

Las clasificaciones psiquiátricas actuales y su relación con el estatus científico de la psiquiatría.

The current psychiatric classifications and its relationship with the scientific status of psychiatry.

Andrea González Morales

Psiquiatra. Responsable médico Unidad de Trastornos de Personalidad de Avances Médicos, AMSA. Bilbao.

Resumen: En el presente artículo se realiza una revisión de aspectos históricos y filosóficos a propósito de las principales clasificaciones psiquiátricas con el fin de plantear algunas conclusiones respecto al estatus científico actual de la Psiquiatría. Tomando como punto de partida las clasificaciones naturales y su relación con la constitución de la ciencia médica, se rastrea el surgimiento en el siglo XIX de las primeras clasificaciones psiquiátricas de los alienistas y la posterior aparición durante el siglo XX de los principales manuales diagnósticos que culminará con la consolidación del DSM III como la principal propuesta nosológica actual. En este contexto se identifican los principales problemas nosológicos actuales que obligan a reflexionar sobre la estructura conceptual de la Psiquiatría. Finalmente se recogen algunas propuestas epistemológicas que apuntan hacia la consideración de la naturaleza híbrida de la ciencia psiquiátrica y a la necesidad de un tipo de clasificaciones científicas que se mantengan en correspondencia con dicho planteamiento.

Palabras clave: clasificaciones psiquiátricas, DSM, nosología, epistemología, estatus científico, psiquiatría.

Abstract: In this article we review historical and philosophical aspects about major psychiatric classifications in order to make some conclusions about the current scientific status of psychiatry. Taking as its starting point the natural classifications and their relationship with the establishment of medical science, the rise is tracked in the nineteenth century of the first psychiatric classifications of the psychiatrists and the subsequent development during the twentieth century the main diagnostic manuals culminating with the consolidation of DSM III as the main nosological current proposal. In this context the main diagnostic problems that require reflection on the conceptual structure of psychiatry are identified. Finally some epistemological proposals aimed towards consideration of the hybrid nature of psychiatric science and the need for a type of scientific classifications to stay in line with this approach are collected.

Key words: psychiatric classifications, DSM, nosology, epistemology, scientific status, psychiatry.



Las clasificaciones en medicina y la ciencia médica

Si bien hasta finales del siglo XVIII los médicos solo podían realizar incipientes clasificaciones basadas en los cuadros clínicos pronto el afán clasificatorio que se había iniciado en los siglos XVI y XVII en la botánica y la zoología alcanzaría a la disciplina médica. De esta manera y siguiendo el modelo de la taxonomía en biología autores como Linneo y De Sauvages creían posible distinguir entre el género y la especie de una enfermedad al igual que se hacía entre el género y la especie de plantas y animales (1). Dicho suceso se ejemplifica de manera paradigmática con Carl Von Linneo quien publicó en 1759 “Genera Morborum”; obra en la que el autor sueco intentó clasificar todas las enfermedades conocidas. En consonancia con la tradición clínica iniciada por Thomas Sydenham – que establecía como prevalente para la época la idea de que las enfermedades se debían describir preferentemente en base a sus manifestaciones clínicas-el método de clasificación de las enfermedades de Linneo –con su propuesta de 11 clases, 37 géneros y 325 especies– se estructuró en base a los síntomas (2).

Linneo fue taxónomo y aunque médico fue más conocido en la botánica la cual tuvo la mayor parte de su atención e interés. La imagen de este hombre de ciencia resulta significativa en la medida en que ilustra el momento y la manera en que las clasificaciones científicas, provenientes de la biología y originadas antes que en ésta en la química y la física, comienzan a ocuparse de las entidades morbosas y determina a su vez una clasificación de las enfermedades que resulta anclada en los principales supuestos que subyacían a las clasificaciones de las ciencias naturales. Berrios (3) apunta así dos consideraciones de importancia respecto al denominado afán clasificatorio que se había generalizado en todo occidente para el siglo XVIII. En primer lugar las agrupaciones tendrían que formarse en base a unas características “privilegiadas”, supuesto que en la biología solo llegaría a ser cuestionado a finales del siglo XVIII cuando Adanson sugiere que todas las características deberían tomarse en cuenta. En segundo lugar el impulso clasificatorio de los hombres se entendía como natural o innato, dado por Dios, y solo hasta el siglo XIX, con la teoría evolutiva, comienza a plantearse

la cuestión de si este afán clasificatorio podría plantearse más como una función cognitiva “adaptativa”.

El concepto de entidad morbosas entra de esta manera en el debate filosófico concerniente a la naturaleza de la clasificación y su papel dentro del conocimiento. La propuesta ejemplificada por Linneo, entendiéndose, la consideración de las entidades morbosas como objetos a los cuales sería posible aplicar el método propio de una clasificación científica, más allá de su corrección o efectividad como herramienta médica, se puede leer como un primer indicio de una medicina que se suma al proyecto de las ciencias naturales. Dicha empresa supuso para la época la prevalencia de una visión “esencialista” de manera que una clasificación si científica lograría descubrir la “esencia” o realidad existente y subyacente al fenómeno natural en estudio. Sin embargo estas primeras clasificaciones de las enfermedades no resultaron más que divisiones y subdivisiones de síntomas mal definidos que no aportaron en el desarrollo de la medicina moderna (4) y la práctica médica del siglo XVIII se caracterizó por tratamientos ineficaces sustentados en clasificaciones de las enfermedades múltiples, dispares y especulativas que se basaban mayoritariamente en las antiguas teorías hipocráticas de los humores.

Solo durante el siglo XIX llegó a darse la ampliación del foco de observación de los clínicos desde los síntomas hacia el estudio sistemático y riguroso de los grupos de pacientes con la consecuente consolidación del empirismo y la paralela correlación de dichas descripciones clínicas con las teorías anatomopatológicas, fisiopatológicas y microbiológicas de las enfermedades. Estos cambios fueron pues la base de la sustitución progresiva de las clasificaciones basadas en síntomas por las clasificaciones etiológicas y de esta manera la clasificación actual de las enfermedades en medicina se ofrece como una combinación de entidades morbosas definidas en términos clínicos, anatómicos, fisiológicos y microbiológicos(4). La sustitución de definiciones descriptivas por otras en términos etiológicos dio lugar a nuevas entidades morbosas que permitían hacer predicciones más precisas y ayudaban a desarrollar tratamientos específicos. Estas nuevas entidades morbosas con utilidad clínica pero no basadas simplemente en la observación

sintomática representaban además un renovado estatus científico para la medicina en la medida en que se fundamentaban en los mecanismos de la enfermedad y entraban en correspondencia con la ambición de la ciencia en tanto búsqueda de “realidades” en la naturaleza. La medicina moderna actual renuncia a la idea de que exista pues el abdomen agudo –un síndrome doloroso abdominal de inicio abrupto– como realidad en la naturaleza, pero sí considera en alguna medida la realidad de la apendicitis, una entidad que logra ser clasificada y definida desde la anatomía patológica. Podría decirse pues que el proceso de clasificar, aunque no es único de la ciencia, va unido de manera fundamental al proceso por medio del cual la ciencia busca encontrar cómo es, realmente, el mundo. La ciencia médica actual si bien renuncia a una postura esencialista –pues reconoce el papel del hombre en los procesos clasificatorios en tanto la elección de criterios resulta una función de su conocimiento e intereses– considera posible y necesario un tipo de clasificación de las enfermedades que logre capturar grupos clasificatorios no arbitrarios en base a los diferentes niveles de descripción clínico, anatómico, fisiopatológico y microbiológico.

Las primeras clasificaciones en psiquiatría

Aunque el afán nosológico alcanzó a la medicina en el siglo XVIII, en el caso de la enfermedad mental sólo hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX se dio una profusión de propuestas nosológicas de un tipo similar a las propuestas clasificatorias de la botánica y la zoología características de los siglos XVI y XVII (5). A comienzos del siglo XIX la clasificación de la locura llegaba a los médicos de manera muy similar a como se había concebido en los tiempos romanos y se aceptaban pues 4 tipos: frenitis, demencia, melancolía y manía. Respecto a los tres primeros parecería haber consenso entre los médicos sin embargo la manía (término griego que designa la locura) se utilizaba como una categoría residual para aquellos tipos no categorizables en alguno de los primeros y era objeto de disputa y múltiples y diversas subdivisiones (5). Así pues cada uno de los autores –famosos alienistas francés y alemanes como Pinel, Griesinger, Kalbahum, Wernicke, Kraepelin, Bleuler– incorporaron a sus propuestas nosológicas tanto la experiencia clí-

nica como una serie de presupuestos respecto aquello considerado como la característica esencial –“privilegiada” diría Berrios– de la enfermedad psiquiátrica lo cual dio lugar, tal como sucedió en su momento en la botánica, a una serie de taxonomías incompatibles que representaban a la caótica nosología psiquiátrica de finales del siglo XIX.

Estableciendo paralelismos entre la taxonomía botánica y la psiquiátrica, Kendler (5) subraya la manera en que los diferentes psiquiatras utilizaron diferentes validadores –si utilizamos terminología psiquiátrica actual– para implementar su propio y particular concepto de la esencia de los trastornos psiquiátricos dando lugar a diferentes esquemas nosológicos. En este sentido el autor llama la atención sobre la contingencia histórica propia de las clasificaciones psiquiátricas actuales de manera que están firmemente enraizadas en un contexto histórico particular: se fundamentan en las categorías de enfermedad psiquiátrica tal como fueron articuladas por los psiquiatras europeos del siglo XIX y, por tanto, en un método de clasificación que parte del supuesto, refutado en la taxonomía botánica, de que los expertos tienen la capacidad de determinar *a priori* aquellas características de los trastornos psiquiátricos que reflejan su naturaleza esencial. En este contexto puede afirmarse que es la propuesta nosológica de Emil Kraepelin formulada en 1899 la que fundamenta solo con ligeras modificaciones a la nosología psiquiátrica actual. Sin embargo el gran problema con este tipo de enfoques esencialistas es que no están fácilmente prestos a verificación empírica y de hecho para Cutting (6) respecto a la nosología kraepeliniana la mayor parte de la investigación realizada en el siglo XX ha hecho a un lado muchos de sus supuestos a pesar de lo cual no es posible hablar de una alternativa clasificatoria viable.

Las clasificaciones psiquiátricas actuales: DSM y CIE

Actualmente la que se puede considerar la nosología psiquiátrica de referencia se encuentra contenida en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA) y la clasificación internacional de enfermedades (CIE) obra



de la Organización mundial de salud cuyo capítulo V está dedicado a los trastornos mentales. Si bien las últimas versiones al uso corresponden al DSM V publicado en mayo de 2013 y al CIE 10 en 1992, en términos generales los principales elementos nosológicos de interés se conservan a la fecha tal como fueron concebidos en la tercera versión del DSM.

Publicado en 1980, el DSM III –la tercera versión del manual clasificatorio de la asociación americana de psiquiatría– marcó un cambio paradigmático en la clasificación psiquiátrica (7). Si bien en el DSM II la APA había adoptado la nomenclatura de la CIE 8 –lo cual implicaba el uso de descripciones con base en síntomas y se constituye en el antecedente inmediato de los criterios diagnósticos operativos–, hasta entonces los manuales existentes parecían confinar su utilidad a los registros estadísticos de morbimortalidad requeridos por la Organización mundial de salud y aparecían apenas como una guía a manera de glosario de las que muchos clínicos apenas conocían su existencia. Sin embargo con la aparición del DSM III los fines estadísticos fueron claramente sobrepasados por el extendido uso clínico de este nuevo manual clasificatorio de manera que la nosología cobró manifiesta importancia y repercusión en la conceptualización de la psiquiatría como disciplina médica y en su método de acercamiento a su objeto de estudio. Tal como señala Michael First, psiquiatra americano y uno de los principales editores del DSM IV, la mayor innovación del DSM III fue la adopción de ideas que se habían puesto a prueba y habían resultado útiles en el campo de la investigación en un manual diseñado principalmente para el uso clínico. Asimismo el nuevo sistema clasificatorio parecía marcar el camino de la psiquiatría hacia la adopción del modelo diagnóstico de la medicina en el cual los diagnósticos son la piedra angular tanto de la práctica médica como de la investigación clínica (7).

Los criterios operativos y la confiabilidad diagnóstica

El DSM III marcó el inicio del uso de criterios diagnósticos operativos en la definición de prácticamente todos los trastornos mentales. De esta manera el manual proporcionaba criterios específicos que, al delimitar las categorías diagnósti-

cas, pretendían mejorar el acuerdo diagnóstico entre diferentes observadores. Los problemas con el uso de los diagnósticos psiquiátricos y la poca confiabilidad de los mismos tienen sin embargo como antecedente los estudios iniciados por la CIE de manera que ya en el DSM II se hacía uso de descripciones con base en síntomas lo cual suponía el abandono de las descripciones clínicas basadas en disparejas teorías etiológicas.

La CIE había surgido con fines estadísticos sobre la mortalidad mundial y sólo en 1948 en su sexta versión incluye también causas de morbilidad e integra por primera vez a los trastornos mentales. Esta sección sin embargo resultó más problemática que otras y por ejemplo tras 11 años sólo se aplicaba en Finlandia, Perú Tailandia y el Reino Unido. Este hecho, suscitó una investigación en el área a cargo del psiquiatra británico Erwin Stengel para hacer recomendaciones en torno a una clasificación de los trastornos mentales que resultara más ampliamente aceptada en el mundo. La octava versión se publicó así en 1967 y se convirtió en la primera clasificación psiquiátrica moderna basada predominantemente en síntomas (8).

La ineficacia de las descripciones diagnósticas aportadas por las clasificaciones previas al DSM III se hizo asimismo evidente en el campo de la investigación de manera que en la década de 1970 comienzan a aparecer diferentes criterios diagnósticos en los grupos de investigación con el fin de obtener muestras de pacientes homogéneas que permitieran el desarrollo de experimentos del tipo ensayo clínico. Así la antesala de lo que sería el método moderno de definición de los trastornos mentales se localiza en 1972 cuando se publican en la revista Archivos generales de Psiquiatría las definiciones operativas de 15 condiciones que se conocerían en relación con su autor como “los criterios de Feighner”. Los autores planteaban pues el uso de unos criterios diagnósticos formales con el objetivo de proveer una base común a los diferentes grupos de investigación que asegurará el uso de grupos de pacientes comparables. Estos criterios diagnósticos surgían en base a una revisión empírica de 1000 artículos y de manera significativa se presentaron como una síntesis de la información existente que se basaba en los datos antes que en la opinión o en la tradición. A esta propuesta

inicial le siguieron en 1975 los criterios diagnósticos de investigación (RDC), desarrollados por los psiquiatras Robert Spitzer y Eli Robinz quienes modificaron los 15 criterios Feighner y desarrollaron los criterios para 10 condiciones más. Sin embargo, aunque muchos de estos nuevos criterios estaban basados en la evidencia empírica, por necesidad –reconocían los autores– muchos otros aparecían como resultado del consenso de expertos en un intento de hacer operativos conceptos cuya importancia diagnóstica se basaba fundamentalmente en la sabiduría clínica (7).

La premisa bajo la cual se construyeron los criterios operativos de todos los trastornos del DSM III fue pues la de hacer operativos los diagnósticos psiquiátricos aun en la ausencia de una demostrada validez empírica de muchos de los mismos. En el DSM III las definiciones operativas se entendieron como la puerta de entrada necesaria para la investigación empírica y se justificaron además como el método para mejorar el acuerdo diagnóstico entre los clínicos, esto es, mejorar la confiabilidad de las categorías diagnósticas. Aunque se diferenció en su momento confiabilidad de validez, la propuesta clasificatoria parecía sugerir que ambas iban juntas, tanto en el sentido de que la primera debía preceder temporalmente a la segunda como que la confiabilidad prometía una mejoría de la validez al permitir, se entiende, la investigación en cada trastorno.

La ateoricidad del DSM III o el regreso a la tradición kraepeliniana

Con la adopción de enfoque descriptivo, en el cual los trastornos se definen en función de su presentación sintomática, el DSM III supuso rechazar una clasificación basada en hipótesis etiológicas potencialmente inválidas y llevó al abandono de la teoría psicoanalítica que había sido la base del DSM I. El DSM III estaría pues sustentado por el retorno a la tradición empirista propia de la psiquiatría de la segunda mitad del siglo XIX; un proyecto que parece afianzarse en el DSM IV, manual el que las clasificaciones psiquiátricas absorben todo el espíritu de la corriente conocida como medicina basada en la evidencia (9). Sin embargo desde una perspectiva epistemológica parecería en un primer momento que la propuesta ateoricidad representa un retroceso del proyecto cien-

tífico psiquiátrico si se entiende que el progreso de una disciplina científica implicaría, tal como se ilustra en la historia de la medicina, una sustitución progresiva de enunciados descriptivos por enunciados teóricos.

En este sentido resulta importante resaltar la influencia del empirismo lógico a través de Carl Hempel quien en 1959 prepararía un documento a propósito de las clasificaciones en Psiquiatría que resultaría influyente en la creación de los criterios operativos característicos de la CIE 8 (8). El filósofo define dos requisitos a cumplir por cualquier clasificación científica que hacen referencia a una separación entre enunciados observacionales y enunciados teóricos. En primer lugar los términos utilizados y los conceptos que éstos reflejan deben permitir una adecuada descripción de los objetos de la ciencia en cuestión (importe empírico) y en segundo lugar estos deben permitir el establecimiento de leyes o teorías por medio de los cuales un evento particular pueda ser explicado y por tanto científicamente comprendido (importe sistémico). Sin asumir una postura respecto a la teoría etiológica correcta, ya sea biofisiológica o psicodinámica, para Hempel las clasificaciones psiquiátricas si científicas continuarían en su cambio de sistemas basados en características observables a sistemas basados en conceptos teóricos. La mayor crítica de Hempel fue a los términos subjetivos en que estaban definidos a la fecha las categorías psicodinámicas y desde esta perspectiva las clasificaciones diagnósticas procuraron resolver la situación adhiriéndose al principio del operacionalismo mediante la mejora en la confiabilidad diagnóstica a expensas, se entiende, de un retroceso en la capacidad explicativa de las nuevas clasificaciones.

Por otra parte a pesar de su alegada ateoricidad en 1978 los autores del DSM III fueron denominados como “los Neokraepelinianos” pues de acuerdo a Gerald Klerman, psiquiatra quien acuñó el apelativo, compartían la perspectiva nosológica del psiquiatra alemán Emil Kraepelin caracterizada por un énfasis en clasificar los trastornos mentales en base a las características descriptivas y curso clínico. Desde una perspectiva histórica, tal como señalan algunos, el nacimiento de esta corriente vendría estrechamente unido a la revolución farmacológica iniciada en la década de los



años cincuenta que pareció validar la distinción nosológica kraepeliniana entre los cuadros de manía, depresión y esquizofrenia (10). La aparición de medicamentos con un importante nivel de especificidad y efectivos en el tratamiento de los trastornos mentales, supuso nada menos que la reivindicación del concepto de enfermedad mental, la necesidad de estudios experimentales de tipo ensayo controlado y la promesa de una posible identificación de las condiciones psiquiátricas como alteraciones neurobiológicas. El resurgimiento pues de la tradición kraepeliniana en la psiquiatría de finales del siglo XX se puede entender de esta manera como el afianzamiento de la Psiquiatría como rama de la medicina y, en esta medida también, se entienden las modernas clasificaciones psiquiátricas como ancladas en el tradicional modelo biomédico.

Validez de los diagnósticos psiquiátricos y el modelo deficitario de la ciencia psiquiátrica

En general parece existir un acuerdo entre los diversos autores en los logros obtenidos tras la implementación generalizada de los sistemas diagnósticos DMV y CIE como herramientas con un buen nivel de confiabilidad que suponen por tanto un avance en la comunicación entre los clínicos e investigadores. Sin embargo el progreso en la validez de los diagnósticos —esto es la correspondencia de los definidos como trastornos psiquiátricos con validadores externos como la historia familiar o los marcadores neurobiológicos— es claramente insatisfactorio. Este concepto de validez psiquiátrica se enmarca dentro de la noción de validez más amplia de la ciencia empírica que implica la idea de diagnósticos psiquiátricos como entidades que logran capturar una realidad externa y objetiva y es desde esta perspectiva que existe preocupación en torno a si las clasificaciones psiquiátricas actuales son científicamente válidas y por tanto, si se corresponden con clasificaciones naturales (8).

La evaluación de las diferentes clasificaciones psiquiátricas desde la postura epistemológica del empirismo lógico, evidencia unas clasificaciones psiquiátricas deficitarias en la medida en que no llegan a satisfacer los requerimientos exigidos por una clasificación científica. Este análisis arroja pues la visión una Psiquiatría que en relación a su estatus científico se encuentra 150

años atrás de la medicina: al buscar los correlatos anatomopatológicos, fisiopatológicos o etiopatológicos los psiquiatras del siglo XXI estarían intentando hacer lo que los médicos hicieron en el siglo XIX y la ausencia de hallazgos sería pues la evidencia de una empresa científica que parecería no estar resultando exitosa.

La reificación de los trastornos psiquiátricos

En cuanto al problema de la validez de los diagnósticos habrá que señalar que los diagnósticos contenidos en las clasificaciones actuales no se tratan usualmente como herramientas heurísticas sino que en gran medida se han reificado. Así todos los trastornos de los manuales diagnósticos se tratan como si correspondiesen a clases naturales o entidades que existen pues independientemente de un evaluador (11). Si bien la ausencia de conocimientos en torno a la fisiopatología de los trastornos psiquiátricos llevó a una clasificación basada en las características clínicas, no existe justificación para una división de toda la psicopatología en trastornos altamente específicos o la categorización de toda la psicopatología en entidades discontinuas (12). Sin embargo el supuesto de que los trastornos mentales pueden definirse como categorías discretas independientes se inició en el DSM III y se mantiene pues como una creencia que se ha hecho tan cotidiana como el uso de los manuales clasificatorios.

En este sentido, es necesario precisar que la nosología kraepeliniana estaba centrada en las psicosis mayores con la principal distinción entre enfermedad maniaco depresiva y demencia precoz (10). Kraepelin sostenía que ambas correspondían a entidades morbosas que por tanto se debían a anormalidad biológicas mayores en el cuerpo. Este hecho subraya la ontología biológica de las psicosis que Kraepelin asumió en su clasificación y que, al no ser precisada por los neokraepelinianos, ha conducido a la presunción, tras el DSM III, de una etiología biológica en todos los trastornos psiquiátricos. Las revisiones kraepelinianas que se efectuaron en el DSM III y DSM IV han conducido a una proliferación tal de trastornos que de manera caricaturesca llega a ser denominada por algunos como “nosologomanía” (13). Así los trastornos contenidos en el DSM se asumieron en la práctica como entidades

morbosas de manera tal que si en 1972 con los criterios Feighner era posible hablar de 15 diagnósticos válidos, con el DSM III se asiste a una hipertrofia de síntomas y síndromes que da lugar a 265 diagnósticos psiquiátricos aparentemente válidos.

Modelos alternativos de trastorno mental y las clasificaciones psiquiátricas

El modelo médico en Psiquiatría

En este contexto de incertidumbre una de las propuestas en torno a los cambios necesarios en los sistemas clasificatorios psiquiátricos vendría dada por el afianzamiento del modelo médico. En este sentido se pronuncia Ghaemi en su artículo: “Tomar la enfermedad en serio e ir más allá de una nosología pragmática”¹⁴). Su propuesta implicaría pues, remover la palabra trastorno del DSM y su sustitución ya sea por enfermedad o síndrome. El primero de estos términos estaría reservado para aquellas condiciones en donde una base biológica de su patogénesis o etiología se conoce o está al menos apoyada por la evidencia. Esta primera clase vendría representada tal vez por una decena de condiciones que incluirían la esquizofrenia y la enfermedad bipolar. El segundo término correspondería a constructos clínicos que no tienen una base biológica bien documentada y en estos casos los orígenes sociológicos y psicológicos deberían recibir una atención separada. En general la propuesta se establecería como basada en un método propio de la tradición hipocrática y la investigación científica en la nosología clínica utilizaría los validadores epidemiológicos clásicos (síntomas, curso, historia familiar, respuesta al tratamiento y marcadores biológicos) de manera que el fortalecimiento del concepto de enfermedad permitiría el enlace de las condiciones descritas con los futuros avances en la neurobiología.

Una nueva psicopatología o el retorno a Jaspers

Por otra parte, tal vez una de las propuestas más recurrentes como respuesta a la situación actual de la nosología psiquiátrica sea la de reconsiderar las planteamientos metodológicos de Karl Jaspers, psicopatólogo alemán quien en 1913 publica su obra *Psicopatología General*. Siguiendo a José de León (15, 16,17) la propues-

ta del psicopatólogo alemán se puede resumir en dos ideas esenciales estrechamente interrelacionadas. En primer lugar los trastornos psiquiátricos son heterogéneos (algunos son enfermedades médicas, algunos son variaciones de la normalidad y otros son condiciones intermedias). En segundo lugar, la Psiquiatría es por tanto una disciplina científica híbrida que combina métodos de las ciencias naturales (definidas como las ciencias empíricas que estudian el mundo natural) y las ciencias sociales. Dichas ciencias proveen pues respectivamente una *explicación* de la enfermedad que sigue el modelo médico y una *comprensión* de las anomalías psiquiátricas que son variaciones de la existencia humana.

De esta manera Jaspers en contraste con la nosología krapeliniana introduce la idea de enlazar la Psiquiatría con la tradición humanista al resaltar el valor del significado como parte esencial de la disciplina psiquiátrica. Se opone a la idea de que la enfermedad psiquiátrica puede ser reducida a la enfermedad cerebral mientras reconoce sin embargo la utilidad del enfoque clínico empírico. Así pues algunos trastornos psiquiátricos, por ejemplo, los trastornos de personalidad no se ajustan al modelo médico y a los métodos de las ciencias naturales de manera que en el tratamiento de dichos pacientes los psiquiatras deben hacer uso de la comprensión; un método propio de las ciencias sociales.

La psiquiatría trataría pues con objetos híbridos (tanto síntomas y trastornos) algunos ajustados a las ciencias naturales y otros a las ciencias sociales lo cual permite concluir a Berrios que la realidad de la Psiquiatría no es biología pura ni un constructo social vacío sino una combinación compleja de ambos (3). Algunos síntomas podrán ser explicados pero otros solo podrán ser comprendidos. Los primeros podrán ser conceptualizados como trastornos cerebrales, los segundos están relacionados con la semántica y están ligados a la interacción entre los seres humanos y a las alteraciones en su comunicación así que un enfoque naturalista no tendría sentido. Desde esta perspectiva Berrios propone a la Psiquiatría la formulación de un lenguaje para la psicopatología descriptiva (el nivel de síntomas y signos) con el objetivo de establecer una nueva nosología.



La posibilidad de una ciencia psiquiátrica y las clasificaciones en Psiquiatría

Si bien el empirismo lógico se debe reconocer como un intento riguroso de identificar las características esenciales del método científico, también debe destacarse su fallo a la hora de proveer una caracterización completa de lo que la ciencia se trata. De esta manera las últimas décadas han marcado el desarrollo de una filosofía de la ciencia que se posiciona más allá del empirismo lógico y en base a la cual resulta posible superar la visión de la Psiquiatría como una ciencia esencialmente deficitaria. Desde esta nueva perspectiva se trabaja sobre la premisa de que no existe una ecuación simple que permita capturar completamente lo que es la ciencia y arroja un enfoque innovador sobre el estudio del tipo de fenómenos complejos que ocupan a la ciencia psiquiátrica.

La imagen completa de la estructura conceptual de la psiquiatría evidenciaría elementos conceptuales de la medicina (entre otros las experiencias subjetivas del paciente y los valores) que, aunque importantes en todas las áreas de la medicina se han mantenido parcialmente ocultas y por tanto relativamente poco problemáticas. Así pues las dificultades de las clasificaciones psiquiátricas en su proyecto de ajustarse a las clasificaciones científicas dan una visión de aspectos de la clasificación médica que aunque importantes han sido ignorados en otras áreas de la medi-

cina. Este fenómeno de la diversidad de perspectivas que hace parte constitutiva de la psiquiatría se evidenciaría en las clasificaciones separadas de disfunción y estresores que hace la CIE y en la evaluación multiaxial propuesta desde el DSM III y que llevaría a reconocer que al menos en el presente estado del desarrollo en el área resulta necesaria más de una clasificación (8).

La naturaleza híbrida pues de la disciplina psiquiátrica anticiparía la imposibilidad de aplicar el modelo médico tradicional y su metodología reduccionista al estudio de los trastornos mentales y por tanto tornaría ilusoria la consecución de una clasificación natural. Sin embargo desde una epistemología que va más allá del empirismo lógico las características estructurales de la psiquiatría que evidencian una naturaleza relativamente valorativa serían realmente más transparentes en el caso de la Psiquiatría pero estarían presentes en todas las ciencias. Asimismo habrá que considerar que el objeto de la psiquiatría son las personas y, que en su preocupación por aspectos de la experiencia y de la conducta humana sería de esperar que la naturaleza valorativa de las clasificaciones psiquiátricas emergiera no como signo de una ciencia deficiente en correspondencia con el modelo deficitario, sino como signo de una ciencia que refleja apropiadamente un aspecto central de la persona como el objeto de estudio que como ciencia le ocupa.

Contacto

Andrea González Morales • Avances Médicos
Manuel Allende, 19 bis - 1ª planta • 48010 Bilbao, Bizkaia.
andreaagonza80@gmail.com

- Recibido: 14/11/2015.
- Aceptado: 4/1/2016.

Bibliografía

1. Munsche H, Whitaker HA. Eighteenth century classification of mental illness: Linnaeus, de Sauvages, Vogel, and Cullen. *Cogn Behav Neurol*. 2012 Dec; 25(4):224-39.
2. Egdahl A. Linnaeus "Genera Morborum" and Some of His Other Medical Works. *Med Library Hist J*. 1907 Sep; 5(3):185-93.
3. Berrios GE. Classifications in psychiatry: a conceptual history. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999 Apr; 33(2):145-60.
4. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Introducción a la filosofía de la medicina. Madrid: Triacastela; 2002.
5. Kendler KS. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychological Medicine*. 2009; 39 (12): 1935-1941.
6. Cutting J, Cutting J. Principles of psychopathology: Two worlds, two minds, two hemispheres. Oxford University Press Oxford; 1997.
7. First MB. The development of DSM-III from a historical/conceptual perspective. *Philosophical issues in psychiatry II: Nosology*. 2012:127-40.
8. Fulford K, Thornton T, Graham G. Natural classifications, realism and psychiatric science. *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. 2006;13:316-83.
9. Pincus HA. DSM-IV: Context, concepts and controversies. *Philosophical issues in psychiatry II: Nosology*. 2012:145-60.
10. Ghaemi SN. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2009; 4:10.
11. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010;6: 155-79.
12. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(3):433-40.
13. Van Praag HM. Nosologomania: a disorder of psychiatry. *World J Biol Psychiatry*. 2000; 1(3):151-8.
14. Ghaemi SN. Taking disease seriously: beyond "pragmatic" nosology. *Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology*. 2012:42-53.
15. De Leon J. ¿Es hora de despertar a la Bella Durmiente? En 1980, la psiquiatría europea cayó en un profundo sueño. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2014; 7(4):186-194.
16. De Leon J. One hundred years of limited impact of Jaspers' General Psychopathology on US psychiatry. *J Nerv Ment Dis*. 2014 Feb; 202(2):79-87.
17. De Leon J. Is Psychiatry Scientific? A Letter to a 21st Century Psychiatry Resident. *Psychiatry investigation*. 2013; 10(3): 205-17.