

# *Evolución del diagnóstico y de la clasificación en patología mental*

Conferencia

Problemas que se plantean

## **Resumen**

*En este artículo se consideran dos puntos. En primer lugar se analizan diversos problemas que en la historia de la psiquiatría surgieron respecto al diagnóstico y a la clasificación de la patología mental. Esos problemas, originados en la dificultad que plantea la enfermedad mental para ser conocida, fueron solucionados a medida que la psiquiatría evolucionó. La solución de algunos de esos problemas aparece integrada al saber psiquiátrico común. Otros problemas, en cambio, a pesar de haber sido solucionados se mantienen vigentes, sostenidos por hipótesis psiquiátricas que no incorporan los desarrollos logrados. En segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, se señala la necesidad en psiquiatría de trabajar con una hipótesis que permita librarse de los problemas que dificultan actualmente diagnosticar y clasificar la patología mental.*

## **Palabras clave**

*Psiquiatría  
Historia  
Diagnóstico  
Clasificación  
Patología mental  
Hipótesis de trabajo*

## **Introducción**

En esta presentación se consideran dos puntos. En primer lugar, dado que la psiquiatría es inseparable de su historia, se analizan los problemas que en relación con el diagnóstico y la clasificación psiquiátrica fueron surgiendo, así como las soluciones logradas, ya que la posibilidad de nuevos desarrollos exige que esas soluciones integren su saber.<sup>1</sup> En segundo lugar, tomando en cuenta la situación actual

## **Summary**

*Two issues are considered in this article. First of all, various problems regarding diagnosis and classification of mental pathology that have appeared along the history of psychiatry are analyzed. These problems, derived from the difficulty posed by mental illness to be known, were solved as psychiatry evolved. The solution to some of these problems appears integrated to common psychiatric knowledge. Conversely, other problems, despite having been solved, remain in force sustained by psychiatric hypotheses that do not incorporate the developments achieved. Secondly, and as a result of the above stated, the need to work in the field of psychiatry holding a hypothesis that enables to get rid of the problems currently hampering diagnosis and classification of mental pathology is pointed out.*

## **Keywords**

*Psychiatry  
History  
Diagnosis  
Classification  
Mental pathology  
Working hypothesis*

en psiquiatría en relación con el diagnóstico, se señalan las características de una hipótesis de trabajo que permita liberarse de los problemas que dificultan el diagnóstico y la clasificación en patología mental.

Esta presentación puede ser complementada por la lectura de algunos de los numerosos trabajos existentes con relación al diagnóstico y a la clasificación en psiquiatría, anteriores<sup>2</sup> y posteriores<sup>3</sup> a la revolución de los años 70.

## **Autoras**

**Humberto Casarotti**

Psiquiatra, neurólogo, médico  
legista

Correspondencia:  
Presidente Berro 2531  
CP 11600 - Montevideo  
humberto.casarotti@gmail.com

## I. Problemas con relación al diagnóstico y a la clasificación en patología mental

En esta periodización se establecen tres grandes etapas: una primera, donde la patología mental es considerada parte de la patología general; una segunda, donde, descubierta la realidad de la patología mental, la psiquiatría se institucionaliza como medicina; y una tercera, que se extiende hasta el momento actual, donde progresivamente la enfermedad mental ha sido configurada como el objeto específico del saber y de la praxis psiquiátrica.

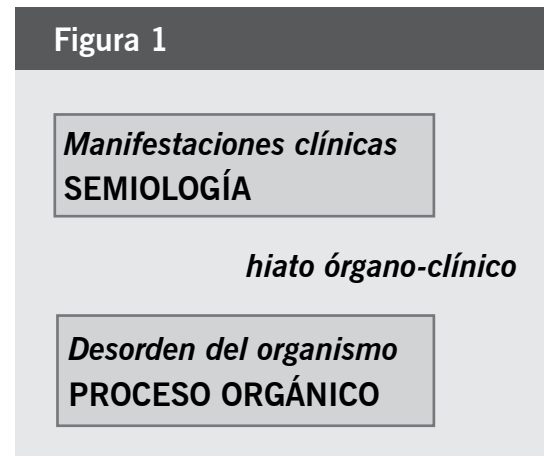
### 1. Etapa «prehistórica» (V a. C. - XVII)

Durante esta etapa las formas agudas de la patología psíquica, dada la instalación brusca del cambio mental que las caracteriza, no podían no ser percibidas. Sin embargo, esta larga etapa puede ser denominada «prehistórica», ya que esas formas clínicas fueron percibidas pero solo como un capítulo más de la patología de los órganos de la vida vegetativa (pulmonar, cardíaca, digestiva, etc.). Para comprender el significado de esta afirmación es necesario considerar el nacimiento de la medicina.

La medicina que nace con Hipócrates en el siglo V a. C. consistió en el descubrimiento de que las quejas del paciente expresaban un desorden corporal. Dejando de pensar la queja del paciente como un fenómeno fuera-del-cuerpo se comienza a entenderlo como un fenómeno-en-el-cuerpo, «en la organización». Los fisiólogos (los filósofos de la *physis*) descubrieron que las enfermedades eran fenómenos naturales y no sobrenaturales, que eran «desorganizaciones de la organización del cuerpo», del «organismo». Este, desorganizándose, fue develando su orden de construcción y en la medida en que fue siendo conocido la medicina pretécnica (la de los chamanes) se convirtió en un saber técnico (*iatrike tekhnē*). A partir de entonces ese descubrir en y a través de las manifestaciones clínicas subjetivas (objeto del diagnóstico semiológico) la existencia de un desorden del cuerpo (objeto del diagnóstico del proceso orgánico en sentido amplio o «somatosis») configuró el esquema que se aplica a toda la patología (figura 1). En este esquema figuran

dos realidades de naturaleza diferente, entre las cuales existe un «hiato órgano-clínico» que puede ser recorrido en dos sentidos. O bien en el sentido del trabajo semiológico del clínico que a partir de los síntomas descubre la somatosis, o bien, en el sentido del patólogo que desde la somatosis busca explicar las manifestaciones.

Figura 1



### Dos diagnósticos

El diagnóstico semiológico es «percibir» un desorden en el orden del cuerpo. Es una actividad técnica donde las manifestaciones se «observan» y donde esa totalidad percibida (gestalt) es categorizada según el saber patológico que dispone el médico. El diagnóstico semiológico es un continuo oscilar entre lo que el médico percibe y lo que sabe, entre lo que observa y la patología que conoce, es un ver y un saber, en suma, es: «saber ver». Es un «saber ver» la enfermedad cuyos síntomas son el resultado de déficits funcionales, pero también y mayoritariamente reacciones del organismo en su intento de recuperar el orden perdido. La complejidad del acto técnico diagnóstico depende directamente del hiato órgano-clínico, de esa «distancia» o ese «intervalo» que existe entre la somatosis y sus manifestaciones. Cuanto mayor sea, es decir, cuanto «más lejos» estén los síntomas del desorden corporal, mayor dificultad va a tener el médico para poder «ver» el desorden orgánico «a través» de las manifestaciones clínicas.

El diagnóstico del proceso de enfermedad o somatosis debe hacerse desde una hipótesis

sobre la realidad del organismo. La naturaleza de esta realidad ha dependido de la percepción progresiva de las diferentes patologías de la vida vegetativa, mediante las cuales la medicina pasó de conceptos anatómicos exclusivamente cadavéricos a la «anatomía» del cuerpo vivo.

En la figura 1 no se indican las causas para que se comprenda que es necesario distinguir las «causas del desorden orgánico» de las «causas de los síntomas». Unas son las causas del desorden orgánico, las cuales desde la época hipocrática y especialmente desde Galeno corresponden a: la causa externa o procatártica y la causa dispositiva o proegúmena que, combinadas, constituyen la llamada causa conjunta o sinéctica. Otras son en cambio las causas de los síntomas. Estas causas o factores que «construyen» los síntomas guardan relación, por un lado —como se señaló previamente—, con la somatosis a la que expresan directamente en forma de síntomas de déficit funcional e indirectamente en forma de síntomas-reacciones, y, por otro, con la relación médico-paciente donde los síntomas son «construidos» en el diálogo que tiene lugar en ese espacio antropológico. Basta con considerar, por ejemplo, cómo el síntoma subjetivo que es el «dolor» se hace «objetivo» a través de un diálogo que depende tanto del médico como del paciente.

Una vez descubierta la realidad de la enfermedad la medicina de la patología vegetativa evolucionó progresivamente, pero también de modo bastante caótico. Esa situación determinó que Thomas Sydenham en el siglo XVI propusiese diagnosticar y clasificar la patología solo sobre la base de las manifestaciones clínicas, es decir, como «formas semiológicas». Sin embargo, el propio Sydenham no pudo ser muy fiel a este principio en la medida en que, al irse conociendo la realidad del cuerpo, ese conocimiento permitió desarrollar diferentes modelos del proceso orgánico: *anatomopatológico fisiopatológico y etiológico*.<sup>4</sup> En la patología vegetativa, dado que el hiato órgano-clínico es menor, las manifestaciones funcionales «están muy cerca» del cuerpo. Si bien el «paso semiológico» siempre es primero y necesario, debido a esa «cercanía» se tendió progresivamente a referir el proceso vital en gran parte reactivo que es la enfermedad en sus síntomas, al proceso orgánico o somatosis.

En la práctica y también en la teorización se percibe el diagnóstico semiológico, pero se piensa en el diagnóstico del proceso orgánico. Es decir, el diagnóstico semiológico es sustituido y validado por el diagnóstico de la somatosis.

La enfermedad como reacción «viviente» que el paciente sufre y que el médico percibe termina siendo pensada como lesión anatómica, como hallazgo de laboratorio o como factor tóxico, infeccioso, etc. Como lo ha mostrado la historia, ese proceder en la medicina cotidiana de la patología vegetativa terminó por ser aceptable, a pesar de que configure una dificultad para una medicina que quiere ser propiamente antropológica.

### Clasificación

Toda clasificación debe ser empírica y lógica. En primer lugar debe ser empírica, es decir, debe estar basada en los hechos que se busca clasificar, lo que implica la integración de procesos inductivos y deductivos para lograr establecer lo que permite la identificación de esos hechos. Y en segundo lugar debe ser lógica, es decir, surgir de criterios de ordenación que, impuestos a los hechos, al mismo tiempo que los diferencian los enriquecen ampliando la percepción de la realidad. Por lo general las clasificaciones puramente lógicas no se mantienen en el tiempo por no estar basadas en la realidad, y las clasificaciones puramente empíricas sin criterios de ordenación no son útiles porque, de ese modo, aunque se busca que «los hechos hablen», estos no dicen nada.<sup>5</sup>

En la patología vegetativa pueden hacerse dos clasificaciones: una de diagnósticos semiológicos y otra de diagnósticos de somatosis. Pero en los hechos se trabaja con una sola clasificación que no es la semiológica sino la de los procesos anatomopatológicos, fisiopatológicos o etiológicos. En psiquiatría cabe preguntarse si es posible proceder del mismo modo, es decir, con una sola clasificación y que esta sea la clasificación de los procesos orgánicos (por ejemplo, genéticos). Más adelante se responderá esta pregunta.

Como fue señalado, la patología mental observada desde los inicios de la medicina fue la de formas semiológicas más o menos típicas que integraban un cuadro amplio que

hoy podría denominarse «confusión confusa». Aunque esta denominación puede parecer redundante, no lo es, ya que de ese modo se describe cómo los médicos no psiquiatras, incluidos los neurólogos, se refieren —aun hoy— a la totalidad de los cuadros mentales agudos, caracterizados por la instalación brusca, la alteración de la conciencia y el ser episódicos. Centrados por la confusión mental, que es un cuadro agudo conocido por todos los médicos (paciente en actitud de perdido y desorientado en tiempo y espacio), en esa «confusión confusa» se incluyen imprecisamente la gama de los otros trastornos agudos: manía, melancolía y episodios delirantes.

También ya fue señalado que durante siglos estos diversos síndromes fueron considerados «disfunciones de un órgano» (diafragma, corazón, etc.), constituyendo un capítulo impreciso de la patología general. En esta patología, a pesar de ser mental, el hiato órgano-clínico es también relativamente menor, por lo cual las manifestaciones psíquicas, por ejemplo, las de la confusión, tienen muy poca variación de paciente a paciente. Y por lo mismo, al igual que lo que sucede en la patología vegetativa, se tendió e incluso se tiende en la práctica cotidiana a identificar el diagnóstico semiológico (confusión mental) con el diagnóstico del proceso orgánico adjetivado por el factor causal determinante (encefalopatía metabólica, tóxica, infecciosa).

Sin embargo, como se verá más adelante, incluso en estos cuadros agudos «monótonos y orgánicos» donde el hiato órgano-clínico es menor, no es posible sustituir el diagnóstico semiológico por el del desorden somático. Esta imposibilidad se comprende si la psiquiatría es entendida precisamente por lo que es: un saber médico específicamente mental.

Cerrando esta larga etapa «prehistórica» y tomando en cuenta el interés actual de los filósofos analíticos en las cuestiones psicopatológicas y psiquiátricas cabe señalar que también se desarrollaron reflexiones psicológicas de raigambre filosófica. Incluso a partir de la alta Edad Media (siglo XIII), en que la medicina inicia un proceso de real tecnicidad, los filósofos, reflexionando de modo más inductivo, generan, además de una «psicología racional», los primeros esbozos de una psicología empírica. Por ejemplo, Sto. Tomás

de Aquino, considerando los múltiples factores de «involuntariedad» del acto voluntario, presentó una forma primitiva de psicopatología,<sup>6</sup> aunque sus datos mentales empíricos fueron los de una psicología folclórica que no incidió en la medicina de la época.

## 2. Etapa de nacimiento y de institucionalización de la psiquiatría (XVII-XVIII)

**A.** En el siglo XVII nace la psiquiatría. En la compleja situación de contrastes que fue el Renacimiento (L. Vives, Erasmo de Rotterdam, Th. Moro y otros), oscilando entre: a) liberar la imaginación del hombre<sup>7</sup> y b) restringir su libertad (la persecución de herejes y brujas del *Malleus Maleficarum*,<sup>8</sup> etc.), la enfermedad mental se evidenció en su realidad. Por la confluencia de diversos factores históricos y culturales, frente al reconocimiento del hombre como «creador de valores» y por lo mismo libre y responsable, se hizo evidente que algunos hombres están disminuidos patológicamente en ese poder propiamente humano.<sup>9</sup> Entre otros autores, Paolo Zacchias y John Weyer sostuvieron que esas variaciones mentales no eran la consecuencia de acciones sobrenaturales benignas o malignas, sino que eran fenómenos naturales. De ese modo, ese descubrimiento de la enfermedad mental manifestó el carácter vulnerable de la vida mental y por lo mismo hizo posible percibir la realidad de un nuevo orden corporal dentro del organismo: el del «cuerpo psíquico».

Este descubrimiento tan tardío de la patología mental, veintidós siglos después del nacimiento de la medicina, es expresión de un problema, el primero pero también persistente: ¿existen las enfermedades mentales como variaciones psíquicas diferentes a las variaciones normales? La respuesta a esta pregunta fue que sí y a partir de entonces se fue desarrollando progresivamente el método semiológico específico para poder establecer esa diferencia. Sin embargo, los siglos entre los descubrimientos de las enfermedades vegetativas y las enfermedades mentales muestran que el reconocimiento y la aceptación de que algunas variaciones mentales son patológicas, no fueron ni son fáciles. El modo

de pensar dualista del hombre que dificulta el aprehender una realidad que es al mismo tiempo «enfermedad» y «mental» se manifiesta en la tendencia cultural a no percibir e incluso a rechazar la diferencia entre enfermedad y salud mental.

A partir del siglo XVII la masa de hechos clínicos «mentales» que desde la antigüedad se venían describiendo va siendo reconocida como formando un género<sup>4</sup> caracterizado: a) por ser variaciones mentales «típicas» y diferentes a las variaciones mentales normales; b) por ser patológicas, es decir, desórdenes orgánicos asimilados inicialmente a la patología general y luego a las afecciones del sistema nervioso; y c) por aparecer determinadas por «fuerzas internas», «endógenas»: heredo-constitucionales o inconscientes.

**B. Institucionalización de la psiquiatría en la medicina (XVIII).** Trabajando sobre esa «masa clínica» la psiquiatría se desarrollará como la ciencia teórica y práctica de las relaciones de lo biológico y lo mental («lo físico y lo moral»), que a partir de entonces va a quedar referida al plano de la fisiología nerviosa (Cabanis),<sup>10</sup> y que como saber práctico debió y debe responder a los problemas de organización y de legislación que la existencia de los enfermos mentales plantea.<sup>11</sup>

En cuanto a la clasificación de los diferentes diagnósticos de los cuadros mentales patológicos, estos siempre van a ser ordenados mezclando el plano semiológico y el plano de lo orgánico y sus causas.

### 3. Etapa de reconocimiento de la enfermedad mental como objeto específico de la praxis psiquiátrica (XIX al momento actual)

En esta etapa es posible distinguir varios momentos.

**A.** En el primero, aunque los trastornos mentales fuesen considerados «orgánicos» debido a la ignorancia concreta de dichos «procesos orgánicos», los desarrollos desde finales del siglo XVIII hasta finales del XIX se realizaron en lo semiológico. Se fue organizando una semiología específica que describió

detalladamente los síntomas y que construyó cuadros típicos que, considerados globalmente, constituyeron, como dice E. Minkowski, una «lectura patológica de lo psicológico».<sup>12</sup>

Ese fino trabajo de análisis y de organización sistemática aportó gran parte de los síndromes que se manejan en el momento actual, especialmente los síndromes agudos, aunque sin aprehender la estructura propia de la vida mental y sus leyes, y por consiguiente sin la idea de «síntoma» que se va a desarrollar en la fase siguiente.

En este momento se presentó el segundo problema que es el que señala G. Lantéri-Laura<sup>13</sup> cuando analiza cómo durante el siglo XIX los desarrollos conceptuales en patología mental oscilaron entre plantear la existencia de una «psicosis única» («la» alienación mental o monopsicosis) o la existencia de «psicosis múltiples». En realidad, este doble modo de pensar la existencia concreta de la patología mental constituye un aspecto propio del fenómeno, y la elección que finalmente predomina guarda relación con el aspecto de la vida mental que más destaca quien clasifica. Cuando se percibe y se piensa en la unidad de la vida mental normal se tiende a considerar la patología mental como «una única enfermedad» o, lo que ocurre más frecuentemente, como síndromes muy abarcativos (por ejemplo, síndromes como el *somatic symptom disorder* que se propone actualmente en el proyecto del DSM-5). Esta percepción de la unidad del psiquismo se corresponde con la experiencia primaria que tiene el psiquiatra práctico que capta el carácter de totalidad que implica el sujeto enfermo mental. Cuando, por el contrario, se piensa la vida mental como integración de funciones evolutivas se tiende a plantear la existencia de varias enfermedades mentales. Esta percepción corresponde a la experiencia del psiquiatra que de ese modo capta en los diversos síndromes los efectos procesuales desintegrativos de la unidad del psiquismo.

Toda clasificación de la patología mental debe resolver esta tensión, lo que es llevado a cabo de acuerdo con la tendencia que predomine, ya sea a «agrupar» o bien a «separar». Eso es lo que explica el reiterado flujo y reflujo que incluso se observa en el momento actual, entre *lumpers* y *splitters*. La solución práctica a este problema ha radicado en reconocer, de

acuerdo con la evolución clínica de dos siglos, por un lado, que la vida mental regresiva se presenta según diversas formas de enfermedad mental y por otro, que se debe mantener el principio de la unidad del psiquismo para no multiplicar innecesariamente el número de esas formas.

Dentro de esta tensión «unidad/multiplicidad» la clasificación de la patología mental durante el siglo XIX fue hecha sobre la base de diversos criterios: según los síntomas, según la evolución y mezclando conjeturas etiológicas.

**B.** A partir de finales del siglo XIX y durante unos 60 años la psiquiatría va a llevar a cabo una transformación esencial en el sentido de descubrir cuál es la realidad del psiquismo que se desorganiza en la patología mental. Esta revolución conceptual se desarrolló trabajando diferentes materiales clínicos (psicosis y neurosis) y siguiendo dos orientaciones: una clínica y otra psicoanalítica.

*La orientación clínica*, estudiando las manifestaciones psíquicas como expresión de una somatosis, fue reconociendo en la propia organización mental los tipos de déficit determinados por los procesos orgánicos. De los desarrollos clínicos, centrados en el estudio de las psicosis crónicas, pueden describirse cuatro momentos:

**a.** En primer lugar, E. Kraepelin<sup>14,15</sup> reconoció que pacientes heterogéneos desde el punto de vista de sus manifestaciones (dementes precoces de Morel, hebefrénicos de Hecker, catatónicos de Kahlbaum y gran parte de delirantes crónicos) constituían una enfermedad: la demencia precoz. Si bien Kraepelin intuyó la realidad de un déficit en el propio psiquismo (lo que expresaba imprecisamente como «trastornos en funciones psíquicas esenciales» o «relajación de las fuerzas afectivas que mantienen la coherencia del psiquismo») su planteo guardaba relación con el modelo vegetativo de pensar la patología. O sea que la unidad que Kraepelin dio a los cuadros de semiología diferente fue que todos eran expresión de un mismo proceso de desorganización somática, formas clínicas de un mismo proceso orgánico.

**b.** Luego, E. Bleuler<sup>16</sup> dio un paso más: buscó la unidad de las diferentes formas de la demencia precoz, no en lo somático, sino en

lo mental. Y así en la diversidad semiológica descubrió que esa variabilidad sintomática constituía un estado psíquico especial. Lo que los unificaba no era un proceso orgánico (la somatosis kraepeliniana de la demencia precoz) sino una unidad de proceso mental. De ahí la necesidad absoluta de cambiar la denominación (estos enfermos «no son dementes porque son esquizofrénicos»), ya que lo que los caracteriza no es el proceso orgánico que apunta a un defecto terminal sino el presentarse como un tipo especial de actividad mental donde las formas clínicas de esta estructura patológica son secundarias. Este desarrollo bleuleriano implicó dos aspectos fundamentales. Por un lado, configuró el primer análisis clínico del psiquismo como tal, es decir, en su «espesor propio» (por eso la inclusión de los conceptos freudianos en su trabajo), por lo cual fue a partir de Bleuler que la psiquiatría se hizo psicopatológica. Y por otro, destacó el hiato órgano-clínico que en patología mental existe entre la somatosis y su expresión clínica, hecho que subraya con el subtítulo de su libro: «Grupo de las esquizofrenias», indicando así que las diversas formas de esquizofrenia pueden ser y probablemente son la expresión de somatosis diferentes.

**c.** El tercer paso, abierto por la concepción bleuleriana fue la utilización progresiva de un método semiológico fenomenológico-estructural.<sup>17-19</sup> De ese modo fue posible captar en la variedad y en la atipia de las manifestaciones lo típico de cada uno de los diferentes déficits psíquicos. Ese método semiológico logró una «lectura psicológica de la realidad patológica», que permitió describir las estructuras psicopatológicas (donde la manifestación se convierte en «tal síntoma») y clasificarlas según criterios estrictamente psicológicos.

**d.** Fue utilizando el método fenomenológico que se llevó a cabo el cuarto movimiento, que consistió en encarar y solucionar las dificultades implicadas en la patología mental aguda. Los cuadros agudos, a pesar de ser conocidos desde el nacimiento de la medicina, no eran, sin embargo, conceptualizados de modo preciso ni se los integraba armónicamente con los otros cuadros psiquiátricos. Considerados por Kraepelin como un problema bastardo, es decir, como un resto de segundo orden de la «locura propiamente dicha»; valorados, en

cambio, por Bleuler como un problema para resolver en el futuro, fueron encarados por Henri Ey como una de las partes centrales de su obra. El tercer tomo de sus *Estudios psiquiátricos*<sup>20</sup> está dedicado a la investigación y al descubrimiento de la unidad de la patología del campo de conciencia. Rompiendo con la tradición de basar los estudios psicopatológicos en la patología crónica Ey describió el abanico de trastornos agudos (manía, depresión, psicosis delirante aguda y confusión mental) como «niveles de desestructuración del campo de conciencia actual».

Estos diferentes desarrollos fueron haciendo de la psiquiatría un saber médico propiamente psicológico, psicopatológico, donde «lo mental» como objeto de su saber y praxis es el desorden de un nivel «corporal-mental». Nivel mental infraestructural que organizado posibilita los movimientos psíquicos facultativos de la vida normal. Y que desorganizado por las somatosis determina la construcción psíquica de los síndromes que la clínica diagnóstica como formas de vida mental regresiva.

Estos síndromes que constituyen el objetivo primario de la psiquiatría se caracterizan: a) por ser niveles evolutivos cada uno de los cuales, por el carácter unitario del psiquismo, no es excluyente de los niveles supra y subyacentes (carácter necesariamente «espectral» de los diagnósticos semiológicos);<sup>21</sup> b) por ser síndromes que expresan las somatosis y por lo mismo, al igual que estas, son diferentes cualitativamente de las manifestaciones psíquicas normales (son categoriales y requieren un método propio); c) por ser síndromes que por cierta homogeneidad evolutiva y pronóstica (recuperación, peoría, incapacidad social, posibilidades de tratamiento, etc.) resultan «útiles» desde el punto de vista clínico;<sup>22</sup> d) por ser síndromes que se organizan «naturalmente» de acuerdo con 2 subgéneros de patología mental: la patología mental aguda cuyos episodios son vividos como «accidentes» y la patología mental crónica donde los trastornos «hacen cuerpo» con la persona; e) por ser síndromes que, si bien evidencian el desorden orgánico, valen por sí mismos, y que por consiguiente no deben ni pueden ser sustituidos por el diagnóstico del desorden orgánico.

En suma, durante esta etapa la psiquiatría fue descubriendo el «espesor» de la vida mental y por lo mismo la amplitud del hiato órgano-clínico que presenta la patología mental. La realidad de este hiato que es colmado por la actividad psíquica determina que en patología mental —a diferencia de lo que pasa en la patología vegetativa— es necesario trabajar con dos diagnósticos y por consiguiente con dos clasificaciones. Es decir que en patología mental es una exigencia ordenar (clasificar) separadamente los diagnósticos semiológicos y los diagnósticos de los procesos orgánicos generadores (como ejemplo extremo de esta necesidad de dos diagnósticos y por ende de dos clasificaciones, puede considerarse la evolución con relación a la causalidad genética en psiquiatría).<sup>23</sup>

*La orientación psicoanalítica*, tanto freudiana como junguiana, descubriendo los modos de organización pulsional de la vida mental enferma permitió comprender las leyes de construcción de los síntomas. El descubrimiento de que el paciente es el «agente inconsciente» de su trastorno fue integrado naturalmente en la evolución de la psiquiatría (como lo hizo Bleuler en su trabajo) y el psicoanálisis se volvió una parte importante de la investigación psicológica en psiquiatría y una de las formas de tratamiento. Pero el psicoanálisis, volviéndose hegemónico, se convirtió a nivel médico y, especialmente, a nivel de la cultura en «la psiquiatría».<sup>24</sup>

Esta psiquiatría psicoanalítica al desplazar progresivamente su praxis al área de la salud mental se desinteresó por el diagnóstico, es decir, por la percepción de las diferencias estructurales entre salud y enfermedad. El diagnosticar fue perdiendo significado y, al procederse de ese modo, se fue perdiendo la habilidad necesaria para hacer los diagnósticos.

Por otra parte, por interesarse especialmente en el cómo de la construcción de los síntomas el psicoanálisis desdibujó el concepto de enfermedad mental logrado con tanta dificultad por la evolución clínica, y por operar con la hipótesis de la causalidad psíquica el campo psiquiátrico fue dividido en patología mental organogénica y psicogénica.

C. Ese estado de cosas, al no integrar la evolución clínica lograda, terminó por generar

una crisis que determinó un nuevo interés por el diagnóstico y la clasificación. Hoy es conocida por todos los psiquiatras la reacción clínica «por el diagnóstico» determinada por la necesidad de diagnósticos diferenciales frente al surgimiento de terapéuticas eficaces y por consiguiente de planes de tratamiento diferentes. Esa reacción, iniciada y llevada a cabo por un «colegio invisible»<sup>25</sup> cristalizó en el año 1980 en el DSM-III.

El DSM-III y las modificaciones que este manual ha sufrido desde 1980 se presentan con aspectos positivos y negativos.<sup>26</sup> Entre los primeros, puede señalarse: a) que en psiquiatría queda establecida la necesidad del diagnóstico; b) que es necesario distinguir conceptual y prácticamente entre el diagnóstico de síndromes psíquicos (psicopatológicos) y el de procesos y causas de enfermedad; c) la propuesta de utilizar criterios y reglas diagnósticas (algorítmicas) que, permitiendo aprehender los fenómenos en su «realidad psíquica», aumentan el acuerdo entre los técnicos; d) la propuesta de abandonar la dicotomía orgánico/psíquico; y e) la codificación multiaxial que, aunque en gran parte sigue siendo heteróclita, apunta al reconocimiento de la necesidad de dos clasificaciones. Entre los aspectos cuestionables, cabe destacar: a) la falta de un análisis crítico de la utilización de «síntoma operacional»;<sup>27</sup> b) el continuar en eje I mezclando semiología y etiología, y c) el persistir con un eje II sin solidez psicopatológica, aunque algunos cambios lo aproximen al concepto eyiano de «trastornos de la trayectoria de la personalidad».

La reacción por el diagnóstico y la clasificación que tiene lugar en psiquiatría desde los años 70 ha vitalizado la evolución de la psiquiatría. Sin embargo, los cambios que se han ido sucediendo (DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR, y actualmente DSM-5) parecen indicar que algo falta a esta reacción para que logre un resultado más estable. Entre estas carencias tienen importancia algunos problemas que se dan actualmente en el pensamiento psiquiátrico. En realidad, hablando de modo estricto estos problemas son «seudoproblemas», porque ya han sido solucionados por la psiquiatría en su evolución, y solo mantienen su vigencia por estar subtendidos por hipótesis erróneas.

El primer seudoproblema lo genera el planteo

de si los diagnósticos deben ser categoriales o dimensionales. Como vimos, el carácter categorial de la somatosis se expresa necesariamente en las manifestaciones y por consiguiente las estructuras psicopatológicas solo pueden ser categoriales, diferentes cualitativamente de las variaciones mentales sanas. Afirmar que el diagnóstico semiológico no es dimensional no quiere decir que no deban tomarse en cuenta dimensiones esenciales para la evaluación del paciente concreto. Este seudoproblema es la consecuencia de no proceder con el método semiológico específico, y seguir en cambio proyectando, del mismo modo que se hacía en el siglo XIX, las vivencias dimensionales que aporta la introspección. En otras palabras, es el resultado de no reconocer ni integrar el cambio de método semiológico que es específico de los psiquiatras, y por lo mismo es mantenerse «por fuera» de la realidad de la patología mental.

El segundo seudoproblema muy vinculado a la hipótesis psicoanalítica es la tradicional pregunta sobre si la causalidad de la patología mental es orgánica o psíquica. Como esta patología es «patología de la reactividad psíquica»,<sup>28</sup> es decir, desorganización de la infraestructura mental del organismo psíquico, la pregunta solo puede responderse distinguiendo entre «causas orgánicas de la somatosis», y «causalidad de los síntomas» que siempre es psíquica y por lo mismo sociocultural.

El tercer seudoproblema consiste en afirmar que: «los diagnósticos semiológicos deben ser validados por los diagnósticos somáticos». Esta afirmación no refleja la realidad del hiato que en patología mental existe entre el proceso orgánico y las manifestaciones clínicas. Este hiato, a diferencia de lo que sucede en la patología vegetativa, por ser colmado por la actividad psíquica hace que el diagnóstico semiológico no pueda ser sustituido por el diagnóstico de somatosis (anatomopatológico, fisiopatológico o etiológico). Este seudoproblema aparece hoy relacionado con el modo de pensar *bottom-up* de gran parte de la neurobiología actual que lleva a considerar que también en psiquiatría pueden utilizarse los niveles del índice (que en patología vegetativa guardan relación con radiografías, EEG, etc.).



#### D. Situación actual

1. Los diversos problemas que fueron apareciendo con relación al diagnóstico y a la clasificación de la patología mental y que han sido considerados previamente se ven hoy «complicados» por otros desarrollos. A pesar de su importancia, estos aspectos son simplemente indicados en esta presentación: a) el modo reductor de la neurobiología, el cual, a pesar de la ambigüedad con que es presentado por algunos autores,<sup>29</sup> termina configurándose como una nueva «ideología» como lo fue antes el psicoanálisis; b) el hecho de que el psicoanálisis reingrese a la psiquiatría sin criticar lo negativo que sus hipótesis resultaron respecto al diagnóstico; y c) el ingreso al área de la psicopatología de filósofos analíticos anglosajones,<sup>30, 31</sup> que, aunque adecuadamente cuestionan las «seguridades» de los modelos reductivos, tienden por su propia metodología a sustituir el saber psiquiátrico empírico por un saber deductivo.<sup>32</sup>

2. Como en el momento actual la psiquiatría ha dejado de ser «un conjunto de saberes» para convertirse en un real «saber-hacer», los psiquiatras se ven problematizados además por la necesidad de equilibrar sus deberes clínicos concretos con otros objetivos que por su peso económico presionan para ser priorizados (investigaciones farmacológicas, organización de los servicios asistenciales y de prevención, costos de los seguros de atención, demandas por mala praxis, etc.).

## II. Necesidad de trabajar con una hipótesis psiquiátrica coherente

Tomando en cuenta lo reseñado en este artículo se hace evidente la necesidad de trabajar con una hipótesis psiquiátrica que, estando basada en los hechos y siendo coherente, permita al clínico responder creativamente a las diferentes situaciones que debe enfrentar. Esta presentación ha sido realizada precisamente siguiendo los principios de una hipótesis de esas características, la hipótesis psiquiátrica que desarrolló Henri Ey.<sup>33-35</sup>

En el momento evolutivo que cursa la psiquiatría la hipótesis exigida por los hechos debería: a) distinguir claramente entre el

desorden orgánico y las manifestaciones clínicas y, por consiguiente, operar con dos diagnósticos y dos clasificaciones; b) reconocer, frente a la tendencia a la unicidad, la existencia de un número no excesivo de «estructuras» psicopatológicas; c) comprender que estas estructuras psicopatológicas son diferentes cualitativamente de las variaciones psíquicas normales (que son categoriales y no dimensionales); d) reconocer que dichas formas de vida mental regresiva se ordenan naturalmente de acuerdo con las dos estructuras que articuladas constituyen el organismo mental (campo de conciencia actual y trayectoria de la personalidad); e) afirmar que los diagnósticos semiológicos se validan por el análisis estructural y no por los diagnósticos de los procesos orgánicos; f) diferenciar entre causas del desorden orgánico y causas de la construcción de los síntomas mentales y que, por consiguiente, toda enfermedad mental es «organógena» y «psicógena» («exógena» y «endógena»); g) operar con dos clasificaciones, lo que permite moverse con libertad y creatividad en los diferentes objetivos que deben ser encarados en las áreas de psiquiatría y de «salud mental».

## Resumen y conclusiones

A. En primer lugar se presentó una reflexión sobre el hecho de que en la evolución del diagnóstico y la clasificación en patología mental han surgido problemas y seudoproblemas que se reiteran continuamente.

\* Considerando «problemas» a aquellas dificultades que guardan relación con la naturaleza de la enfermedad mental y que la psiquiatría ha ido resolviendo en la medida en que el esquema médico inicial se fue haciendo «específicamente psiquiátrico» (por la obra conjunta que tuvo lugar especialmente entre el siglo XIX y el siglo XX por los trabajos de E. Kraepelin, E. Bleuler y otros, S. Freud y H. Ey). Estos problemas son dificultades que van a estar siempre presentes en la reflexión psiquiátrica. Primero, que la enfermedad mental es un fenómeno real y no mítico y que en sus manifestaciones es diferente cualitativamente a las infinitas variaciones mentales en salud,

y que su diagnóstico no es tarea sencilla. Segundo, que si bien la vida mental es unitaria, el proceso de desorganización se manifiesta a través de diversas enfermedades. Tercero, que para responder de modo coherente a las diversas cuestiones de la práctica es necesario reconocer la necesidad de trabajar con diagnósticos semiológicos y con diagnósticos de procesos orgánicos y por ende, con dos clasificaciones.

\* Considerando «seudoproblemas» a aquellas dificultades que presentándose en la aprehensión de la realidad de la patología mental a pesar de haber sido solucionadas se reiteran continuamente. Se entiende que esta reiteración guarda relación con el hecho de seguir sosteniendo hipótesis erróneas por no incorporar las soluciones logradas. Estos pseudoproblemas son: 1) insistir en que el diagnóstico semiológico puede ser dimensional; 2) reiterar que la validez del diagnóstico semiológico debe ser establecida por el conocimiento de los diagnósticos de las somatosis; 3) afirmar que los factores psíquicos, además de construir los síntomas, pueden también causar el desorden orgánico.

**B.** En segundo lugar se planteó la necesidad de trabajar en psiquiatría con una hipótesis basada en los hechos, coherente y heurística. La hipótesis de trabajo organizada por Henri Ey cumple con esas características. Por un lado, es una base teórica sólida para encarar el diagnóstico psiquiátrico y su clasificación. Por otro, constituye un encuadre muy útil para el psiquiatra práctico que en su trabajo tiene que encontrar respuestas al sufrimiento de sus pacientes, respuestas que, teniendo que ser «nuevas y personales», no encuentra en las «guías terapéuticas».

## Referencias bibliográficas

1. **Lain Entralgo P.** Historia de la medicina. Barcelona: Salvat; 1981.
2. (a) **Ey H.** Étude n.º 20: La classification des maladies mentales et le problème des psychoses aiguës (vol III). Paris: Desclée de Brouwer; 1954 [trad. española: Buenos Aires: Polemos, 2008; vol II: 13-50]; (b) **Essen-Möller E.** On classification

of mental disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica 1961; 37:119-126; (c) **Stengel E.** Classification of mental disorders. Bull World Health Organization 1959; (21):601-663.

3. (a) **Pichot P** (ed). DSM-III et psychiatrie française. Paris: Masson, 1984. (b) **Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA.** (eds). Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification. Baltimore: The Johns Hopkins Univ Press, 1994; (c) **Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ** (eds). The conceptual evolution of DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publ., 2011.
4. **Lain Entralgo P.** El diagnóstico médico. Historia y teoría. Barcelona: Salvat; 1982.
5. **Ey H.** Nature et classification des maladies mentales. Esquisse d'une histoire naturelle de la folie. (Suecia, 1963, no publicado, Archives Municipales de Perpignan, France).
6. **Krapf E.** Tomás de Aquino y la psicopatología. Buenos Aires: Index; 1943.
7. **Erasmus de Rotterdam.** Elogio de la locura. Madrid: Espasa-Calpe; 1972.
8. **Kramer H, Sprenger J.** Malleus Maleficarum (El martillo de las brujas). Traducción española de Miguel Jiménez Monteserin. Valladolid: Maxtor; 2010.
9. **Ey H.** Introduction à la psychiatrie. Histoire de la psychiatrie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie (1), 37005 A10, A20, A30, 1955.
10. **Cabanis JG.** Rapports du physique et du moral de l'homme (8è. éd.). Paris: Baillièrè; 1844.
11. **Ey H.** Étude n.º 3. Le développement "mecaniciste" de la psychiatrie à l'abri du dualisme "cartésien" (vol I). Paris: Desclée de Brouwer; 1952 [trad. española: Buenos Aires: Polemos; vol I: 49-65].
12. **Zilboorg G, Henry GW.** Historia de la psicología médica. Cap. 10: La era de los sistemas. Buenos Aires: Hachette; 1945, pp. 434-552.
13. **Lanteri-Laura G.** Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne. Paris: du Temps; 1998.

14. **Kraepelin E.** Trattato di psichiatria. II: Psichiatria Speciale. 7.<sup>a</sup> ed. Milano: Vallardi; 1906.
15. **Kraepelin E.** Dementia Praecox and paraphrenia. New York: Krieger; 1919 (reprint 1971).
16. **Bleuler E.** Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Polemos; 2011.
17. **Minkowski E.** Traité de psychopathologie. Paris: Presses Universitaires de France; 1966.
18. **Spiegelberg H.** Phenomenology in psychology and psychiatry. Evanston: Northwestern Univ. Press; 1972.
19. **Rollo M, Ángel E, Ellenberger HF.** Existencia. Nueva dimensión en psiquiatría y psicología. Madrid: Gredos; 1977.
20. **Ey H.** Études Psychiatriques, t. III. Paris: Desclée de Brouwer; 1954 [traduc. española vol II, Buenos Aires: Polemos; 2008].
21. **Casarotti H.** Espectros en psiquiatría desde la perspectiva órgano-dinámica de Henri Ey. Vertex; 2007 (18) suplemento especial 3:17-23.
22. **Kendell R, Jablensky A.** Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 2003; 160:4-12.
23. **Casarotti H.** Semiología psiquiátrica y endofenotipos. Rev Psiquiatr Biolog Urug 2007; 3-12.
24. **Casarotti H.** Relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis (desde finales del siglo XIX hasta el momento actual). Rev Psiquiatr Urug 2010; 74(2):103-115.
25. **Klerman GL.** The significance of DSM-III in american psychiatry. In: Pichot P. (ed). DSM-III et psychiatrie française. Paris: Masson; 1985, pp. 19-39.
26. **Casarotti H.** La aportación de H. Ey al diagnóstico de las psicosis delirantes. En: Ey H. Estudio sobre los delirios, 1950 (reedición). Madrid: Triacastella; 1998.
27. **Parnas J, Sass LA.** Varieties of “Phenomenology”: on description, understanding and explanation in psychiatry. In: Kendler KS, Parnas J (eds). Philosophical issues in Psychiatry. Explanation, phenomenology and nosology. Baltimore: The Johns Hopkins Univ Press; 2008, pp. 239-285.
28. **Ey H.** La notion de “réaction” en psychopathologie (Essai critique). Confrontations psychiatriques 1974; 12:43-62.
29. **Kandel ER.** A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry 1998; 155:457-469.
30. **Graham G, Stephens GL.** Philosophical Psychopathology. Massachusetts: MIT Press; 1994.
31. **Radden J** (ed). The philosophy of Psychiatry. New York: Oxford Univ. Press; 2004.
32. **Piaget J.** Sabiduría e ilusiones de la filosofía. Barcelona: Flamma; 1970.
33. **Ey H, Rouart J.** Essai d’application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuropsychiatrie. Encéphale 1936; 31(1):313-356- 31(2):30-60- 31(2):96-123.
34. **Ey H.** Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie, Toulouse: Privat, Coll. “Radamanthe”, 1975.
35. **Ey H.** Outline of an organo-dynamic conception of the structure, nosography, and pathogenesis of mental diseases. In: Natanson M (ed). Psychiatry and Philosophy. Berlin: Springer; 1969, pp. 11-161.