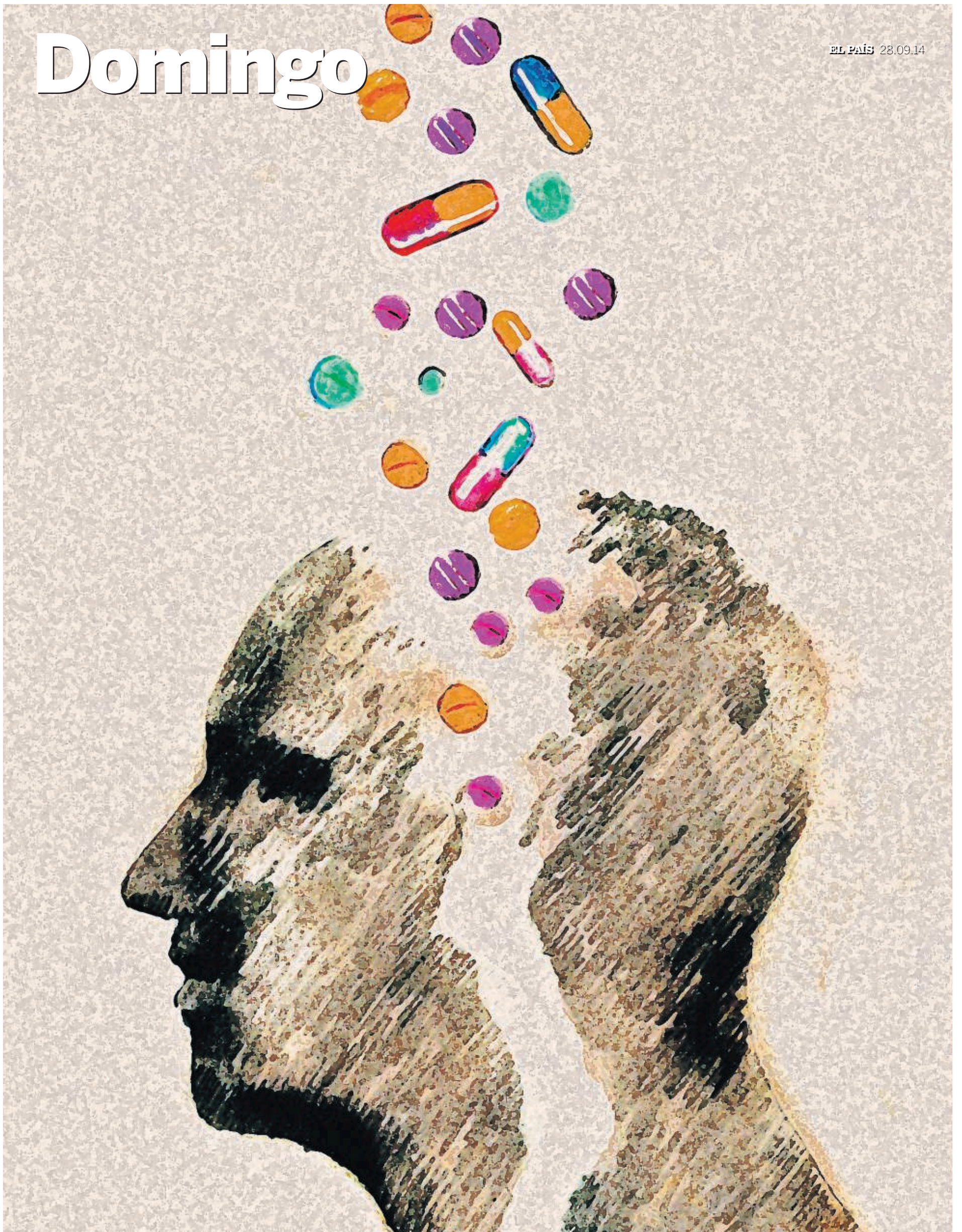


Domingo

EL PAÍS 28.09.14



Getty Images

El Estado del malestar

¿Estamos tan enfermos como indica el cada vez más elevado consumo de psicofármacos? Los especialistas avisan: nuestra escasa tolerancia a la frustración nos hace poco resistentes a los problemas y presas fáciles de la industria farmacéutica

Colgados de los ansiolíticos

El consumo de medicamentos psiquiátricos en España ha aumentado en la última década a pesar de que las patologías mentales permanecen estables. La industria farmacéutica gana mercado

Por MILAGROS PÉREZ OLIVA

La tristeza no es una enfermedad. Sentir dolor por la muerte de alguien querido no es patológico. Y temblar cuando se habla en público por primera vez, tampoco. La vida no se puede tratar con pastillas y, sin embargo, cada vez recurrimos más a ellas para combatir lo que no es otra cosa que el simple malestar de vivir. En lugar de asumir por la mañana los nubarrones con un "buenos días, tristeza", corremos al médico para que nos recete antidepresivos. Y en lugar de encararnos con el jefe tóxico que nos acosa, corremos al psiquiatra en busca de ansiolíticos.

En diez años se ha producido en España un aumento del consumo de medicamentos psiquiátricos que no está justificado. De hecho, la mayoría de las patologías mentales de causa endógena tienen una incidencia estable en el tiempo y similar en todo tipo de sociedades. Lo que sí puede aumen-

tar es la incidencia de trastornos transitorios de carácter reactivo, la depresión causada por estrés, por ejemplo. Pero ni siquiera eso explica el aumento que se ha observado en la prescripción. No hay en España, país alegre y soleado donde los haya, por mucho que apriete la crisis, tanta depresión como indican las ventas de Prozac y otros antidepresivos. Ni se justifica que en las estadísticas de la OCDE, España figure en segundo lugar en consumo de tranquilizantes.

¿Qué ha propiciado este salto tan espectacular de lo que podríamos denominar psiquiatría de complacencia? La presión de la industria farmacéutica, con su estrategia de ganar mercados a costa de crear nuevos síndromes, es señalada por muchos autores como el desencadenante de la espiral *medicalizadora*. Resulta más barato y más lucrativo crear nuevos mercados para viejos principios activos reciclados como nuevos fármacos que encontrar nuevos tratamientos. Después de alertar en el *British Medical Journal* en 2002 en *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering* (Ven-

diendo patología: la industria farmacéutica y la promoción de enfermedades), Ray Moynihan hurgó en varios libros e investigaciones los mecanismos que han llevado a etiquetar como enfermedades procesos que no lo son: desde la fobia social al síndrome de las piernas inquietas. La psiquiatría infantil ha resultado el campo mejor abonado.

Pero aunque es fácil colocarle a la industria farmacéutica la etiqueta de villana, no es el único factor. Y en ocasiones, ni siquiera el más importante. Desde la salud pública se dice que somos lo que comemos, pero más que nada somos lo que pensamos. Autores como Byung-Chul Han o Zygmunt Bauman nos dan, desde la sociología y la filosofía, claves que ayudan a explicar mejor el fenómeno. Por un lado, como dice Han en *La sociedad del cansancio*, las consecuencias de dejar atrás la organización social disciplinaria, en la que si uno cumple con su deber podrá vivir satisfecho, para sumergirnos en la sociedad del rendimiento, cuyo paradigma es ese individuo exhausto por una competitividad autoimpuesta y sin lími-

te que le obliga a estar siempre alerta y siempre en forma, y que percibe cualquier distracción o contratiempo como una amenaza para su carrera. Si fracasa, será por su culpa. Para Bauman, en estos tiempos hipercompetitivos, los que no siguen el ritmo quedan excluidos, y eso crea mucha angustia. La gente ve la vida como el juego de las sillas, en el que un momento de distracción "puede comportar una derrota irreversible". Y así es cómo, "incapaces de controlar la dirección y la velocidad del coche que nos lleva, nos dedicamos a escrutar los siete signos del cáncer, los cinco síntomas de la depresión, los fantasmas de la hipertensión o el colesterol, y nos entregamos a la compra compulsiva de salud".

Todo eso, en el marco de una cultura que fomenta el consumismo y el individualismo hedonista, que produce individuos exigentes, impacientes y con escasa tolerancia a la frustración y que, como advirtió Daniel Callahan, director del proyecto Los Fines de la Medicina, del Hastings Center de Nueva York, esperan de la medicina aquello

ALLEN FRANCES

CATEDRÁTICO EMÉRITO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE DUKE

“Convertimos los problemas cotidianos en trastornos mentales”

Por M. P. O.

Allen Frances (Nueva York, 1942) dirigió durante años el *Manual diagnóstico y estadístico* (DSM), en el que se definen y describen las diferentes patologías mentales. Este documento, considerado la *biblia* de los psiquiatras, es revisado periódicamente para adaptarlo a los avances del conocimiento científico. El doctor Frances dirigió el equipo que redactó el DSM-IV, a la que siguió una quinta revisión que amplió considerablemente el número de entidades patológicas. En su libro *¿Somos todos enfermos mentales?* (Ariel, 2014) hace autocrítica y cuestiona que el considerado como principal referente académico de la psiquiatría colabore en la creciente medicalización de la vida.

Pregunta. En el libro entona un *mea culpa*, pero aún es más duro con el trabajo de sus colegas en el DSM-5. ¿Por qué?

Respuesta. Nosotros fuimos muy conservadores y solo introdujimos dos de los 94 nuevos trastornos mentales que se habían sugerido. Al acabar, nos felicitamos, convencidos de que habíamos hecho un buen trabajo. Pero el DSM-IV resultó ser un dique demasiado endeble para frenar el empuje agresivo y diabólicamente astuto de las empresas farmacéuticas para introducir nuevas entidades patológicas. No supimos anticiparnos al poder de las farmacéuticas para hacer creer a médicos, padres y pacientes que el trastorno psiquiátrico es algo muy común y de fácil solución. El resultado ha sido una inflación diagnóstica que produce mucho daño, especialmente en psiquiatría infantil. Ahora, la ampliación de síndromes y patologías en el DSM-5 va a convertir la actual inflación diagnóstica en hiperinflación.

P. ¿Todos vamos a ser considerados enfermos mentales?

R. Algo así. Hace seis años coincidí con amigos y colegas que habían participado en la última revisión y les vi tan entusiasmados que no pude por menos que recurrir a la ironía: habéis ampliado tanto la lista de patologías, les dije, que yo mismo me reconozco en muchos de esos trastornos. Con frecuencia me olvido de las cosas, de modo que seguramente tengo una predemencia; de cuando en cuando como mucho, así que probablemente tengo el síndrome del comedor compulsivo, y puesto que al morir mi mujer, la tristeza me duró más de una semana y aún me duele, debo haber caído en una depresión. Es absurdo. Hemos creado un sistema diagnóstico que convierte problemas cotidianos y normales de la vida en trastornos mentales.

P. Con la colaboración de la industria farmacéutica...

R. Por supuesto. Gracias a que se les permitió hacer publicidad de sus productos, las farmacéuticas están engañando al público haciendo creer que los problemas se resuelven con píldoras. Pero no es así. Los fármacos son necesarios y muy útiles en trastornos mentales severos y persistentes, que provocan una gran discapacidad. Pero no ayudan en los problemas cotidianos, más bien al contrario: el exceso de medicación causa más daños que beneficios. No existe el tratamiento mágico contra el malestar.

P. ¿Qué propone para frenar esta tendencia?

R. Controlar mejor a la industria y educar de nuevo a los médicos y a la sociedad, que acepta de forma muy acrítica las facilidades que se le ofrecen para medicarse, lo que está provocando además la aparición de un mercado clandestino de fármacos psiquiátricos muy peligroso. En mi país, el 30% de los

estudiantes universitarios y el 10% de los de secundaria compran fármacos en el mercado ilegal. Hay un tipo de narcóticos que crean mucha adicción y pueden dar lugar a casos de sobredosis y muerte. En estos momentos hay ya más muertes por abuso de medicamentos que por consumo de drogas.

P. En 2009, un estudio realizado en Holanda encontró que el 34% de los niños de entre 5 y 15 años eran tratados de hiperactividad y déficit de atención. ¿Es creíble que uno de cada tres niños sea hiperactivo?

R. Claro que no. La incidencia real está en torno al 2%-3% de la población infantil y, sin embargo, en EE UU están diagnosticados como tal el 11% de los niños y en el caso de los adolescentes varones, el 20%, y la mitad son tratados con fármacos. Otro dato sorprendente: entre los niños en tratamiento, hay más de 10.000 que tienen ¡menos de tres años! Eso es algo salvaje, despiadado. Los mejores expertos, aquellos que honestamente han ayudado a definir la patología, están horrorizados. Se ha perdido el control.

P. ¿Y hay tanto síndrome de Asperger como indican las estadísticas sobre tratamientos psiquiátricos?

R. Ese fue uno de los dos nuevos trastornos que incorporamos en el DSM-IV y al poco tiempo el diagnóstico de autismo se triplicó. Lo mismo ocurrió con la hiperactividad. Nosotros calculamos que con los nuevos criterios, los diagnósticos aumentarían en un 15%, pero se produjo un cambio brusco a partir de 1997, cuando las farmacéuticas lanzaron al mercado fármacos nuevos y muy caros y además pudieron hacer publicidad. El diagnóstico se multiplicó por 40.

P. La influencia de las farmacéuticas es evidente, pero un psiquiatra difícilmente prescribirá psicoestimulantes a un niño sin unos padres angustiados que corren a su consulta porque el profesor les ha dicho que



el niño no progresa adecuadamente, y temen que pierda oportunidades de competir en la vida. ¿Hasta qué punto influyen estos factores culturales?

R. Sobre esto he de decir tres cosas. Primero, no hay evidencia a largo plazo de que la medicación contribuya a mejorar los resultados escolares. A corto plazo, puede calmar al niño, incluso ayudar a que se centre mejor en sus tareas. Pero a largo plazo no ha demostrado esos beneficios. Segundo: esta-

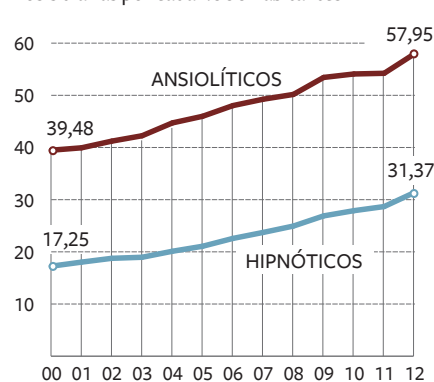
que esta no les puede dar. Esos individuos son muy vulnerables a la publicidad, abierta o encubierta, que les ofrece el recurso a las pastillas como el elixir mágico que les ayudará a construir una burbuja de felicidad, aunque sea inducida por la química.

La mayor parte de esa presión se canaliza hacia la consulta del médico de cabecera, que muchas veces solo tiene el talonario de recetas para hacer frente a tan perentorias demandas. Pero los medicamentos no son inocuos. Barbara Starfield, de la Universidad John Hopkins, señalaba ya en 2002 en *To err is human* (Error es humano) que la iatrogenia de los tratamientos era la tercera causa de muerte en Estados Unidos. El problema es que, como indica Enrique Gavilán, médico de familia que ha investigado los procesos de medicalización, si no se hace un seguimiento adecuado, algunos de estos fármacos crean dependencia. Y ahí tenemos una nueva forma de hacerse adicto. Andreu Segura, especialista en salud pública, lamenta que la sociedad no sea consciente de que las pastillas pueden ayudar cuando son necesarias, pero también tienen efectos adversos, y eso es lo único que producen cuando se recetan sin justificación. Pero mientras nos excedemos en la prescripción en procesos que no son patológicos, hay al mismo tiempo muchos enfermos con verdaderas enfermedades mentales que ni siquiera están tratados. Para Antoni Bulbena, jefe del Departamento de Psiquiatría de la UAB, esa es la gran e injusta paradoja de este historial. Al final, unos sufren por demasiado medicados y otros por demasiado poco. •

Consumo de medicamentos psiquiátricos en España

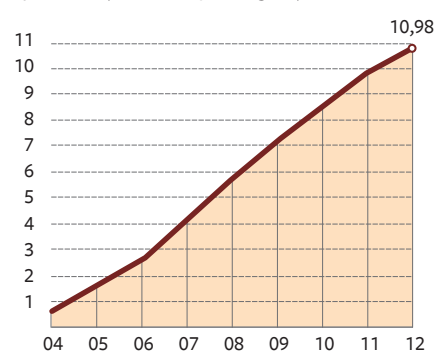
■ ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS

Dosis diarias por cada 1.000 habitantes



■ CONSUMO DE METILFENIDATO

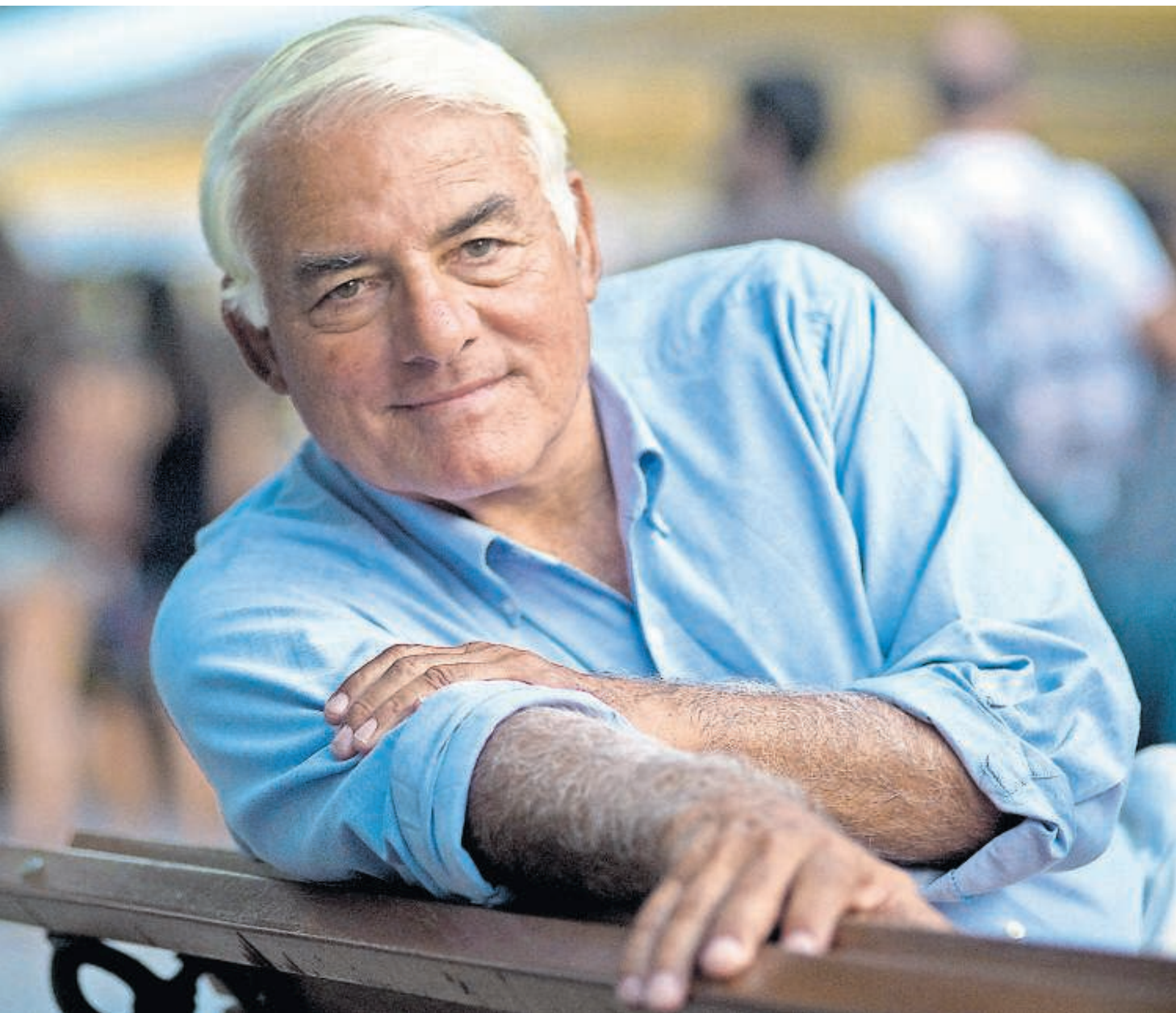
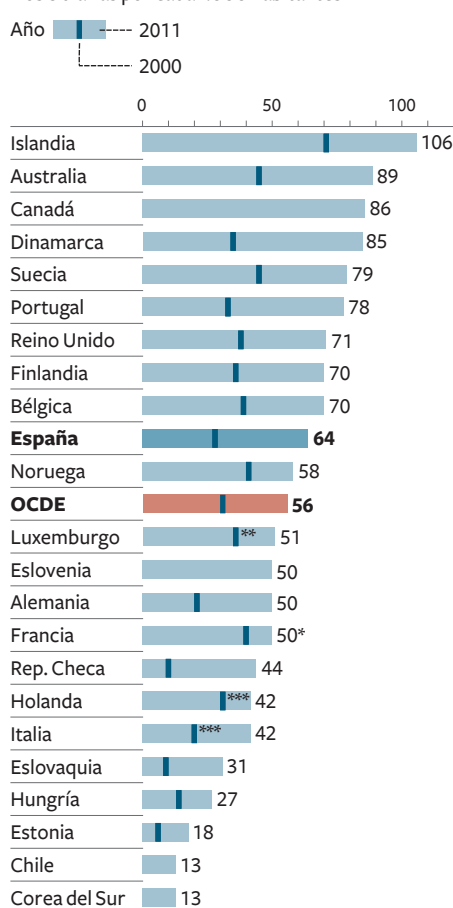
Prescripción del medicamento para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad entre 5 y 19 años (liberación prolongada).



* Último dato disponible de Francia, 2009. ** Luxemburgo, 2003. *** Holanda e Italia, 2001.

■ CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS

Dosis diarias por cada 1.000 habitantes



Allen Frances, fotografiado el pasado 10 de septiembre en Barcelona. Foto: Juan Barbosa

mos haciendo un experimento a gran escala con estos niños, porque no sabemos qué efectos adversos pueden tener con el tiempo esos fármacos. Igual que no se nos ocurre recetar testosterona a un niño para que rinda más en el fútbol, tampoco tiene sentido tratar de mejorar el rendimiento escolar con fármacos. Tercero: tenemos que aceptar que hay diferencias entre los niños y que no todos caben en un molde de normalidad que cada vez hacemos más estrecho. Es

muy importante que los padres protejan a sus hijos, pero del exceso de medicación.

P. ¿En la medicalización de la vida, no influye también la cultura hedonista que busca el bienestar a cualquier precio?

R. Los seres humanos somos criaturas muy resilientes. Hemos sobrevivido millo-

nes de años gracias a esta capacidad para afrontar la adversidad y sobreponernos a ella. Ahora mismo, en Irak o en Siria, la vida puede ser un infierno. Y sin embargo, la gente lucha por sobrevivir. Si vivimos inmersos en una cultura que echa mano de las pastillas ante cualquier problema, se reducirá nuestra capacidad de afrontar el estrés y también la seguridad en nosotros mismos. Si este comportamiento se generaliza, la sociedad entera se debilitará frente a la adversi-

dad. Además, cuando tratamos un proceso banal como si fuera una enfermedad, disminuimos la dignidad de quienes verdaderamente la sufren.

P. Y ser etiquetado como alguien que sufre un trastorno mental, ¿no tiene también consecuencias?

R. Muchas, y de hecho cada semana recibo correos de padres cuyos hijos han sido diagnosticados de un trastorno mental y están desesperados por el perjuicio que les causa la etiqueta. Es muy fácil hacer un diagnóstico erróneo, pero muy difícil revertir los daños que ello conlleva. Tanto en lo social como por los efectos adversos que puede tener el tratamiento. Afortunadamente, está creciendo una corriente crítica con estas prácticas. El próximo paso es concienciar a la gente de que demasiada medicina es mala para la salud.

P. No va a ser fácil...

R. Cierto, pero el cambio cultural es posible. Tenemos un magnífico ejemplo: hace 25 años, en EE UU el 65% de la población fumaba. Ahora, lo hace menos del 20%. Es uno de los mayores avances en salud de la historia reciente, y se ha conseguido por un cambio cultural. Las tabacaleras gastaban enormes sumas de dinero en desinformar. Lo mismo que ocurre ahora con ciertos medicamentos psiquiátricos. Costó mucho hacer prosperar la evidencia científica sobre el tabaco, pero cuando se consiguió, el cambio fue muy rápido.

P. En los últimos años las autoridades sanitarias han tomado medidas para reducir la presión de los laboratorios sobre los médicos. Pero ahora se han dado cuenta de que pueden influir sobre el médico generando demanda en el paciente.

R. Hay estudios que demuestran que cuando un paciente pide un medicamento, hay 20 veces más posibilidades de que se lo prescriban que si se deja simplemente a decisión del médico. En Australia, algunos laboratorios requerían para el puesto de visitador médico a personas muy agradecidas, por-

“No supimos anticiparnos al poder de las farmacéuticas para crear nuevas enfermedades”

“Los seres humanos hemos sobrevivido millones de años gracias a la capacidad de afrontar la adversidad”

que habían comprobado que los guapos entraban con más facilidad en las consultas. Hasta ese punto hemos llegado. Ahora hemos de trabajar para lograr un cambio de actitud en la gente.

P. ¿En qué sentido?

R. Que en vez de ir al médico en busca de la píldora mágica para cualquier cosa, tengamos una actitud más precavida. Que lo normal sea que el paciente interroge al médico cada vez que le receta algo. Preguntar por qué se lo prescribe, qué beneficios aporta, qué efectos adversos tendrá, si hay otras alternativas. Si el paciente muestra una actitud resistente, es más probable que los fármacos que le receten estén justificados.

P. Y también habrá que cambiar hábitos.

R. Sí, y déjeme decirle un problema que he observado en España. ¡Tienen que cambiar los hábitos de sueño! Sufren ustedes una falta grave de sueño y eso provoca ansiedad e irritabilidad. Cenar a las 10 de la noche e ir a dormir a las 12 o la una tenía sentido cuando hacían la siesta. El cerebro elimina toxinas por la noche. La gente que duerme poco tiene problemas, tanto físicos como psíquicos. •

El paciente en tropel

Por VICENTE VERDÚ

EL ACTO MÉDICO ENCIERRA —por sí mismo— un efecto muy perverso desde el punto de vista económico: en este caso la oferta y la demanda se hallan en las mismas manos. El doctor ofrece sus servicios al paciente, pero para ello demanda análisis, tacs, cultivos, radiografías, endoscopias, colonoscopias, etcétera, ofrece salud y la demanda simultáneamente a través de las pruebas. Cuanto más competente pretende ser el médico más tiende a arruinar el sistema sanitario. Cuanto más se empeña en curar más cuestiona el funcionamiento del modelo que sin solución tiende a empeñarse interminablemente.

Pero hay más. Esta perversión *sanitaria* no acabará por entero en sí misma, sino que llega a empeorar gravemente con el acendrado trabajo de las compañías farmacéuticas que en su vivo propósito por aumentar la clientela resaltan enfer-

medades nuevas con la colaboración voluntaria o no de las publicaciones y estudios especializados. De este modo, fatalmente, el orden farmacéutico pasa a ser un creador de desorden. Desorden farmacológico en el consumo de la población porque a más número de enfermos, reales o imaginarios, mayores beneficios para la cadena de laboratorios y las farmacias. ¿Cómo no esperar pues que, con el tiempo, la totalidad de la población se convierta en *sick victims*?

Ciertamente, esta acrecentada pasión viene a ser la asíntota del progreso en los países desarrollados. El crecimiento del gasto en sanidad se enarbola como índice del bienestar social. Pero, efectivamente, la medicina perversa también crea su malestar e incluso su crimen. Lesiona, perverte y puede empeorar al individuo.

De hecho, casi todos los habitantes occidentales ya nos relacionamos cotidianamente en cuanto enfermos. Enfermos de algo o sospechosos de diagnósticos adversos. El famoso *DSM*, libro donde se describen todas las enfermedades

psiquiátricas conocidas, no deja de aumentar sus páginas en nuevas ediciones.

Se puede estar loco de amor o loco de remate. Pero eso era antes: ahora se es sujeto de tratamiento psiquiátrico casi por cualquier cosa. Se trata con psicotropos el hambre, la gula, el duelo o la tristeza, la pena de un fracaso, la excitación del éxito, el tedio o el temor a la muerte.

Muy significativamente, ha crecido hasta porcentajes superiores al 30% el llamado déficit de atención atribuido a los escolares. ¿Déficit de atención? ¿Hiperactividad? Realmente si estos niños concentraran la atención en un asunto en vez de desparramarla o fueran menos activos no podrían vivir en el mundo disperso y poblado de estimulaciones que existe. Se les llama enfermos pero, en realidad, son *actuales*.

Sin duda, característico de la época es perseguir ansiosamente la salud a la manera de los mendigos que han de buscarse de una u otra forma, exasperadamente, la supervivencia. La dietética o la gimnasia, el pilates y los balnearios, los vegeta-

les o los minerales, todo forma parte de un envolvente y complejo universo terapéutico. De hecho, pasará por irresponsable aquel que no se está procurando algún remedio apropiado, preventivo o no, para salvarse de las mil patologías que nos acechan.

El mundo, por fin, es radicalmente in-mundo, y nosotros sus condenados internos. Todos, pacientes en cuanto seres vivos que denodadamente han de sortear la muerte que bulle incluso entre las flores.

Porque todos los demás, los descuidados o indolentes, van dejando de formar parte de la consciencia moderna. ¿El malestar en la cultura? Esta es la cultura del malestar a todo trance y la gran ocasión para entregarnos concienzudamente a ser cultos cuidándonos. ¿Hasta dónde? Hasta que un accidente fatal, en absoluto previsible, venga a ensañarse con nosotros. Pero entonces, incluso, como sucede con la aparición de un cáncer, nos caerá encima la responsabilidad de luchar sin desmayo contra el Mal para (¿indefinidamente?) salvarnos. •



Los expertos alertan el riesgo de convertirnos en una sociedad "hipermedicada". Foto: Consuelo Bautista

La faraónica 'biblia' cuestionada

Por ANA ALFAGEME

Al extenso *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM-5, en sus siglas en inglés), se le tilda de *biblia de la psiquiatría*. Nació en 1952 para intentar ordenar las múltiples expresiones de los desórdenes mentales y así auxiliar a los profesionales estadounidenses. Desde entonces, con sus cinco ediciones, la obra colectiva de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) ha adquirido un empaque colosal, convirtiéndose en referencia no solo en Estados Unidos y no únicamente entre los sanitarios. Como ocurriera en las anteriores ediciones, el DSM-5, la última versión publicada en 2013, se sitúa en la cumbre de los libros más vendidos junto a populares volúmenes de ficción.

Las cifras que acompañan a este grueso *bestseller* (900 páginas) son asombrosas: 13 congresos médicos desde 1999, el trabajo de "160 investigadores y clínicos de primer nivel", asegura la APA, la contribución de 1.500 expertos de 39 países, 12.000 cartas o correos electrónicos y 13.000 comentarios en su *web* para revisar 300 enfermedades mentales. Una labor hercúlea que recoge la investigación de los últimos 20 años y que ha sumado tantas dolencias al catá-

go como ha desechado. Las críticas que ha sufrido —de las que tampoco han estado exentas las anteriores ediciones—, se concentran esta vez en la contribución del manual a la progresiva patologización de la sociedad y a ser un cuadro de referencia insuficiente. Tampoco han faltado las voces que denuncian la relación entre la mayoría de los 27 miembros del núcleo central de redactores con la industria farmacéutica, aunque incluso la voz más demoleadora contra el DSM-5, la de Allen Frances, ha desestimado esa *mano negra* en la obra.

El DSM-5 ha excluido patologías, siguiendo en algunos casos el empuje de la reivindicación de derechos. La transexualidad, por ejemplo, ya no es una enfermedad mental en la clasificación vigente. Al igual que ocurría con la homosexualidad a partir de 1973, solo se considera candidato a enfermo al que sufre por vivir en un cuerpo en el que no se reconoce. El siguiente paso será la desaparición total de la lista. Las parafilias sexuales no son ya patológicas en sí, solo si se viven con angustia.

El manual ha incluido otras enfermedades, no sin debate. Por ejemplo, el Trastorno de Estado de Ánimo Disruptivo y No Regulado en niños "que muestran irritabilidad persistente y episodios frecuentes de arrebatos de conducta tres o más veces a la semana durante más de un año". Allen,

redactor de las anteriores clasificaciones del DSM, ha denunciado que esta nueva categoría se basa solo en un estudio clínico.

También se han modificado los criterios diagnósticos de otras dolencias. Uno de los cambios más contestados es la posibilidad de ser catalogado como enfermo de depresión mayor por sufrir esa enorme tristeza, que incluye trastornos del sueño,

disminución del apetito y fatiga, a causa de la muerte de un ser querido.

El duelo era una excepción incluida en la anterior edición y un hecho "que previene la patologización del dolor, un proceso normal de la vida", se argumentaba en una carta abierta publicada por la Asociación de Psicología Humanista y refrendada por un grupo de psiquiatras. Los redactores del DSM-5 mantienen que existen diferencias entre el duelo y la depresión y que el ajuste diagnóstico responde a poder abordar los riesgos de una enfermedad tan grave.

Pero quizá más interesante que el debate sobre la inclusión de patologías sea el plantear que el DSM-5 no basta. Se necesita un nuevo paradigma, sostienen grandes nombres de la psiquiatría, que recomiendan pasar de la mera descripción de síntomas a ahondar en los porqués de la enfermedad mental, sus claves biológicas y genéticas, igual que ocurre, por ejemplo con el abordaje actual del cáncer: no es tan importante la localización de un tumor como su identidad genética. Lo dijo cuando fue publicado el manual Thomas R. Insel, director del Instituto Nacional de Salud Mental y máxima autoridad en psiquiatría de Estados Unidos. Incluso el líder del grupo de trabajo central del DSM-5, David J. Kupfer aseguró: "Es que nos hemos topado con el fracaso de la neurociencia y biología". •

Nuevas enfermedades

► **Trastorno de Estado de Ánimo Disruptivo.** En niños con "irritabilidad persistente y episodios frecuentes de arrebatos de conducta tres o más veces a la semana durante más de un año".

► **El duelo y el Trastorno Depresivo Mayor.** La muerte de un ser querido ya no exige de ser diagnosticada por el DSM-5 como una de las enfermedades más graves.

► **Trastorno de Acaparamiento.** Aplicable a personas "con dificultades persistentes para deshacerse de sus posesiones, independientemente de su valor real".