

Actualidad del diagnóstico en psicopatología

Diagnóstico operativo en psiquiatría y psicoanálisis

Ignacio Barreira
Universidad del Salvador

Resumen

A continuación se realiza una breve presentación sobre los avances de una investigación conceptual sobre psicopatología comparada. El objetivo general de la misma consiste en realizar una revisión histórico-epistemológica de los sistemas de diagnóstico en salud mental actuales contemplando el desarrollo y las vicisitudes de los mismos hasta nuestros días. Sobre los enfoques actuales se intenta trazar los lineamientos generales de sus condiciones y limitantes, plasmando un panorama claro sobre la discusión del diagnóstico al día de hoy. El enfoque del trabajo es epistemológico intentado evitar en mayor medida la discusión ideológica desde una lectura crítica rigurosa.

Palabras clave

CIE – DSM – OPD -PDM

English Title

Psychopathology Diagnosis in the present. Operative Diagnosis in psychiatry and psychoanalysis

Abstract

In this paper we realize a brief presentation over the advances of our conceptual research that consists in comparated psychopathology. The main objective is an historical-epistemological revision of the systems diagnosis in mental health, contemplating the development up to these days. We try to define the guidelines of these systems with its conditions and restrictions, shaping the full view of the area of de discussion around the diagnosis nowadays. The focus of this reflexion is epistemological from a critical point of view, attempting to avoid ideological discussions.

Key words

ICD – DSM – OPD - PDM

Introducción

El objetivo general del presente trabajo consiste en realizar una revisión histórico-epistemológica de los sistemas de diagnóstico en salud mental actuales, contemplando desarrollo, evolución y vicisitudes desde sus inicios hasta nuestros días. Dentro de esta propuesta perseguiremos los siguientes objetivos específicos: caracterizar cada sistema en su peculiaridad; establecer los lineamientos generales de diagnóstico y tratamiento de cada uno y definir relaciones de identidad y diferencia entre estos.

El trabajo presenta una impronta epistemológica, intentando evitar la discusión ideológica desde una lectura crítica rigurosa. Para llevar a cabo estos objetivos se consultó bibliografía especializada difundida por diferentes comunidades científicas mediante la publicación de libros y artículos de revistas en diferentes medios especializados en los últimos diez años.

Estado actual del tema

Desde hace varias décadas que se vienen desarrollando cientos de enfoques de psicoterapia (Fernández-Alvarez, Opazo, 2005). Los mismos fueron surgiendo sobre el intento de realizar propuestas criteriosas en vías de la resolución de problemas, desórdenes, trastornos, síntomas y/o enfermedades mentales (Macey, Moore, Roberts, 2005). En contrapartida al enorme número de propuestas psicoterapéuticas para revertir estos estados patológicos, las nosografías que definen las figuras psicopatológicas no son tantas (Stagnaro, 2006, 2007, 2009, 2012). En América Latina, Estados Unidos y Europa existen básicamente dos grandes órdenes nosográficos de referencia: los de psiquiatría descriptiva y las nosografías psicoanalíticas. Estas nosografías son difundidas y utilizadas en los países mencionados de acuerdo a las culturas *psi* locales y a las políticas sanitarias de turno.

1. Evolución en Psiquiatría Descriptiva: CIE y DSM

1.1. Antecedentes históricos del CIE y DSM

Los servicios públicos y privados de salud mental de América Latina, Estados Unidos y Europa utilizan como referencia los criterios diagnósticos de las clasificaciones de diagnóstico operativo CIE (*Clasificación Internacional de Enfermedades*) y DSM (*Manual de Diagnóstico Estadístico*). El sistema CIE consiste en una clasificación general de enfermedades (CIE 10, 1992), a diferencia del DSM que se trata de un manual de figuras estrictamente psicopatológicas (DSM-IV, 1994). La CIE europea tuvo sus orígenes a mediados del siglo XIX, surgiendo de la motivación sanitaria por establecer una clasificación que contemplara la totalidad de las enfermedades existentes. Este proyecto se inició en el *Primer Congreso Internacional de Estadística* realizado en Bruselas en 1853; allí se acordó la preparación de una *Nomenclatura uniforme de causas de mortandad* aplicables a todos los países para el año siguiente (Stagnaro, 2006, pág. 174). Producto de sucesivas presentaciones con sus consecuentes discusiones, casi cincuenta años después la primera versión de la CIE vio la luz en 1900. No obstante, hubo que esperar otros cincuenta años para que, en 1948, la sexta edición de la CIE incluyera un apartado específico sobre enfermedades mentales (consúltese el capítulo V de la CIE-6).

Por su parte, el DSM americano presenta una historia similar. El espíritu primigenio del DSM partió también de una iniciativa sanitaria que buscó definir categorías útiles para la realización de censos sobre la población

psiquiátrica; el DSM fue inicialmente concebido como un nomenclador. A diferencia de la clasificación europea, el DSM fue elaborado como una clasificación estrictamente psiquiátrica. No obstante las diferencias entre ambos, sendos sistemas diagnósticos buscaron establecer un dominio general sobre la totalidad de cuadros psiquiátricos, basándose en una concepción descriptiva de la psiquiatría. El hecho de que la motivación de ambas clasificaciones fuera la identificación de categorías para fines estadísticos resulta de vital importancia para comprender la relativa simplicidad que originalmente implicó a estas nosografías.

1.2. Cambios en los sistemas CIE y DSM a partir de la intervención de la OMS

Durante la década de 1960 la OMS intervino sobre las clasificación DSM influyendo de manera tal que las ediciones posteriores padecerán modificaciones drásticas (Braunstein, 2013). Se cuestionó que las clasificaciones DSM I y II se hubieran realizado desde fuentes teóricas indiscriminadas en las que participaban psiquiatras y psicoanalistas de formación heterogénea¹; el objetivo estadístico-sanitario original de estas clasificaciones no había ponderado esta cuestión. A raíz del llamado de atención de la OMS, el eje de importancia se trasladó de una construcción de categorías para censos a la constitución de categorías psicopatológicas con validación empírica de cara a la tarea terapéutica del psiquiatra. Para llevar a cabo esta tarea se intentó establecer criterios que garantizaran objetividad en la categorización de los cuadros psicopatológicos sobre la base de una concepción científicista cuya metodología de justificación fuera la estadística (Stagnaro 2006; Lemos 2008). De esta manera se produjo un deslizamiento de sentido en la concepción estadística del DSM: si originalmente se trataba de un nomenclador al servicio del estado, a partir de la intervención de la OMS la estadística se convirtió en el garante metodológico-científico de las categorías psicopatológicas en cuestión. Este cambio implicó que las siguientes ediciones DSM se basaran en tres supuestos básicos: 1. La anulación de orientación teórica (a-teoricismo), proponiendo criterios empíricos y descriptivos. 2. El supuesto de que a cada desorden (trastorno), le correspondía una base fisiopatogénica. 3. Sobre la base de la articulación de los dos supuestos anteriores, se propuso una terapéutica farmacológica secundada por terapias cognitivo-comportamentales (Stagnaro 2007, 2009, 2013; Lemos 2008).

Estos supuestos básicos subyacentes al DSM definieron una concepción de los trastornos mentales (*mental disorders*) y, consecuentemente una concepción sobre el tratamiento para revertir dichos trastornos: siendo la base de estos biológica los tratamientos debían obedecer a una propuesta farmacología. De esta manera el fármaco pasó a jugar el papel de agente de cambio, mientras que la psicoterapia cumplía un rol secundario². Este escenario se encontraba bien concebido para cuadros como esquizofrenia o trastornos bipolares, pero se tornaba discutible en ciertos casos en los que se podría prescindir de la medicación como pudieran ser algunos trastornos de ansiedad, los trastornos adaptativos, los problemas de relación, ni que decir en varios de los trastornos de la infancia y de la niñez. Se advertirá por todo lo dicho que el DSM claramente dejó de ser un nomenclador con fines estadísticos (instrumento del estado y para el estado) para pasar a convertirse

¹ Las categorías del DSM-I se organizaron sobre el concepto de «reacción» de Adolf Meyer (1866-1950), autor muy influido por la psiquiatría alemana de Griesinger y Kraepelin, pero también por el psicoanálisis freudiano.

² “El uso de criterios diagnósticos operativos respondió al deseo de hacer más científica la clasificación clínica, de facilitar la cuantificación de los fenómenos tanto observables como inferidos, así como la

en una guía de tratamiento basada en criterios estadísticos (metodología de la ciencia para el mercado). No obstante, las modificaciones del DSM no resultaron suficientes para la mutación de nomenclador a guía de tratamiento.

Era de esperar que esta situación implicara la exclusión de los psicoanalistas y del lenguaje psicoanalítico en la confección de las categorías diagnósticas del DSM por parte del comité directivo. Por contrapartida, se le dio prioridad a la concepción científicista del DSM que puede sintetizarse en los siguientes siete puntos: 1. La psiquiatría es una rama de la medicina que se debe fundar en la ciencia. 2. Hay un límite neto entre lo normal y lo patológico. 3. Existen enfermedades mentales distintas. 4. Lo más importante es la dimensión biológica de las enfermedades mentales. 5. El trabajo principal debe centrarse en el diagnóstico y las clasificaciones. 6. Estas tienen que basarse en criterios diagnósticos específicos o explícitos. 7. La confección de las clasificaciones debe auxiliarse en la estadística (Stagnaro, 2006, 2009, 2012).

Como era de esperar, las modificaciones se hicieron evidentes a partir de la tercera edición del DSM en 1980. Estos cambios de concepción continúan vigentes en la actualidad (Rigier, Narrow, Kuhl, Kupfer, 2012), tal como se puede palpar en la quinta edición del DSM publicada en Mayo de 2013 y en la onceava edición del CIE, aún en preparación, y que será publicada en 2015. Hemos denominado a estas clasificaciones *nosografías de diagnóstico operativo* dado que su objetivo principal radica en operativizar la tarea del clínico para la realización del diagnóstico y tratamiento en psiquiatría.

1.3. Críticas a los sistemas CIE y DSM

No obstante la vigencia de estos manuales de diagnóstico operativo, tanto la CIE como el DSM presentan flagrantes contradicciones. Dentro de las observaciones más importantes se destacamos que, producto de la concepción científicista, se sobreestima la investigación empírica presumiendo que estos sistemas son a-teóricos y descriptivos (Stagnaro, 2007, Braunstein, 2013). La declaración de clasificación a-teórica fue la piedra del escándalo ya que, una cosa es no tener un referente teórico y otra muy diferente es negarlo. La neutralidad teórica es una posición teórica. La remisión a la evidencia científica o a los estudios empíricos relevantes no sustituye ni soluciona el problema del sesgo teórico siempre presente. El claro ejemplo de esto es el lenguaje empleado en los manuales que intenta ser operativo, pero que lejos de ser “neutral”, resulta desatinado. Se podrá eliminar el término neurosis, pero los mismos psiquiatras continúan refiriéndose en la actualidad al capítulo de “trastornos de ansiedad” como “un capítulo de neurosis”. La eliminación de ciertos términos no resuelve el residuo semántico de los términos que fueron eliminados, la erradicación de ciertas palabras no elimina sus problemas conceptuales. Además, el paradigma de la medicalización incidiendo en la clasificación resulta decisivo en una concepción de tratamiento que poco y nada tiene que ver con el a-teoricismo (Braunstein, 2013). En este sentido, las nosografías europea y americana prescinden, erróneamente, de una visión antropológica tan necesaria para los tratamientos psiquiátricos y psicológicos.

investigación farmacológica, mediante técnicas experimentales o cuasi-experimentales” (Lemos, 2008, pág. 140).

2. Evolución en Psicoanálisis: De Freud a las clasificaciones PDM y OPD

De manera paralela y alternativa a estos manuales psiquiátricos, el psicoanálisis fue haciendo su propia historia. Esta misma se inició con la obra de Freud llegando en la actualidad a diferentes planteos como los planteados por Lacan y los lacanianos, Otto Kernberg y sus seguidores, o las clasificaciones OPD alemana y PDM americana.

Desde los inicios del psicoanálisis hasta el final de su vida, Freud fue intentando desarrollar una nosografía específica del psicoanálisis. Él mismo fue planteando diferentes clasificaciones que fueron evolucionando en el contexto de su obra. Partió de una concepción sintomática (concepto de defensa en *Las neuropsicosis de defensa* (1894)), llegando a la propuesta de un modelo estructural (a partir de *El Yo y el Ello* (1924), y la definición de categorías psicopatológicas en términos estrictamente psicoanalíticos: neurosis (de transferencia y narcisistas), y psicosis (Barreira, 2013). Esta nosografía tripartita fue establecida con el objeto de simplificar la tarea clínica del psicoanalista a fines de realizar un diagnóstico diferencial de indicación o contraindicación de tratamiento psicoanalítico: a los casos de psicosis se les contraindicaba el tratamiento psicoanalítico mientras que los neuróticos debían ser evaluados de acuerdo a su capacidad transferencial: las neurosis de transferencia implicaban analizabilidad mientras que las neurosis narcisistas inanalizabilidad.

Posteriormente a la muerte de Freud, el grueso de los psicoanalistas siguió esta línea nosográfica. Sin embargo, la evolución del psicoanálisis y la salud mental hicieron que fuera imposible evitar que cada corriente le imprimiera a la nosografía freudiana un sesgo particular. Por nombrar dos casos paradigmáticos: 1. Siguiendo a Freud, en las décadas del '50 y '60 Lacan desarrolló una nosografía en la que propuso tres estructuras clínicas (neurosis, psicosis y perversiones) (Evans, 2003). 2. Algunos años más tarde Otto Kernberg estableció su modelo de organizaciones de la personalidad (superior, intermedia e inferior), para luego a dar paso a las organizaciones o estructuras de la personalidad (organizaciones neurótica, límite y psicótica) (McWilliams, 2011).

Estas dos nosografías parten de Freud pero siguen caminos diferentes. Lacan propuso una categorización sobre diferentes modos de organización de la subjetividad, mientras que Kernberg intentó establecer criterios psicopatológicos para ubicar a los pacientes en diferentes niveles. Ambos siguieron el planteo de Freud; sin embargo, Lacan siguió a la concepción freudiana de acuerdo al trabajo clínico que el analista realiza con el paciente (concepción psicoanalítica orientada a la clínica, de ahí que Lacan postule estructuras clínicas), mientras que Kernberg estableció una concepción psicopatológica de orden teórico, definiendo categorías abstractas en donde ubicar a las personas que consultan (concepción psicoanalítica orientada a la psicopatología, de ahí que Kernberg establezca niveles de organización de la personalidad). De allí que muchos lacanianos se identifiquen desde una línea que definen como *psicoanálisis Freud-Lacan*, mientras que los desarrollos de Kernberg se identifican más con la *psiquiatría dinámica*.

Por otra parte, cabe destacar una cuestión de índole política que no debe ser soslayada: la posición de Kernberg en relación a la IPA³. Gracias a las estrechas relaciones de la *Asociación Norteamericana de Psicoanálisis* con la APA, Kernberg pudo influir para la inclusión de sus ideas psicopatológicas (niveles de

³ Es relevante la historia de uno y de otro en relación a la IPA ya que esta muestra a las claras el camino que siguió uno y el que siguió otro. Lacan se formó en el seno de la IPA pero posteriormente fue expulsado,

organización de la personalidad) en el DSM. Así fue como las caracteropatías de Kernberg fueron rebautizadas e incluidas en el DSM-III como Trastornos de la Personalidad (en sus respectivos clusters A, B y C).

3. Nosografías y diagnóstico en la psiquiatría y el psicoanálisis actuales

La exclusión de los psicoanalistas en los comités del DSM en la década de 1970 significó que estos quedaran fuera del nuevo orden psiquiátrico. Esta cuestión decantó en el surgimiento, en 1992 en Alemania, de un nuevo grupo de trabajo multidisciplinario que desarrolló un instrumento llamado *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado* cuya primera versión se publicó en 1996 (OPD, 2001), y su segunda versión en 2006 (OPD-II, 2008). El objetivo de dicho instrumento era el de complementar las clasificaciones psiquiátricas de trastornos mentales que se basaban en criterios descriptivo-sintomatológicos a partir de ciertas dimensiones psicodinámicas relevantes (OPD-2, 2008, pág. 35). Simultáneamente, en EEUU apareció la variante PDM (2006). En ambos casos se trata de instrumentos operativos de diagnóstico psicodinámico alternativos y complementarios a los sistemas CIE y DSM.

3.1. OPD

Si bien el OPD surgió como un intento de complementar las clasificaciones diagnósticas CIE y DSM (OPD-2, 2008), lo cierto es que la propuesta original acabó por ser mucho más amplia que un “complemento”. Como bien dice la segunda edición del OPD, este manual busca hacer realidad la congruencia «problema-tratamiento-resultado» sugerido por Strupp y Schlacht. Esta propuesta consiste en buscar congruencia entre la evaluación clínica del problema, la conceptualización del cambio terapéutico deseado y la descripción del curso y el éxito clínicos (OPD-2, 2008, pág. 38).

Si bien sus autores declaran que el espíritu de la obra es la de complementar y no de sustituir al DSM y a la CIE, lo cierto es que el OPD consiste en contemplar la evaluación, el diagnóstico y la planificación de tratamientos de base psicodinámica, implicando un avance sustancial sobre la tarea diagnóstica del CIE y el DSM. El OPD no sólo trata de establecer un modelo de entrevista que permita establecer hipótesis diagnósticas psicodinámicas, sino que el mismo método permite, simultáneamente al planteo de las hipótesis, planificar la psicoterapia y prever indicaciones a realizar. En este sentido, el OPD une en un mismo acto el establecimiento del diagnóstico y la elaboración de aquellas hipótesis sobre las que se fundamentarán las futuras estrategias para el abordaje del paciente⁴.

El OPD plantea cinco ejes sobre los que se establece el diagnóstico: Eje I. Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento; Eje II. Relación; Eje III. Conflicto; Eje IV. Estructura, y; Eje V. Trastornos psíquicos y somáticos. La tarea diagnóstica consiste en elaborar conclusiones parciales de cada eje. La misma se realiza de manera progresiva yendo de niveles de recatamiento de información más concretos (motivación

continuyendo su obra y pensamiento fuera de la IPA. Kernberg siempre estuvo dentro de la IPA habiendo llegado a ser presidente de la misma en 1997.

⁴ En este sentido, sigue el mismo espíritu que el esquema de análisis planteado por Juan David Nasio que une el acto diagnóstico con la interpretación del paciente. Ambos actos parten de la misma hipótesis pero juegan un valor diferente: el diagnóstico viene dado por la posición edípica del sujeto frente a la castración,

del paciente para hacer la consulta, convicción en que su consulta tiene sentido, etc., en el eje I), para ir avanzando progresivamente en una dirección que implica la presencia de constructos psicoanalíticos cada vez más abstractos (por ej., conflictos en el eje III, o modos de funcionamiento del *self* en el eje IV). Independientemente de la complejidad progresiva y creciente de los términos intervinientes, todos estos se encuentran operacionalizados (definidos de manera operativa, desde una concepción y un lenguaje cercanos al plano empírico). Los conceptos psicoanalíticos fueron definidos de manera operativa de cara a la tarea de evaluación diagnóstica. Yendo a lo metodológico, la entrevista que propone el OPD puede verse como una progresión que parte del eje I (datos y observaciones con poca saturación teórica) hasta llegar al eje IV (conceptos con fuerte saturación teórica); en el eje V se realiza el diagnóstico sindromático-descriptivo de acuerdo al capítulo V del CIE-10 y el DSM-IV-R (OPD-2, 2008, pág. 145).

De acuerdo a lo expuesto, cabe resaltar que para el OPD el diagnóstico consiste en el establecimiento de conclusiones parciales sobre cada uno de los ejes que se articulan a modo de hipótesis. El resultado de esta evaluación se traducirá en estrategias de abordaje para el tratamiento de la persona en cuestión. Es en este sentido que el OPD se fundamenta en conceptos psicoanalíticos, dejando en última instancia la articulación de la evaluación psicodinámica con los criterios de diagnóstico descriptivo.

3.2. PDM

Por su parte, el PDM americano es un esquema diagnóstico que intenta caracterizar el funcionamiento psicológico individual, tanto en lo profundo como en lo superficial, de los patrones emocionales, cognitivos y sociales de una persona (PDM, 2006, pág. 1). De manera similar al OPD, el objetivo del PDM es complementar la CIE y el DSM, pero específicamente desde la catalogación de síntomas de acuerdo a los diferentes niveles de funcionamiento mental (PDM, 2006). Es desde la perspectiva de Otto Kernberg y sus trabajos sobre los diferentes niveles de organización de la personalidad que debe entenderse esta propuesta.

El PDM consta de tres ejes: Eje P. Patrones y trastornos (*disorders*) de la personalidad; Eje M. Perfil de funcionamiento mental, y; Eje S. Patrones sintomáticos: experiencia subjetiva. A diferencia del OPD, que es instrumento de diagnóstico de acuerdo a criterios estrictamente psicodinámicos y psicoanalíticos, el PDM consiste en un modelo más acorde a la psiquiatría dinámica de Kernberg.

En primer lugar, según lo propuesto en el eje P, se intenta definir cualidades (patrones) de la personalidad del individuo evaluado, refiriendo tres niveles: saludable, neurótica o límite (PDM, 2006, págs. 20-26). La clasificación de trastornos de la personalidad del PDM es propia de los desarrollos que el psicoanálisis americano realizó a lo largo del siglo XX sobre las caracteropatías: esquizoide, paranoide, psicopática o antisocial, narcisista, sádico-masoquista, depresiva, somatizadota, dependiente, fóbica, ansiosa, obsesiva-compulsiva, histérica, disociativa y formas mixtas⁵ (PDM, 2006, pág. 32). Gran parte de estos trastornos son los que figuran en el apartado de trastornos de la personalidad del DSM-IV, clasificados en el eje II (DSM-

mientras que la interpretación será esta misma hipótesis que se hará intervenir –o no-, en el momento oportuno del análisis (Nasio, 2000; Barreira, 2012).

⁵ Un trabajo alternativo al OPD pero que se encuentra en franca consonancia con este es el de Nancy McWilliams (directora asociada del grupo de trabajo PDM), *Psychoanalytic Diagnosis* (2011). Allí la autora propone un trabajo dedicado exclusivamente al diagnóstico de la estructura de la personalidad en el proceso clínico sobre la base de la teoría de Otto Kernberg.

IV, 1994), y de la CIE 10 en su apartado F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto (CIE 10, 1992).

Partiendo de la base de una modalidad de funcionamiento de la personalidad, en segundo lugar se busca caracterizar el perfil del funcionamiento mental global del sujeto (Eje M, acorde a los ejes II, III y IV del OPD), por medio de categorías básicas de funcionamiento mental que deberían ayudar al clínico a captar la complejidad e individualidad del sujeto en cuestión (PDM, 2006, pág. 73). La idea central de este eje consiste en trazar un perfil de la dinámica del funcionamiento mental del sujeto por medio de la descripción de diferentes funciones del aparato psíquico. Este eje es heredero de las teorías psicoanalíticas americanas de funciones del yo. Un antecedente necesario de este eje puede encontrarse en la obra de Leopold Bellak (1993).

Finalmente, luego de establecer un perfil de patrones de la personalidad y el funcionamiento mental global se puede arribar a un tercer eje (Patrones sintomáticos), similar al eje V del OPD. Este busca articular las conclusiones del diagnóstico psicodinámico al DSM.

Desde una perspectiva metodológica el PDM, a diferencia del OPD, busca primero establecer un perfil psicopatológico general y luego definir su dinámica. De esta manera, se hace una hipótesis de base que presupone un nivel de organización sobre la cual luego se especifican modalidades de funcionamiento psíquico; el funcionamiento mental es supeditado a la lógica de la organización de la personalidad. Inversamente a lo que plantea el PDM, el OPD procede yendo desde los niveles “menos pretenciosos” a los “más pretenciosos”, desde lo más empírico a lo más abstracto. Esto no quiere decir que los sistemas se opongan, sino que anteponen lo que es considerado metodológicamente como lo más conducente de acuerdo al planteo de cada sistema; el primero buscar definir el funcionamiento desde lo más abstracto para luego identificar cuestiones particulares y específicas, mientras que el segundo parte de datos específicos para aplicar una metodología que permita ir de lo particular a lo abstracto. Si bien el objetivo de ambos es similar, se diferencian en el modo en que se establecen las hipótesis para la definición del caso clínico. No obstante, ambos dejan para el final la articulación entre los datos valiosos para hacer un diagnóstico psicoanalítico, y también desde las categorías de los sistemas CIE y DSM.

4. Conclusiones

La relación entre CIE y DSM por un lado, y OPD y PDM por el otro, debe entenderse dentro del marco de las relaciones entre la psiquiatría descriptiva por una parte y la psiquiatría dinámica y el psicoanálisis por el otro. En este sentido, la psiquiatría descriptiva actual busca establecer categorías psicopatológicas sobre la base de un sistema nosográfico cuyos criterios de diagnóstico son operativos, confundiendo descripción con a-teoricismo.

Lo que originalmente fue concebido como un inventario de enfermedades mentales (proyectos originales del CIE y DSM), acabó por mutar en guías de tratamiento (sobre todo en el caso del DSM), sin que se hubieran realizado los cambios pertinentes para la adecuación de las categorías implicadas. Las figuras psicopatológicas que servían como nomenclador (su función era identificar cuadros psicopatológicos a los fines de censar), se convirtieron en categorías de una nosografía. Estas pasaron de ser un índice estadístico a convertirse en categorías diagnósticas sobre las que se podía planificar un tratamiento. El ambicioso salto del

nomenclador a la guía de tratamiento fue realizado sin las consideraciones epistemológicas pertinentes, habiendo sido justificado -en cambio-, por la intervención de criterios diagnósticos de investigación que tendieron a operativizar la labor del clínico sin tenerse en cuenta debidamente que ese mismo clínico operaría con categorías diseñadas originalmente para un censo.

Si desde su tercera edición el DSM buscó erigirse en una guía de tratamiento psiquiátrico, entonces la pugna por aquel manual que resulte más adecuado para la labor del psiquiatra y/o terapeuta es relevante a estos menesteres desde aquel entonces. Es en este sentido que, lejos de los paños fríos que los autores del OPD y del PDM declaran en los prólogos de sus sistemas de diagnóstico -en los que refieren que se ha buscado complementar pero no sustituir las clasificaciones CIE y DSM-, estos cuentan con elementos que se suman a las clasificaciones psiquiátricas dejando a los últimos el rol nomenclador, que era el que originalmente tenían. OPD y PDM no son alternativas a la función de nomenclador de los sistemas de diagnóstico de psiquiatría descriptiva, pero se convierten en una alternativa a los mismos en tanto guías de tratamiento. Por otra parte, dejan en evidencia la pobreza resultante de una nosografía basada en criterios de clasificación sanitaria sin las adecuaciones pertinentes a la hora de planificar un tratamiento psiquiátrico y/o psicológico.

En relación a la inclusión del diagnóstico de psiquiatría descriptiva en los sistemas de diagnóstico operativo dinámico cabe aclarar que tanto el eje V del OPD como el eje III del PDM, ambos quedan desdibujados de cara a la posibilidad de plantear tratamientos en relación a los otros ejes de estos mismos manuales (ejes I al IV en OPD, ejes P y M del PDM). En este sentido, los manuales OPD y PDM resultan muy superiores en materia planificación de tratamiento por sobre las clasificaciones CIE y DSM que se basan en los criterios del paradigma de la biomedicalización.

Por su parte, la aparición de los manuales OPD y PDM generó división entre los psicoanalistas. Los que están a favor promueven la idea de que estos instrumentos complementan, no sustituyen, las clasificaciones DSM y CIE (en aquellas variables que no se adaptan al marco psicoanalítico), y homogeneizan el diagnóstico psicoanalítico (dado que en diferentes escuelas psicoanalíticas la concepción diagnóstica varía de acuerdo al marco de referencia). Por contrapartida, en contra de los instrumentos de diagnóstico operativo en psicoanálisis no se dicen demasiadas cosas, más bien reina el silencio, se los ignora y subestima pese a la importancia que la IPA le concede al desarrollo de estos sistemas, proponiendo generosas becas para quienes se decidan a investigar en la mejoría de estos sistemas de diagnóstico y tratamiento. Cabe aclarar que el progreso del psicoanálisis desarrollando instrumentos como el OPD y el PDM, no sustituye la utilización de otras nosografías con sus propios criterios diagnósticos como por ejemplo pudieran las categorías lacanianas neurosis, psicosis y perversión (Evans, 2003), o el modelo de Jean Bergeret que plantea estructuras neuróticas, psicóticas y a-estructuraciones (Bergeret, 2005).

En este último sentido, quizá el desafío más grande de los sistemas operativos psicodinámicos consista en “popularizarlos” y hacerlos accesibles a los profesionales de la salud mental, cuestión que por el momento resulta difícil dada la complejidad de estos y sus especificidades necesarias para el manejo de los mismos. En cambio, su uso para la investigación en psicopatología y la investigación en psicoterapia los erige en opciones mucho más atractivas que la CIE o el DSM.

5. Comentarios finales

Esta breve y compacta revisión sobre la actualidad de nosografías y criterios diagnósticos en psiquiatría y psicoanálisis resulta relevante a fines históricos, epistemológicos y pedagógicos. Aporta un panorama actualizado sobre los sistemas diagnósticos de referencia en América Latina, Estados Unidos y Europa, y entendimiento sobre las líneas directrices de los proyectos en la materia. También ayuda en el esclarecimiento de las bases para una discusión más llana en relación a la validez y confiabilidad de los diagnósticos en psiquiatría y psicoanálisis. Por último, deja planteado -desde lo epistemológico-, las condiciones y limitantes de estos sistemas para el uso clínico y la investigación empírica en psiquiatría, psicoanálisis y psicopatología comparada.

Prof. Dr. Ignacio Barreira
Octubre de 2013

Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (s.f.). *DSM History of the manual*.
<http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-history-of-the-manual>
- BARREIRA, I. (2012). "El esquema de análisis en el diagnóstico psicoanalítico". Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador. 2012, 28, 17-29.
- BARREIRA, I. (2013). "Una revisión de la concepción psicopatológica freudiana". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina (2013). 59 (1): 54-63.
- BELLAK, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Manual Moderno. México.
- BERGERET, J. (2005 [1974]). *La personalidad normal y patológica*. Gedisa Editorial. Barcelona.
- BRAUNSTEIN, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. Siglo veintiuno editores. Bs. As.
- CIE 10 (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor. Madrid.
- DSM-IV (1994). Editorial Masson. Barcelona.
- EVANS, D. (2003). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Editorial Paidós. Bs. As.
- FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H; M OPAZO, R. (2005). *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Paidós. Barcelona. Capítulo 1, págs. 13-32
- FERRARI, H., LANCELLE, G., PEREIRA, A., ROUSSOS, A. y WEINSTEIN, L. (2008). *El Manual Diagnóstico Psicoanalítico. Discusiones sobre su estructura, su utilidad y viabilidad. Reportes de Investigación N°1*. Recuperado el 2013 de 01 de 27, de sitio web Instituto Universitario de Salud Mental; Universidad de Belgrano:
http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/1_roussos.pdf
- FREUD, S. (1917 [1916-17]a). *16ª conferencia. Psicoanálisis y psiquiatría*. En *Obras Completas*, Tomo XVI. Amorrortu Editores (1992). Bs. As. Págs. 223-234.

- LEMOS, S. (2008). *Clasificación y diagnóstico en Psicopatología*. En: BELLOCH, A.; SANDIN, B.; RAMOS, F. *Manual de Psicopatología*. Vol. 1. Mc Graw Hill. Madrid. Págs. 127-156.
- MACEY, C.; MOOREY, S.; ROBERTS, B. (2005). *Guía práctica de terapias psicológicas. Guía crítica para clínicos*. Ariel Editorial. Barcelona. Cap. 6.
- MCWILLIAMS, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. Guilford Press. New York.
- NASIO, J. D. (2000). *¿Qué es un caso?* En: *Los más famosos casos de psicosis*. Editorial Paidós. Bs. As. Introducción, págs. 15-30.
- OPD Task Force (ed.). (2001). *Operationalized Psychodynamic Diagnostics*. Hogrefe & Huber Publishers. Germany.
- OPD-2. Grupo de trabajo. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado*. Herder. Barcelona.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring, Maryland, Estados Unidos: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- RIGUIER, D.; NARROW, W.; KUHLE, E.; KUPFER, D. (2012). *DSM-5. Evolución conceptual*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- ROUDINESCO, É. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?* (G. Macri, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- STAGNARO, J. C. (2006). *Nosografías en psiquiatría*. En SUAREZ RICHARDS (comp.). *Introducción a la Psiquiatría*. Editorial Polemos, tercera edición. Bs. As. Págs. 171-190.
- (2007). *Perspectiva crítica de las nosografías psiquiátricas contemporáneas*. En *Psiquiatría y psicoanálisis. Diagnóstico, institución y psicofármaco en la clínica actual*. Grama Ediciones. Bs. As. Págs. 55-63.
- (2009). *Psiquiatría y neurobiología: el arte de curar y la ciencia del cerebro en crisis paradigmática*. En *Jacques Lacan y los matemáticos, los lógicos y los científicos*. Editorial Escuela Freudiana de Buenos Aires. Bs. As. Págs. 109-116.
- (2012). *Nosografías psiquiátricas contemporáneas: descripción y perspectivas críticas*. En: VASCETTO, E. (Comp.) (2012). *Epistemología y Psiquiatría. Relaciones peligrosas*. Editorial Polemos. Bs. As. Capítulo 11, págs. 203-238.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (s.f.). *History of the Development of the ICD*. <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>.