

EL DIAGNÓSTICO Y SUS MODALIDADES (Parte II).



Ps. Juan V. Gallardo C. Y Lic. Jaime Yasky P.

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios mismos de la medicina se ‘han descrito “enfermedades” o padecimientos que se caracterizan por cambios en la manera de pensar, sentir o actuar de un determinado sujeto, y se ha buscado precisar el “origen” o la “causa” de ellos, dando origen al proceso Diagnóstico (Correo de Psicoterapia N° 12). De tal suerte, a lo largo de tiempo ha sido posible atribuir fidedignamente para ciertas expresiones psicopatológicas a un proceso fisiológico subyacente (delirio por fiebre, demencia senil, lesiones cerebrales, etc.), lo que ha permitido un consecuente conocimiento en cuanto a etiología, curso, pronóstico, tratamiento y prevención. Sin embargo también se han descrito otras constelaciones psicopatológicas (fobias, histeria, perversiones, trastornos de carácter, enfermedades psicosomáticas, esquizofrenia, psicosis, paranoia, enfermedad maniaco-depresiva, etc.); que también involucran cambios en la persona afectada o formas patológicas del Ser, a los cuales se le han atribuido diversas etiologías (psicógena, endógena, reactiva, etc.), algunas veces por ausencia de etiología biológica conocida y otras veces por presencia de indicadores fehacientes de etiología no biológica (por ejemplo, psicógena), lo cual, ha complejizado el espectro de las categorías y sistemas diagnósticos.

ESTADO ACTUAL

Actualmente los sistemas diagnósticos de mayor uso (DSM-III-R, ICD-9) contienen, por un lado, categorías y cuadros clínicos (dentro del orden neuropsiquiátrico) de impecable descripción semiológica, con acertada información acerca de la etiología y el curso del cuadro, y de reconocida utilidad terapéutica y profiláctica. Pero, por otro lado, estos sistemas contienen otras clasificaciones y cuadros clínicos, de sobresaliente precisión descriptiva, pero que carecen de información relativa a la etiología y al curso o evolución del cuadro clínico, lo que redundará en un escaso valor práctico como vectores de las acciones curativas y preventiva.

Estos sistemas diagnósticos (ICD-9, DSM-III) contienen criterios de clasificación que constituyen una mezcla heterogénea de enfoques que no se insertan en una coherencia que los abarque, lo que a pesar de haber significado un aumento de la homogeneidad en la nomenclatura diagnóstica y un mejoramiento de la comunicación, ha redundado negativamente en la eficacia de la acción diagnóstica (alta frecuencia de sus pacientes diagnosticados en dos o más categorías disímiles; escasa información acerca de curso, de la etiología, etc.).

Esta situación indica un descuido o evitación de los aspectos concernientes a la etiología y comprensión funcional de los cuadros clínicos con manifestaciones psicológicas de etiología fisiológica no demostrada. A la vez se han utilizado algunos criterios alejados de la búsqueda de la naturaleza, etiología o sentido de la patología como vectores de las clasificaciones, que más que clarificar la situación, la han complejizado. Esto se nota en la confusión de] “síntoma” con “enfermedad”, el equiparar complejos sindromáticos con “enfermedades”, el uso de respuestas a un factor farmacológico como criterio diagnóstico, etcétera.

Según Mezzlch (1988) algunos expertos han sugerido que todo lo que puede decirse acerca de las clasificaciones psiquiátricas es que son clasificaciones de tipos de problemas con los cuales actualmente los psiquiatras se ven enfrentados.

Desde otra perspectiva, en algunos casos, tales como en los desarrollos teóricos psicoanalíticos (neurosis y patologías caractereológicas), la aproximación a través de un modelo explicativo de orden psicológico (funcional y estructural) ha pretendido dar cuenta de la etiología y del “sentido” de algunas alteraciones psicopatológicas, pero al costo de un alejamiento de los criterios nosológicos clásicos de descripción y catalogación de signos clínicos y síntomas.

Es así como actualmente existen, por un lado, modelos diagnósticos de impecable precisión descriptiva y capacidad comparativa, pero que carecen de criterios que den cuenta del sentido de lo descrito dentro de un marco explicativo más amplio, y por otro lado, modelos diagnósticos basados en criterios dinámico-estructurales, de amplia capacidad explicativa pero escaso valor comparativo por carecer de marcadores semiológicos unívocos. En esta ocasión nos interesa referirnos a las concepciones psiquiátricas tradicionales en relación al tema del diagnóstico.

CONCEPCIÓN PSIQUIÁTRICA DE DIAGNÓSTICO

El mayor desarrollo de los sistemas nosológicos psiquiátricos se basó en la aplicación de los principios de la nosología empírica de Kraepelin, quien con sus abordajes clínico-descriptivo, somático y de curso, se abocó a realizar descripciones conductuales cuidadosas de los pacientes, buscando semejanzas y diferencias sistemáticas para la configuración de las entidades clínicas”. Desde esta perspectiva se desarrollaron y organizaron las principales categorías diagnósticas en uso aún hoy en día. La investigación que ha pretendido validar estas “entidades clínicas” se ha orientado a constatar empíricamente el nexo existente entre los síntomas y signos clínicos que conforman estas “entidades” y el correlato anatómo-fisiológico que sustentaría tales manifestaciones.

La investigación de hipótesis en torno a la etiología anatómo-fisiológica subyacente a los cuadros clínicos descritos en la nosología psiquiátrica tradicional (Kraepelin, Bleuler) ha reportado escasos resultados positivos. Este fracaso relativo puede tener que ver con la forma en que se han propuesto las hipótesis -esperándose encontrar un sustrato o elemento anatómo-fisiológico que de cuenta de procesos complejos en que varios sistemas se articulan- más que con la inexistencia de un sustrato anatómo-fisiológico. Pero a la vez, este estado de cosas tampoco se ha correlacionado con un aumento de la exploración de etiológico no orgánicas, lo que ha dejado un panorama en que se ha exacerbado el desarrollo de los aspectos descriptivos y comparativos en la construcción de clasificaciones diagnósticas, en desmedro de una perspectiva que enfatice lo explicativo y comprensivo.

Es posible entender el estado actual del diagnóstico psicopatológico, como consecuencia de su proceso histórico -en un corte horizontal- proceso en que primero han surgido distintas concepciones y puntos de vista en torno a lo psicopatológico, y ante esta proliferación, se ha hecho necesario delinear lo común, lo que entrecruza a estas distintas concepciones, en un esfuerzo por integrar, homologar y sistematizar los distintos aportes, enfoques y clasificaciones existentes en este campo.

Actualmente, tanto el capítulo para trastornos mentales del ICD-9 de la Organización Mundial de la Salud, como el D.S.M.-III-R, de la *American Psychiatric Association* (APA), con sus clasificaciones nosológicas multiaxiales, glosarios y reglas para el diagnóstico, representan los mayores esfuerzos hacia la fiabilidad y concordancia del diagnóstico entre las distintas escuelas y países.

Lo cierto es que el modelo de diagnóstico actualmente utilizado en psiquiatría proviene esencialmente del modelo fisiopatológico de diagnóstico, en el cual se identifican los signos y síntomas presentes en un enfermo para acceder, a través de su interpretación correcta, a la determinación del agente etiológico y el mecanismo etiopatogénico que explique la enfermedad, y en base a ello construir un sistema clasificatorio.

“*Clasificación* es el proceso por el cual el hombre reduce la complejidad de los fenómenos agrupándolos en categorías y siguiendo unos criterios establecidos con uno o más propósitos” (Freedman, Kaplan y Sadock, 1982, p. 924).

“Una clasificación de las entidades de enfermedad en medicina se llama *nosología*, de las palabras griegas *nosos*, enfermedad, y *logia*, estudio. Los términos específicos utilizados para identificar las categorías se llama *nomenclatura*” (*op. cit.* p. 924).

Así, el *signo clínico* se refiere a cualquier dato de la observación sensorial que permita al clínico obtener, fundamentadamente, una imagen parcial del estado funcional o estructural en que se encuentra el enfermo en el momento de la exploración. “Lain Entralgo, define el signo clínico como todo dato espontáneo o provocado que muestra al médico la existencia de una lesión determinada o un trastorno funcional en el paciente” (Barcia y Pozo, en Cruz Roche, Rafael *et al.*, 1988, p. 36), en tanto que el síntoma se refiere a cualquier expresión de alteraciones de las funciones básicas (vómito, ahogo, ansiedad), siendo más inciertos desde el punto de vista diagnóstico.

“... *los síndromes* son agrupamientos recurrentes de síntomas. El concepto de síndrome es el que incluye muchos procesos específicos y diferentes que pueden estar implicados en la producción del trastorno” (*op. cit. p. 928*).

Hasta este punto no se distinguen mayores diferencias en cuanto al proceso diagnóstico mismo en la fisiopatología de la psiquiatría: los signos clínicos, los síntomas y la nosología como componentes estructurales del proceso son los mismos, lo que varía en el ámbito de la psicopatología son los fenómenos y el orden fenoménico aludido.

Sin embargo, esta diferencia es esencial para comprender las dificultades que se han generado en la aplicación de este modelo diagnóstico dentro de la psicopatología. Básicamente porque el sujeto paso en el proceso diagnóstico, cual es la interpretación correcta de los signos y síntomas, presupone la existencia de un modelo explicativo del funcionamiento general del individuo, dentro del cual esta interpretación cobre sentido. Este paso es el que pretende proporcionar una relación de significado a las manifestaciones observadas -en el ámbito de lo fenoménico- dentro de un marco teórico que dé cuenta de la existencia de ellas en un orden explicativo más general de funcionamiento normal y anormal (indicaciones de etiología, mecanismo etiopatogénico y proceso mórbido), lo que conlleve a la identificación de una enfermedad.

Volver a Artículos Clínicos

Volver a Newsletter 13

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

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

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org