

## EL DIAGNÓSTICO Y SUS MODALIDADES (Parte I).



Ps. Juan V. Gallardo C., y Lic. Jaime Yasky P.

### INTRODUCCIÓN

Etimológicamente la palabra “Diagnóstico” proviene del griego *Ida*, a través, y *Gnossos*, conocer, o sea lo que es “capaz de conocer”, o más apropiadamente “conocer lo que atraviesa o transcurre”. Así, pues, en términos generales, un *diagnóstico* se refiere a la formulación de un juicio, en cuanto a la inclusión o exclusión dentro de una categoría, al cual se accede a través de la valoración de la información obtenida a analizar a un determinado sujeto. Esta acción presupone la existencia de un conjunto de categorías que discriminen, diferencien y delimiten la naturaleza de un estado anómalo, a partir de la observación y la interpretación exacta de los signos y síntomas que le son propios, y, por otro lado, un fundamento teórico que dé cuenta del origen, naturaleza y función de dichas categorías.

De este modo un diagnóstico alude al ordenamiento de signos y síntomas, a indicaciones de etiología, a posibilidades pronosticas, a terapéutica indicada y evolución del cuadro, así como indicadores diferenciales y criterios de alta terapéutica.

La optimización de los juicios diagnósticos de\_pende de lo que en definitiva consideremos “normalidades” fisiológicas o psicológicas, lo que pasa por el difícil esfuerzo de ponerse de acuerdo en lo concerniente a criterios de normalidad-anormalidad (estadística, valorativa o ideal, fenoménica, etc.), clasificaciones (nomenclatura a usar, ordenamiento lógico y/o jerárquico de las clasificaciones, etc.), procedimientos (uniformidad o contrastabilidad de la metodología de observación y recolección de información), definiciones en las terminologías a usar, etc. En resumen, responder a una serie de cuestionamientos necesarios para el logro de un lenguaje común y consensual que permita a clínicos e investigadores operar en pos de un ámbito fenoménico homogéneo y claramente delimitado.

### RESEÑA HISTÓRICA

La siguiente es una reseña histórica del diagnóstico psicopatológico elaborada a partir del Capítulo 14 (Clasificación en Psiquiatría) del “Tratado de Psiquiatría” de Freedman, Kaplan y Sadock.

Al parecer, la primera- alusión específica a una enfermedad mental ocurrió en el año 3000 a. de C., una descripción de un deterioro senil atribuido al príncipe Ptah-hotep. En el 2600 a. de C. se describieron síndromes de melancolía e histeria en la literatura sumaria y egipcia. En el papiro de Ebers (1500 a. de C.) también aparecen descritos el deterioro senil y el alcoholismo. Pero se considera a Hipócrates (460/377 a. de C.) como el introductor del concepto de enfermedad psiquiátrica en medicina. En sus escritos describe trastornos mentales agudos con fiebre (tal vez síndromes cerebrales orgánicos agudos), trastornos mentales agudos sin fiebre (probablemente análogos a las psicosis funcionales, pero llamadas manía), trastornos crónicos sin fiebre (llamados melancolía), histeria (más ampliamente utilizado que en fechas posteriores) y la enfermedad de los escritos (semejantes al travestido).

Antes de la época del inglés Sydenham (1624/1663), todas las enfermedades, a pesar de las diferencias aparentes entre los diferentes síndromes, eran atribuidas a un solo proceso patógeno, tanto un trastorno del equilibrio humoral como un trastorno de las tensiones de los tejidos sólidos. Sydenham creyó que cada enfermedad tenía una causa específica. Exigía el estudio de los procesos mórbidos y comparaba la investigación de la especificidad de las enfermedades con la investigación del botánico de las especies de

plantas.

**Philippe Pinel** (1745-1826), médico francés, simplificó los complejos sistemas de diagnóstico que existían hasta entonces, reconociendo tres tipos clínicos fundamentales: manía (condiciones con excitación o furia aguda), melancolía (trastornos depresivos y alucinaciones con temas limitados) y demencia (falta de cohesión en las ideas) e idiotismo (idiotéz y demencia orgánica). Pinel reaccionó así contra la tradición de entidad nosológica específica de Sydenham y volvió al sistema de clasificación no complejo de Hipócrates. Todas las enfermedades mentales estaban dentro de una categoría de enfermedades físicas llamadas “neurosis”, que estaban definidas como “enfermedades funcionales del sistema nervioso”, es decir enfermedades que no iban acompañadas de fiebre, inflamación, hemorragia o lesión anatómica.

Hacia el siglo XIX, la enfermedad mental empezó a ser considerada de forma coherente como la manifestación de una patología física, y los científicos investigaban las lesiones específicas conjuntamente con la investigación de las enfermedades corporales. **Benedict-Augustin Morel** (1809-1873) fue el primero en utilizar el curso de una enfermedad como base de clasificación. Su *démence précoce* no fue una entidad nosológica, sino una forma particular del curso de la enfermedad mental.

**Karl Ludwig Kahibaum** (1828-1899), psiquiatra descriptivo alemán, predecesor de Kraepelin, introdujo los conceptos de complejo sintomático temporal opuesto a la enfermedad subyacente, la distinción entre la enfermedad mental orgánica y no orgánica, y considerando la edad del paciente al inicio de la enfermedad y el desarrollo característico del trastorno como bases de clasificación.

El descubrimiento realizado por **Beyle** (1822) de que la parálisis general progresiva era una enfermedad orgánica específica del cerebro, y el descubrimiento de **Paul Broca** (1861) de que algunas formas de afasia estaban relacionadas con lesiones precisas del córtex, aumentaron los intentos de basar todas las clasificaciones de los trastornos mentales en lesiones cerebrales demostradas o en un trastorno de la fisiología vascular o nutritiva. Esto llevó a **Wilhelm Greisinger** (1818-1868) a acuñar el eslogan “las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales”. Dado que el conocimiento de la patología cerebral era limitado, comprendió la necesidad de una categoría funcional; provisional para las enfermedades mentales con una patología somática todavía desconocida.

En el censo de 1840, en EE.UU., surge por primera vez un sistema oficial de clasificación de trastornos mentales. Se utilizó, esa vez, una sola categoría diagnóstica: la idiocia. En el censo de 1880 los enfermos mentales fueron clasificados en siete categorías distintas (manía, melancolía, monomanía, parálisis, demencia, dipsomanía y epilepsia).

En las dos últimas décadas del siglo XIX, **Emil Kraepelin** (1856-1926) sintetizó tres enfoques: el clínico-descriptivo, el somático y la consideración del curso de la enfermedad. Consideró las enfermedades mentales como entidades nosológicas orgánicas que pudieran ser clasificadas sobre la base del conocimiento de su etiología, su curso y su resultado. Junto los trastornos maníacos y los depresivos en una sola enfermedad, la psicosis maníaco-depresiva, y sobre la base de sus períodos de remisión la distinguió de la enfermedad crónica deteriorante llamada demencia precoz, que posteriormente Bleuler rebautizó como esquizofrenia. Kraepelin también reconoció como diferente a la paranoia de la demencia precoz, distinguió los delirios (síndromes cerebrales orgánicos agudos) de las demencias (síndromes cerebrales crónicos) y, por primera vez en un sistema de clasificación de las enfermedades mentales, incluyó los conceptos de neurosis psicógena y personalidades psicopáticas (el criminal patológico y los paranoicos litigantes).

Tal como han señalado Klein y Davis (1969), el enfoque básico de Kraepelin de la clasificación fue la investigación de la combinación de rasgos clínicos que produjesen mejor el resultado. Por el contrario, **Eugene Bleuler** (1857-1937) basó su sistema de clasificación en un proceso psicopatológico inferido, por ejemplo, un trastorno de los procesos asociativos en la esquizofrenia. La ventaja del enfoque de Kraepelin es que el pronóstico es un criterio comparable, mientras que un proceso psicopatológico inferido, como es un trastorno asociativo, no se puede evaluar directamente.

Los trastornos de personalidad fueron señalados por primera vez en la literatura psiquiátrica por **J. C. Prichard** (1835) con su introducción de los conceptos de locura moral e imbecilidad moral. August Koch (1891) acuñó las frases “personalidad psicopática” e “inferioridad constitucional psicopática”. Los conceptos dinámicos de Freud agrandaron los límites de lo que era considerado enfermedad mental, de tal

manera que incluía las formas más leves de desviación de la personalidad.

Tal como señalaron **Akiskal y McKinney** (1973), a pesar de los avances en la comprensión de los trastornos mentales en los últimos cincuenta años, las categorías más importantes del actual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)* están basadas principalmente en los conceptos de Kraepelin (enfermedad maníaco-depresivas), de Bleuler (esquizofrenia) y de Freud (neurosis y trastornos de la personalidad).

En la primera mitad del siglo XX, el diagnóstico psiquiátrico cayó en descrédito, principalmente por el fracaso en encontrar etiologías biológicas específicas y tratamientos eficaces para las enfermedades mentales, como también por el auge del psicoanálisis como alternativa que ofrecía un modelo explicativo amplio de los desórdenes mentales con una terapéutica eficaz para lidiar con éstos.

En 1948, en su sexta revisión, la O.M.S., en su Clasificación Internacional de Enfermedades, incluyó por primera vez una clasificación de enfermedades mentales. Por lo insuficientes que resultaron las categorías diagnósticas del **ICD-6** para las necesidades norteamericanas, se decidió en ese país, en 1951, encargar a un grupo de trabajo, con representación de *la American Psychiatric Association*, el desarrollo de una alternativa a la sección de trastornos mentales del **ICD-6**. Basándose para su trabajo en el sistema de clasificación de la *Veterans Administration*, el cual se había desarrollado como una adaptación de un anterior sistema clasificatorio (utilizado para los censos de pacientes internados crónicos) a las realidades de los veteranos de la segunda guerra mundial, surgió en 1952 *el Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders*, DSM-I, de la *American Psychiatric Association*.

*Volver a Artículos Clínicos*

*Volver a Newsletter 12*

**PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE**

**<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>**

**Contacto: [alsfchile@alsf-chile.org](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).**