica, los seguros de salud, la investigación científica, la industria farmacológica, diversas agencias y programas de salud mental estatales y privados, etc. Aunque ambas dimensiones (epistemológica y tecnológica) se encuentran ineludiblemente imbricadas, a efectos analíticos se desarrollan de manera separada.

##### **5. Las condiciones de posibilidad epistemológicas y filosóficas. La propuesta y los efectos:**

Pensar el DSM-III como desbloqueo epistemológico requiere tomar en cuenta la matriz positivista de la psiquiatría, y dentro de esta matriz, al empirismo. Como señala Murillo (2000, 2002) la matriz teórico-política positivista ubica a la ciencia en el lugar de la verdad, bajo el supuesto de que la misma posibilita el conocimiento y planificación de la realidad social, mediante una serie de tácticas cuya estrategia última consistiría, por un lado, en la conformación del individuo normal, y por otro en la regeneración del desviado. El alienismo y el higienismo se desarrollan en este marco positivista en el que la ciencia -como medio para la perfectibilidad social y moral del ser humano- podía tomar como objeto de estudio a la sociedad, a la vez que ofrecer elementos para legitimar la acción del Estado sobre los individuos<sup>4</sup>.

El positivismo es una corriente epistemológica amplia, con contradicciones y debates, que a fines del siglo XIX asumió diferentes facetas: fisicalista, biologista y psicosociogenética. Esta tradición considera a los datos como teóricamente neutrales, y las explicaciones revisten la

---

<sup>4</sup> El alienismo se vincula a la fisiología y a la psicología, recurriendo al método empirista antimetafísico (centrado en la observación de los síntomas). El higienismo es deudor del pensamiento alienista, tomando de éste la teoría de la influencia de la moral en lo físico, y sumando a su matriz teórico-política los aportes del Iluminismo y del empirismo inglés. En Argentina, las prácticas higienistas hicieron efectivas parcialmente, y estuvieron a menudo subordinadas al pensamiento del darwinismo social (Murillo 2000, 2002).



forma de teoremas que involucran sistemas nomológico-deductivos<sup>5</sup>. En general, es reacia a atribuir cientificidad a las explicaciones psicoanalíticas o a los estudios sociales (Stein 1991).

El positivismo sostiene que el conocimiento científico (único considerado válido) sólo puede surgir de un trabajo riguroso a través del método científico. Siguiendo dicho método, la verificación de las hipótesis se lleva a cabo a través de los hechos positivos, es decir aquellos susceptibles de observarse o experimentarse. La observación (proveniente de las ciencias físicas) y la experimentación (surgida de las ciencias de la vida) constituyen las dos técnicas centrales del método inductivo, derivado en muchos casos del empirismo.

La inducción fue esbozada por Aristóteles, pero es Bacon quien establece las reglas que ésta debe seguir para que la observación empírica mantenga su rigurosidad y permita arribar, desde una serie de observaciones de casos singulares, a una afirmación que refiera a todos los casos del mismo tipo (Bacon 1984). Como subraya Murillo, *“(l)a inducción fue pensada tanto como instrumento para la intervención en la naturaleza como para el conocimiento y control de conflictos sociales. Muestra en este punto la profunda vinculación entre conocimiento científico, método y relaciones de poder”* (Murillo 2012, pp. 46). Bacon concibe al descubrimiento en el sentido de construcción de hipótesis a partir del tratamiento sistemático y mecánico de la evidencia disponible. El empirismo temprano y la doctrina baconiana apuntaban a la minimización o eliminación de la presuposición, la teorización innecesaria, y las abstracciones de alto nivel, con el fin de hacer ciencia fáctica y objetiva (Menna y Salvatico 2000).

En relación a la metodología y doctrina subyacente en el DSM-III, Faust y Miner (1983) consideran que es difícil clasificar con precisión el abordaje metodológico del manual, ya que el material disponible concerniente a estos tópicos es limitado. Debe sumarse que el abordaje varía a lo largo de las categorías diagnósticas. Sin embargo, sostienen que las preferencias e ideales metodológicos proclamados y perseguidos explícitamente se adecuan y ajustan a los principios del empirismo temprano, particularmente a las visiones de ciencia baconianas.

Los elementos de este empirismo temprano que rescatan al analizar el DSM-III son:

- a) La ciencia debe abocarse al estudio de las cosas directamente observables;

---

<sup>5</sup> En estos modelos, la explicación es un razonamiento deductivo entre cuyas premisas aparecen, de manera esencial, enunciados con forma de ley, entendidas estas últimas como leyes universales. La estructura del modelo nomológico-deductivo es la siguiente: la explicación de un enunciado (E) que expresa una ley general o un hecho particular (*explanandum*) es un razonamiento deductivo con premisas-leyes y premisas-datos (*explanans*) cuya conclusión es E. (Klimovsky e Hidalgo 1998).



b) Los datos deben recolectarse y analizarse del modo más objetivo y riguroso posible, evitando los sesgos generados por asunciones metafísicas, para que la naturaleza pueda revelarse;

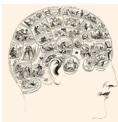
c) El conocimiento es resultante de la combinación de bloques de hechos irrefutables, que los científicos recolectan a través del tiempo, y de leyes de alto nivel o postulados;

d) La construcción del conocimiento se produce desde los cimientos de los hechos hacia la plataforma de la teoría. La cercanía entre el programa baconiano y el *Task Force de la APA en Nomenclaturas y Estadísticas* se pone de manifiesto en algunos pasajes de la sección introductoria del manual.

El abordaje tomado en el DSM-III es a-teórico en la consideración de la etiología o el proceso patofisiológico, excepto en los trastornos en los que esto está bien establecido (APA 1980, pp. 7). Debido a que el abordaje del DSM-III es a-teórico en lo que respecta a la etiología, intenta describir comprensivamente lo que las manifestaciones de los trastornos mentales *son*, y sólo rara vez intenta dar cuenta de cómo *suceden* los trastornos (APA 1980, pp. 7). Este abordaje puede definirse como 'descriptivo' en tanto las definiciones de los trastornos generalmente consisten en descripciones de los rasgos clínicos de los trastornos. Estos rasgos son descriptos con el menor rango de inferencia necesario para describir los trazos característicos del trastorno (APA 1980, pp. 7).

Estos objetivos proclamados por el manual están en estrecha relación con los postulados de las doctrinas baconianas en lo atinente a apegarse a los datos, a minimizar la inferencia y a evitar la teorización prematura. Sin embargo, Faust y Miner argumentan que la aparente objetividad del DSM-III es en gran parte ilusoria, ya que a pesar de las apelaciones a la reducción de la teorización y de la inferencia, en el documento abundan las presuposiciones y suposiciones teóricas.

La presuposición más general es el recurso a un abordaje descriptivo, y a-teórico. El programa metodológico del DSM-III enfatizó la descripción, y atenuó las inferencias de alto nivel y la teoría. Esta elección se fundamenta en la construcción de una nomenclatura que pudieran utilizar los profesionales de distintas influencias teóricas. Sin embargo, en los abordajes descriptivos la selección de datos no está basada en criterios objetivos o irrefutables. Los datos no son teóricamente neutrales; están sujetos a cambios al igual que la teoría. Y aunque no la crean, los hechos se definen en el contexto de una teoría. Además, un sistema en el que acuerda la mayoría no tiene una validez científica mayor que uno que genera acuerdos minoritarios.



Otro ejemplo de presuposiciones es la definición de trastorno mental. Un trastorno mental se define en el DSM-III por los conceptos de sufrimiento (*distress*) y discapacidad (*impairment*). La elección de estos criterios está basada en suposiciones teóricas de mayor nivel, relacionadas con las definiciones de enfermedad mental. Estos criterios están, además, permeados por valores sociales dominantes y moldeados, en parte, por la preferencia por una definición estadística de normalidad y anormalidad que tiene profundas raíces históricas. El mismo Spitzer, consultor del DSM-II y *chairperson* del DSM-III ha remarcado que “(e)l concepto de trastorno siempre involucra un juicio de valor” (Spitzer 1981, pp. 214. Citado en Faust y Miner, 1983, pp. 963).

Otro ejemplo es la elección de dividir la totalidad de los trastornos en categorías o tipos, con una base matemática y un esquema multidimensional, en la cual los individuos están puntuados a lo largo de varios parámetros. Según los autores, el uso de tipos no está basado en pruebas de objetividad científica alguna, y la suposición de que la patología está más verídicamente representada por índices multidimensionales cuenta con poco apoyo.

Un último ejemplo es que, aunque se pregona que el DSM-III es a-teórico en cuanto a la etiología, casi todos los desórdenes tienen presunciones acerca de las causas de los trastornos<sup>6</sup>.

La teorización y la inferencia están atenuadas en el DSM-III, pero no se eliminaron, y más allá del nivel de análisis aplicado, las definiciones y términos traen consigo una compleja red de asunciones auxiliares explícitas o implícitas. Por todo lo expuesto, pues, para Faust y Miner los objetivos epistémico-filosóficos del DSM-III no fueron logrados.

El análisis de Faust y Miner está centrado en cuestiones como la coherencia entre los postulados y los resultados obtenidos, y en la verosimilitud de la aplicación de los mismos. En vista de estas consideraciones, entiendo que el análisis de las negatividades epistemológico-filosóficas deja sin tratar un aspecto relevante. Situada en otras coordenadas analíticas, la perspectiva que sigo no se agota en establecer las distancias entre los objetivos propuestos y los efectos alcanzados. Antes bien, allí donde los objetivos proclamados y lo efectivamente acontecido se dispersan, destaco la positividad, la productividad de los efectos de esa dispersión. El concepto de trastorno mental en el DSM-III funda estas distancias, profundizadas en el DSM-IV, y con múltiples efectos específicos.

---

<sup>6</sup> La más sutil de esas presunciones es la edad de inicio especificada. Sea que esté establecida o no, las diferencias en la edad especificada de inicio a menudo implican diferentes etiologías. No es lo mismo que una condición deba empezar “en los primeros 30 meses de vida” (APA 1980, pp. 87), como el autismo, que una condición deba empezar “antes de los 45 años” (APA 1980, pp. 181), como los trastornos esquizofrénicos. La menos sutil involucra lo que los autores entienden como trastornos facticios o artificiales.



## 6. Las condiciones de posibilidad tecnológicas: anudamientos y soportes del manual:

Además de la mutación epistemológica que implicó la publicación de la tercera versión del DSM, su puesta en práctica supuso además un desbloqueo tecnológico, en tanto involucró una serie de elementos que confluyeron estratégicamente y reforzaron la influencia del manual. Dicha serie está conformada por la industria farmacéutica (en particular, la rama de psicofármacos), las pruebas o ensayos clínicos denominadas RCT<sup>7</sup> (pruebas o ensayos controlados aleatorios, en inglés *Random Controlled Trials*) con control de placebo, las reuniones científicas de profesionales de la salud mental, las revistas especializadas, y las diversas agencias regulatorias y de investigación estatales y privadas.

Respecto de los RCT con control de placebo, hoy en día el tipo de evidencia que proporcionan es la única aceptada como resultados clínicamente significativos (Shorter 2009). Los primeros esfuerzos por usar datos de la práctica clínica para propósitos médicos lo constituyen los estudios epidemiológicos del siglo XIX, con los tratamientos para la difteria. La noción de placebo controlado surge a fines de 1930, con Dub y Laurie, en un estudio en el que los pacientes se controlaban a sí mismos. Esto traía aparejado que el diseño no resultara adecuado para evaluar la mayoría de los tratamientos psiquiátricos (Healy 2002). Si los pacientes no podían ejercer control sobre sí mismos, la única opción consistía en recabar una muestra representativa de la población general, lo cual tornaba impracticables a los estudios clínicos. Esta circunstancia se ve modificada con el recurso a la aleatorización (*randomization*), que reduce sustancialmente el número de pacientes requeridos para realizar un estudio controlado.

En cuanto a las RCT para drogas psicotrópicas, según Healy (2002), en los hechos la mayoría de las que se realizaron entre 1960 y 1984 no tenían control de placebo, y sólo se efectuaban comparaciones entre nuevos y viejos fármacos. Los resultados de estas pruebas

---

<sup>7</sup> “Hoy en día, únicamente se acepta la evidencia basada en ensayos clínicos controlados aleatoriamente, denominados RCT. Es el patrón oro de la evidencia, es decir pruebas que tienen la potencia suficiente (reclutan suficientes pacientes) para producir resultados clínicamente significativos. Se trata de pruebas con placebos controlados en las que los pacientes se distribuyen aleatoriamente en fármaco o placebo (en lugar de ser distribuidos sobre la base de a cuál es más probable que respondan); dichas pruebas también son ‘doble ciego’, es decir que los investigadores y los pacientes desconocen por igual qué grupo de participantes está tomando la droga o el placebo. Dichas pruebas no se llevaron a cabo antes de la década de 1970” (Shorter 2009, pp. 6). “De todas maneras, en la práctica médica actual, lo que tiende a darle la reputación a un fármaco es la sabiduría acumulada por la experiencia clínica, y no las pruebas controladas de la literatura” (Shorter 2009, pp. 9).





tampoco demostraron una efectividad superior en las drogas que se estaban testeando, frente a las más antiguas. Recién a mediados de 1980 se regularizó la inclusión de placebos controlados en los estudios, a instancias de la intervención de la agencia reguladora FDA (*Food & Drug Administration*).

La capacidad para demostrar el efecto de un tratamiento en pequeñas muestras condujo a que las RCT en psiquiatría resultaran cada vez más atractivas para compañías farmacéuticas, clínicos y diseñadores de políticas. De manera que un incentivo particularmente importante para la adhesión al DSM-III lo constituyó la afinidad entre el formato de sus diagnósticos y la investigación experimental, revistiendo ésta última especial interés para la industria farmacéutica, que desde la segunda posguerra mundial venía lanzando al mercado distintos psicotrópicos (Russo y Venâncio 2006). Los resultados de la aplicación de RCT se optimizaban en poblaciones homogéneas, conduciendo a que las elecciones de reclutamiento de pacientes para los estudios resultaran congruentes con entidades diagnósticas basadas en categorías discretas.

Para Healy el hecho que los pacientes bajo estudio estén diagnosticados en base a entidades discretas como las propuestas por el DSM-III, crea la ilusión de especificidad del fármaco, de adecuación biunívoca con la nosología<sup>8</sup>. El uso de RCT genera otra distorsión: usar los criterios operacionales y escalas de clasificación no implican que pueda equipararse la respuesta del paciente al tratamiento de un trastorno, con la respuesta de un bacilo al antibiótico en un experimento.

Las RCT también transformaron la concepción de la evidencia. La capacidad de estos estudios de generalizarse a situaciones de la vida real es un tema en debate. Las muestras de pacientes recabadas para estudios farmacológicos tienen validez interna al estudio (en el sentido de la detección del efecto de un tratamiento), pero la validez externa de estas muestras es

---

<sup>8</sup> La lógica criticada por Healy responde al modelo "magic bullet" (Cooper 2005, pp. 109), expresión coloquial para designar a la panacea, el santo remedio, o la solución mágica, que resulta más afín para la psiquiatría biológica. Un ejemplo paradigmático de este modelo son los antibióticos, que actúan atacando la causa de la enfermedad. El diagnóstico adquiere una relevancia capital, porque los fármacos son altamente específicos y actúan sobre agentes causales también específicos. Desde la década del '70 es el modelo dominante en el pensamiento de investigadores y clínicos. En la actualidad, los ensayos clínicos están casi universalmente basados en la selección de grupos de pacientes de acuerdo al diagnóstico, y la mayoría de los manuales sugieren que el tratamiento debe estar determinado por el diagnóstico. En este modelo, se asume que los principios activos atacan mecanismos causales subyacentes de la patología, de modo tal que la información concerniente a la eficacia del fármaco en una población particular de pacientes es valiosa para la teorización psicopatológica. Además, en los casos en los que es materia de debate si dos formas de enfermedad son realmente diferentes, una misma respuesta al fármaco en dos grupos distintos de pacientes es interpretada como evidencia de que esas formas de enfermedad son fundamentalmente iguales, mientras que una respuesta diferenciada se lee como indicador de la diferencia entre ambas formas.



problemática, y no resulta representativa de los pacientes que finalmente utilizarán el fármaco al salir a la venta.

Por último, según Healy los RCT ofrecen evidencia acerca de los posibles efectos del tratamiento con fármacos o con psicoterapia. La efectividad de un tratamiento farmacológico se inserta en un acto terapéutico, y la calidad de la relación entre paciente y terapeuta resulta el mayor determinante para el cumplimiento del tratamiento; ésta incide más que la actitud del paciente hacia el tratamiento farmacológico, o que los efectos adversos de las mismas. Por eso, aunque mejore la calidad del tratamiento, Healy entiende que sin terapia el resultado no mejora<sup>9</sup>.

Estas características de los RCT estaban claras para los investigadores a principios de 1960. Sin embargo, la crisis de la talidomida<sup>10</sup> condujo a la aprobación de reformas a las pruebas clínicas de medicamentos en el Congreso, y las RCT pasaron de ser una tecnología evaluativa, a un medio para salvaguardar a la comunidad de los errores cometidos por la industria farmacéutica. En 1962, el Congreso estadounidense enmendó la legislación de la FDA, requiriendo que en toda la medicación nueva se realizaran testeos de seguridad y efectividad, de acuerdo con ensayos RCT con control de placebo<sup>11</sup>.

---

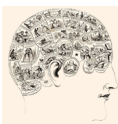
<sup>9</sup> Esta argumentación remite al “target symptom model”, el modelo dirigido a los síntomas, que se popularizó entre clínicos e investigadores durante los '50 y '60, y se caracteriza en términos generales por orientarse a la supresión de los mismos, y por restarle peso al diagnóstico y a la etiología al establecer un tratamiento. El ejemplo más obvio de este modelo explicativo son los analgésicos -que reducen el dolor más allá de la causa- y la administración del fármaco se sustenta en la consideración de que pacientes con diferentes categorías diagnósticas pueden padecer de los mismos síntomas.

En la esfera de la investigación, este modelo conlleva que la selección de los grupos para la evaluación de la eficacia de un fármaco se realice en base a los síntomas y no a los diagnósticos. Se utiliza especialmente para tratar pacientes que no encajan en ninguna categoría diagnóstica.

Según Cooper, el modelo dirigido al síntoma perdió prominencia durante la década del '70, aunque mantiene su influencia en el pensamiento de los psiquiatras en la actualidad. Pero además, Cooper inscribe la preferencia, o no, por este modelo en las discrepancias más amplias entre la psiquiatría biológica y el psicoanálisis. Para Cooper, los psicoanalistas tienden a verse atraídos por este modelo, porque da sustento a la perspectiva de acuerdo con la cual la droga, el principio activo, opera sólo sobre los síntomas, y ello va en consonancia con dos cuestiones. Por un lado, la consideración de que es factible la cura a través del psicoanálisis, y por otro, que la eficacia de la droga reporta una contribución mínima a la psicopatología. Respecto de este último aspecto, lo que pone en evidencia el modelo dirigido al síntoma es que la respuesta positiva de distintos pacientes a una misma droga no es indicador de una similitud patológica subyacente, sino de una mera analogía sintomática.

<sup>10</sup> La talidomida es un medicamento que fue indicado para los malestares de las mujeres durante el primer trimestre de embarazo, y provocó severas malformaciones fetales.

<sup>11</sup> “La Enmienda de Drogas de 1962, aprobada por unanimidad por el Congreso, ajustó los controles sobre las drogas con prescripción, nuevas drogas y drogas en investigación. Se reconoce que ninguna droga es verdaderamente segura a menos que también sea efectiva, y se requiere que dicha efectividad se establezca con anterioridad a la comercialización – un hito en los avances en la historia médica. A las compañías farmacéuticas se les exigió remitir reportes de reacciones adversas a la FDA, y los avisos de fármacos en revistas médicas debían proveer de información completa para el doctor acerca de los riesgos y los beneficios. En los años posteriores a 1962 literalmente miles de drogas por prescripción se



Una exigencia fundamental de la FDA hacia la industria farmacéutica consistió en que los nuevos medicamentos colocados en el mercado debían estar precedidos de la presentación de resultados de investigaciones que pudieran ser replicados, de manera de probar su validez. Las evaluaciones de eficacia de los fármacos incluían: estudios cuantitativos basados en muestras comparables de pacientes diagnosticados uniformemente, asignados al azar, y tratados con procedimientos estandarizados, con resultados juzgados no sólo por clínicos, sino por observadores imparciales, no involucrados en el tratamiento (Mayes y Horwitz 2005, pp. 256). Esta exigencia reforzó la necesidad de un diagnóstico como el ofrecido por el DSM, basado en criterios con fronteras definidas, criterios de inclusión y exclusión, etc. (Russo y Venâncio 2003).

Los RCT, cuyas fortalezas y debilidades estaban apenas sondeadas, pasaron a ocupar una posición central en la investigación en fármacos. Se convirtieron en el instrumento-garantía para el diseño de tratamientos específicos, para enfermedades específicas, con efectos específicos, permitiendo que las agencias regulatorias y los diseñadores de políticas minimicen los riesgos comparativos de los tratamientos. A la vez, eran el formato al que debían adherir las compañías farmacéuticas si deseaban que sus productos fueran habilitados para su circulación comercial. Para Lakoff, la Enmienda de 1962 *“constituyó un evento clave para convertir a las psicofarmacéuticas en agentes con efectos específicos. Para que se aprobara la efectividad de la droga de acuerdo a criterios biomédicos, tenían que enfocarse en enfermedades claramente definibles”* (Lakoff 2005, pp. 10).

Otro elemento que concurrió para el desbloqueo tecnológico de la psiquiatría biológica en los '80 fueron los simposios patrocinados por las compañías farmacéuticas, que se propagaron a nivel nacional e internacional.<sup>12</sup> Para los '90, las figuras clínicas más renombradas participaban asiduamente de reuniones y simposios, y algunas eran investigadores principales en las compañías farmacéuticas.

Los resultados de los simposios se publican en distintas revistas científicas de las disciplinas afines, otro elemento a tener en cuenta para pensar el desbloqueo. Además de la exigencia de presentar los artículos siguiendo los lineamientos del DSM, Healy menciona que estas revistas rara vez hacían revisión por pares, y que aunque algunos artículos parecían producir nueva información, sólo re-publicaban información ya conocida, con el respaldo de alguna de estas figuras renombradas. Para mediados de 1990 las reuniones de psiquiatras adquirieron una

---

han retirado del mercado de Estados Unidos por la ausencia de evidencia sobre seguridad y/o efectividad, o han cambiado el etiquetado para reflejar los datos médicos conocidos” (página web FDA).

<sup>12</sup> Entre 1974 y 1988 el dinero destinado por las principales compañías farmacéuticas a estos eventos y reuniones pasó de 6 millones de dólares, a 86 millones de dólares (Healy, 2002).



dimensión gigantesca. Además de la participación de los clínicos, las compañías farmacéuticas incorporaban periodistas y expedían informes de prensa.

Habida cuenta lo expuesto, considero que analizar la emergencia de la tercera versión del DSM en términos de desbloqueo tecnológico, e incluir entre dichas condiciones la serie constituida por la industria farmacéutica, las RCT, las reuniones científicas y revistas especializadas, y las agencias regulatorias y de investigación estatales y privadas, resulta fructífero para poner de relieve los múltiples actores, saberes y dispositivos que operaron en conjunto. A mi entender, no es correcto atribuir a este accionar conjunto la unidad y concordancia completa de las fuerzas intervinientes. Como busqué exponer, cada uno de los elementos que tributan a las condiciones de posibilidad para la emergencia del DSM-III tuvieron acciones, roles, escalas, modalidades, funciones, alcances y características diferentes, que no habilitan a considerar un despliegue convergente, sino antes bien, atravesado por fricciones y rispideces profundas.

## 7. Recapitulando: algunos efectos del DSM-III:

La publicación del DSM-III supuso la consolidación de una visión de la salud mental basada en los síntomas, y el desplazamiento del paradigma psicosocial predominante hasta entonces en la clínica norteamericana. Abolió la distinción entre neurosis y psicosis como base clasificatoria, *“deshaciéndose del término ‘funcional’ para la esquizofrenia y los trastornos afectivos, sobre la base de que ‘ya no eran vistos como puramente psicogénicos’”* (Shorter 2009, pp. 157).

A diferencia del diagnóstico del caso individual, el diagnóstico realizado siguiendo los criterios del DSM prescinde de la historia particular, del historial de vínculo con los padres o de rechazo escolar. Se basa en que comparten un conjunto de respuestas a las escalas y cuestionarios, y esa similitud los ubica en una misma categoría de enfermedad.

La influencia de escuelas psicodinámicas en las clasificaciones psiquiátricas previas al DSM-III ignoraba diagnósticos estandarizados y escalas de clasificación, contribuyendo al bloqueo de la incorporación en dicha égida de criterios de investigación epidemiológicos. En 1972, un estudio comparativo de las prácticas diagnósticas *“indicaba que los psiquiatras estadounidenses se encontraban significativamente desincronizados de las normas internacionales”* (Lakoff 2005, pp. 11). La práctica diagnóstica era poco fiable entre observadores clínicos, siendo imposible asegurar que los estudios clínicos fueran aplicados al mismo tipo de paciente.



A partir del DSM-III se extiende el financiamiento de ensayos clínicos por parte de la industria farmacéutica, consolidándose en el DSM-IV una fuerte articulación entre la inclusión de nuevos diagnósticos, y la producción de nuevos medicamentos (Russo y Venâncio 2006).

A diferencia de las dos ediciones anteriores el DSM-III, se convirtió en un texto autorizado en salud mental y fue aprobado por instituciones clave, como el NIMH (*National Institute of Mental Health*). Demolió la crítica a sus versiones anteriores, que enfatizaban su utilidad reducida para pacientes internados, y su irrelevancia para el diagnóstico de pacientes ambulatorios con trastornos menores. Lo adoptaron tanto escuelas de medicina como programas de residencia, incluyéndolo entre la bibliografía obligatoria para las evaluaciones de graduación. También lo incorporaron agencias gubernamentales y compañías aseguradoras, dado que transparentaba los procesos de reembolsos. Por último, lo incorporaron los investigadores gracias a que proporcionaba criterios estandarizados y un lenguaje único para realizar investigaciones transdisciplinarias. Los criterios sustentados en parámetros científicos permitían, además, proyectar investigaciones concordantes con los requisitos de financiación gubernamental.

Profesionales que adscribían a terapias basadas en la palabra, como los enfoques psicodinámicos y de la ortodoxia freudiana plantearon sus resistencias al manual, siendo progresivamente relegados, tanto de las instituciones, como de los recursos que incorporaron al DSM (Wilson 1993; Young 1995).

Uno de los elementos a ser tenido en cuenta en su positividad es el señalado por Lakoff:

El DSM-III era un sistema estandarizado pero dinámico, sus categorías eran evolutivas antes que fijas, y sus autores organizaron una estructura basada en comités de profesionales para el testeo y revisión de sus definiciones. Los autores no aseguraban que los estándares que surgieron de ese proceso fueran una descripción final de sus objetos; antes bien, resultaban del mejor acuerdo entre diversos intereses. El punto era delimitar los conjuntos de reglas para la negociación de futuros estándares. En ese punto, Spitzer y sus colegas reformadores tuvieron éxito, ya que el DSM en sus versiones revisadas continúa evolucionando y fortaleciéndose (Lakoff 2005, pp.13).

Para Spitzer, sin embargo, el punto clave de la aceptación del DSM-III residió en que la psiquiatría se concentró en los aspectos biomédicos (Healy 2002). Desde su punto de vista, la mayor innovación del DSM-III fue la adopción de un criterio operacional, y la razón por la que fue aceptado rápidamente residió en que incluía un rango de diagnósticos en los que los clínicos veían reflejada su práctica cotidiana. Adicionalmente, la gran extensión del DSM-III supuso ingresos monetarios acordes para la APA.

Según Cooper (2005) el interés de la APA por definir el concepto de trastorno, aun de modo retórico, tuvo su pico en la década de 1970 y 1980, y se debió tanto a los reclamos del



movimiento antipsiquiátrico<sup>13</sup>, como de los movimientos por los derechos de los homosexuales. Este núcleo problemático concernía primordialmente a la situación estadounidense, y se fue disolviendo para fines de los '80. De modo que para el momento de publicación del DSM-IV, la definición de trastorno ya no revestía mayor interés. De hecho, tanto en el DSM-IV (APA 1994, pp. XXI) como en el DSM-IV-TR (APA 2000, pp. XXXI) se aclara que: "La definición de trastorno mental (...) es la misma que la del DSM-III y la del DSM-III-R, ya que es tan útil como cualquier otra definición y, además, ha permitido tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre la normalidad y la patología".

En el manual se remarca el sesgo que implica la denominación *trastorno mental*, dado que supone una separación entre las nociones de este tipo y las físicas. Pero la denominación presentada en el DSM-III y el DSM-III-R persiste, indicando la ausencia de otra que resulte más adecuada. En palabras de los redactores, esto ocurrió "*porque no hemos encontrado un sustituto apropiado*" (APA 2000, pp. XXX).

A diferencia del DSM-III, cuya definición se centraba sólo en los trastornos mentales, el DSM-IV se aparta de cualquier distinción significativa entre trastornos mentales y físicos, dada la dificultad de encontrar criterios coherentes para decidir cuál trastorno es físico y cuál es mental: ni los síntomas, ni las causas, ni los efectos de una enfermedad son atribuibles sólo a factores físicos o mentales. Del mismo manual: "En el DSM-IV no se presume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad completamente discreta con límites absolutamente precisos que la dividan de otros trastornos mentales o de otros trastornos no mentales. Tampoco se presume que todos los individuos descriptos como padeciendo el mismo trastorno mental son iguales a todos en todos los aspectos importantes" (APA 2000, pp. XXXI).

Si bien el DSM-IV-TR plantea que "los conocimientos actuales indican que hay mucho de 'físico' en los trastornos 'mentales' y mucho de 'mental' en los trastornos 'físicos'" (APA 2000, pp. XXX), se aparta de los intentos por distinguir a los trastornos en mentales y físicos como un "un

---

<sup>13</sup> Del abanico de estudios incluidos en esta corriente, Conrad y Schneider resaltan dos posturas: la de Thomas Szasz, y la de R. D. Laing. La primera (que Conrad y Schneider ubican como una crítica *por la derecha*), es entendida como una crítica dentro de los postulados del *laissez faire*, que entiende que a los individuos debería permitírseles conducirse de acuerdo a sus deseos, en tanto no infrinjan la ley; y en caso de infringirla, se consideran criminales. A través de la internación involuntaria, la psiquiatría priva al individuo de su libertad, desestimando mediante el mito de la enfermedad mental (Szasz 2001) que las personas tienen problemas para vivir (*problems in living*). La segunda (la crítica *por la izquierda*) se sitúa en un ángulo diferente. Centrada en la etiología de la esquizofrenia, la locura es entendida como una respuesta a situaciones de la vida de la persona, que no está enferma, sino que es diferente. La causa o la fuente de la locura se ubica en el sistema familiar, que es el que necesita ser transformado. La crítica de Laing está centrada en la experiencia fenomenológica de la locura, desde el punto de vista de quien la padece.





anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo” (APA 1994, pp. XXI; APA 2000, pp. XXX). Frente a esto, el DSM adopta una perspectiva fisicalista.

Cooper (2005) ha analizado este sesgo desde una perspectiva filosófica, considerando que la APA acierta al considerar que los trastornos mentales y los físicos deben considerarse juntos, pero que de ello no se deriva la adopción de dicha perspectiva fisicalista acerca de la mente. Que lo mental y lo no mental estén compuestos, en última instancia, por un sustrato material, no implica que ambos no puedan distinguirse. Y si ambos no puedan distinguirse en la actualidad es, precisamente según Cooper, debido a que han fallado los intentos por encontrar un caso claro que los diferencie. Esta perspectiva tiene implicancias para los profesionales y para los pacientes.

Para los profesionales, la adopción de una perspectiva fisicalista se inscribe en el debate sobre quién debe tratar los trastornos mentales. En la década de 1970, sostiene Cooper, los psiquiatras consideraban enfáticamente que los trastornos mentales y físicos eran similares, mientras que los psicólogos se pronunciaban en sentido contrario. Para cuando se publica el DSM-III esta discrepancia atravesaba su momento de máxima tensión, e incluso se barajó la posibilidad de caracterizar a los trastornos mentales como un sub-conjunto de los trastornos médicos.

La postura de los psicólogos se sostenía en que la etiología de muchos trastornos mentales era desconocida, señalando que aunque los mismos pueden considerarse trastornos de la salud, no hay justificación para equipararlos a los trastornos médicos. La de los psiquiatras, por su parte, constituía otro modo de expresar la convicción en la psiquiatría como una especialidad médica.

Para los pacientes, sin embargo, que una enfermedad sea considerada mental o física abre posibilidades diferenciales en relación, entre otras muchas cuestiones, a la estigmatización o inclusión social, y al otorgamiento o negación de beneficios sanitarios, laborales, y educativos.

Volviendo a los DSM-IV, en el manual no sólo se enfatiza la laxitud respecto de los límites entre un trastorno mental y uno físico. El carácter difuso de las fronteras aparece como una característica del concepto mismo de trastorno mental:

A pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «trastorno mental». El término (...), al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades (...). Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de





conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrónico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta (APA 1994, pp. XXI; APA 2000, pp. XXX-XXXI).

Por último, los DSM-IV previenen en su *Introducción* que:

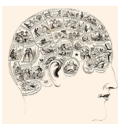
“Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Por esta razón, el texto del DSM-IV (al igual que el texto del DSM-III-R) evita el uso de expresiones como «un esquizofrénico» o «un alcohólico» y emplea las frases «un individuo con esquizofrenia» o «un individuo con dependencia del alcohol»”. (APA 1994, pp. XXI; APA 2000, pp. XXX-XXXI).

Aunque estas entidades no definen enfermedades, sino síndromes, esta precaución no necesariamente opera en la práctica, dado que los síndromes se emplean de igual manera que si se tratase de enfermedades (Ehrenberg 2000; Decker 2007).

A pesar de los pronunciamientos y recaudos del manual, el énfasis en un diagnóstico centrado en las conductas observadas abona a la propensión a esta indiferenciación discursiva entre síntomas e individuos. Todas las consideraciones expuestas, entonces, permiten relativizar el consenso que según sus redactores, dio origen al DSM-III, y postular que las resistencias que entonces se expusieron, se sostienen hoy en día con marcada agudeza.

### **A modo de cierre:**

El DSM se caracteriza por una serie de rasgos que resultan blanco de críticas: su flexibilidad, dinamismo, estandarización, a-teoricidad, prescindencia de explicaciones etiológicas, sustento en la observación de sintomatología conductual, etc. Dichas características se prolongan en la noción que estructura dicho manual: el trastorno mental. Esta noción se destaca además, por admitir la alta correlación sintomática entre patologías, presentar escasa capacidad predictiva, y débiles o nulas vinculaciones con las variaciones históricas, culturales y ambientales. De lo expuesto emerge que la noción de *trastorno* vigente en el DSM es central para la comprensión de sus especificidades, sus funcionalidades, las rupturas que expresa en relación al modelo de la enfermedad, y los efectos que ha provocado en los procesos de diagnóstico y tratamiento. La configuración de esta noción en el DSM resulta, además, de una coyuntura histórica, económica y política particular, que responde a limitaciones y exigencias puntuales.



Las características del DSM mencionadas forman parte del núcleo de numerosas críticas al manual, presentándose como las indicadoras de su incoherencia, parcialidad, y hasta falta de cientificidad. Un ejemplo de estas críticas lo ofrece Cooper, que culmina su libro señalando: *“(d)esafortunadamente, resulta que aunque el DSM es de enorme importancia práctica, no está en camino de convertirse en la mejor clasificación posible de los trastornos mentales”* (Cooper 2005, pp. 150). Habida cuenta de lo expuesto, la conclusión de Cooper bien puede pensarse al revés: que aunque no es la mejor clasificación posible de los trastornos mentales, el DSM es de enorme importancia práctica. Esto se verifica en la extensión que ha tenido desde su tercera versión, y en los numerosos adeptos que ven en el DSM un manual que sirve a meros fines diagnósticos, sin comprometer o limitar teóricamente a los profesionales actuantes.

De manera que, precisamente en su carácter paradójico, ambiguo y epistemológicamente frágil, reside una de las líneas que explicarían el éxito de su extensión. Son esas características del DSM-III las que permitieron desbloquear y articular al saber de la psiquiatría somática, bloqueado por la incidencia de los conceptos psicodinámicos que se utilizaban en la primera y segunda versión (y que no eran tributarios de directrices empiristas), y disperso en una serie de tecnologías que se utilizaban con anterioridad en otros ámbitos, pero que no se habían empleado de modo unificado en ningún manual clasificatorio psiquiátrico. En esta articulación con toda una serie de tecnologías, instrumentos y actores que venían desarrollándose con independencia de las clasificaciones del manual, el DSM encontró las posibilidades para su expansión.

La definición de trastorno mental que los manuales introdujeron y reforzaron con cada nueva publicación desde 1980, tuvo como efecto su aceptación y uso entre numerosos profesionales de la salud mental, que encontraron un lenguaje con criterio científico para avalar sus diagnósticos, ya que el DSM-III apeló, incorporó y ofreció códigos e instrumentos estadísticos que aplicó al diagnóstico de los trastornos mentales. Esos criterios formales entroncaban con la necesidad (tanto al interior como por fuera de los saberes de la salud mental) de contar con esquemas clasificatorios que resultaran consonantes con la formulación de proyectos de investigación, de testeo y comercialización de psicofármacos, y de publicación de resultados que, en un contexto de recorte presupuestario, descentralización y desregulación económica, cumplieran con requisitos de aceptación para la asignación de fondos privados y estatales. Ofrecía además, una pretendida ateoricidad que eximía a los profesionales de un pronunciamiento a favor de alguna escuela clínica particular, y se presentaba como una “solución” al desprestigio en el que estaba



sumida la psiquiatría norteamericana en ese momento, debido entre otros factores, a la diversidad de doctrinas vigentes (Bianchi 2012).

Esto conduce a la otra línea que explica su vigencia actual, más allá de las justas críticas que sigue recibiendo desde diversos frentes, ya que el DSM también resultó adecuado para otras fuerzas políticas, económicas y sociales, que abarcaban desde agencias estatales de regulación, compañías aseguradoras, investigadores de proyectos transdisciplinarios, laboratorios farmacéuticos hasta revistas especializadas, organizadores de eventos médico-científicos, etc.

La propuesta epistémica del DSM se articuló además con otras tecnologías ya existentes, como los RCT y la rama de psicofármacos de la industria farmacéutica, que adquirieron nuevas funcionalidades y relevancia estratégica. Esa articulación produjo a su vez efectos, tanto en la redefinición subsiguiente de nosologías, como en la creación de nuevos cuadros, ya que la medición de la respuesta a los psicofármacos incide en la formulación de los cuadros clínicos.

Rose (2007) considera que la psiquiatría somática como aparato de verdad no tiene hoy en día un soporte filosófico, sino de investigación. En este punto, considero que esta actual prescindencia del soporte filosófico debe ser entendida como un efecto del desbloqueo que supuso la publicación del DSM-III en 1980. Y para que este desbloqueo ocurriera, la filosofía (positivista, en su variante empirista baconiana, con su acento en la inducción) resultó de importancia capital, haciendo ingresar a la noción de trastorno en el juego de lo verdadero y de lo falso, y constituyéndola como objeto de pensamiento.

Pero procedimientos normativos como el DSM-III, que desarrollan nuevos modos de definir y regular la enfermedad, no agotan sus funciones en los aspectos negativos, restrictivos o cercenadores de otras perspectivas que trajo aparejada su publicación. Por eso, inscribirlo en las condiciones de posibilidad para el desbloqueo de la psiquiatría somática supone tomar en cuenta la dimensión positiva, productiva, generadora de nuevos objetos de conocimiento, con su impacto en las formas de subjetividad que ha traído aparejado.

Esta perspectiva de ningún modo supone una valoración positiva del manual y los efectos que provoca, tanto en las lógicas clasificatorias de las problemáticas de salud mental, como en las prácticas de los profesionales que diagnostican y tratan a los pacientes, y más aún, en las subjetividades que contribuye a modelar. Antes bien, se orienta en el sentido de dar cuenta de las complejas y nunca unitarias vinculaciones y tensiones que se perfilan en torno a la problemática histórica y actual, referida a la definición, diagnóstico y tratamiento de los padecimientos mentales, enfatizando en las condiciones de posibilidad que operaron para la emergencia, en este caso, de un manual clasificatorio psiquiátrico. Y se encuentra en



consonancia además, con los lineamientos metodológicos foucaulteanos útiles para la reflexión planteada en este artículo.

Otra consideración que surge del análisis es que el DSM no extingue, sino que renueva la diada normal-patológico, dándole una forma novel y específica, en función de la utilización de los adelantos e instrumentos tecnológicos reseñados. La diada normal-patológico expresada en el DSM además, se vio influenciada por perspectivas epistémico-filosóficas, como el empirismo baconiano, y por actores y fuerzas socio-políticas y económicas. Todos estos elementos vinculados al DSM-III reconfiguraron y delinearon el objeto sobre el cual la psiquiatría somática pudo profundizar su intervención anterior, o iniciar una nueva. En esta renovación, la formulación del concepto de trastorno mental tiene un rol clave, con efectos en la definición de nosologías particulares. Y las transformaciones en la definición de trastorno mental que se introdujeron en la quinta versión del DSM-5 tienen en el giro del DSM-III, y en el desbloqueo tecnológico y epistemológico antes reseñado, un antecedente para nada desdeñable, que tributó para que estas transformaciones sean posibles.

## Bibliografía

Amaral de Aguiar, A. (2004), *A psiquiatria no divã. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência* (Rio de Janeiro: Relume Dumará).

APA (American Psychiatric Association) (1952), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Washington: American Psychiatric Association).

APA (American Psychiatric Association) (1968), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition* (Washington: American Psychiatric Association).

APA (American Psychiatric Association) (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition* (Washington: American Psychiatric Association).

APA (American Psychiatric Association) (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition-Revised*

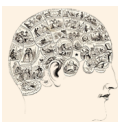
(Washington: American Psychiatric Association).

APA (American Psychiatric Association) (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition* (Washington: American Psychiatric Association).

APA (American Psychiatric Association) (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision* (Washington: American Psychiatric Association).

APA (American Psychiatric Association), *DSM-5 Development. DSM-5. The future of psychiatric diagnosis*. En línea. Acceso el 25/01/2012. Disponible en: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

Bacon, F. (1984) [1620], *Novum Organum*. (Argentina: Hyspamérica)



Bianchi, E. (2012), "Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM," *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (2), 1021-1038.

Conrad, P. (2007), *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders* (Baltimore: The John Hopkins University Press).

Conrad, P. & Schneider, J.W. (1992), *Deviance and Medicalization. From badness to sickness* (Philadelphia: Temple University Press).

Cooper, R. (2004), "What is wrong with the DSM?," *History of Psychiatry* 15 (1), 5-25.

----- (2005), *Classifying Madness. A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Netherlands: Springer)

Decker, H. S. (2007), "How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? From Emil Kraepelin to DSM III," *History of Psychiatry*. 18 (3), 337-360.

Ehrenberg, A. (2000), *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad* (Buenos Aires: Nueva Visión).

Faust, D.; Miner, R. A. (1986), "The empiricist and His New Clothes: DSM-III in perspective," *American Journal of Psychiatry*, 143 (8), 962-967.

Página web de FDA (Food & Drug Administration) Documento "The story of the laws behind the labels". En línea. Acceso el 05/09/2013. Disponible en: <http://www.fda.gov/AboutFDA/WhatWeDo/History/Overviews/ucm056044.htm>

Foucault, M. (1996), *La vida de los hombres infames* (Buenos Aires: Altamira).

----- (2002), *La arqueología del saber* (Argentina: Siglo XXI).

----- (2001), *Los anormales* (Argentina: FCE).

----- (2006), *Seguridad, territorio, población* (Argentina: FCE).

----- (2007), *Nacimiento de la biopolítica* (Argentina: FCE).

Gaines, A. D. (1992), "From DSM-I to III-R; voices of self, mastery and the other: a culture constructivist reading of U.S. psychiatric classification," *Social Science and Medicine*, 35 (1), 3-24.

Grob, G. N. (1991), "Origins of DSM-I: A study in Appearance and Reality," *American Journal of Psychiatry*. 148 (4), 421-431.

Healy, D. (2002), *The creation of psychopharmacology* (Cambridge, Massachusetts, London, England: Harvard University Press).

Klimovsky, G. e Hidalgo, C. (1998), *La inexplicable sociedad. Cuestiones de epistemología de las ciencias sociales* (Buenos Aires: A-Z editora).

Lakoff, A. (2005), *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry* (Cambridge: Cambridge University Press).

Lock, M. (1987), "DSM-III as a culture-bound construct: commentary on Culture-bound syndromes and international disease classifications," *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11(1), 35-42.

Mayes, R. & Horwitz, A. (2005), "DSM-III and the revolution in the classification of mental illness," *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41 (3), 249-267.

Menna, S. & Salvatico, L. (2000), "Racionalidad y metodología en el Novum Organum de Bacon," *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, 15(1), 139-144.

Murillo, S., "Influencias del Higienismo en políticas sociales en Argentina. 1871/1913" En Domínguez M. A.; Federico, A. & Findling, L. (comps.) (2000), *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. III Jornadas*



*interdisciplinarias de salud y población*, 23-38. (Buenos Aires: Dunken).

Murillo, S., "Alienismo y modelo correccional. La paradoja del contrato social", en Elbert, C. A., Murillo, S., López González, M., Kalinsky, M. (coord.) (2002), *La criminología del siglo XXI en América Latina. Parte II*, 175-207 (Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni, 2002).

Murillo, S. (2012), *Prácticas científicas y procesos sociales. Una genealogía de las relaciones entre ciencias naturales, ciencias sociales y tecnologías* (Argentina: Biblos).

Paes Henriques, R. (2003), *A remodelização da psiquiatria. Uma reflexão crítica sobre a revolução nosológica do DSM-III*, Dissertação de Mestrado. UERJ-IMS. Rio de Janeiro.

Página web de Forum Infancias. Documento "Manifiesto Buenos Aires". En línea. Acceso el 05/09/2013. Disponible en: <http://www.forumadd.com.ar/documentos/t36.htm>

Rose, N. (2007), *The politics of life itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century* (Princeton and Oxford: Princeton University Press).

Russo, J. & Venâncio, A. T. (2003), "Humanos demasiadamente orgánicos: Um

estudo comparativo de diferentes Versões de um Manual Psiquiátrico". Ponencia presentada en GT19 Corpo, Saúde, Doença e Sexualidade, V Reunião de Antropologia do Mercosul, Florianópolis.

Russo, J. y Venâncio, A. T. (2006), "Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III", *Revista Latinoamericana de Psicopatología*. Fund., IX (3), 460-483.

Shorter, E. (2005), *Historical Dictionary of Psychiatry* (New York: Oxford University Press).

Shorter, E. (2009), *Before Prozac. The troubled history of mood disorders in psychiatry* (Oxford: Oxford University Press).

Stein, D. J. (1991), "Philosophy and the DSM-III," *Comprehensive Psychiatry* 32 (5), 404-415.

Szasz, T. (2001) [1970], *Ideología y enfermedad mental* (Buenos Aires: Amorrortu).

Wilson, M. (1993), "DSM-III and the Transformation of American Psychiatry: A History," *American Journal of Psychiatry*, 150 (3), 399-410.

Young, A. (1995), *The harmony of Illusions. Inventing post-traumatic stress disorder* (Princeton, New Jersey: Princeton University Press).