

Epistemología filosofía de la mente y bioética

La clínica psiquiátrica: ¿signos y síntomas de una crisis?¹

Carlos Alberto Giraldo Giraldo²

Resumen

Objetivo: Interpelar la clínica como fuente de conocimiento, explorar sus vicisitudes y poner de presente un proceso de debilitamiento. *Metodología:* Para sustentar lo anterior se asume como criterio de examen la validez de la clínica tal como se practica hoy. Inicialmente se formula la pregunta por el origen de la clínica como forma de conocimiento y como práctica de su producción; luego se hace un balance de sus efectos según el punto de vista de un psicoanalista (Paul Bercherie), un psicopatólogo (Germán Berríos) y un investigador en psiquiatría biológica (Herman van Praga). *Resultados y conclusión:* La consigna por despojar a la práctica psiquiátrica de contaminantes teóricos, de configurar un lenguaje único y de homologar la clínica con la investigación empírica ha producido una clínica sin sujeto, ha dejado de lado los procesos y ha desconocido las distintas dimensiones que se expresan en la conducta. Con base en el análisis histórico y el balance realizado por tres autores de distinto origen conceptual se sustenta la necesidad de declarar una emergencia epistemológica para bien de la psiquiatría y de sus usuarios.

Palabras clave: psiquiatría, epistemología, emergencia.

Title: Clinical Psychiatric: ¿Signs and Symptoms of a Crisis?

Abstract

Objective: This manuscript examines the clinical practice as a source of knowledge and to illustrate how it has been weakened. *Methodology:* An evaluation was conducted as the instrument to validate and to support today's clinical practice. This was carried out in two ways. Firstly, a question about the beginning of the clinical psychiatry as a way of acquiring knowledge and as a means of production. Secondly, a close look at the different points of view of several authors. The points of view of authors such as the psychoanalyst Paul Bercherie; the psychopathologist Germán Berríos; and the clinical researcher Herman van

¹ Una primera versión de este artículo fue presentada como ponencia en el XL Congreso Colombiano de Psiquiatría y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, Bogotá, 1998.

² Profesor titular del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Pragg are discussed. *Results and conclusion:* The goal of protecting psychiatry of theoretical contamination, of setting a unique language and of assimilating the clinical psychiatry and the empirical research, has produced a psychiatry without the subject, has put aside the processes and has forgotten the different dimensions expressed through the symptoms and the conduct. Based on the outcome of the historical analysis and the detailed study of the above mentioned authors, who have very different academic background and approaches, there is a suggestion to declare an epistemological emergency in order to benefit practitioners and their patients.

Key words: Psychiatry, epistemology, emergency.

En una conversación de una sala de descanso en un hospital, un médico no psiquiatra le dice al psiquiatra: “Lo que usted hace no es científico y, por lo tanto, no es medicina”. El psiquiatra le sale al paso diciendo: “Lo que usted hace es clínica, lo que yo hago también, utilizamos el mismo instrumento, luego somos de los mismos”. Otro día, en la misma sala, dos psiquiatras se increpan sobre la vigencia de su quehacer: “La psiquiatría biológica es la objetiva”, dice uno; “la psiquiatría dinámica es la holística”, dice el otro; cuando ya están a punto de enemistarse caen en la cuenta de que ambos comparten el ámbito de la clínica y eso les permite reconocerse como iguales. Lo anterior pone de presente que estamos ante una categoría masificadora, que de alguna forma lima las diferencias:

como referente de identidad y como potente generador de colectividad.

Por otro lado, si uno intentará una imagen atrevida del psiquiatra de hoy podría representarlo como un personaje con una mano en un manual de clasificación y con un vademécum en la otra, o, en el mejor de los casos, como alguien que lleva en su maleta un protocolo de atención que le prescribe cómo diagnosticar y cómo tratar. Imagen que no deja de tener cierta realidad tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Una imagen alternativa sería la del psiquiatra con una serie de instrumentos diagnósticos, ya sea para aplicarlos a un paciente o para darle confiabilidad a su investigación. Un paisaje que deja entrever cómo se depone la clínica. Ambas imágenes pretenden mostrar cómo todo lo sólido —en este caso la clínica— se desvanece en el aire, según la fórmula de Marshall Berman.

Este panorama nos permite introducir el propósito de este trabajo: hacer que lo que nos resulta más familiar, la clínica, deje de serlo, para así preguntarnos por ella e interpellarla como un primer paso en el examen de su condición de fuente de conocimiento. Inicialmente se formula la pregunta sobre su origen como forma de conocimiento y como práctica de producción de éste; luego, se hace una especie de balance a partir del seguimiento

de tres autores que, siendo de distinta procedencia conceptual, coinciden de una manera inquietante al punto de formular la necesidad de declarar una especie de emergencia epistemológica de la psiquiatría.

Los orígenes

Hay consenso entre varios autores en que hablar del origen de la clínica en psiquiatría obliga a referirse a Pinel, y si hay que ubicar un año, es 1800. Ambos referentes tienen muchas implicaciones que trascienden al personaje y al momento. Emergen tanto la sociedad como la ideología burguesas, para las cuales el conocimiento ya no tiene importancia por sí mismo, la especulación, sino en cuanto posee capacidad de transformación. “Saber es poder”, es la consigna de Francis Bacon (1) que atraviesa el pensamiento de la época. Es reconocer un tiempo en el que se tiene el deliberado propósito de generar una ruptura, en todos los campos, con la tradición. Ruptura que tuvo uno de sus efectos en la clínica como método de conocimiento y como práctica.

En esta línea, el conocimiento se convierte en un proceso cuya base es la observación empírica de

los fenómenos que constituyen la realidad. A esos fenómenos, que se capturan mediante la percepción, el sabio debe agruparlos, clasificarlos en función de sus analogías y sus diferencias. Constituirá, así, clases, géneros y especies, como procede la biología, evitando introducir en ese trabajo de análisis y síntesis su propia subjetividad bajo la forma de ‘ídolos’.

Está contenido, al amparo de esa expresión, el ideal de Bacon³: desmontar los ídolos del foro, la tribu, la caverna y el teatro, para descontaminar el conocimiento en nombre de la objetividad (1). Las categorías así generadas recibirán, finalmente, el nombre —lo más lejano posible del dominio popular— que les da existencia en la ciencia. En apoyo a este planteamiento, Condillac acuña la expresión: “La ciencia es simplemente un lenguaje bien hecho”. Se va constituyendo una especie de decálogo de cómo proceder, el cual traza la ruta de la clínica.

La apuesta es, entonces, aplicar a otro —a otra persona, por supuesto— el modo de observación que habitualmente se reserva para las cosas. O sea, darle al otro la condición de un ser natural. De aquí deriva el presupuesto que las per-

³ Los ídolos puestos en evidencia por Bacon fueron el de la tribu, con lo que criticaba el pensamiento mágico; el de la caverna, con lo que ponía en cuestión la herencia cultural y educativa; el del foro, con lo que ponía al conocimiento a salvo de la retórica, y el del teatro, con lo que desprestigiaba los grandes sistemas filosóficos.

turbaciones mentales deben considerarse como una variedad de las perturbaciones somáticas: atribuirle al ser humano la condición de objeto de lo real con el fin de describir exhaustivamente, analizar objetivamente y clasificar racionalmente.

Cuando se habla de describir exhaustivamente, se propone hacerlo a la manera del pintor, quien se esmera por ubicar los detalles más pequeños, los elementos menos perceptibles (2). Al analizar objetivamente —término muy importante porque en su sentido etimológico más simple se refiere a “partir desde el comienzo”— no se puede establecer el límite de la desagregación y, por lo tanto, en qué nivel de la partición aparece el síntoma, lo que ha generado una gran confusión que pervive, y sigue teniendo vigencia la pregunta por las fronteras del síntoma.

Por otra parte, al análisis sucede la síntesis, lo que conduce a establecer criterios de agrupamiento de los síntomas. En el nacimiento de la clínica primó el concepto *facultades mentales*, entendidas como funciones mentales —atención, memoria, percepción—, y este fue el criterio que se utilizó para producir conjuntos de síntomas, lo que dejó consecuencias todavía no despejadas. Nace, así, la clínica como método consciente de sí mismo y sistemático. Hace honor de ello el título de una de las obras de Pinel: “Medicina clínica o la medicina hecha

más precisa y más exacta por la aplicación del análisis”.

El pensamiento de Pinel está signado por la propuesta de Sydenham, aquella del retorno a Hipócrates, a su relectura más allá de los dogmas explicativos de Galeno. Hipócrates le da todos los créditos a la observación y desecha la teoría. En la perspectiva hipocrática, la vista (*opsis*) es el sentido más adecuado para el conocimiento, hace manifiesto el mundo, el fenómeno. Es el reino de la observación. Después deviene la elaboración racional (*Kata-logón*), premisa indispensable de la clasificación (3). Hacer ciencia es clasificar.

Una consideración adicional merece el concepto de la realidad que subyace a la clínica en sus orígenes. Esta concepción encuentra su expresión más precisa en Compté (4). De él se deriva la idea de que el cuadro clínico no es la realidad, sino que remite a una esencia que es su realidad; esencia concebida como material y, para el caso de la clínica, corporal, somática. El fenómeno —léase el síntoma— es una cáscara opaca que recubre la esencia pura. Si bien los fenómenos tal como aparecen ante el clínico no son la esencia de la realidad última, son lo suficientemente paralelos a ella como para fundar un saber siempre aproximativo pero valedero.

O sea, el empirismo que parte de una concepción de la realidad

como algo que en sí posiblemente no podemos conocer, otorga al fenómeno una suerte de “clave” para la aproximación a esa realidad. Esta idea tiene sus antecedentes en los presocráticos, en el sentido de que la *physis*—la naturaleza— es inaccesible, pero la mirada nos permite un máximo de cercanía a ella.

Otro supuesto, que subyace al anterior, es el del investigador con plena confianza en sus capacidades de observación y de análisis, aquél ubicado en una posición de neutralidad respecto al objeto: la objetividad. Un ingrediente adicional en el origen de la clínica es el rechazo a un enfoque anatomopatológico que encabeza Falret, quien critica la pretensión de hacer corresponder a cada síntoma una ubicación cerebral. Hasta aquí, algunos cimientos filosóficos, sociopolíticos y científicos que sirvieron de marco al surgimiento de la clínica.

Las visiones

K. L. Khalbaum (5)

K. L. Khalbaum bien merece la calificación de epónimo, para con quien la historia no ha sido justa. Ya en 1863, con sus planteamientos, estaba tejida toda la estructura de lo que fue la clínica posterior. Sería más equitativo hablar de “khalbaumianos” en vez de “krepelinianos” y de “neokhalbaumianos”

en vez de “neokrepelinianos”, como reconocimiento a su pensar y saber, en los que ya estaban todos los planteamientos que después fueron materializados en los sistemas clasificatorios en forma de manuales diagnósticos y estadísticos. Él propuso una nueva clasificación de las enfermedades mentales y los principios de una reforma en la organización del saber y en la investigación psiquiátrica siguiendo un método que llamó simplemente “clínico”. Algunos de sus aportes son:

1. Aparece la idea, también formulada en Pinel, de rechazar la tendencia a fundamentar la psicopatología en una psicología normal vista en negativo o como desviación. El debate de si la clínica debe basarse en una psicopatología y la psicopatología en una psicología todavía no está resuelto. No debe partirse de principios, sino de la premisa de que todas las manifestaciones del alienado son objeto del estudio patológico a la manera de las ciencias naturales y por oposición a la psicología. Se trata de una clínica sin supuestos. Es necesario poner cualquier expresión del paciente como objeto de análisis y construir complejos sintomáticos para llegar al diagnóstico etiológico y a sus correlaciones anatomoclínicas. Ahí se deja ver la controversia que sostuvo con el enfoque que quería acomodo-

darle una correspondencia neuroanatómica a los síntomas con un valor etiológico.

2. Su propuesta metodológica es proceder inductivamente a partir de las observaciones que se hacen del alienado, como con cualquier otro objeto natural.
3. El acento, en el estudio de la psicopatología, debe hacerse sobre el desarrollo del proceso mórbido y así reconstruir su evolución, siguiendo las tesis propuestas por Falret —tema polémico para el momento—, en un genuino interés por brindar una capacidad pronóstica a la clínica.
4. Finalmente, sus innovaciones terminológicas, pues mostró una pasión por los neologismos en sus diferentes escritos. Hay quienes opinan que ésta fue una de las razones por las cuales no tuvo mucho éxito en su tiempo.

H. M. van Praag (6)

Van Praag, del Instituto de Investigación del Cerebro y el Comportamiento, de la Universidad de Maastricht, expresa en un texto reciente su preocupación por la clínica y su valor real como método de conocimiento, ya que, a su juicio, sus fundamentos son débiles y muchos de los trastornos surgidos de su aplicación poseen una validez dudosa.

En un análisis, con terminología de nuestra época, recoge el pensamiento de Khalbaum como prototipo de lo que denomina *modelo nosológico de enfermedad*, que se ha revivido con la introducción del DSM-III. Plantea que el modelo nosológico parte de una o varias premisas, es decir, de supuestos aplicados a la nosología, la clínica, sin que algunos estén suficientemente sustentados, por lo cual hacen el cuerpo del conocimiento psiquiátrico poco firme.

La premisa es que los trastornos del “aparato psíquico” se manifiestan como entidades discretas, que tienen una especie de cédula de ciudadanía que las diferencia de las otras. Y de ella se derivan dos subpremisas, entonces, poco confiables:

1. Los trastornos psiquiátricos se caracterizan por una sintomatología, un curso, una evolución una respuesta al tratamiento particulares y, en principio, por una patofisiología específica. Precisa la particularidad advirtiendo que ello significa que los trastornos son intrínsecamente estables y, por lo tanto, permiten predicciones confiables sobre el curso, evolución, respuesta al tratamiento y la fisiopatología.
2. Cada entidad puede distinguirse y delimitarse respecto a cons-

tractos diagnósticos vecinos, lo cual reafirma la idea de que para cada una de ellas hay un lugar en el campo de la ciencia por derecho propio. Esto permite discriminar una epidemiología, una fisiopatología y una respuesta terapéutica.

G. E. Berríos (7)

G. E. Berríos es otro autor que genera mucho interés, dado que desde la Universidad de Cambridge ha conformado un grupo de trabajo motivado por sustentar mejor la clínica a partir de la percepción de que hay un decaimiento de ella. Establece como fundamentos sobre los cuales descansa la clínica los siguientes:

1. Hay un buen número de las descripciones patológicas del comportamiento interno y externo que muestran estabilidad.
2. Es posible dar nombre a esas manifestaciones patológicas, si la relación entre éstas y el comportamiento es duradera.
3. Las manifestaciones psicopatológicas no sólo son la respuesta idiosincrásica del individuo a una noxa externa, sino que también son signos de un desarrollo orgánico, de una enfermedad que atisba desde adentro—esa expresión, “que atisba desde adentro”, se parece mu-

cho al fundamento empirista de la clínica del que ya habíamos hablado— y cuya silueta clínica es reconocible pese al efecto patoplástico de la personalidad.

4. Las manifestaciones psicopatológicas que emergen como signos de la enfermedad permiten reconocer patrones estables de signos.

Las anteriores afirmaciones, que pueden ser formuladas por el autor en mención como preguntas, requieren, para ser sustentadas, la realización de un análisis histórico de los conceptos que permita establecer cómo los signos clínicos y sus descripciones han interactuado en sucesivos períodos y en qué contexto psicosocial se ha dado esa interacción. En otros términos, cuál ha sido el destino de los significados originales de los conceptos cuando han estado sometidos a los discursos que ejercen su hegemonía en los diferentes momentos de desarrollo de la psiquiatría y de la evolución de la sociedad.

Estos son algunos de los principales referentes que se ocupan de las fuentes que dieron origen a la clínica. Es un recorrido por distintas visiones que, partiendo de Khalbaum, nos lleva a una apreciación transversal que defiende van Praag y a una propuesta de análisis longitudinal que encarna Berríos.

Las advertencias

La clínica, de esta forma, ha sido objeto de una serie de advertencias desde distintos ángulos que señalan los problemas o los obstáculos epistemológicos —para retomar el término de Bachelard—. En general, puede decirse que los llamados al autoexamen no se han tenido en cuenta, lo que conduce a que se aplacen los esfuerzos por una mejor sustentación y por el refinamiento de la clínica.

Claude Bernard advierte sobre los riesgos de utilizar modelos matemáticos que se basan en las descripciones medias tan recurrentes en la clínica:

Es necesario no dar jamás descripciones medias de las experiencias, porque las verdaderas relaciones de los fenómenos desaparecen en este promedio. Cuando se tienen que hacer experiencias complejas y variables es preciso estudiar las diversas circunstancias de ellas y, en seguida, dar la experiencia más perfecta como tipo, pero que representará siempre un hecho verdadero. (8)

Jaspers (9) hace una apuesta por distinguir en todo la palabrería psicopatológica, lo que se sabe y lo que no se sabe... en qué sentido y dentro de qué límites se sabe algo. En este propósito rechaza la *unidad mórbida* tal como lo concebían Pinel

y Khalbaum, dado que este concepto suscita una tarea cuyo objetivo es imposible de alcanzar porque está situado en el infinito. Hay que tomar la idea de unidades mórbidas como una vía de investigación fecunda y debe entenderse sólo como una tabla de guía para la investigación empírica detallada.

Desde la perspectiva anglosajona también se ha encarado el problema por autores como R. L. Spitzer y P. T. Wilson (10) para quienes “se evitarían muchas polémicas sobre la clasificación en psiquiatría si básicamente se comprendiera que el concepto de enfermedad o trastorno está diseñado por el hombre y no refleja ninguna propiedad intrínseca de la naturaleza”. Por eso resulta difícil la sustentación de diseños investigativos en los que se agrupa una serie de signos y síntomas, y se les buscan correlatos biológicos, dado que se están confrontando conceptos que tienen un origen lógico distinto.

N. Sartorius, a quien se le puede conceder la autoridad que da ocupar el cargo de director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), llama la atención acerca de que:

A pesar de las promesas, las investigaciones no han conseguido aportar pruebas que contribuyan a crear conceptos y entidades de enfermedad en psiquiatría. Estamos, pues, ante una arena movediza de

la que no se sale pataleando y braceando, sino haciendo una presión firme atado a un buen soporte. (11)

J. Gimond (12), autor español, al hacerse la pregunta sobre los condicionamientos de los diagnósticos psiquiátricos, plantea un asunto sobre el cual es importante detenerse. Recurre a la sociología de la ciencia en la que se sugiere que existen determinados principios que influyen de forma importante en el curso de las transformaciones del pensamiento y del quehacer científico: la literatura científica aumenta exponencialmente por el efecto “Mateo”: 50% de todas las citas son de artículos publicados por el 10% de los autores en un campo determinado. De lo que se deduce que existen “escuelas invisibles” que con su poder político facilitan que se produzcan cambios en la ciencia. Pero así como se sugiere que en las publicaciones hay escuelas invisibles, se podría enumerar otra gran cantidad de escuelas más o menos visibles que están incidiendo en el conocimiento psiquiátrico.

Berriós (7) plantea que es esencial que el psiquiatra y el neurobiólogo no tengan la impresión de que los nuevos instrumentos —se refiere a los instrumentos diagnósticos— resuelven el problema psicopatológico y los llevan irremediamente a una tierra prometida. Cita a un psiquiatra estadounidense que escribió: “La psiquiatría americana

acaba de recuperarse de una enfermedad ideológica y parece que va a sucumbir a otra”. Un lector prevenido podría interpretar que la primera enfermedad hace alusión a cómo en una época se le apostó a una versión estadounidense del psicoanálisis y ahora al modelo nosológico de la enfermedad y a la excesiva confianza en los instrumentos de diagnóstico.

Van Praag (6) tiene una forma particular para expresar su admonición sobre los límites de la clínica:

El estado actual del diagnóstico psiquiátrico es deficiente y necesita un proceso de reconstrucción. No se le presta un buen servicio a la psiquiatría cerrando los ojos a eso. La doctrina nosológica es un gigante que tiene a la psiquiatría cogida por el cuello.

Lo anterior muestra cómo, a través de la alusión a algunos autores, se puede deducir que la clínica ha sido examinada en su consistencia en distintos momentos y que actualmente es interpelada. Otra cosa es el oído que pueda tener la comunidad disciplinar para dejarse cuestionar por sus interrogantes y advertencias.

Los balances

Se propone realizar un corte transversal de la clínica actual a la

luz de tres autores: Germán Berríos, Herman van Praag y Paul Bercherie, de un origen disciplinar distinto: Berríos es psicopatólogo, van Praag es investigador de psiquiatría biológica y Paul Bercherie es psicoanalista, lo que hace más llamativa su coincidencia.

Van Praag (6)

Este autor acuña una alteración que denomina *nosologomanía* para caracterizar la práctica clínica actual. Su primera manifestación es atribuirle a los manuales diagnósticos y estadísticos (DSM) potencialidades que van más allá de ser un sistema de clasificación. Esa manía ha convertido al manual diagnóstico y estadístico en una fuerza que ha cambiado radicalmente el proceso diagnóstico. Las cosas suceden de tal manera que cualquier cuestión que ocurra con el paciente se acomoda a una de las categorías disponibles de ese sistema.

Entonces, en lugar de ser la clasificación el punto final del proceso diagnóstico, en el cual todos los datos relacionados con la sintomatología, las causas y el curso de una condición psicopatológica confluyan en un constructo único, el manual se aplica al comienzo del proceso diagnóstico y lo gobierna en gran medida. Aún más, para la mayoría de la investigación psiquiátrica este manual es tanto el comienzo como el final. Aquello que no está inclui-

do en él soporta el estigma de la irrelevancia. El trastorno, al final, da cuenta de una confusión entre clínica y nosología, entre el proceso diagnóstico y el proceso de clasificación.

Para sustentar su crítica al modelo nosológico de enfermedad, van Praag examina, a la luz de la depresión como punto de referencia, las premisas anteriormente enunciadas, aunque advierte que en general las consideraciones hechas son aplicables a otros trastornos. Una de sus subpremisas plantea que los trastornos psiquiátricos están bien definidos en cuanto a sintomatología, etiología, curso y evolución. Por el contrario, el diagnóstico de depresión comprende una variedad tan grande de síndromes, que no es posible delimitarlos muy claramente. En cuanto a la causa, la depresión puede ser provocada por una variedad de factores etiológicos. En lo relativo a la patogénesis, la disfunción de los sistemas sucede en unos pacientes y en otros no, y el agrupamiento de esas alteraciones no coincide con los tipos de depresión. Además, el curso y la evolución tampoco son típicos en los pacientes y el resultado de los tratamientos es difícil de predecir.

La segunda premisa, que supone el carácter discreto de las entidades bien diferenciadas, es, en opinión de este autor, difícil de sostener. Retomando la depresión, es

claro que ésta comprende una variedad de síndromes cuya sintomatología se superpone y se presenta en concurrencia con otros constructos diagnósticos, como los trastornos de ansiedad y los de personalidad, cuya comorbilidad alcanza porcentajes tan “sospechosos” como entre 60% y 70%.

Sentenciosamente sostiene que la taxonomía psiquiátrica actual presenta entidades diagnósticas de dudosa validez (insisto en la palabra *validez* porque en esto reside el núcleo del problema). En general se despliega mucho empeño en la confiabilidad y se da un tratamiento de superficie al considerar la validez de los conceptos sobre los cuales se soporta la clínica y se apuntalan las investigaciones. De esa manera se generan muy probablemente resultados investigativos inválidos, por más sofisticada que sea la metodología utilizada. Los investigadores, habitualmente, no se preguntan mucho si los conceptos que utilizan son lo suficientemente consistentes y válidos, y están más interesados en los modelos matemáticos aplicables. No en vano, cuando se usan procedimientos estandarizados para evaluar la calidad de las investigaciones se insiste más en el rigor de la metodología y menos en el examen de los fundamentos conceptuales que soportan esa investigación y, en particular, las hipótesis que se construyeron.

En la idea de la *nosologomanía* como trastorno se identifican varias secuelas. La primera es la convicción —soporte de la mayoría de investigaciones biológicas— de que a un diagnóstico corresponde inequívocamente un sustrato cerebral, lo cual revela una confusión entre etiología y patogénesis.

Como segunda consecuencia está la proliferación de nuevos diagnósticos que surgen de ligar aspectos psicopatológicos con otros que no lo son, y de hecho se asiste hoy al surgimiento de palabras que hablan de nuevos diagnósticos en una especie de “hiperplasia diagnóstica”. Términos como *subsindrómico, atípico, doble, mixto o penetrancia incompleta* son testimonio de eso.

La tercera es la magnificación de los problemas de comorbilidad, como resultado de la proliferación de categorías diagnósticas. A mayor número de categorías, mayor la posibilidad de que dos o más diagnósticos concurren en un mismo paciente y, como resultado, surge la dificultad para establecer los límites entre los trastornos y entre éstos y la normalidad.

Llama la atención el olvido de la psicogénesis en la clínica psiquiátrica, lo que ha contribuido al surgimiento del concepto *ejes*, el cual desconecta dimensiones que tienen

un valor importante desde el punto de vista de la psicogénesis —como el trauma psíquico, la estructura de personalidad y el trastorno cuyas conexiones son insoslayables en un buen ejercicio diagnóstico— y que ubicados como ejes dan la idea de distintos planos.

Una última secuela es una inflación clasificatoria, expresada en las cuatro ediciones del DSM en los últimos 20 años. ¿Significa que algo no marcha bien? Antes de que una propuesta termine de posarse, ya se está desplazada por otra, y esto dificulta las comparaciones de los hallazgos investigativos. Van Praag hace una propuesta alternativa al modelo nosológico de enfermedad que denomina *modelo de los tipos de reacción*, el cual no se desarrolla en este escrito.

Berríos (13)

Este investigador tiene una posición de optimismo mesurado. Percibe un renacimiento del interés por la clínica y reconoce la necesidad cada vez mayor de comunicación internacional. Ubica, como consigna básica, garantizar la confiabilidad que con los desarrollos investigativos se ha logrado, pero en concordancia con la validez, que es con lo que la psiquiatría se encuentra en deuda. Postula que el lenguaje descriptivo es la base real y única de la validez y confiabilidad clínicas, y previene sobre la “embria-

guez” que esta atmósfera pueda producir.

Propone, como fuente de la clínica, la psicopatología descriptiva, entendida como un lenguaje usado para registrar los síntomas de la enfermedad mental y que consta de vocabulario, sintaxis, supuestos acerca de la naturaleza del comportamiento y algunas reglas de aplicación. Este lenguaje, cuyo carácter es casi universal, no suele ser examinado, sino aplicado por el clínico. Sorprende la estabilidad y la difusión que ha tenido desde sus orígenes, en la primera mitad del siglo XIX, hasta nuestros días, lo cual lo ha convertido en una mentalidad o una *episteme* (13).

O sea, durante cerca de 200 años hay estabilidad en la forma de acercarse a los síntomas de la enfermedad mental; estabilidad que se debe a:

1. La durabilidad de los objetivos cognitivos y sociales de la comunidad de usuarios, es decir, las necesidades sociales y científicas que dieron origen a la clínica persisten.
2. La permanencia del objeto de indagación, principalmente el signo neurobiológico del trastorno mental.
3. El acoplamiento dinámico entre el objeto de estudio y el len-

guaje con el cual se describe; dicho de otra manera, hay una adecuación entre lo que se quiere estudiar y el instrumento que se utiliza para ello.

Berrios (13) fundamenta la clínica en una descripción exitosa que consiste en la obtención de fragmentos bien definidos de conducta que contengan cabalmente los signos biológicos que la causaron y que aporte los elementos para el diagnóstico, el tratamiento y la investigación. Este ideal resulta bastante esquivo en la práctica psiquiátrica por la innumerable cantidad de “ruidos” que se presentan en la formación de los síntomas y, en lo fundamental, porque la observación clínica no es nunca una actividad cognitiva ni apartada de intereses económicos, lo cual conduce a sesgos frente a los cuales hay que estar muy atentos.

En el grado más primitivo de la descripción se encuentra mucha discordancia entre los observadores, aun dentro de una misma tradición clínica. Esa limitación hace imposible encontrar un acuerdo en grados inferenciales más elevados, como la clasificación o los modelos de enfermedad. No es posible invocar un modelo, como el médico, si no hay un consenso descriptivo. Por lo tanto, Berrios propone varias fuentes del desacuerdo en los aspectos descriptivos básicos:

1. Inestabilidad óptica del observador, que tiene que ver con la calidad de su formación.
2. Falta de estabilidad en el objeto que se ha de describir, dado que la forma y el patrón de síntomas parecen variar en el tiempo. Para resolver este problema se ha recurrido a una especie de ontología de la enfermedad cuya sustancia se hace residir en el trastorno orgánico.
3. Discrepancias en cuanto al origen y elección de los criterios para decidir si un síntoma está presente o no.
4. En el grado inferencial más elevado, los criterios para establecer lo que constituye un “caso psiquiátrico” y que permitan diferenciarlo de “los problemas de la vida”. Como resultado de esta última incertidumbre, la psiquiatría contemporánea desarrolló instrumentos que especifican claramente las operaciones necesarias para hacer un diagnóstico, que funcionan a la manera de una lista —como las que maneja un piloto de avión para iniciar el despegaje— y que conducen a una rigidez descriptiva o “fenómeno de cierre”.

La forma dogmática como son aplicados los criterios diagnósticos, aun en los medios académicos, produce una ilusión de *cientificidad* y

un espejismo absolutista. El fenómeno de cierre tiene tanto implicaciones epistemológicas, consecuencia de la sacralización de criterios, que perpetúan una forma particular de ver el cuadro clínico, como implicaciones prácticas, que llevan a que el clínico congele sus posibilidades creativas o descriptivas; así mismo, el fenómeno recorre una trayectoria cuyo destino está trazado y no se esperan sorpresas ni derivados investigativos que generen homogeneidad superficial e inconveniente de una muestra.

La forma como estos fenómenos de cierre se consolidan reside en los criterios que tienen las revistas, que controlan los estándares científicos y descartan los trabajos que no utilizan esos instrumentos diagnósticos. Es importante advertir que estos fenómenos afectan el rigor de las investigaciones. Los modelos matemáticos más sofisticados sólo logran proteger el rigor investigativo en la fase de procesamiento de la información, pero no aumentan la calidad de la información, es decir, el monto de validez empírica.

Un importante sesgo, frecuentemente negado, tiene que ver con las oscilaciones periódicas en la *episteme* o en el discurso. Las modas discursivas van instalando categorías o desapareciendo otras por medio de una especie de *marketing* y del estímulo a estar al día respecto a un supuesto conocimiento de

punta. En esta línea pueden ubicarse trastornos como los de la alimentación, el sueño, la resiliencia y la fatiga crónica. ¡Y no pasará mucho tiempo para que aparezcan los trastornos de la virtualización! Este sesgo es dependiente de la forma como la cultura, y particularmente la academia, instruye a los observadores para que perciban los trastornos mentales. La existencia de tales oscilaciones de perspectiva estimula la idea relativista de que los síntomas y los trastornos son solamente *constructos* culturales. Se trata de modas ideológicas propias de una época que contaminan la clínica hasta deformarla (7).

Por último, Berríos ofrece salidas que han marcado sus proyectos de investigación, a las cuales denomina “calibración de la clínica”. Estas salidas no se consideran en este trabajo.

Paul Bercherie (14)

Psiquiatra francés de inspiración psicoanalítica que postula una declinación de la clínica. En una entrevista concedida a una revista francesa, habla incluso de la “muerte de la clínica”. Cuando alude a la clínica, se refiere a la clínica clásica de origen franco-alemán, generada en la primera mitad del siglo XIX. A ella se refiere en términos de perfección, coherencia, un saber fascinante, un conjunto arquitectónico homogéneo caracterizado por la fineza de la mi-

rada. Para conocerla invita a recurrir a las fuentes, dado que está reflejada de manera desabrida en los manuales y en las clasificaciones que constituye. Para Bercherie, la clínica y la nosografía proyectadas en esos manuales, que hoy circulan en muchos medios, están hechas de piezas con orígenes, extensión y concepciones poco compatibles y que producen, en muchas ocasiones, efectos de redundancia.

En el marco de la clínica clásica se individualizaron distintos grupos de fenómenos patológicos mediante un trabajo obstinado y entusiasta, pero los hechos erosionaron las distinciones mejor fundadas, que se rebelan en la instalación de categorías como esquizomanía, esquizofrenia seudopsicopática, esquizoobsesión, psicosis histérica y psicosis cicloide. Hay, para él, dificultad de establecer límites precisos a las entidades. Se pregunta si al hablar de esquizofrenia se hace alusión a algo que tenga realmente consistencia. O si cuando se habla de depresión, se está frente a un concepto que tiene estabilidad.

Los hechos de la clínica retan continuamente a las distinciones mejor fundadas y más pacientemente establecidas. De forma aún más contundente, plantea que el análisis clínico alcanzó tal perfección que no es posible pensar en darle una nueva oportunidad para que con un acrecentamiento de la agudeza de

la observación resuelva los problemas que ha dejado en el camino. En este orden de ideas, el movimiento de la clínica tiene un carácter aporético, está cerrado a la espera de una mutación conceptual.

Ante este *impasse* se han generado distintas respuestas: la “solución dogmática”, que desconoce la confusión de límites y conduce a que cuando el concepto que se tiene de un trastorno no coincide con los hechos, se construyen nuevas entidades, esperando que las palabras impidan a las cosas confundirse; la “solución ecléctica”, que introduce la noción *espectro* para resolver el problema de la falta de límites de los trastornos hasta el sincretismo de la psicosis única, y, por último, la “solución empírica”, que renuncia a establecer límites en el sentido de enfermedades para referirse a síndromes a los que se les atribuye etiología y evolución variables, solución que ha corrido con mejor suerte, dado que su surgimiento coincide con los grandes descubrimientos en terapéutica biológica y está en armonía con la débil especificidad de esos tratamientos. Para Bercherie estas tres opciones son soluciones precarias y dejan desamparada a la clínica.

Este recorrido por el pensamiento de tres autores reconocidos hace un llamado de atención sobre la consistencia de la clínica, como saber y como método de conoci-

miento; busca tener un efecto de interpelación, teniendo presente que la clínica es el elemento que nos identifica y que justifica una práctica: la de la psiquiatría. El llamado que se desprende de todas las consideraciones anteriores es una invitación a declarar una emergencia epistemológica en la psiquiatría.

Bibliografía

1. Bacon F. *Novum Organum Scientiarum*. México: Porrúa; 1975.
2. Sydenham T. Observaciones médicas acerca de la historia y curación de las enfermedades agudas. En: Sydenham T. *Clásicos de la medicina* N° 21, Madrid: Instituto Arnau de Vilanova-Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España; 1961, p. 68-72.
3. Laín Entralgo P. *La medicina hipocrática*. Madrid: Ediciones Revista de Occidente; 1970.
4. Comte A. *Discurso sobre el espíritu positivo*. Buenos Aires: Aguilar; 1962.
5. Kahlbaum K. L. *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*. Citado en: Bercherie P. *Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Manantial; 1980.
6. Van Praag H. *Nosologomania: a disorder of psychiatry*. *World J Biol Psychiatry*. 2000;1: 151-8.
7. Berríos, G. E. Descripción y entrevistas estructuradas en Psiquiatría. En: Guimon J, Mezzich JE, Berríos GE. *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat; 1989.
8. Bernard C. *Introducción al estudio de la medicina experimental*. Barcelona: Tontanella; 1976.
9. Jaspers K. *Psicopatología general*. Buenos Aires: Beta, 1951.
10. Spitzer RL, Wilson PT. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Citado en: Barcia D, Pozo P. *El diagnóstico en psiquiatría: el signo clínico y la prueba funcional*. En: Guimon J, Mezzich JE, Berríos GE. *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat; 1989.
11. Sartorius N. *Perspectivas internacionales de las clasificaciones psiquiátricas*. Guimon J, Mezzich JE, Berríos GE. *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat; 1989.
12. Guimon J. *Condicionamientos del diagnóstico psiquiátrico*. En: Guimon J, Mezzich JE, Berríos GE. *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat; 1989.
13. Berríos, G. E. *The history of mental symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
14. Bercherie P. *Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Manantial; 1986.

Recibido para publicación: 19 de noviembre de 2004

Aceptado para publicación: 15 de julio de 2005

Correspondencia

Carlos Alberto Giraldo

Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

cagiraldo@epm.net.co