

PSICOPATOLOGIA DESCRIPTIVA: ASPECTOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS

Germán E. Berrios¹
José M. Olivares Diez

En el presente artículo se discuten algunos aspectos que afectan a la comprensión y al funcionamiento de la psicopatología descriptiva (PD), la cual proporciona un lenguaje descriptivo a la psiquiatría y las bases para sus constructos nosológicos. La PD formula postulados sobre la naturaleza de su objeto de estudio y sus causas subyacentes (haciendo uso del modelo médico). Se propone que la PD necesita una recalibración histórica, clínica y numérica. En relación a esto, se sugiere que en algunos casos, en contra de los principios psicométricos tradicionales, ciertos instrumentos deberán ser contruidos de un modo flexible que permita que varíen de acuerdo a las necesidades descriptivas que presenten casos individuales.

Palabras claves: psicopatología descriptiva, sistemas diagnósticos, nosología, modelo médico.

Descriptive Psychopathology: Qualitative and quantitative issues

This paper deals with some of the issues that affect the understanding and functioning of descriptive psychopathology (DP). The latter remains the language of description in psychiatry and the basis for her nosological constructs. DP makes assumptions concerning the nature of its object and its underlying causes (i.e. makes use of the medical model). DP needs historical, clinical and numerical recalibration. It is suggested that in some cases, and against traditional psychometric principles, some instruments will have to be constructed that show flexibility and can be varied according to the descriptive needs presented by individual cases.

Keywords: descriptive psychopathology, diagnostic systems, nosology, medical model.

1 . Department of Psychiatry, University of Cambridge Addenbrooke's Hospital (Box 189) Hills Road, Cambridge, UK, CB2 2QQ. Telf. 44-1223-336965 Fax 44-1223-336968

Introducción

La psicopatología descriptiva (DP), como “lenguaje” de la psiquiatría, proporciona el código semántico mediante el que se registra la información obtenida a través de la observación y la entrevista del paciente psiquiátrico. Tanto desde el punto de vista conceptual como del matemático, la confiabilidad y validez de la nosología actual dependen de la coherencia y estabilidad de dicho lenguaje. Las bases de estas últimas no han sido esclarecidas hasta la fecha. Ni qué decir tiene que las “definiciones operativas” del tipo DSM-IV no las garantizan. También resulta necesario explorar la profundidad con la que la PD puede mapear la conducta. En el presente artículo se discutirán algunas de las reglas que podrían regir los aspectos conceptuales (cualitativos) y matemáticos (cuantitativos) de la PD.

¿Por qué preocuparse de la PD?

El énfasis actual en el diagnóstico nosológico y en la confiabilidad de los listados de síntomas (que son las bases del DSM-IV y de la CIE-10) ha ensombrecido el problema del reconocimiento de los síntomas. De hecho, estos sistemas diagnósticos consideran implícitamente que el reconocimiento de síntomas no presenta dificultades, pero esto está lejos de ser así. De hecho, es evidente que la descripción de los síntomas psiquiátricos es más un acto de construcción que de reconocimiento. Esta actividad, ciertamente compleja, parece incluir tanto un componente conceptual como una “toma de decisiones”. Como ya se ha mencionado, los instrumentos diagnósticos al uso asumen que los problemas asociados al reconocimiento de los síntomas se pueden resolver mediante definiciones operativas. Esta presunción perpetúa la visión errónea de que los síntomas son “entidades” estables que contienen en sí mismos toda la información requerida para su reconocimiento. La práctica clínica muestra que esto no

es así. La mayoría de los síntomas son estímulos “borrosos”, cuyo reconocimiento final depende menos de sus propiedades intrínsecas que del contexto en el que ocurren (características del paciente, otros síntomas, hipótesis diagnósticas, etc.) (Berrios, 1993; Berrios y Markova 1995; Berrios, Markova y Olivares, 1995).

PD y formación en psiquiatría

La formación actual en psiquiatría gira en torno al reconocimiento de síntomas; dicho reconocimiento se enseña por “ostensión” (es decir, mostrando una y otra vez casos que exhiben el “mismo” síntoma). En base a esas observaciones múltiples, se espera que el residente genere “prototipos” que pueda usar como “plantillas” para reconocer dichos síntomas en nuevos pacientes. Sin embargo, este aprendizaje ocurre al mismo tiempo que se aprende a reconocer enfermedades, y por lo tanto, es previsible que ambos procesos queden indefectiblemente ligados en sus mentes.

Esto también ocurre en los sistemas diagnósticos actuales, en los que invariablemente se asume que el reconocimiento del síntoma y el de la enfermedad son sucesos cognitivos *sucesivos e independientes*. De hecho, su confiabilidad y validez requieren que dichos sucesos no se contaminen entre sí. De acuerdo con este modelo, el primer suceso debe ser el reconocimiento de “unidades de análisis” y el segundo, su síntesis en un “diagnóstico”. La estructura lógica de este modelo consiste en una cascada de decisiones de acuerdo con la cual decimos: dado que tenemos *a*, *b* y *c*, entonces se trata de *D* (en la que *a*, *b* y *c* son “criterios” –síntomas– y *D* el “diagnóstico”). Resulta obvio que la confiabilidad de este modelo en dos fases se basa en: a) la independencia entre ambas fases; y b) un algoritmo según el cual *a*, *b* y *c* llevan a *D*.

En nuestra opinión, el DSM-IV (al igual que sus predecesores) está atrapado en un gran dilema: si se adopta el modelo en dos fases tal cual ha sido formulado, entonces aparecerá mucha contaminación entre ambas fases; pero si se decide hacer ambas fases *realmente* independientes (haciendo evaluaciones ciegas de síntomas individuales), entonces la PD precisará, por primera vez, una nueva ciencia de reconocimiento de síntomas. Esta ciencia podría necesitar incluir, no sólo mayores detalles sobre los límites

de los síntomas individuales, sino un análisis multidimensional de su presentación, control sobre la conducta, insight, estado de ánimo acompañante, viveza, etc.).

Una ejemplarización de este problema lo encontramos en los recientes intentos de computarizar el proceso diagnóstico. Independientemente del nivel de sofisticación de los programas empleados, muy pocos proporcionan subrutinas que manejen el reconocimiento del síntoma como un estadio independiente. De aquí se desprende que la validez (y confiabilidad) del resultado dependerá enteramente de la calidad de la entrada de datos (síntomas), que está basada en los reconocimientos hechos por los observadores.

Aspectos cualitativos de la PD

La filosofía de la PD puede definirse como el análisis conceptual de los aspectos descriptivos de los lenguajes psiquiátricos actuales. Estos lenguajes se han desarrollado en la mayoría de las sociedades para describir, explicar y manejar los fenómenos y trastornos mentales. Pueden incluir vocabularios, reglas descriptivas, constructos hipotéticos, teorías y reglas para su aplicación. Los aspectos gramaticales, lógicos, semánticos y pragmáticos de la PD han sido poco estudiados.

Sin embargo, conocerlos puede ser esencial para entender, tanto la estabilidad de la PD como (más importante) sus mecanismos de cambio. Es también probable que el estudio del proceso “diagnóstico” pueda requerir que la estructura de la PD sea desentrañada.

Por fuerza, la filosofía de la PD también trata de objeto de la descripción o referente, es decir, de la cuestión de si los síntomas existen *independientemente* de sus descriptores. Así, mientras que algunos consideran legítimo asumir que tales fenómenos conductuales son parte del “mobiliario” del mundo (como las sillas o los cerebros), otros los ven como “objetos abstractos” (como los números o conceptos tales como “justicia” o “belleza”). Por ejemplo, la antipsiquiatría y los teóricos del control social parecen creer que la enfermedad mental consiste en una transformación metafórica de una categoría social en un objeto “natural”; por otra parte, los psiquiatras biologicistas sostienen que, sea lo que sea la enfermedad

mental, es en cualquier caso un fenómeno natural que ocurre en el mundo real.

La filosofía de la PD puede preguntarse también sobre la “naturaleza” y el valor de “verdad” de los juicios descriptivos que resultan de la aplicación de la PD. ¿Son estos idénticos a otros juicios médicos? ¿Es equivalente decir “tiene delirios” o “tiene motivación” a decir “tiene un murmullo diastólico”? Basándose en la visión de que la “enfermedad mental” es sólo un reflejo mental de la enfermedad física, algunos han argumentado que son diferentes. Una cuestión importante es decir si estas diferencias pueden resolverse únicamente mediante la investigación empírica. En nuestra opinión, no pueden, ya que pertenecen a un campo meta-empírico en el que el debate se puede resolver mediante estipulaciones conceptuales.

“Mente”, “Dualismo”, “Conducta”, “Memoria”, “Conciencia”, “Creencia”, “Intención” y “Motivación”, son ejemplos de conceptos cuya definición es igualmente abstracta y estipulativa. Sin embargo, son necesarios por el armazón conceptual de la PD. Estas nociones han sido durante años la preocupación central de disciplinas consolidadas tales como la filosofía de la mente, la psicología y la meta-psicología, cuyos límites tienden a solaparse con los de la filosofía de la PD.

Psicopatología y filosofía de la mente

La PD depende de muchos conceptos que tienen que ver con la filosofía de la mente; algunos, tales como la percepción, la cognición o la atención, son redefinidos periódicamente en respuesta a la investigación empírica; otros, tales como la emoción o la conciencia, han permanecido mayormente sin cambios; finalmente, otros tales como la apercepción o la motilidad han caído en desuso. Para entender estas vicisitudes es necesario hacer una aproximación histórica. Por ejemplo, la voluntad fue una de las nociones explicativas más populares de la psicología del siglo XIX. Como se sabe, esto ya no es así y los psicólogos actuales usan “impulso”, “motivación” o función mental “ejecutiva” o de “supervisión”. Dicha sustitución no ha aclarado el tema y esto puede deberse al hecho de que los cambios no han resultado de la investigación empírica sino de la moda. Del mismo modo, para entender el significado real de síntomas actuales como “obnubilación”, “confusión” o “desorientación”, necesitaríamos explorar los puntos de vista del siglo XIX sobre la “consciencia”.

La PD depende de una teoría psicológica a la que no se puede añadir ninguna descripción clínica a menos que se hagan asunciones sobre su status y relación con el substrato neural. En la PD hay respuestas implícitas a preguntas tales como ¿Son los síntomas una exageración de la conducta normal o son conductas nuevas? ¿Son las explicaciones en términos de fallos mecánicos de “funciones” psicológicas reconocidas, suficientes para explicar los síntomas? ¿Necesitamos construir “relatos” para explicar los síntomas en términos biográficos? ¿Tenemos la maquinaria conceptual para generar tales historias? Es por lo que la PD tiene también la responsabilidad (por lo menos en sus versiones freudianas y jasperianas) de capturar el significado personal de los síntomas individuales.

El modelo médico

La PD está contextualizada como una forma de descripción médica. Por ello es importante tratar, siquiera brevemente, de la tan manida noción de “modelo médico”. La Medicina puede ser definida a dos niveles. Primero, como una *actividad*, que llamaremos “M1”. Segundo como un *lenguaje* que describe (y/o explica) la enfermedad humana, que llamaremos “M2”. Confundir M1 y M2 ha creado un cierto desorden. M1 se refiere al *manejo social* de las quejas respecto al cuerpo, consideradas por algunos como “indeseables”; la ritualización y valor social de M1 cambian de cultura a cultura y de un período histórico a otro pero, en todos los casos, se asocia a tres factores: 1) Que alguien experimente sucesos corporales considerados “indeseables”; 2) La existencia de individuos que se especializan en el reconocimiento y el manejo de dichos sucesos; y 3) La visión de que esos sucesos indeseables pueden depender de trastornos del organismo.

A lo largo de los siglos, los médicos han desarrollado puntos de vista sobre la naturaleza de los trastornos del cuerpo que podrían ser responsables de tales sucesos indeseables. M2 se ha constituido por la acumulación de dichos puntos de vista. Es esencial recordar que, desde un punto de vista histórico, ser médico (M1) no se ha basado en el valor de “verdad” de M2. Sin embargo, durante el siglo XIX, se reinterpretó M2 de acuerdo a la filosofía científica de la época, mientras que nuevas presiones éticas llevaron a la necesidad de sujetar las afirmaciones médicas a los cánones de la evaluación positivista. En otras palabras, la credibilidad de las afir-

maciones médicas dejó de estar basada en la tradición o en la autoridad y empezó a ser sustentada por su capacidad de predicción y por su validación experimental. La “indeseabilidad”, hasta entonces concebida como una categoría social, se redefinió en términos de parámetros fisiológicos y anatómicos. Finalmente, la definición de enfermedad dejó de basarse solamente en la descripción cualitativa, añadiéndose desde entonces criterios objetivos o cuantitativos. Así pues, se puede decir que M2 evolucionó a un tipo diferente de lenguaje que llamaremos M3.

Desde una posición relativista, la distinción entre M2 y M3 puede ser confrontada; puede decirse que la dimensión “científica” atribuida a esta última es un espejismo engendrado por la falacia del “progreso” y que dentro de quinientos años se considerará a M3 simplemente como otro aspecto de M2. Cualquiera que sea el resultado del debate sobre el valor de las afirmaciones progresistas y lineales de la ciencia, el hecho es que M3 parece haber sido particularmente exitosa en su capacidad para predecir el comportamiento del organismo.

La aceptación general (por médicos y pacientes) de M3 ha traído cambios importantes a concepto de enfermedad y ha llevado a renegociar el papel jugado por los factores sociales y psicológicos en su desarrollo (Kendell, 1975). Este proceso no se ha completado todavía; es decir, el concepto actual de enfermedad sigue evolucionando. Esto sucede particularmente en la psiquiatría, ya que el sustrato biológico puede estar sujeto a modulaciones por factores exógenos o endógenos, así como porque los sucesos “mentales” ocurren en un contexto psicosocial complejo. Esto es por lo que algunos creen que la enfermedad mental se construye socialmente (Bearn, 1976).

Incorporado al concepto de enfermedad también está lo que el suceso corporal indeseable significa para la persona que lo padece y para los que le rodean. Se ha argumentado que estos significados pueden modificar el proceso. El cáncer, la esclerosis múltiple, el infarto de miocardio o la esquizofrenia, no son solamente sucesos indeseables sino cuestiones sociales y tragedias personales, y la respuesta del que lo sufre solamente se puede entender plenamente si se tiene en cuenta esta dimensión. De hecho, se espera que los modelos de enfermedad física del tipo M3 incluyan suficiente maquinaria para integrar estos factores psicosociales.

Para el médico el problema no es si los factores biológicos o los psicosociales son los más importantes, sino cuáles son más remediables. Cuando un médico trata la colitis ulcerosa con fármacos, no está negando necesariamente los factores psicológicos, sino aceptando el hecho probabilístico de que la manipulación aislada de estos últimos es menos efectiva. La teoría de sistemas ha hecho posible la incorporación de nuevas variables en el concepto de enfermedad. (Bertalanffy, 1973). El modelo emergente es tan “médico” como todos los anteriores, pero más flexible y capaz de hacer predicciones.

El modelo médico en psicopatología

M1 y M2 ya fueron aplicados a la locura en la Grecia Clásica (Roccatagliata, 1973; Ackernelcht, 1957; Berrios y Porter, 1995; Berrios, 1995; Clarke, 1975). De hecho, incluso anteriormente, los comportamientos debidos a la locura parecen haberse distinguido de la criminalidad o la excentricidad (Clarke, 1975; Quétel y Morel, 1979; Simon, 1978), y raramente los locos estuvieron “felizmente integrados” en la sociedad. Con la aparición del modelo anátomo-clínico en el siglo XIX, la psiquiatría vio la transformación de M2 en M3. Debido a la preponderancia durante este período de pacientes con síndromes orgánicos en la población de los asilos, no sorprende que la M3 recibiera una frecuente confirmación post-mortem. Los pacientes que ingresan en los hospitales psiquiátricos en 1995, son sin embargo, diferentes de aquellos de hace 150 años. Esto se debe a la incorporación a la psiquiatría de estados clínicos tales como las neurosis, los trastornos de personalidad y los llamados “problemas vitales”. Dicho cambio ocurrió en Inglaterra a principios de este siglo (Jones, 1972).

Los síntomas como señales y como representaciones

Uno de los postulados de la PD (y que raramente se menciona) es que los síntomas actúan como *signos*. En la “semiología” clásica, los signos son señales o representaciones de otras cosas. No son muy importantes por sí mismos, sino por lo que pueden decir. La creencia del clínico de que puede identificar una constelación de signos (para diagnosticar una enfermedad) se basa en este postulado.

Sin embargo, esta área de conocimiento está llena de ambigüedades. Influenciados por puntos de vista psicodinámicos y por escuelas

“humanísticas”, algunos clínicos dirían que además de la “forma”, el síntoma contiene información de un tipo especial. Se dispone de dos versiones de esta teoría semántica del contenido. Una establece que los síntomas psiquiátricos no son como las manchas en la piel o los murmullos en el sentido de que por sí mismos sean manifestaciones de una psicología trastornada. La otra establece que los síntomas son compromisos entre una estructura psicológica interna distorsionada y la realidad (es decir, que el significado también depende de la pragmática).

La aproximación semántica a los síntomas es útil, pero enturbia la cuestión central: de qué es *signo* el síntoma. Para algunos, los síntomas son trastornos biológicos, aunque aceptan que la naturaleza y el nivel de los síntomas se redefinen periódicamente tanto por la moda como por el avance científico. Actualmente, los receptores neuroquímicos parecen ser una importante unidad de análisis y así la respuesta es que el síntoma representa una disfunción en una población de receptores (que se convierte en el origen de la señal).

Pero la señal, digamos, “viaja” y se envuelve de ruido (por el efecto modulador de otras poblaciones de receptores y eventualmente por códigos personales y sociales). Es por ello por lo que el síntoma puede ser considerado como una pálida representación de una disfunción de receptores en el cerebro. Si este modelo fuese correcto sería importante tratar de capturar todo lo que fuera posible del síntoma. Todos los procedimientos numéricos y estadísticos subsiguientes podrían entonces ser interpretados como esfuerzos por incrementar la “ganancia” de la señal. Esto separaría la señal del ruido y fondo.

Pero si el modelo es inapropiado y el síntoma es un trastorno no específico generado en un estadio posterior (más allá del receptor), no tendría sentido preguntarse sobre los detalles. Escalas multidimensionales de síntomas (es decir, descripciones numéricas de tantas dimensiones del síntoma como sea posible) podrían ser de poca utilidad si todo lo que uno requiere es que el trastorno general pueda reconocerse con cierta confiabilidad.

El modelo de señal/ruido es, en nuestra opinión, apropiado. De hecho, este modelo es asumido por quienes buscan marcadores biológicos en las enfermedades mentales.

Aspectos cuantitativos de la PD

Los avances científicos en la psiquiatría clínica dependen de la cualidad y confiabilidad de las descripciones fenomenológicas. Esto requiere que la PD sea continuamente refinada y calibrada desde los puntos de vista clínico, histórico y estadístico. La calibración clínica fue la primera en tomar lugar; de hecho es el origen de la PD: los términos se adaptaron a conceptos y estos últimos se construyeron de acuerdo a la teoría y a la observación de que ciertas conductas eran comunes a más de un paciente. La construcción del síntoma se hizo más fácil por las observaciones longitudinales (como resultado del crecimiento de la cultura asilar). Este cambio también ayudó a la transformación de los viejos sucesos mentales indeseables transversales en la noción de enfermedades estables en el tiempo (como hizo Kahlbaum y posteriormente Kraepelin).

Desde el siglo XIX la principal evidencia de la realidad y estabilidad de síntomas específicos han sido las referencias de grupos de pacientes que exhibían los mismos fragmentos de conducta. La observación clínica actual ha confirmado muchas de estas observaciones, aunque no es siempre fácil saber si las bases para su estabilidad es algún índice elevado de “realidad” o el hecho de que los psiquiatras actuales todavía usan las mismas rutinas cognitivas de los alienistas del siglo XIX.

La calibración histórica es tan importante como la observación clínica. En la práctica, dicha calibración se refiere al análisis de las referencias sobre los pacientes de la observación de los cuales se originaron las categorías de descripción actuales. Los psiquiatras necesitan entender por qué se definieron los síntomas de un modo particular: ¿fueron dictados por la inevitable realidad del fenómeno?, ¿o fueron el resultado de un compromiso teórico que ya no es relevante para nosotros? A este respecto hay cierta evidencia de que algunas categorías (como la demencia) formaron parte de familias de conceptos y que los cambios en una de ellas (por un efecto dominó) llevó a cambios en las otras.

La calibración histórica y clínica debe ser complementada por la descripción y el análisis numérico. Las dificultades envueltas en este tipo de calibración no han sido todavía completamente explicadas a los clínicos. Hay por lo menos tres áreas (estrechamente relacionadas) de la PD en las

que está indicada la cuantificación. Los números pueden ser el resultado de instrumentos de medida (escalas). Los números también están envueltos, esta vez como afirmaciones probabilísticas, en investigaciones estadísticas de “confirmación” (chi-cuadrado, análisis de la varianza, etc.). Finalmente, los números son el medio en las técnicas de “reconocimiento de patrones” (análisis por clusters, etc.) De estas tres, la primera es la menos entendida y de la que dependen las otras dos.

El proceso por el que se transforman los síntomas en ítemes escalares y estos en números permanece oscuro. Los principios psicométricos tradicionales (aquellos generados a principios de siglo por los psicólogos clínicos cuando trataban de medir la inteligencia o la personalidad) no son suficientes para justificar la medición de los síntomas psiquiátricos. Esto se debe al hecho de que “síntoma”, inteligencia y rasgo de personalidad son diferentes “objetos” conceptuales y con una susceptibilidad diferente a ser representados por un número. No está claro, por ejemplo, qué magnitud, dimensión o propiedad del síntoma mapean los números.

También está el problema de las llamadas puntuaciones “globales” (obtenidas al sumar todos los ítemes), ya que es difícil postular que su significado sea otro que el de ser una noción ficticia de intensidad o severidad. Los ítemes sumados son raramente homogéneos en contenido (es decir, representan estados mentales, experiencias somáticas o conductas observadas) o en la escala de medida empleada (se suele escoger ésta por conveniencia y no representa ningún factor intrínseco del síntoma en cuestión).

Otras puntuaciones resultan de medir líneas en las que el sujeto señala la magnitud de una experiencia mental (las escalas llamadas analógico-visuales). Otras resultan de medidas electrónicas de respuestas motoras que se supone representan procesos internos (por ej., tiempo de reacción). Debido a que estas tres condiciones son diferentes, no parece que se puedan justificar por un denominador común tomado de una teoría general de la medición. Creemos que, debido a que en cada caso la transferencia de información de síntoma a ítem y a número está gobernada por reglas distintas, cada forma de medición deberá justificarse separadamente.

La PD incluye descripciones verbales y numéricas y por eso la medición del síntoma es una de sus funciones legítimas. La limitación de la

llamada PD fenomenológica es que termina en el significado y no intenta medir. Y está claro, por el cada vez mayor papel que juega la PD en la investigación neurobiológica, que los registros binarios de síntomas apenas tienen valor y que las descripciones escalares o (incluso mejor) vectoriales son esenciales para establecer correlaciones con los mecanismos subyacentes.

El observador entrenado debería ser capaz de reconocer, nombrar y cuantificar “configuraciones estables” en el curso de la conducta presentada por sus pacientes. Esto lo hará emparejando fragmentos de la conducta a “criterios” (aprendidos mediante definiciones *ostensivas*). Desde el siglo XIX, tales criterios han operado por el viejo método del *per genus et differentiae*, es decir, enfatizando aspectos del síntoma que lo relacionen o lo separen de otros síntomas. La aplicación estricta de estos criterios lleva al primer acto cuantitativo: la decisión binario 0 o 1 (síntoma presente o ausente). Durante muchos años esto fue suficiente para la mayoría de los clínicos, ya que lo que se requería de un síntoma era que aportase cierta evidencia de que existía una enfermedad determinada. Como ya se mencionó, las descripciones binarias ya no son suficientes en el campo de la investigación y se requiere una cuantificación más detallada. Desde los años 50, los psiquiatras han respondido a esto asignando números a los síntomas basándose en una escala subjetiva de “severidad” o “intensidad”. Los aspectos del síntoma sobre lo que se basan dichas cuantificaciones permanecen poco claros. En teoría, estos deberían resultar de un análisis de su “formal”; en la práctica, no obstante, esta regla se viola, ya que los criterios “formales” no son a menudo suficientes y se toma en cuenta el “contenido”. Por ejemplo, cuando se valora la “severidad” de una alucinación, su elevada frecuencia o la viveza sensorial pueden no considerarse tan importantes como que el sujeto esté oyendo una voz que le dice que se mate. En otras palabras, ciertos síntomas (como las alucinaciones, los delirios, o las obsesiones) pueden necesitar una cuantificación en base a sus aspectos formales, nivel de insight y contenidos semánticos.

Representaciones de la intensidad y la severidad

Las representaciones escalares de la intensidad raramente se refieren a una dimensión particular del síntoma: no hay criterios claros para decidir

si un síntoma que está presente todo el tiempo (pero con una intensidad moderada) es más severo que un episódico (pero muy intenso). Ya que las descripciones numéricas para cada uno de estos casos no se han hecho todavía, no hay forma de saber cuál tiene una mayor capacidad predictiva, digamos, respecto a una variable como la resistencia al tratamiento. De hecho, el concepto de severidad puede ser conceptualmente poco interesante a menos que se ligue a criterios externos (tales como la respuesta al tratamiento o su capacidad para reducir la competencia del paciente) o a criterios endógenos (tales como el nivel de sufrimiento o la angustia que induce en el sujeto). Las dificultades en la definición de severidad (en relación a un síntoma) pueden también afectar a la constelación de la que forma parte ese síntoma. En este caso, las puntuaciones globales a menudo se considera que representan alguna forma de “severidad”, aunque está claro que puntuaciones semejantes se pueden obtener mediante combinaciones diferentes de ítems. Los conocimientos actuales no permiten determinar qué subgrupo de síntomas es el más discapacitante.

El manejo estadístico de los ítems

Una vez que se ha completado la descripción numérica, las puntuaciones adquieren una existencia independiente. Se usan por los clínicos como ayudas diagnósticas (con puntos de corte definidos empíricamente) y por los investigadores como indicadores de cambio (basándose en cambios en las puntuaciones de severidad).

En ocasiones, la información está sujeta a una mayor elaboración. Grandes grupos de síntomas (u otros ítems todavía no considerados como síntomas) pueden ser procesados (en la medida en que son representados numéricamente) para descubrir las proximidades y distancias entre ellos. El reconocimiento de patrones en estos grandes grupos de ítems se considera otra forma de obtener información. En este caso, los síntomas individuales pueden no dar información por sí mismos sobre poblaciones de receptores afectadas, pero el patrón sí puede. Es más, este tipo de análisis puede ayudar a identificar síntomas redundantes y a encontrar nuevos significados clínicos a otros síntomas. Pero estas manipulaciones estadísticas parten de una presunción básica: que tiene sentido asignar una descripción numérica a un síntoma o a la dimensión de un síntoma.

Psicometría flexible: ¿un concepto útil en la práctica clínica?

Una necesidad comprensible de preservar la confiabilidad y validez de los instrumentos de medida subyace a la visión de que los ítemes que los constituyen deben permanecer juntos a toda costa, ya que la estabilidad es la única forma de representar apropiadamente la estructura interna del objeto o constructo que se pretende medir.

También es comprensible que esta visión “fija” de los instrumentos de medida se mantenga independientemente de lo que se desea medir. La práctica clínica muestra, sin embargo, que en el área de la PD parecen existir objetos que no tienen la “estructura interna” tradicionalmente atribuida a los conceptos psicológicos respecto a los que se desarrolló la psicometría originalmente. Otros síntomas pueden ser demasiado opacos o complejos o tener una estructura que cambia en el tiempo. Debido a esta heterogeneidad, parece poco probable que todos los síntomas puedan ser medidos por el mismo tipo de instrumento (o por instrumentos que asumen una estabilidad interna).

La “mutabilidad” de los síntomas puede deberse a varias razones. Algunos pueden no haber sido delimitados correctamente; otros pueden no haberse dislocado apropiadamente en sus componentes. Otros, por último, pueden sufrir cambios temporales o “metamorfosis”, es decir, que su estructura y significado varíen longitudinalmente (en un orden temporal) o transversalmente (según las condiciones en que aparecen). Si es este el caso, entonces la medición de estos síntomas tendrá que ser abordada por métodos innovadores. Uno de ellos podría ser el abandonar la tradicional psicometría “fija”. Esta opción, que no ha sido discutida aún en la literatura, conlleva importantes problemas teóricos y precisa mucha investigación preliminar.

Resumen y Conclusiones

En el presente artículo se han discutido algunos aspectos que afectan a la comprensión y al funcionamiento de la psicopatología descriptiva (PD), la cual proporciona un lenguaje descriptivo a la psiquiatría y las bases para sus constructos nosológicos. La PD plantea postulados sobre la naturaleza de su objeto de estudio y sus causas subyacentes (haciendo uso

del modelo médico). Se propone que la PD necesita una recalibración histórica, clínica y numérica. En relación a esto, ha habido un serio debate sobre el valor real de crear modelos matemáticos de síntomas, así como del tipo de instrumentos que se precisan para obtener dicha información numérica. Se sugiere que en algunos casos, en contra de los principios psicométricos tradicionales, ciertos instrumentos deberán ser contruidos de un modo flexible que permita que varíen de acuerdo a las necesidades descriptivas que presenten casos individuales.

Referencias

- Ackernecht, E.H. (1957). *Kurze Geschichte der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- Bearn, A.G. (1976). Structural Determinants of Disease and their Contribution to Clinical and Scientific Progress. En: *Research in Medical Practice*, Ciba Foundation Symposium N° 44 (new series); Elsevier.
- Berrios G.E. (1995). *The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the 19th century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berrios, G.E.; Chen, E.Y.H. (1993). Recognising psychiatric symptoms. Relevance to the diagnostic process. *Br. J. Psychiatry*, 163: 308-314.
- Berrios G.E. Marková I.S., y Olivares J.M. (1995). Retorno a los síntomas mentales: hacia una nueva metateoría. *Psiquiatría Biológica* (Barcelona), 2: 13-24.
- Berrios G.E. and Porter R. (1995). *A History of Clinical Psychiatry*. Londres: Athlone Press.
- Bertalanffy, L. von. (1973). *General Systems Theory*, Londres: Penguin Books.
- Clarke, B. (1975). *Mental Disorders in Early Britain*, Cardiff: University of Wales Press.
- Jones, K. (1972). *A History of the Mental Health Service*, Londres: Routledge, Kegan and Paul.
- Kendell, R.E. (1975). *The Role of Diagnosis in Psychiatry*, Oxford: Blackwell Scientific Publication.
- Marková I.S. y Berrios (1995). Mental symptoms: are they different phenomena. *Psychopathology*, 28: 147-157.
- Quetel, C.; Morel, P. (1979). *Les Fous et Leurs Médecines de la Renaissance au Xe Siècle*, París: Hachette.

- Roccatagliata, G. (1973). *Storia della Psichiatria Antica*, Milán: Ulrico Heopli.
- Simon, B. (1978). *Mind and madness in Ancient Greece. The Classical Roots of Modern Psychiatry*, Ithaca: Cornell University Press.