

Diagnóstico y realidad*

A. FERNÁNDEZ LIRIA

Psiquiatra
Servicios de Salud Mental del Área 3 de Madrid. Universidad de Alcalá

Resumen

Buena parte de la historia de las ideas psiquiátricas se ha desarrollado en base a una sustantivización de las enfermedades que han sido entendidas como entes naturales que eran identificados mediante el proceso diagnóstico. A esta concepción se opone otra que considera el diagnóstico como un constructo que permite hacer predicciones sobre la actuación de los médicos. Para ello se discute la relación de la medicina y la psiquiatría con la ciencia, el estatuto de lo biológico en la psiquiatría biológica, el papel y la naturaleza del conocimiento en nuestra práctica y las consecuencias de la consideración del observador en nuestra epistemología.

Palabras clave: Diagnóstico. Epistemología.

Résumé

Diagnostic et réalité. Une bonne partie de l'histoire des idées psychiatriques a été développée sur la base d'une substantivisation des maladies qui ont été entendues comme des réalités naturelles qui étaient identifiées à l'aide du processus de diagnostic. A cette conception s'oppose une autre qui considère le diagnostic comme un élément constructif qui permet de faire des pronostics sur l'intervention des médecins. A cet effet, on discute le rapport de la médecine et de la psychiatrie avec la science, le statut de l'élément biologique dans la psychiatrie biologique, le rôle et la nature de la connaissance dans notre pratique et les conséquences de la considération de l'observateur dans notre épistémologie.

Mots clés: Diagnostic. Epistémologie.

Summary

Diagnosis and Reality. Most of the ideas about psychiatry had been developed over a substantivization of mental illnesses that had been understood as natural entities to be identified through the diagnosis process. We expose an alternative point of view considering diagnosis as a construct that make the physicians able to predict the results of their activities. We discuss relationships between psychiatry and science, what does biology mean in biological psychiatry, the role and nature of knowledge in psychiatric practice and the epistemological consequences of considering the role of the observer.

Key words: Diagnosis. Epistemology.

Riassunto

Diagnosi e realtà. Buona parte della storia delle idee psichiatriche si è svolta in base a una sostantivazione delle malattie che sono state intese come enti naturali che erano identificati mediante il processo diagnostico. A questa concezione se ne oppone un'altra che considera la diagnosi come una costruzione che permette di fare predizioni sugli interventi medici. Per questo si discute il rapporto della medicina e della psichiatria con la scienza, lo statuto del biologico nella psichiatria biologica, il ruolo e la natura della conoscenza nella nostra pratica e le conseguenze della considerazione dell'osservatore nella nostra epistemologia.

Parole chiave: Diagnosi. Epistemologia.

* Trabajo presentado en las III Jornadas Autonómicas sobre Salud Mental en Baleares, organizadas por la Associació Balear de Salut Mental en enero de 1997.

La falla fundamental de todo el materialismo precedente –incluido el de Feuerbach– reside en que sólo concibe las cosas, la realidad, lo sensible, bajo la forma del *objeto* o de la *intuición*, pero no como *actividad humana concreta*, como práctica, no de un modo subjetivo. (...)

Karl Marx. Primera tesis sobre Feuerbach. 1845

El problema de si puede atribuirse al pensamiento humano una verdad objetiva no es un problema teórico, sino un problema *práctico*. Es en la práctica donde el hombre debe demostrar la verdad, es decir, la realidad y el poder, la terrenalidad de su pensamiento. La disputa en torno a la realidad o irrealidad del pensamiento –aislado de la práctica– es un problema puramente *escolástico*.

Karl Marx. Segunda tesis sobre Feuerbach. 1845

Para nosotros, el comunismo no es un *estado* que debe implantarse, un *ideal* al que haya de sujetarse la realidad. Nosotros llamamos comunismo al movimiento *real* que anula y supera al estado de cosas actual. Las condiciones de ese movimiento se desprenden de la premisa actualmente existente.

Karl Marx. La ideología alemana. 1845

Por qué Marx

Las tres citas del gran poeta alemán Karl Marx –hoy considerado generalmente como poco de moda– que preceden a este texto sobre psiquiatría se justifican por motivos diferentes. Las dos primeras vienen a dar pie a una **declaración de principios**. Ilustran un modo de aproximarse al mundo –y de entender la actividad humana– que tiene tan poco que ver con el reduccionismo mecanicista hoy imperante en lo que se ha dado en llamar *psiquiatría biológica*** (y, por cierto, ya que estamos en ello, de lo que se dio en llamar *marxismo*) como con el solipsismo del que se acusa (muchas veces con razón) a algunas posturas constructivistas con las que, sin embargo, compartiremos algunas conclusiones.

La tercera cita sólo quiere dar pie a una **paráfrasis**. Vamos a hablar de psiquiatría y de psicoterapia. Pero no vamos a intentar definir lo que la psiquiatría y psicoterapia deberían ser. Vamos a intentar referirnos a ellas tal y como se manifiestan en su práctica y en su práctica en las condiciones en las que ésta se produce entre nosotros.

** ¿Como si pudiera haber una psiquiatría que no fuera biológica –¿geológica quizás?! ¿Como si pudiera llamarse biología al mero estudio de las sustancias que componen o producen los seres vivos! Una biología merecedora de tal nombre debe proporcionar un concepto del ser vivo que permita dar cuenta de su capacidad de tomar noticia y actuar sobre el ambiente de un modo unitario y coherente. Debe explicar cómo este organismo (un animal, por ejemplo) surge –y posibilita a su vez la existencia– de la acción coordinada de los organismos del nivel inferior (las células en ese caso). Y puede –como sucede en el caso de la biología pensada por Faustino Cordón¹⁻⁴– obligarnos a remitirnos tanto a las estructuras del lenguaje como a nuestros conocimientos de bioquímica para dar cuenta cabal de la acción humana.

Ciencia y psiquiatría

En primer lugar, quisiera rebatir un equívoco: **la psiquiatría** (como, por otra parte, la medicina o la psicoterapia) **no es una ciencia**. Pero no es, como se ha escrito a menudo, que no sea **todavía** una ciencia o que sea una ciencia **inmadura** o **joven**. Si la psiquiatría no es una ciencia no es porque, en su dominio, aún se sepa poco o aún no nos hayamos puesto de acuerdo los psiquiatras en un paradigma común sobre el que desarrollar una actividad científica normal (en el sentido de Kuhn). La psiquiatría no es una ciencia porque el objetivo de la ciencia es producir conocimiento y el de la psiquiatría no. La psiquiatría tiene que producir salud mental. Es una práctica social que tiene que dar lugar a una utilidad. Por ello es el criterio de **utilidad** y no el de **verdad** el que debe utilizarse para valorar sus productos.

Los físicos, los biólogos y los matemáticos (que son científicos), producen conocimientos y su actividad debe ser juzgada en función de la **verdad** que encierran sus afirmaciones. Los arquitectos, los fontaneros, los artesanos, los policías y los psiquiatras producimos **beneficios (bienes)** a los ciudadanos y nuestra actividad debe juzgarse por la magnitud y la calidad de éstos.

La actitud científica en la práctica de psiquiatría no consiste en extrapolar mecánicamente los principios del trabajo científico a un lugar donde se está realizando una tarea completamente diferente (operación ésta que ha dado lugar a una buena porción de errores y a mucha pérdida de tiempo en la historia de la especialidad), sino, por un lado, en considerar la posibilidad de aplicar los resultados de la actividad científica (la psicología, la biología...) a nuestra práctica y estar atentos a lo que nuestra práctica hace aparecer como incoherente o erróneo en las propuestas de la ciencia y, sobre todo, por emplear procedimientos rigurosos para diseñar nuestros instrumentos de intervención y evaluar sus resultados sobre la salud de nuestros pacientes. Es el ensayo clínico y no la referencia a la dopamina lo que hace más coherente con una actitud científica utilizar neurolépticos que remedios homeopáticos o conjuros mágicos para tratar la esquizofrenia. Un buen planteamiento de este problema –aunque yo no comparta enteramente las conclusiones– puede encontrarse en Tizón⁵ que sitúa la práctica de la psiquiatría en el terreno de la tecnología (y, aun en el de la técnica).

El estatuto ontológico del trastorno mental

La medicina se ha definido generalmente por su relación con la enfermedad. Quienes hoy defienden la conveniencia de definirla en relación con la salud lo hacen, sobre todo, por motivos de orden práctico (por ejemplo la Organización Mundial de la Salud pensando en propug-

nar acciones de gran efecto en países poco favorecidos). Pero existen, para hacerlo, motivos de orden teórico.

La mayor parte de la historia de la psiquiatría se ha sustentado en la creencia de que las enfermedades son **entidades** que existen realmente en la naturaleza. Para Pinel, influido por el sensualismo de Condillac, en el umbral del siglo XIX, las especies morbosas existían como existían las otras especies naturales y la observación inocente de sus pacientes debería hacerlas surgir ante los ojos del psiquiatra científico de la misma forma que hizo surgir a los ojos, también inocentes, de Linneo todo el orden fascinante de las especies vegetales cuando éste hizo lo propio con las plantas.

Cien años más tarde, la moderna psiquiatría clínica nacerá, de la mano de Kraepelin (que se muestra en esto como un buen discípulo de Kahlbaum), sobre el convencimiento de que conocer una enfermedad requiere (además de la observación *inocente* de los pacientes que propugnaba Pinel) una idea previa de lo que son las enfermedades. Cada enfermedad puede definirse por su **etiología**, su **patogenia**, su **anatomía patológica**, la clínica de cada uno de sus **cuadros de estado** y por su **curso**. Es el conjunto de todos estos elementos lo que permite establecer el **diagnóstico**, hacer estimaciones **pronósticas** y proponer **tratamientos**. Pero para Kraepelin, como para la mayor parte de los psiquiatras (y un porcentaje aún mayor de los médicos, aunque no de los teóricos de la medicina) de nuestro siglo, las enfermedades son entidades que tienen una existencia real que, por decirlo de algún modo, se *actualiza* en nuestros pacientes. Fulanito es esquizofrénico porque *tiene* esquizofrenia (a veces lo que pasa es que Fulanito es un *mal* esquizofrénico y entonces hay que pensar que lo que *tiene* es una psicosis psicogenética o un trastorno *borderline* de la personalidad).

Esta **sustantivación** de la enfermedad ha sido más difícil de sostener cuanto mayores han sido las series de pacientes observados o el número de psiquiatras implicados en esta observación. Por ello, las modernas clasificaciones *de consenso* DSM o CIE evitan —aunque cada vez menos— afirmaciones sustantivadoras. Pero las evitan porque es difícil establecer un consenso sobre cómo se sustantiviza cada categoría o conjunto de categorías y qué es lo esencial de cada entidad, no porque la sustantivación parezca fuera de lugar.

Creemos, en cambio, que no es trivial tener muy presente que las **enfermedades no son entidades con existencia propia (que los médicos se limitan a descubrir), sino meros constructos**. Y que son constructos de los médicos (o de quienes hacen de médicos en cada sociedad). Y que su utilidad como constructo consiste, no en proporcionarnos un conocimiento acertado de la natura-

leza o del funcionamiento del cuerpo humano (cosa que, a veces ha sucedido como *efecto secundario*), sino en **servir para predecir los efectos de la actuación de los médicos** (o sus equivalentes). Hay enfermedades porque hay algo que hacer ante ellas y hay que reconocerlas para saber qué remedio aplicar en cada caso (por eso la incapacidad de volar o de ver a través de las paredes no se consideran enfermedades).

La práctica psiquiátrica como fundamento de los trastornos mentales

Una de las dificultades de quien se aproxima por primera vez a la psiquiatría, es que las diversas escuelas difieren no sólo en lo que se refiere al tratamiento de las enfermedades (a veces ni siquiera difieren en el de algunos) sino en la propia definición y clasificación de los trastornos. Si aceptamos la sustantividad de las enfermedades, este hecho debería indicarnos que todos menos uno (como máximo) estarán equivocados. Si aceptamos, por el contrario, que las enfermedades son constructos de los médicos para hacer predicciones sobre los resultados de sus intervenciones sobre personas que sufren, esta situación de divergencia no tiene nada de extraño.

El inconsciente sólo cobra existencia plena en el acto analítico (esta afirmación puede no extrañar a algún analista), si no hubiera psicoanálisis no tendría sentido (por lo menos no tendría el mismo) hablar de inconsciente. Tampoco lo tendría hablar de condicionamiento operante si no existiera la modificación de conducta o de desconfirmación si no hubiera terapia sistémica de familia. Es la acción del analista, el modificador de conducta o el terapeuta de familia lo que hace surgir, en su relación con los pacientes, a partir de la demanda inicial de los mismos, los fenómenos que primero van a requerir y luego van a orientar la atención del terapeuta. Pero estos fenómenos son, eso, constructos del terapeuta a partir de la demanda inicial que tienen como utilidad organizar la práctica del terapeuta. No es de extrañar que prácticas diferentes, todas ellas útiles para ayudar a un determinado paciente en su sufrimiento, den lugar a constructos diferentes. Mientras no confundamos nuestras propias producciones con entidades que la naturaleza ha puesto ante nuestros ojos, no tenemos por qué enloquecer ni de qué extrañarnos.

A veces se ha levantado en medios bienintencionados un cierto escándalo porque determinadas *entidades* nosológicas han desaparecido por presiones sociales (revísense los capítulos sobre alteraciones del comportamiento sexual), han aparecido por motivos económicos (trastorno esquizofreniforme) o industriales (trastorno de pánico, diversas propuestas de subclasificación de las depresiones según respuesta a tal o cual fármaco...). Sin embargo, en estos casos ha ocurrido sólo lo normal. Es

la sociedad la que decide que una determinada situación es una enfermedad y por tanto hay que hacer un esfuerzo para erradicarla. Y los diagnósticos sirven precisamente para orientar diversas prácticas terapéuticas. Lo que, en todo caso, podría mover a escándalo (escándalo intelectual), es que en lugar de reconocer la coherencia de estos hechos con una concepción diferente de la salud y la enfermedad mental y actuar en consecuencia, se pretende encajarlos en una concepción incoherente con ellos, ocultarlos con más o menos cinismo, y, finalmente, sustantivizar unas categorías de *enfermedad mental*. No es que la homosexualidad sea menos enfermedad que la impotencia ni más que la masturbación. Como el trastorno esquizofreniforme, el trastorno de pánico o la ludopatía no son menos enfermedades que la hebefrenia, la paranoia o la psicosis maníaco-depresiva. No estamos discutiendo del **estatuto de entidades que se nos enfrentan desde la naturaleza**, sino de la **legitimidad de prácticas que se nos solicitan desde la sociedad**. Entenderlo así me parece que será de utilidad.

Prejuicio versus ignorancia

La acción de conocer es de importancia para los psiquiatras. Por un lado, porque necesitamos conocer cosas (sobre los trastornos, sobre nuestros pacientes, sobre nuestros instrumentos de intervención) para poder hacer nuestro trabajo. Por otro, porque el conocimiento en sí es (para nuestros pacientes) un instrumento de cambio de primera magnitud. Por eso nos interesa reflexionar sobre el acto de conocer.

Solemos dar por buena la oposición entre conocimiento e ignorancia. Como consecuencia de la misma, el conocimiento se instaura sobre el terreno que la ignorancia abandona, haciéndola retroceder. A veces contemplamos así nuestra actividad *científica* (se va haciendo la luz sobre las tinieblas que nos ocultaban el funcionamiento de la sinapsis). Sin embargo, en la historia de la ciencia las cosas, generalmente, no han funcionado así. El conocimiento no se ha impuesto contra la ignorancia sino contra el prejuicio. La idea de que la tierra era redonda no se impuso a la ignorancia sobre la forma de la tierra sino ante el prejuicio (basado en una falsa evidencia) de que era plana. Lo mismo ocurrió con la idea de que giraba en torno al sol en lugar de ser el centro del universo. Por eso nos será más útil una epistemología que dé cuenta del conocimiento en estos términos (de remoción de *obstáculos epistemológicos*, de pensamiento crítico) que una que intente legitimar procedimientos para producir enunciados verdaderos (o cuyas condiciones de falsación no hemos conseguido hacer que se cumplan, por ser justos con Popper).

La sustancialidad de las entidades morbosas es, hoy, un obstáculo epistemológico. Goldberg y Huxley (1990)⁶ han mostrado la evidencia existente en contra de las cla-

sificaciones categoriales y han propuesto un modelo de pérdida y recuperación de la salud para guiar la práctica de los generalistas sobre lo que ellos llaman trastornos mentales *comunes*. La ventaja de su modelo —como de muchos de los modelos *de vulnerabilidad* que se han construido para atender a determinados tipos de pacientes— es que se contempla a sí mismo como un *modelo*. Es decir, que evita la confusión entre mapa y territorio que ha atrapado buena parte de la producción psiquiátrica de nuestro siglo.

Constructores y construcciones

La consideración de los trastornos mentales como un constructo significa la consideración **del observador** como determinante, en parte, de lo observado. El psiquiatra ofrece a alguien que ha conseguido la legitimación social de su sufrimiento como enfermedad, unos instrumentos (químicos, relacionales...) para hacer frente a ese sufrimiento. Y sitúa el sufrimiento particular de cada una de las personas que solicitan su ayuda en un esquema que le permite predecir con cuál de los instrumentos disponibles va a obtener resultados más satisfactorios (si sólo tuviéramos un instrumento o sólo hubiera una forma de sufrimiento legitimado como enfermedad mental no necesitaríamos diagnósticos).

Por eso, de lo que se trata no es de sopesar la cantidad de **verdad** que contiene la versión que cada modelo psicopatológico enfrenta a la versión de su problema de que parte cada paciente que demanda nuestra ayuda. Porque lo que las legitima frente a la versión del paciente no es el hecho de ser más verdaderas, sino el de, siendo aceptables por él, ser distintas y permitir una salida. Y lo que las legitima frente a las versiones de las otras escuelas es ser igualmente eficaces, es decir, posibilitar intervenciones que mejoran en igual medida la situación del paciente. En otras palabras, se legitiman si permiten articular una determinada **práctica** de la psiquiatría.

El trabajo teórico de los psiquiatras es explicar su experiencia como psiquiatras, de un modo coherente. Y esto implica, para los psiquiatras como para cualquier humano que quiera explicar la suya, considerar al observador.

Bibliografía

1. Córdón F. Significado de la técnica de los reflejos condicionados para entender el origen y la naturaleza de la actividad animal. En Colodrón A. La medicina cortico-visceral. Madrid: Península 1966.
2. Córdón F. La alimentación, base de la biología evolucionista. Madrid: Alfabuara, 1978.
3. Córdón F. La naturaleza del hombre a la luz de su origen biológico. Barcelona: Anthropos, 1981.
4. Córdón F. Tratado evolucionista de biología. Madrid: Aguilar 1990.
5. Tizón JL. Una propuesta de conceptualización de las técnicas de psicoterapia. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 1992; 12: 283-294.
6. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. A bio-social model. London: Routledge 1992.