







M. Romero González¹ 
M. Casanovas Espinar² 
M. Carulla Roig³ 
L. Villalta Maciá³ 
M. Andreu Pascual³ 
L. Chanes Puiggros⁴ 

La función diagnóstica en salud mental infantil ¿Estamos patologizando el sufrimiento propio de la experiencia humana?

1. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil. Hospital Regional Universitario de Málaga, España.
2. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, España.
3. Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona, España.
4. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud-Serra Hunter Programme, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

El objetivo de este artículo editorial es difundir los comentarios y reflexiones más destacadas del “Encuentro de socios de la Asociación de Científicos en Salud Mental del Niño y del Adolescente-Fundación Alicia Koplowitz del 2019” como opinión de expertos para invitar a reflexión de profesionales sobre los diagnósticos en salud mental infantil.

“Pensad que cómo mínimo, establecer un diagnóstico psiquiátrico en la infancia debe de mejorar la calidad de vida del paciente, sobre todo cuando estamos ante seres humanos vulnerables y además tenemos la responsabilidad de estar en revisión continua de nuestras hipótesis diagnósticas para acceder o articular una respuesta terapéutica adecuada en cada momento de su desarrollo.” (Dr. Sabel Gabaldón. Encuentro de Socios Asociación de Científicos Fundación Alicia Koplowitz, 2019)

A lo largo de los años, los diagnósticos han ido cambiando acorde a la época del momento. Tal vez, términos como “drapetomanía” o “disestesia etiópica” (1) no resulten tan familiares como la “psicosis

marxista” o la “homosexualidad egodistónica” (2), o más cercano aún, “los trastornos de identidad de género” (3). A lo largo de la historia, la ciencia ha estado en manos del poder, ya sea el Estado o la Iglesia, y de alguna manera las desviaciones de las normas sociales eran consideradas patológicas, como función tranquilizadora de depositar “el mal” fuera de uno mismo o dar un sentido a aquello que no se comprende acorde a la cultura de cada momento como “esa manía de querer escapar de la esclavitud” (1).

En el siglo pasado, Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, junto con otros autores relevantes como Charcot o Bleuler, describieron numerosas y notables aportaciones a la psiquiatría. Por ejemplo, detallaron las bases etiológicas de distinguidas patologías mentales con la rememoración de los traumas psicógenos en la neurosis, la interpretación de los sueños, o postularon la existencia de una sexualidad infantil perversa polimorfa (4). Sin embargo, la cuestión que nos planteamos es ¿podemos seguir explicando la realidad del hoy, con las hipótesis de hace un siglo?

El ver de dónde viene la historia de los diagnósticos psiquiátricos, nos puede ayudar a comprender hacia dónde vamos. Estamos siendo testigos de una cultura de continuo cambio, con la revolución tecnológica a la orden del día y el impacto que se origina en los más jóvenes con la aparición de nuevas “patologías”. Por ejemplo, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (5) ha incluido en su última versión el trastorno por uso de internet, o trastorno de uso por videojuegos. Las adiciones a las nuevas tecnologías, ya sea como herramienta de aislamiento, o como inminente necesidad de compartir cada momento vital en las redes sociales, conlleva una exposición e impacto en la construcción de la identidad de los más jóvenes.

La psiquiatría, como ciencia, adopta un modelo médico para afrontar los trastornos mentales, pero considera más que en ninguna otra especialidad médica, tanto los factores biológicos como los psicológicos, socio/culturales y antropológicos. Por lo tanto, los diagnósticos en salud mental, son constructos que se deben de ajustar en gran medida a la cultura del momento. El cerebro es un órgano dinámico, al igual que el conocimiento, las ideas, las hipótesis, las tradiciones y las costumbres del ser humano, que cambian con el paso del tiempo. Por lo tanto, los profesionales de salud mental, más que en ninguna otra ciencia, debemos tener una actitud de revisión, actualización y cambio continuo. Sin embargo, muchas veces, caemos en la comodidad de seguir anclados en las mismas hipótesis del siglo pasado para explicar “las enfermedades mentales” actuales.

Por ello, desde el aprendizaje del ayer, en el siglo XXI, debemos de cambiar a una ciencia al servicio de las personas, adaptándonos a la cultura y circunstancias del momento. Esto conlleva que tengamos que estar en actualización constante de las patologías en salud mental. En algunas ocasiones, la ciencia y la sociedad nos mostrará que debemos de despatologizar, como es el caso de los “trastornos de identidad de género”, cuya nomenclatura ya aparece en los nuevos manuales diagnósticos como “disforia de género”. De esta forma se elimina su conceptualización como trastornos. En otros casos, se describen nuevos trastornos, como por ejemplo el diagnóstico aún controvertido de “Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad” (TDAH), que proviene de la terminología de “mínima disfunción cerebral” del DSM-I (1952). Este trastorno describe un conjunto de síntomas clínicos, con una etiología compleja de interacción entre factores

biológicos, sociales y psicológicos, propios de los trastornos mentales, con un tratamiento terapéutico y un pronóstico bien definidos y avalados por una robusta literatura científica (6).

Los diagnósticos en salud mental infantil no pretenden patologizar ni etiquetar al ser humano en desarrollo. Por lo tanto, pretender una sociedad indolora, evitar las frustraciones de la vida o cualquier situación que genera malestar, como puede ser la disforia de género, no es la función del diagnóstico psiquiátrico. Los diagnósticos en salud mental parten del conocimiento científico, pero también del humanista, de que el dolor y la tristeza son innatos a la existencia humana. Sólo una visión profunda y elaborada de la realidad humana tienen en cuenta que todas las emociones son legítimas; la tristeza, la alegría, el odio, la envidia, los deseos e incluso las emociones más ambivalentes (7).

De hecho, Allen J. Frances, psiquiatra americano y autor del DSM-IV, advierte que con la flexibilización del DSM-5, existe un mayor riesgo de inflación de las patologías mentales basados en síntomas subjetivos (8). Cruzar los límites de la normalidad supondría perder el fundamento de los diagnósticos en psiquiatría y una patologización de la experiencia humana.

“Las decisiones clínicas siempre conllevan decisiones éticas y por eso tenemos la gran responsabilidad de saber discernir entre los límites de la normalidad, lo cultural, lo adaptativo, la diversidad sexual y de género, con lo que es psicopatología y la aparición de nuevas realidades y síntomas que debemos de definir, comprender, reflexionar e investigar para crear una ciencia fidedigna adaptada a la sociedad del momento” (Dr. Sabel Gabaldón. Encuentro de Socios Asociación de Científicos Fundación Alicia Koplowitz, 2019).

Otra de las cuestiones relevantes debatidas durante el Encuentro fue la priorización de la autonomía del paciente, Art. 16 & 25 del código deontológico (9), dejando de lado “el paternalismo,” muy ligado a la práctica médica hasta hace apenas unos años.

Así, según M. Portella: *“El conocimiento es la mejor herramienta que existe para superar miedos y prejuicios, disminuye la culpabilidad y empodera al usuario, dignificándole así para poder tomar la mejor decisión terapéutica acorde a los valores de cada familia, minimizando las diferencias, y por consiguiente, la estigmatización en salud mental infantil”* (10). Por tanto, lo más importante es compartir el conocimiento para ayudar a las familias

a la mejor toma de decisión terapéutica acorde a sus valores, creencias y necesidades.

Diagnosticar implica una perspectiva holística del ser humano; no todo es biología ni genética como no todo es psique ni contexto. Por ello, el proceso diagnóstico debe basarse en una perspectiva biopsicosocial (11). Sin embargo, los profesionales en salud mental también consideramos crucial el acompañamiento empático en el proceso diagnóstico, compartir los conocimientos científicos y biológicos existentes y reflexionar sobre el entorno y la subjetividad de cada persona, sus experiencias vitales y sus circunstancias. Sin embargo, siempre hay que permitir que el sujeto y/o sus familiares en el caso de menores, participen activamente en la decisión terapéutica, respetando así el principio de *Autonomía*.

Si dejamos de lado alguno de estos aspectos etiológicos en salud mental, si no valoramos con un enfoque biopsicosocial, si no comprendemos la etiología compleja de interacción entre factores ambientales y genéticos que hay de base en los trastornos mentales, si no nos actualizamos y nos adaptamos a la cultura que vivimos, podemos caer en errores del pasado. Por ejemplo, culpabilizar a una madre de un niño con autismo de ser “madre nevera” (12), con el potencial impacto dañino que esta nomenclatura podría conllevar en el desarrollo afectivo y vincular de la relación madre-hijo. Igualmente, un ejemplo más actualizado; no ofrecer la opción a los padres para que puedan decidir y ejercer su derecho de autonomía y libertad, si darle o no a su hijo un tratamiento que ha demostrado una alta eficacia para la sintomatología de TDAH, con el impacto tan negativo que esta sintomatología conlleva en el funcionamiento y el desarrollo socioemocional de estos menores (13).

¿No será pues la función del diagnóstico abrir puertas desde el conocimiento, no sólo de los factores biológicos o sus manifestaciones clínicas, sino también desde la comprensión del entorno y la cultura para que podamos contribuir a una mejor evolución de la infancia? *“Cuando conoces, ya no rechazas, sino que te empoderas, porque puedes participar activamente en lo que quieres para tu hijo/a, y decidir cómo quieres que se le trate y tomar la decisión más adecuada para su bienestar y así fomentar la autonomía del usuario.”* (Dra. María Portella, Encuentro de Socios Asociación de Científicos Fundación Alicia Koplowitz, 2019)

En conclusión, desde el último Encuentro de Socios de la Asociación de Científicos de Salud Mental del Niño y Adolescentes - Fundación Alicia Koplowitz, apostamos por un modelo biopsicosocial en los diagnósticos de salud mental en la infancia. Así mismo, proponemos la supervisión continua de las hipótesis diagnósticas acorde al desarrollo del menor y cuyo objetivo final es mejorar la calidad de vida del menor y su entorno. Por último, destacamos la importancia de empoderar a las familias para que puedan contribuir a la mejor toma de decisión terapéutica de estos menores.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento a los invitados de este encuentro, el Dr. Sabel Gabaldón, psiquiatra del servicio de psiquiatría y psicología del Hospital Sant Joan de Deu (Barcelona) y Máster en Bioética y la Dra. María J. Portella, neuropsicóloga e investigadora en el instituto de investigación Biomédica de Sant Pau (Barcelona), por sus enriquecedoras aportaciones que hicieron de este encuentro una experiencia muy enriquecedora para reflexionar sobre estas cuestiones tan cruciales en el día a día en salud mental infantil.

REFERENCIAS

1. Cartwright SA. Report on the diseases and physical peculiarities of the human race. Concepts of health and disease: International perspectives. 1981:305-26.
2. Clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición. Organización Mundial de la Salud. 1990.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. American Psychiatric Association (APA). 1994.
4. Freud S. Tres ensayos sobre teoría sexual. Editorial Verbum; 2019 Sep 12.
5. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). World Health Organization (WHO). 2018. <https://icd.who.int/>
6. Barkley RA. Concentration deficit disorder (sluggish cognitive tempo). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 2015:81-115. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199935291.013.9>

-
7. Ginott A. and Wallace Goddard H. Entre padres e hijos. Ediciones Medici. 2003.
 8. Frances AJ, Widiger T. Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual review of clinical psychology*. 2012 Apr 27;8: 109-30. PMID: 22035240. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102>
 9. Consejo General de Colegios oficiales de Psicólogos. *Código Deontológico*. <https://www.cop.es/pdf/Codigo-Deontologico-Consejo-Adaptacion-Ley-Omnibus.pdf>
 10. Portella, M. J. *Mundos invisibles: el espectro autista explicado por una madre neurocientífica*. Tibidabo Ediciones, SA. 2018.
 11. Engel, George L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977: 196:129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
 12. Kanner L. Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *American journal of Orthopsychiatry*. 1949 Jul;19(3):416. PMID: 18146742. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1949.tb05441.x>
 13. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*. 2018 Feb 1;5(2):175-86. PMID: 29033005. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30167-0)