

2

Consideraciones Introdutorias en Clínica, Psicopatología, Nomenclatura y Clasificación.

Juan Carlos Ferrali*

A. Clínica y psicopatología

La clínica consiste en el estudio del enfermo y su tratamiento. Es esencialmente práctica y personalizada. Desde sus orígenes procuró aproximar al médico de manera ingenua, no prejuiciosa y desprevenida al paciente. Es clásico decir que el abordaje clínico se ocupa de los enfermos, no de las enfermedades.

Esa aproximación permite la captación de indicios, provenientes de una realidad compleja, generando un conocimiento integrado y, la mayoría de las veces, de carácter abductivo. Y este es el momento crucial de la clínica, la recepción de los primeros elementos para el diagnóstico.

Acostumbramos a decir que el diagnóstico es el paso inicial de un adecuado tratamiento. Esos primeros elementos nos permiten construir hipótesis sobre un más allá de lo observable. Hipótesis sobre organizaciones en superficie y profundidad, en un momento transversal de su desarrollo longitudinal.

Veamos en el siguiente cuadro el resumen de aquello que estamos diciendo:

Clínica
<ul style="list-style-type: none"> • CAPTACIÓN DE INDICIOS • DE UNA REALIDAD COMPLEJA • PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO INTEGRADO Y ABDUCTIVO • FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS SOBRE ORGANIZACIONES <ul style="list-style-type: none"> ○ EN SUPERFICIE Y PROFUNDIDAD ○ DE FORMA TRANSVERSAL Y LONGITUDINAL

El indicio es un signo. Es algo que significa otra cosa, que denominamos objeto. Vale decir que un signo es un representante de un objeto de conocimiento. En medicina se habla de síntomas y signos. Tradicionalmente se distinguió entre síntomas, que son los referidos por el paciente como fruto de su experiencia subjetiva, y signos propiamente dichos, que son aquellos que el médico identifica y reconoce durante el examen del paciente.

Los médicos que se consagraron, desde el origen de la medicina en Jonia, seis siglos antes de JC, al estudio del lenguaje de las enfermedades, fundaron la semiología o semiótica médica. Este último término, semiótica, viene de semeión, y quiere decir producción de sentido, de significación.

¿Qué quiere decir abducción?. El concepto ha sido propulsado por el fundador de la semiótica, Charles Peirce, quien planteó tres formas de conocimiento:

- Deducción
- Inducción
- Abducción

Sabemos que mediante la deducción vamos desde premisas generales al hecho singular y que, mediante la inducción, los hechos singulares nos permiten construir formulaciones de carácter general.

La abducción constituye el conocimiento conjetural, el nexo posible entre un observable y un inferible. Es la base del acto de conocer en clínica. Pero no solamente en clínica. Los investigadores policiales proceden de la misma forma, indagando pistas que

* Subdirector de la Carrera de Especialistas en Psiquiatría. Profesor Titular de Clínica Psiquiátrica. Unidad Docente APSA. Facultad de Medicina UBA.

conducen a develar hechos. El cazador primitivo reconocía, a través de las huellas, a su objetivo.

Peirce va más allá. Afirma que la percepción es, esencialmente, un proceso abductivo. Dice Umberto Eco en *Signo*: “Según Peirce, la abducción es la forma más inmediata del razonamiento inferente, es una hipótesis construida sobre la base de premisas inciertas, que exige que sea comprobada por medio de inducciones sucesivas y de controles deductivos, pero se postula ya como signo revelador y contiene virtualmente en germen sus desarrollos propios.”

Hemos afirmado, a su vez, que en clínica conocemos una realidad compleja que se nos presenta de manera integrada. Y que se trata del conocimiento de una persona particular y concreta, en este caso el paciente.

A partir de ese contacto inicial se establece un juego dialéctico de idas y vueltas, de construcciones y deconstrucciones hipotéticas. Se busca el diagnóstico, y esto exige un conocimiento de lo general, una psicopatología, en el sentido del estudio de la vida psíquica anómala.

En psicopatología procuramos conocer las leyes generales que rigen la patología de los fenómenos psíquicos o mentales, a través de la investigación.

Dividimos la psicopatología en dos grandes sectores: psicopatología descriptiva y psicopatología analítica.

La psicopatología descriptiva procura caracterizar con precisión los hechos de la vida psíquica anómala, tanto desde el punto de vista general, estudiando las grandes funciones (atención, memoria, percepción, etc.), cuanto desde el punto de vista especial, estudiando los cuadros en que se organizan regularmente los fenómenos patológicos, su presentación y evolución. Estos cuadros han merecido diferente concepción de acuerdo al nivel epistemológico que los define. Se habla, a veces de enfermedad, y otras de trastorno. Ambos términos son diferentes y merecen alguna precisión, que haremos más adelante. La psicopatología analítica trata de establecer las leyes que rigen la producción de los fenómenos que nos presenta la psicopatología descriptiva. Estudia causas y mecanismo de acción de dichas causas (etiopatogenia). La etiopatogenia nos remite a la integración de factores biológicos, psicológicos y sociales.

La psicopatología es una ciencia. La clínica es una actividad profesional, ejercida por el psiquiatra o psicólogo, en un vínculo con otro, paciente, con el fin de proporcionarle una ayuda particular que denominamos cura. Pues bien, una vez arribado al diagnóstico, hemos de establecer un tratamiento que corrija las anomalías evidenciadas en el examen del paciente. Llamamos terapéutica al estudio metódico y científicamente fundado del tratamiento que proporcionamos a las evidencias psicopatológicas llamadas enfermedades o trastornos. La terapéutica se compone de diversas ramas: neuropsicofarmacología, psicoterapia, musicoterapia, etc.

La clínica, que es el acontecer del proceso diagnóstico-terapéutico, en el seno del vínculo terapeuta-paciente singular y concreto, se nutre pues de dos cuerpos referenciales de base científica:

- Psicopatología
- Terapéutica

Pero, su vez, el hecho clínico ocurre en un determinado contexto sociocultural, dentro del marco institucional pertinente (cónsultorio, servicio hospitalario, etc.).

Es imposible atender debidamente a un paciente, de manera válida y confiable, sin tener como sostén un marco referencial constituido por:

Una base psicopatológica amplia

Conocimiento de los fundamentos científicos de la terapéutica y de las reglas de aplicación de sus componentes

Adecuado manejo de los aspectos institucionales

Comprensión de los elementos sociales y culturales indispensables

Hete aquí, pues que la clínica, esa vida de lo particular en el vínculo único e irreplicable del encuentro médico-paciente, en algún espacio, inscripto dentro de la parábola histórica del acontecer temporal; la clínica digo, no es sin el conocimiento general de la psicopatología y la terapéutica. La inclusión de lo singular en lo general y la vuelta para cumplir su misión es parte de una espiral interminable.

B. Daño, diagnóstico, enfermedad y trastorno

Desde los orígenes de la humanidad el hombre ha procurado preservarse de los daños naturales que amenazaron la vida y el bienestar. El reconocimiento de los mismos estuvo indisolublemente ligado a las formas de neutralizarlos.

El concepto de enfermedad ha sido una de las construcciones socioculturales más trascendentes, para representar hechos y fenómenos naturales. Esa información, generada a punto de partida de una representación, adquirió validez en función de su utilidad terapéutica.

Pues bien, de eso trata el diagnóstico. Se trata de una representación sinóptica de una condición clínica, eficiente, informativa y terapéuticamente útil. ¿Qué es aquello que diagnosticamos?. La medicina desarrolló a lo largo de su historia el concepto de enfermedad, entendida como una alteración en el curso de la vida humana que implica siempre las mismas causas (etiología); actuando con iguales mecanismos (patogenia); con motivo de lo cual se afecta algún aspecto de la base orgánica (alteración orgánica evidenciable); producto de lo cual la alteración se expresa a través de un lenguaje típico (cuadro clínico); librada a su fuerza espontánea, tiende a un determinado curso (evolución); y además responde a la implementación de un conjunto de medios de tratamiento (terapéutica).

En el cuadro siguiente podemos apreciar en forma resumida los criterios que sustentan la noción de enfermedad.

Enfermedad

Concepto unitario en lo referente a:

- Etiología
- Patogenia
- Alteración orgánica evidenciable
- Cuadro clínico
- Evolución
- Terapéutica

El punto 3, aquel que se refiere a la alteración orgánica evidenciable, ha sido siempre el lugar de la mínima resistencia de la psiquiatría con relación a las otras ESPECIALIDADES médicas. En efecto, las dos grandes entidades nosológicas llamadas psicosis funcionales, esquizofrenia y psicosis maníaco-depresiva, no arrojaron luz en estos terrenos hasta épocas muy recientes. Y ni que decir de todos los problemas encuadrados bajo el concepto de neurosis.

La demostración de la base orgánica de las enfermedades mentales fue una enorme dificultad para la psiquiatría. Sigue siendo motivo de controversia. Por ello los acuerdos diagnósticos se encaminaron hacia una noción de menor rigor, como es la de trastorno. ¿Qué es un trastorno?. Básicamente, en forma primera y elemental, un síndrome, conformado por un conjunto típico de síntomas, que aparecen de ordinario con característica regularidad. El trastorno implica tres cosas:

Presencia de un malestar, un grado de sufrimiento psíquico, que constituye el factor subjetivo referido por el propio paciente.

Alteración de los rendimientos del individuo, por cuestiones deficitarias, y que es el factor objetivo develado por el examinador.

Existencia de un riesgo. Riesgo de sufrir mayor malestar, mayores alteraciones en el rendimiento y aún el riesgo de perder la vida. Se trata del factor potencial, ligado a las posibilidades evolutivas.

Las construcciones gnoseológicas de enfermedad y trastorno, han constituido aportes de probada eficiencia, muy contundentes, para la vida del hombre. Contribuyeron a prolongar la vida y favorecieron la calidad de la vida.

Pero, todo tiene su efecto colateral, indeseable, por otra parte. Es lo propio de cualquier instrumento en manos del ser humano. Así la llamada medicalización de la sociedad ha influido de manera muy diversa y, a veces, negativamente en el desarrollo humano. Este análisis no alcanza para desestimar el aporte mencionado.

Como psicopatólogos, continuaremos persistiendo en nuestro menester de diagnosticar con precisión, sobre la base de un marco referencial teórico, como primer paso de un debido tratamiento. Y como clínicos, realizaremos nuestra misión en un vínculo humano y profesional con el paciente sin-

gular, sujeto de su historia, en una relación que será única e irreplicable.

El diagnóstico es construcción conceptual y proceso de conocimiento. Ese proceso de conocimiento identifica casos susceptibles de caber en dicha construcción de conceptos. Dichos casos pueden ser identificados en el campo de la consulta, en el ámbito del consultorio profesional, o en el campo comunitario, ámbito donde tiene lugar la vida del hombre. Tendremos pues dos tipos diferentes de diagnóstico, clínico y epidemiológico, según podemos ver en este gráfico.

Diagnóstico

- * *Proceso de construcción conceptual a punto de partida de la experiencia*
 - Enfermedades
 - Trastornos
- * *Proceso de identificación de los casos susceptibles de caber en dicha construcción*
 - Clínico (Reconocimiento de casos en la consulta)
 - Epidemiológico (Reconocimiento de casos en la comunidad)

y elemental. La medicina ha estado muy influenciada por el proceso llevado a cabo por Linneo, en el siglo XVIII, en las ciencias naturales que le permitió nombrar y clasificar a todas las especies vivientes. La disciplina que Linneo perfeccionó, con tal grado de desarrollo, se denomina taxonomía. Vamos a sintetizar en el cuadro siguiente los términos que hemos estado trabajando.

Nomenclatura y Clasificación

**Nomenclatura*

Listado de nombres de síntomas, trastornos y/o enfermedades

**Sistema clasificatorio*

Conjunto de clases en las que pueden ubicarse fenómenos u objetos

**Clasificación*

Ordenamiento de determinados objetos de estudio, basándose en sus relaciones

C. Nomenclatura y Clasificación

La nomenclatura es un listado de nombres de síntomas, trastornos y/o enfermedades. Llamamos clasificar a una actividad consistente en el hecho de ordenar fenómenos u objetos de acuerdo a sus características. Cuando ese proceso se realiza obedeciendo a ciertas reglas, principios y lineamientos establecidos, hablamos de una sistemática. La clasificación de los trastornos mentales persigue el objetivo de ser sistemática.

A través del ordenamiento de los objetos de estudio, sobre la base de sus relaciones, una clasificación permite favorecer la comunicación dentro de una ciencia, facilitando el trabajo con aquellos objetos que se estudian. Es una fuente de conceptos para la elaboración teórica, que reduce las cargas cognitivas de los mismos, mediante la simplicidad de medios. A través de la nomenclatura y la clasificación se transmite información, a la par que, en virtud de lo expuesto, se posibilita la investigación.

Toda la disciplina de clasificar y ordenar los objetos de estudio de una ciencia, es básica

Propósitos de una clasificación

- Comunicación dentro de una ciencia
- Facilitar el trabajo con los objetos de estudio
- Constituye una fuente de conceptos para la teoría
- Reduce la carga cognitiva de los conocimientos
- Transmite eficientemente información
- Posibilita la investigación

A fines de siglo pasado, Emilio Kraepelin desarrolló un sistema clasificatorio de las enfermedades mentales, alguno de cuyos principios siguen perdurando en nuestros días. Durante el transcurso del siglo XX se llevaron a cabo múltiples propuestas de clasificar sistemáticamente los problemas mentales.

Dos trabajos han prosperado y constituyen los sistemas vigentes, en el ámbito Inter.-nacional, actualmente. Ellos son:

- El sistema **CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades)**, obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
- El sistema **DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)**, realizado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)

Una clasificación internacional debe ser abarcativa del universo de fenómenos que pretende encuadrar, y bien definida, con límites precisos entre los diferentes fenómenos. Además, su naturaleza de lenguaje intra e interciencias, la obligarán a respetar los diferentes marcos teóricos y escuelas, por lo cual ha de ser un fruto del consenso. Debe exhibir atributos de confiabilidad y validez, que merecerán mayores precisiones posteriores. Y por último tiene que compatibilizar con clasificaciones anteriores y extrasectoriales.

Antecedentes de los sistemas de Clasificación Internacional

Clasificación Internacional de las Enfermedades

En 1853 se realizó la primera Conferencia Internacional sobre Estadísticas y cuatro décadas más tarde se adoptó la Clasificación Internacional de Causas de Muerte. Entre 1900 y 1929 se efectuaron las revisiones 1 a 4 de la misma con intervalos regulares de tiempo. Antes de la segunda guerra mundial, en 1938 se publica la 5ta. Revisión, que contiene una categoría, la número 84, dedicada a las enfermedades y deficiencias mentales. Se consideran cuatro problemas: deficiencia mental, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva y otras enfermedades mentales.

En la posguerra se estructuran los grande organismos internacionales, entre ellos la Organización Mundial de la Salud (OMS). Durante la Primera Asamblea Mundial de la Salud, llevada a cabo en 1948, se adopta el Manual Internacional de Estadísticas y

Clasificación de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Muerte (CIE-6).

Con la publicación de la CIE-7, en 1955, se desarrolla una Sección, la V, dedicada a Trastornos Mentales, con 26 categorías de tres dígitos. Diez años más tarde aparece la CIE-8, que contiene un Capítulo V de Trastornos Mentales. El glosario de dichos trastornos se publica en 1974 y al año siguiente aparece la CIE-9, de la que su Capítulo V presenta 30 categorías de tres dígitos.

Finalmente, en 1989 se adopta la Clasificación Estadística Internacional y Problemas de Salud, en su décima revisión (CIE-10). El Capítulo V, de Trastornos Mentales y del Comportamiento contiene 78 categorías de tres caracteres (F00-F99). Algunos años después es traducida al español.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

En 1952 aparece la primera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-I), de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association-APA). Año importante para la psiquiatría, precisamente en él, se descubre el poder antipsicótico de la clorpromazina. Esta clasificación está influida por los conceptos de Adolf Meyer, que consideraba que los trastornos mentales eran producto de las reacciones de la personalidad frente a factores biológicos, psicológicos y sociales.

En 1968 entra en vigencia la segunda edición (DSM-II), en la cual se procuró establecer una correspondencia con la 8va. Revisión de la CIE, que aparece en el mismo año. El objetivo de compatibilizar las Clasificaciones Internacionales trataba de cumplirse, así como el logro de consensos en un contexto teórico plural.

En 1980 se produce la aparición del DSM-III, que marca un importante punto de inflexión por las profundas reformas que encara. El Comité encargado de su preparación había sido designado en 1974, tratando de compatibilizarlo con la CIE-9, cuya aparición estaba programada para 1979. Esto no fue posible pues algunos aspectos de la CIE-9 no parecían aptos para la investigación y la clínica.

El DSM-III constituye una decisiva marca en la evolución de los conceptos de nomenclatura y clasificación en las últimas dos décadas. De sus errores y aciertos se han nutrido controversias, acuerdos y disensos protagonizados por miembros de las generaciones que actualmente practican la profesión de atender pacientes mentales. Pero, a partir de la publicación, ya no fue posible ignorar su existencia.

En 1987 apareció una versión revisada del manual, el DSM-III-R. Y, finalmente, en 1994, la cuarta revisión, el DSM-IV, actualmente en uso.

Características de los Sistemas Diagnósticos Operativos Internacionales (SDO)

Tanto el DSM, como la CIE son herramientas sistemáticas para trabajar en diagnóstico estadístico de la consulta y diagnóstico epidemiológico comunitario. Además sirven como criterios operativos en clínica e investigación y tienen, por su alcance, carácter internacional.

En síntesis, podemos decir que son, o pretenden ser:

- Catoriales
- Nomotéticos
- Politéticos
- Multiaxiales
- Ateóricos (o plurales)

Corresponde hacer alguna disquisición sobre el significado de cada uno de estos términos y su relación con algunos otros con los cuales mantienen un vínculo de razones diversas.

Enfoque categorial

Según el diccionario Salvat categoría constituye “dentro de la escala de los conceptos, los más abstractos de todos ellos. Denotan los aspectos esenciales y las relaciones fundamentales de la realidad y del conocimiento de ésta. Gracias a las categorías es posible clasificar los hechos, los objetos y las ideas y transformar así en conocimiento el material recibido por los sentidos. Son categorías los conceptos designados con los nombres de sustancia,

materia, cantidad, cualidad, relación, singular, universal, fenómeno, etc.”

El enfoque categorial en psicopatología persigue el reconocimiento de clases diagnósticas precisas, homogéneas, con límites precisos y susceptibles de pertenecer a un orden clasificatorio. El enfoque categorial de los SDO es nosográfico y tiene como objeto a los trastornos.

¿Cuáles son las condiciones que favorecen el enfoque categorial?. Mencionaremos tres:

- La homogeneidad de todos los miembros de una clase diagnóstica
- Presencia de límites claros entre las diversas clases
- Las diferentes clases deben ser mutuamente excluyentes

Homogeneidad, límites precisos y criterios de exclusión concluyentes son metas o aspiraciones no concretadas en todos los casos o, más bien, logradas en variable proporción en cada una de las categorías.

Enfoque dimensional

Podemos decir que una dimensión, en psicopatología, es un atributo o rasgo de variable magnitud, que presentan algunas o todas las personas y cuyo carácter patológico está vinculado a la medida de la magnitud. Pueden tomarse como dimensiones, por ejemplo, el neuroticismo, el psicoticismo, la obsesividad, la depresión, etc. El enfoque dimensional es transnosográfico y su objeto de estudio son los rasgos o atributos.

Considerar lo depresivo como una dimensión continua, que, de acuerdo a su medida, puede evidenciarse de manera diversa, es diferente a la consideración categorial. Pero ambos enfoques pueden convivir en psicopatología y en clínica. Por ejemplo, cuando se dice que, en la categoría de trastorno esquizofrénico, la imbricación de diferentes dimensiones (psicoticismo y síntomas negativos) va a determinar los distintos subtipos.

Criterios Nomotéticos

Un criterio nomotético es un criterio estándar, vale decir un criterio que supone cierto término medio de la población, de cuyo apartamiento depende la inclusión del caso en el criterio. Es algo general y, por lo tanto, al referirse a personas, dice poco acerca de ellas.

En oposición al criterio nomotético está el criterio idiográfico. Este último es personalizado y tiene en cuenta la característica única e irrepetible de la persona humana. Dice mucho, pero es difícil de comparar para la elaboración de conclusiones generales.

Sin duda, el criterio nomotético es más apropiado para el trabajo estadístico y el idiográfico para el desempeño clínico. Entre ambos, existe la posibilidad de elaborar criterios que contengan mayor información sobre la persona, pero no al riego de imposibilitar su tratamiento metodológico para la elaborar conclusiones de validez general. Tal es el caso de los criterios comprensivos, que permiten proporcionar información sobre mecanismos implicados en los síndromes descritos a través de procedimientos nomotéticos.

Se está trabajando, pero no existen aún criterios comprensivos de consenso y aceptación internacional.

A título de ampliación podemos mencionar el intento realizado, en forma pionera por Leopold Bellak en su evaluación de las funciones del yo (EFY), donde estudia doce componentes:

1. Prueba de la realidad
2. Juicio
3. Sentido de Realidad del Mundo y del Sí mismo
4. Regulación y control de Instintos, Afectos e Impulsos
5. Relaciones Objetales
6. Procesos del Pensamiento
7. Regresión Adaptativa al Servicio del Yo
8. Funcionamiento Defensivo
9. Barrera a los Estímulos
10. Funcionamiento Autónomo
11. Funcionamiento Sintético-Integrativo
12. Dominio-Competencia

Cada una de las funciones del yo es definida y calificada en una escala de 1 a 7, en donde 1 representa el nivel de funcionamiento más pobre y el 7 el óptimo.

Multiaxialidad

Otra forma de proporcionar mayor información es la organización de los elementos clínicos en diferentes facetas que se denominan ejes. Un eje, pues, es un elemento de organización de la información

proveniente de la realidad clínica. Como sabemos el sistema DSM se basa en cinco ejes, a saber:

- Eje I: Trastornos clínicos y Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- Eje II: Trastornos de la personalidad y Retraso mental
- Eje III: Enfermedades médicas
- Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

• Eje V: Evaluación de la actividad global

Por otro lado, la versión multiaxial de la CIE-10, considera solamente tres ejes. En la CIE se considera que el número de ejes puede ser tan grande o pequeño como se quiera, aunque el sentido común apoya el que el número sea tan reducido como posible. Los ejes son:

- Eje I: Todos los trastornos. Mentales, de la personalidad y somáticos
- Eje II: Discapacidades evaluadas en
 - Cuidado personal
 - Funcionamiento ocupacional
 - Funcionamiento en la familia
 - Comportamiento social en general
- Eje III: Factores ambientales y circunstanciales, incluyendo problemas relacionados con el estilo de vida y con el manejo de las dificultades de la vida.

¿Cuáles son los objetivos del diagnóstico multiaxial?. Según nuestro modo de ver, enumeramos los que siguen:

- Reflejar diferentes facetas clínicas
- Procesar información en distintos niveles
- Enriquecer el diagnóstico
- Conservar precisión
- Favorecer la operatividad
- Facilitar el trabajo interdisciplinario

Otros aspectos

Cuando se habla de formato politético, se hace referencia a que los criterios se forman con un cierto número de síntomas, un índice, de los cuales tiene que estar presente un cierto número (no todos) para poder incluir el caso en la categoría definida de acuerdo a esos criterios.

¿Qué pasa cuando un caso presenta particularidades que lo hacen caer en más de un criterio, rigurosamente considerado? Vale decir, ante la presencia simultánea de más de un diagnóstico. Hay dos formas de ver la cuestión y ellas son:

- La jerarquía diagnóstica
- La comorbilidad

Desde el punto de vista mencionado en primer término, se considera que algunos cuadros presentan mayor jerarquía que otros y que, en caso de presencia simultánea, se debe efectuar el diagnóstico de aquel que posee el atributo de mayor jerarquía. Por ejemplo el diagnóstico de depresión posee mayor jerarquía que el de trastorno de ansiedad. En el DSM-III-R, se hacía valer expresamente este punto de vista.

Feistein, en 1970, introdujo el concepto de comorbilidad. Se trata de la coexistencia de entidades clínicas en un mismo paciente, que puede ser de naturaleza diagnóstica, pato-génica o pronóstica

Tradicionalmente imperó en la psiquiatría el criterio de jerarquía diagnóstica. Con el DSM paulatinamente se fueron introduciendo criterios de coexistencia sindromológica (comorbilidad diagnóstica), un poco en aras de un mayor realismo, tendiente a captar condiciones clínicas multifacéticas y heterogéneas. Sin embargo, la profusa conjunción de comorbilidades, justifica, en ocasiones, las críticas de quienes señalan la inconsistencia de determinados diagnósticos y ven en esta circunstancia una muestra de la falta de rigor de las categorías creadas por las actuales construcciones.

Una agenda racional de investigaciones alimenta la expectativa en el sentido que, al fin de la presente década, tanto el DSM V, como la CIE 11, nos permitan contar con criterios más válidos y confiables que los actuales. Esa es la dirección lógica del progreso en la materia. También que ambos instrumentos alcancen una sólida compatibilización.

Debemos luchar firmemente, para que los logros en la estandarización de procedimientos no se utilicen inapropiadamente. Esto es, dejando de lado, por múltiples y variadas razones la humanización del quehacer en salud. Esa propiedad ineludible del abordaje clínico. Tener presente que la salud está en el centro del desarrollo del hombre y que sin un conocimiento profundo acerca de lo humano, sin una actitud coherente con ello, las ciencias de la salud irán tras de la sobrevida, olvidando la naturaleza del vivir, la calidad de la vida, el bienestar personal, familiar y colectivo.

Esperemos que las próximas décadas vengan sustentadas sobre un trípode donde se afirme la salud: avance tecnológico, rehumanización de las prácticas, participación y equidad de acceso para todos los miembros de la sociedad.

Bibliografía

1. Bernard P, Trouvé S. Semiología Psiquiátrica. Toray Masson. Barcelona 1978
2. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. Toray Masson. Barcelona. 1969.
3. Jaspers K. Psicopatología General. Editorial Beta. Buenos Aires.1970.
4. Pereyra C. Semiología y Psicopatología de los procesos de la esfera intelectual. Editorial Salerno. Buenos Aires. 1960
5. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Salvat. Barcelona. 1992
6. Stengel E. Classification of Mental Disorder. Bull WHO. 1959
7. Sadock B, Kaplan H. Clasificación de los Trastornos Mentales. En Tratado de Psiquiatría, Kaplan y Sadock. Inter.-Médica. Buenos Aires. 1997

8. Spitzer R, Wilson P, Grinker R. Clasificación en Psiquiatría. En Tratado de Psiquiatría, Freedman, Kaplan y Sadock. Salvat. Barcelona. 1982
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision. DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. Washington.2000
10. Gabbard G. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. American Psychiatric Press. Washington. 1994
11. Eco U. Signo. Editorial Labor. Barcelona. 1994
12. Eco U, Sebeok T. El signo de los tres. Dupin, Holmes, Peirce. Editorial Lumen. Barcelona. 1989
13. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Meditor. Madrid. 1992
14. Mezzich J et al. Psychiatric Diagnosis: A World Perspective. Springe-Verlag, New York, 1994.
15. Vallejo Nágera A. Tratado de Psiquiatría. Salvat. Madrid. 1954
16. Pull C, Guelfi, J, Pull, M. Critères diagnostiques en psychiatrie. Ecycl Med Chr. Psychiatrie, 37-102-C-15. Elsevier. Paris. 1995
17. Bellak L, Goldsmith L. Metas amplias para la evaluación de las funciones del Yo. Editorial Manual Moderno. México. 1993
18. Kupfer D, First M, Regier D. Agenda de Investigación para el DSM-V. Masson. Barcelona 2004.