

Artículo de Interés

La nosografía psiquiátrica del siglo XIX a la luz del siglo XXI

The psychiatric nosography of the nineteenth century in light of the twenty century

Dr. Rodrigo Ramalho¹, Prof. Dr. Néstor Giraldo²

1) Médico Residente, Cátedra de Psiquiatría. FCM – UNA.

2) Profesor Adjunto. Cátedra de Psiquiatría. FCM – UMA.

Las nuevas herramientas que la tecnología del siglo XXI ha traído consigo han sido de extrema utilidad para el desarrollo de ciertos aspectos tanto del componente asistencial sanitario, como del académico e investigativo de la ciencia médica.

La psiquiatría, como rama de la medicina, no está exenta a estas utilidades. Pero las mismas corren el riesgo de no proveer con eficacia todos los beneficios posibles. Si el cuerpo teórico de la ciencia psiquiátrica se mantiene apoyado en las clasificaciones nosográficas actuales, que a su vez apoyan su estructura en las del siglo XIX ⁽¹⁾, estas utilidades podrían incluso resultar ineficaces.

La nosografía, con su árbol diagnóstico, tiene el objetivo de proveer perspectiva en cuanto a la naturaleza de los trastornos, a través de su clasificación y descripción. Pero dicha nosografía y diagnósticos deberían ser re-visitados o desechados si la acumulación de información empezara a adquirir una consistencia de peso en contra de ellos, expresada sobre todo en la necesidad de alternativas más abarcativas que permitan incorporar de manera eficiente dicha información ^(1,2).

El siglo XIX, con una representación significativa en la persona de Kraepelin, otorgó un lenguaje a la comprensión que se tenía en ese momento de la naturaleza, una nomenclatura, un árbol nosográfico, diagnósticos, con la intención ya mencionada de proveer perspectiva. La dicotomía de la demencia precoz y la psicosis maníaco depresiva, hoy esquizofrenia y trastorno bipolar, son un ejemplo de ello.

La idea fuerza para la confección de tal lenguaje fue gestada en el hábito de pensar en “enfermedades”, en la conceptualización de entidades naturalmente establecidas, con incluso una sola causa, y las actuales clasificaciones que conforman el árbol nosográfico de los manuales diagnósticos operacionales en psiquiatría, mantuvieron dicha idea fuerza para su confección, pero es ese justamente el peligro que contienen: la posibilidad de permitir al médico e incluso a la población general, el pensamiento de que dichas entidades existan en forma independiente, naturalizadas a través de su “nombre” ⁽²⁾.

Las entrevistas estandarizadas, utilizadas tanto en asistencia clínica como en epidemiología; que validando los diagnósticos sin cuestionarlos, no se presentan como herramientas útiles para el desarrollo de nuevos sistemas clasificatorios que colaboren con la tarea de crear nuevas clasificaciones más abarcativas ⁽³⁾.

Todo ello incluso a pesar de que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR menciona “en el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales...” ⁽⁴⁾, y aunque aquí sólo se contempla el hecho de que las etiquetas correspondientes a tal o cual diagnóstico podrían llegar a formar parte de una continuidad más que de entidades mutuamente excluyentes, el mismo es avance no despreciable, pero aún simplista.

El cambio en la nosología, particularmente en la nosografía, traería consigo un cambio de nomenclatura, lo que podría constituir un problema, pero éste sería un problema menor si a la par se adquiere la posibilidad de adecuar los esfuerzos, tanto asistenciales, como académicos e investigativos y redireccionarlos a maximizar el provecho que puedan obtener de las nuevas herramientas, especialmente en la intención de participar a través de la técnica en la colaboración de la manutención de la salud poblacional.

La visión neo-Kraepeliana, sobreviviente de la dicotomía kraepeliana de la demencia precoz y la psicosis maníaco-depresiva, no es apoyada actualmente por las evidencias científicas disponibles ^(1, 5, 6). Se podría incluso decir, como ejemplo, que las clasificaciones actuales de los trastornos psicóticos representan una disección arbitraria en un continuum de frecuencia y severidad de síntomas y pronósticos, así como de factores de riesgo y mecanismos neurobiológicos ⁽⁷⁾.

En la práctica clínica existe una gran variedad de presentaciones e incluso pronósticos entre los supuestos extremos dicotómicos ⁽⁸⁾, que avalan una, no poco probable, distinción biológica no clara ⁽⁹⁾. Casos que inician con diagnósticos de trastorno bipolar y luego cambian al de esquizofrenia, y viceversa, son documentados en estudios longitudinales; además de características clínicas, epidemiológicas y

neurofarmacológicas comunes (10). En este sentido, el trastorno esquizoafectivo juega un rol central (3, 8, 10, 11, 12, 13).

En los manuales operacionales, las categorías diagnósticas son determinadas a través de criterios restringidos a la clínica, curso y pronóstico e historia familiar (2, 9, 14). En cambio, investigaciones desde la perspectiva de la genética han encontrado la probabilidad de una línea continua entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos (1, 5, 8, 11, 15). La epidemiología genética ha acumulado evidencia que es inconsistente con la visión dicotómica, y descubrimientos en genética molecular la respaldan (1, 9, 10). Aunque el escepticismo aún persiste (16).

Desde el modelo biomédico, el reconocer la probabilidad de que exista una línea continua de trastornos desde la esquizofrenia hasta el trastorno bipolar, o desde el espectro esquizofrénico al espectro bipolar, es esencial para la identificación de factores causales (2, 9, 5, 17) y una superposición patogenética (9).

En realidad convendría aún más el concepto de múltiples espectros que se encuentran solapados (6,18).

Ello permitiría abarcar las teorías y sus evidencias de trastornos emergentes desde diátesis biopsicosociales compartidas, ya aquí no haciendo referencia sólo a la esquizofrenia y el trastorno bipolar, sino también a la ansiedad y los trastornos afectivos (19).

El trastorno mixto ansioso-depresivo, mencionado en el apéndice del DSM-IV-TR (20) podría rivalizar con el trastorno esquizoafectivo en su ambigüedad, reconocido sin embargo por el gran número de personas que presentan sintomatología afectiva y ansiosa (21, 22), y por evidencias que indican una superposición no sólo fenotípica sino también genética (19).

Pero el criterio del DSM-IV de no diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada si el mismo ocurre durante el transcurso de un trastorno afectivo trae consigo la implícita imposibilidad diagnóstica de considerar tal superposición (14, 23). Un estudio a gran escala encontró una tasa de comorbilidad de 5% entre distimia y trastorno de ansiedad generalizada mientras se mantuvo dicho criterio, y del 90% no considerando el mismo (24).

No se intenta avalar la idea de que la categorización de un diagnóstico debería ser abandonada completamente (12,19). La misma presenta utilidades prácticas en la toma de decisiones, como el instaurar o no un tratamiento, que el mismo sea ambulatorio o dentro de un hospital, al igual que en los conceptos de “remisión” o “recurrencia”, de importancia tanto clínica como de investigación (25).

Pero las limitaciones de los diagnósticos categoriales han sido ampliamente documentadas, como su proceso de ser el resultado de un establecimiento de límites arbitrarios, haciendo énfasis en ciertos aspectos fenomenológicos (2).

Uno de los principales inconvenientes que trae consigo la categorización de un diagnóstico, la asignación de un nombre y su naturalización, es el riesgo de obviar aspectos, no sólo psicosociales, sino políticos, culturales y económicos que convergen en la génesis de los mismos. Aunque el formato multiaxial diagnóstico del DSM proporciona un sistema cercano a una aproximación que intenta abarcar los múltiples aspectos que pueden converger en el motivo de consulta de un paciente en particular, desde las enfermedades médicas subyacentes a los problemas con el grupo primario de apoyo, por ejemplo (26).

Pero cada trastorno, así como existen hoy día en los manuales operacionales, es a la vez categorial y dimensional, en el sentido de que está presente o no, pero puede variar en una amplia gama de presentaciones clínicas y respuestas terapéuticas (25).

Probablemente una aproximación dimensional sea la que permita percibir más claramente la relación existente entre la esquizofrenia y el trastorno bipolar, y otros trastornos como la depresión (27, 28). Una aproximación dimensional permite efectivizar una mejor descripción de procesos distribuidos en un continuo, priorizando la cuantificación de ciertos aspectos o dimensiones antes que la nominalización del proceso en una categoría (25).

Dimensiones que también podrían ser consideradas son las que hacen referencia a aspectos psicosociales del paciente, permitiendo entrever que la tarea asistencial no sólo puede remitirse al consultorio, y que el servicio de salud no sólo puede llevarse a cabo dentro de un contexto hospitalario.

No se trata de partir al paciente en partes a estudiar, se trata de un esfuerzo por encontrar un lenguaje que describa mejor la naturaleza del proceso por el que atraviesa, comprendiendo no sólo la psicopatología del cuadro, sino también los demás aspectos de su individualidad, incluyendo la aceptación del paciente como no generado espontáneamente, sino parte activa del desarrollo, y producto del mismo, de una comunidad.

Además, pero no menos importante, la acumulación de evidencia neurobiológica, genética y molecular encontraría en esta nueva clasificación la posibilidad de integrarse de una manera más efectiva a la utilidad de proveer perspectiva en cuanto a la naturaleza de los procesos, y en su terapéutica.

Las nuevas herramientas del siglo XXI deberían servir de sustento para la evidencia de que nuevas aproximaciones son necesarias para la ciencia psiquiátrica, no sólo en lo biológico, sino también en lo psicológico y lo social. Aproximaciones que, en último término, efectivizarían en su actualización el aporte que la psiquiatría podría otorgar a la población y que actualmente, centrándose sobre todo en el modelo biomédico, incluso en uno que, sin que la insistencia sea circunstancial, debería re-evaluarse, crece sólo en cantidad sin permitir una calidad acorde en su desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Craddock N, Jowen M. Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. *World Psychiatry*. 2007 June; 6(2): 20–27
2. Peralta V, Cuesta MJ. The underlying structure of diagnostic systems of schizophrenia: A comprehensive polydiagnostic approach. *Schizophrenia Research*. 2005; 79: 217– 229
3. Angs J. Psychiatric diagnoses: the weak component of modern research. *World Psychiatry*. 2007 June; 6(2): 30–31.
4. Craddock N, Owen MJ. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *The British Journal of Psychiatry* (2005) 186: 364-366
5. DSM-IV. La entrevista clínica. Tomo I. Fundamentos. Editorial MASSON, S.A. España. 1996. Capítulo 6. Cinco pasos para establecer un diagnóstico. Pagina 198
6. Schurhof F, Laguerre A, Szoke A, Meary A, Leboyer M. Schizotypal dimensions: Continuity between schizophrenia and bipolar disorders. *Schizophrenia Research*. 2005; 80: 235– 242
7. Wildenauer DB, Schwab SG, Maier W, Detera- Wadleigh SD. Do schizophrenia and affective disorder share susceptibility genes?. *Schizophrenia Research*. 1999; 39: 107–111.
8. Peralta V, Cuesta MJ. A dimensional and categorical architecture for the classification of psychotic disorders. *World Psychiatry*. 2007 June; 6(2): 36– 37
9. Crow TJ. A continuum of psychosis, one human gene, and not much else the case for homogeneity. *Schizophrenia Research*. 1995; 17: 135-145.
10. Murray RM, Sham P, Van Os J, Zanelli J, Cannon M, McDonald C. A developmental model for similarities and dissimilarities between schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*. 2004; 71: 405– 416.
11. Cardno A, Rijdsdijk F, Sham P, Murray R, McGuffin P. A Twin Study of Genetic Relationships Between Psychotic Symptoms. *Am J Psychiatry*. April 2002; 159: 539-545.
12. Widiger T, Samuel D. Diagnostic Categories or Dimensions? A Question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth Edition. *Journal of Abnormal Psychology* 2005; 114 (4): 494 – 504.
13. Kaplan S. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica. Novena edición. Editorial Waverly Hispánica S.A./S.L. España. 2004. Capítulo 14. Otros trastornos psicóticos. Pág. 509
14. Badner JA, Gershon ES. Meta-analysis of wholegenome linkage scans of bipolar disorder and schizophrenia. *Molecular Psychiatry*. 2002; 7: 405– 411.
15. Kendler K. Reflections on the Relationship Between Psychiatric Genetics and Psychiatric Nosology. *Am J Psychiatry*. July 2006; 163:1138-1146.
16. Del Portoa J. Bipolar disorder: evolution of the concept and current controversias. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(Supl III):7-11. 17. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Editorial MASSON, S.A. España. 2005. Introducción, pagina XXX.
18. Guimon J. Los límites del concepto de espectro de en la esquizofrenia. *Avances en Salud Mental Relacional*. Noviembre 2005; 4 (3). *Revista Internacional On-line*.
19. Brown T, Tarlow D. Dimensional Versus Categorical Classification of Mental Disorders in the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Beyond: Comment on the Special Section. *Journal of Abnormal Psychology* 2005; 114 (4): 551–556.
20. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Editorial MASSON, S.A. España. 2005. Apéndice B. Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores. Pagina 868.
21. Barlow DH, Campbell LA. Mixed anxiety– depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41(2) Suppl. 1.
22. Tyrer P, Seivewright H, Johnson T. The core elements of neurosis: Mixed anxiety-depression (cothymia) and personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2003; 17: 129–138.
23. Zimmerman M. Interview Guide for Evaluating DSM-IV Psychiatric Disorders and the Mental Status Examination. Psych Products Press. Estados Unidos de Norteamérica. 1994. Pagina 48
24. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grishman JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM–IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology* 2001; 110: 585–599.
25. Kraemer H, Noda A, O’Hara R. Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *Journal of Psychiatric Research* 2004; 38: 17–25.
26. Gureje O. Classifying psychosis: when is the time ripe for changes? *World Psychiatry*. 2007 June; 6(2): 35–36.
27. Murray R, Dutta R. The right answer for the wrong reasons? *World Psychiatry*. 2007 June; 6(2): 29– 30.28.
28. Ruscio J, Ruscio A. Informing the Continuity Controversy: A Taxometric Analysis of Depression. *Journal of Abnormal Psychology* 2000; 109 (3): 473- 487.

29. Delgado E, Bustingorry S. Transformaciones del perfil valórico en estudiantes de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera durante su trayectoria académica. *Estudios Pedagógicos* 2008; 34 (2): 45-63.
30. De la Fuente J. Discurso de apertura del CXXXIX año académico. *Academia y medicina* 2002. Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Febrero 6, 2002. *Gaceta Médica de Caracas* ISSN 0367-4762.
31. De Lorenzo-Cáceres A, Calvo Corbella E. ¿Hay alguna razón para cambiar la formación médica en la Universidad española? *Aportaciones de la Atención Primaria*. mayo 2001; 11 (5): 275-288.
32. García-Huidobro D, et al. Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil de médico esperado. *Rev. méd. Chile* [online]. 2006; 134 (8): 947 - 954.
33. Hernández, G. Lo psicológico en los estudios médicos. Una evaluación del nuevo programa de psiquiatría en los estudios médicos de pregrado. *Revista de la Facultad de Medicina RFM*. jun. 2006; 29 (1): 5 – 11.
34. Cruz-Hernández M. Un renovado reto en la formación pediátrica: la relación médico-paciente familia. *Educ. méd.* 2004; 7(4): 119-124.
35. Uzcategui Z, Zahlout M. A, Pérez-González JF. Percepción estudiantil de un curso de Microbiología en educación médica de pregrado. *Rev. Soc. Ven. Microbiol.* 2006; 26 (2): 70-79.
36. Roberto S. Enseñanza de pre-grado en neurología; algunas reflexiones. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2003; 41(3): 219-227.