

Sobre nosografía, polisemia y clínica psiquiátrica

Souza y Machorro Mario,* Cruz Moreno Lenin**

RESUMEN

El presente artículo revisa los problemas educativos en la nosografía psiquiátrica derivados de la falta de consenso en la materia, expresión clínica y apreciaciones necesarias para consolidar la uniformidad terminológica y utilidad que abarca su práctica. Tales problemas han ocurrido desde el nacimiento de la especialidad y no obstante, se mantienen en la actualidad, muy a pesar de las revisiones detalladas realizadas en distintos momentos de la evolución conceptual de la historia de las clasificaciones de enfermedades, que por diversas razones escolásticas, políticas, administrativas, etc., no han logrado la integración de criterio y aceptación de las variantes propuestas. Tratándose de términos fundamentales como psicosis, eje rector del ejercicio psiquiátrico y demás áreas afines, la discrepancia terminológico-semántica se convierte en condición mayor, hasta ahora insuperable, si bien se han logrado ciertos acuerdos en la nosografía mundial y regional; los cuales, a pesar de su intención integrativa no son uniformemente aceptados por todos los especialistas de la salud mental de los diversos países. Es un imperativo para todos aquellos que tratan pacientes, desde su marco profesional médico, psiquiátrico, psicoterapéutico o psicoanalítico, consolidar un acuerdo esencial que marque la pauta para conciliar, en forma definitiva, la polisemia que favorece confusión e iatrogenia a partir de la mala interpretación de las múltiples acepciones de la terminología corriente. Confiamos en el eclecticismo de las posturas citadas y el razonable juicio de los profesionales que permita solucionar eficazmente la problemática planteada en favor de la especialidad y su noble ejercicio.

Palabras clave: nosografía, educación, polisemia, psiquiatría clínica, clasificación de enfermedades, semántica, terminología psiquiátrica.

On nosography, polysemia and psychiatric clinic

ABSTRACT

The present article reviews the educational problems in psychiatric nosography arising from the lack of consensus on the matter, clinical expression and appreciations needed to strengthen the consistency of terminology and usefulness covering its practice. Such problems have happened since the birth of the specialty, and yet, they currently hold on, despite the very detailed reviews conducted at different times of the conceptual development in the history of disease classifications, which for a variety of scholastic, political, administrative and other reasons, have not achieved the integration of judgment and acceptance of the proposed variables. For key words like psychosis, leading axis of psychiatric exercise and other related areas, the semantic-terminological discrepancy becomes in a greater status hitherto insurmountable, although there have been some agreements at the international and regional levels which, despite its integrative intention are not uniformly accepted by all specialists in mental health in different countries. It is imperative for all those treating patients from their medical, psychiatric, psychotherapeutic or psychoanalytic professional context, to consolidate an essential agreement which indicates the guideline to reconcile, in a definite way, the polysemy which favors confusion and iatrogeny from the bad interpretation of the multiple meanings of current terminology. We trust the eclecticism of the mentioned positions and the reasonable judgement of professionals in order to solve effectively the stated problem in favor of the specialty and its noble practice.

Key words: Nosography, education, polysemia, clinical psychiatry, classifications of diseases, semantic, psychiatric terminology.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo retoma las ideas de Baca publicadas en su espléndida revisión del tema,¹ para dar forma sintética a una expresión de la necesidad profesional de comunicar la experiencia acumulada en actividades educativo-asistenciales. Todo especialista que inicia o se dedica a la recepción de casos agudos para su atención de urgencia u hospitalaria, recibe pacientes, que en el mejor

de los casos, son enviados con sólo una hoja de referencia donde se consignan de manera más o menos escueta, las características de un cuadro desorganizado, que induce a pensar en psicosis, de tipo a determinar. Como se sabe, tras la tipificación preliminar a menudo suelen encontrarse una amplia gama de situaciones clínicas, que convergen en que tanto el médico que remite como el que recibe al paciente parecen haber detectado un cuadro grave, cuya sintomatología, en esencia incomprensible, no

† Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. CIES/SEP.

* Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. Profesor y Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. CIES-SEP.

** Maestro en Salud Pública y en Medicina Social. Subjefe del Departamento de Normatividad de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. Profesor de la Carrera de Medicina Social de la Universidad Autónoma de México, UAM-Xochimilco.

necesariamente deriva de la historia aparente y situación personal actual del paciente. Tal falta de comprensión de la sintomatología real, en ocasiones es producto del poco tiempo asignado a la exploración o bien, de la escasa habilidad para realizarla, o las dos, pues representa una habilidad que no disponen todos los clínicos por igual, en especial cuando no han sido adiestrados en ello.¹ Jaspers, al referirse a esta psicopatología, señaló: “los fenómenos psicóticos no son comprensibles, sólo pueden ser explicables”.² En otras palabras, lo psicótico representa a la vez un paradigma y una herencia del viejo concepto sociocultural e inespecífico de *locura*, que abarca cualquier manifestación incomprensible y disruptiva de usos y costumbres de una comunidad y del comportamiento, sentimientos, elaboración de la realidad y valores que rigen la vida de los seres humanos.¹ Por tanto, psicosis y psicótico son sólo algunos de los conceptos que no siempre son comprendidos por las personas; constituyen vocablos convergentes en un concepto central de la historia de la psiquiatría y que deben ser, en principio, bien manejados por el personal de salud.³ Pero en ésta, como en otras áreas del conocimiento, los términos para tipificar clínicamente hechos y fenómenos que se pretenden conocer, cobran una importancia que rebasa su valor semántico. Véase, por ejemplo, que los términos psicosis, neurosis, psicopatía, delirio y otros más del lenguaje psiquiátrico adquieren un valor significativo que trasciende el uso popular e incluso su uso profesional, convirtiéndose en significantes cargados de sentido específico sólo para quien los comprende debido a que los usa en forma regular.⁴ Además, en la especialidad, los hechos que se suponen designados por sus respectivos términos, presentan en común ciertas características: ser neologismos creados en un momento histórico por un autor determinado; mantener en muchos casos, la significación original; los cambios radicales de nombre o significación han sido producidos a lo largo del tiempo, al utilizarse por escuelas u orientaciones escolásticas distintas e incluso inconexas entre sí. Incluso, como en el caso del término *homosexualidad*, que al “despatologizarse en los catálogos” perdió su sentido clínico –si eso es posible–, a causa de movimientos sociopolíticos ajenos a la clínica.⁵ Por otra parte, considérese que aún ahora para lograr cierta especificidad un síntoma, síndrome o enfermedad determinada, en vez de indicarse con su nombre genérico, se complementa el vocablo con el nombre del autor o escuela,⁶ lo que denota no sólo falta de consenso clínico sino el carácter insular y pobreza nominativa en que permanecen ciertos grupos.⁷ Ello, al compararse con otras áreas médicas muestra su insuficiencia. Una entidad nosológica como la diabetes, por ejemplo, siempre estándar, es comprensible por la comunidad profesional,¹ aunque requiera del adjetivo que

indica su modalidad etiopatogénica (tipo 1 juvenil, insulín dependiente o 2 del adulto, adquirida).⁸ La aparición de las primeras clasificaciones por consenso a finales del siglo XX, acompañadas de criterios diagnósticos y de un glosario de términos ad hoc,⁹ fueron prolegómenos de orden y eliminación de la polisemia –que aún continúa en la especialidad–, y a la par indicio de claridad de la significación de la terminología empleada, eliminando todo aquello que confunde a causa de su ambigüedad.¹⁰ Más adelante, las clasificaciones en la materia (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS y el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, APA),^{11,12} a un lado de que su fundamento sea acertado o no y de su reticencia o aceptación en la especialidad, hicieron las veces de academia de la lengua.¹ No obstante, ninguna de ellas ha sido exitosa respecto del valor terminológico o semántico, ni son aceptadas actualmente por todos los especialistas, pues algunos esperan aún definiciones más precisas a partir de la descripción psicopatológica de cada caso y sus respectivos aspectos fenomenológicos.^{6,7} La psiquiatría actual, a la par de las modalidades clínicas complementarias dedicadas a la salud mental, encaran este problema tanto en sus aspectos terminológicos como conceptuales y con los cuales cuenta en la preparación de los profesionales,⁸ bajo la necesidad de reintentar establecer el orden y la delimitación pertinente entre la nueva terminología, destinada a conceptos clásicos y bien definidos, así como de los nuevos conceptos que aparecen bajo nombres usados con anterioridad con sentidos y contenidos distintos.^{1,10}

DESCRIPCIÓN

A partir del término psiquiatría, acuñado por Reil, en 1803, la génesis de términos, su ascenso y caducidad han sido constantes. Sin embargo, algunos de ellos persisten y generan polisemias y debates inacabados.¹ Un término emblemático y quizá el más relevante de todos, es *psicosis*, introducido en E. von Feuchtereben, en 1847,¹³ al continuar las ideas de Cullen (1769). El término se planteó en oposición a la neurosis (una enfermedad de los nervios sin lesión apreciable y con síntomas cambiantes), como sinónimo de enfermedad mental caracterizada por una confusión entre el mundo interno y el externo, que es en sí misma, “la idea de la alteración o el trastorno de la relación entre la mente y el cuerpo”; sinónimo y paradigma de enfermedad mental, siempre precedida y acompañada por una alteración de la imaginación en términos de: “expresión de la forma en la cual el objeto se refleja en un sujeto definido”.¹³ El autor considera que las psicosis son enfermedades más crónicas que agudas, que cursan con exacerbaciones irregulares y cuya causa es generalmen-

te física, aunque reconoce que la etiopatogenia física suele originar psicosis de curso más favorable que la psicogenética, “excepto en aquéllas en las que la causa física provoca alteraciones permanentes de la estructura orgánica, de tal manera que ya no pueda ser reparada”.¹³ Por su parte, la psiquiatría francesa produjo una importante literatura sobre *los procesos delirantes*, en los que centró su atención al tratar las psicosis.¹ La psiquiatría alemana y sus intentos nosográficos desembocaron en la sistematización conceptual a través de un autor más citado por su obra sobre las parafilias sexuales que por sus aportaciones a la psiquiatría, fue R. von Kraft-Ebing (1840-1902) para quien el concepto de psicosis se confunde con el de enfermedad mental,¹⁴ aunque distingue las psicosis orgánicas de las funcionales, y opone en dos grandes grupos, a las psiconeurosis como alteraciones mentales desarrolladas en un “cerebro sano” frente a las que se desarrollan en un cerebro defectuoso y que deben denominarse “degeneraciones psíquicas” o “locuras degenerativas”. Para él la lesión anatomopatológica es determinante en la génesis de las psicosis, pero ante las agresiones psicógenas, lo decisivo es la existencia o no de “un cerebro sano”. Sin embargo, el autor que configura la nosología psiquiátrica actual, en oposición a la visión francesa, más proclive a descripciones nosográficas que no exigiesen compromiso con categorías aspirantes a constituir enfermedades según el modelo médico, fue E. Kraepelin (1856-1926).¹⁵ Su obra aporta la delimitación conceptual de las psicosis al abandonar definitivamente los criterios sintomáticos y apostar por entidades clínicas a las que habría que investigar en calidad de enfermedades médicas.¹¹ Plantea¹⁵ un grupo de enfermedades psiquiátricas como entidades morbosas definidas por su curso y su pronóstico más que por su sintomatología y que constituye, en la medida que se fuera profundizando en su etiología, fisiopatología y anatomía patológica, el modelo a través del cual la psiquiatría se convertiría en medicina, sin más peculiaridades que las que suponen la distinta morfología de los síntomas, lo cual ha tenido una poderosa influencia en la concepción “organicista” de las psicosis y en el progresivo abandono de la necesidad de la investigación sobre su psicopatología.¹⁶ Tal orientación de la psiquiatría se apoyó en el desarrollo de la farmacoterapia producida a partir de 1950 reforzada por las aportaciones de Jaspers¹⁷ y Schneider.¹⁸ Los detractores de Kraepelin fueron: V. Magnan (1835-1916), quien representa la oposición de la psiquiatría francesa no resignada a abandonar los criterios estrictamente nosográficos e influida por los criterios de la degeneración de Morel; A. Meyer (1866-1950) de la naciente psiquiatría americana, quien rechazó la visión relativamente pesimista de Kraepelin y abogó por la importancia de los factores ambientales en la génesis, desa-

rollo y tratamiento de la enfermedad mental en general y de las psicosis en concreto, y AE. Hoche (1865-1943), quien mantuvo hasta el final su idea de que las enfermedades psiquiátricas eran especies naturales que habría que descubrir (no inventar ni construir), distintas e independientes de la voluntad y el interés del investigador.¹⁹ Tras él, K. Jaspers¹⁷ aportó la precisión de los conceptos psicopatológicos que le hacen ganar en la historia de la psiquiatría un lugar destacado. Su clasificación de las enfermedades mentales comprende tres grupos:

1. Trastornos debidos a alteraciones cerebrales, sistémicas o tóxicas.
2. Psicosis mayores (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva y epilepsia, siguiendo estrictamente a Kraepelin).
3. Alteraciones de la personalidad en las que incluye no sólo a las psicopatías propiamente dichas, sino también a las neurosis y a las reacciones anormales.

El concepto de psicosis como grupo es totalmente provisional y no perdurable, para él, en tanto no se disponga de pruebas suficientes sobre la etiología de los procesos. Aborda también otro aspecto constitutivo de las psicosis y al que confiere una importancia decisiva al tiempo que lo precisa conceptualmente: el aspecto fenomenológico de la posición del sujeto psicótico ante su psicosis y las formas de elaboración-fenomenica de esta posición. La percepción sobre la enfermedad por parte del paciente (insight) la define en términos de la capacidad del sujeto para juzgar qué le está sucediendo durante el desarrollo de su patología y por qué razón está ocurriendo. De modo que diferencia el insight de la conciencia de enfermedad, en la medida que la segunda supone sólo la experiencia de sentirse enfermo o de cambio. El insight, por el contrario, supone la posibilidad de hacer una estimación correcta del tipo de alteración y de la gravedad de lo que le ocurre.¹⁷ Para Jaspers es más fácil explorar el conocimiento objetivo que el paciente tiene de su situación (capacidad para entender y aplicarse a sí mismo lo que el médico le dice) que explorar lo que llama “apropiación comprensiva de ello”. Esta última función, que constituiría el auténtico insight está intrínsecamente relacionada con el sí mismo del paciente y no puede separarse del conocimiento de la propia existencia.¹⁷ Esta posición la acentúa la aportación de su discípulo Schneider,¹⁸ quien asume un punto de vista radical en el problema de la delimitación conceptual del término psicosis y desde 1946 defiende el concepto de que las psicosis son la única forma de enfermedad mental frente a las variedades anormales del psiquismo (situaciones que en puridad, no entran dentro del campo de la medicina) en las que incluía tanto a las neurosis como a

los trastornos de personalidad. Su posición es clara: son psicosis, todas y sólo ellas, las anomalías psíquicas que son consecuencia de enfermedades o malformaciones. La más grave de las alteraciones reactivas no es una psicosis y, por tanto, no es una enfermedad; la más leve de las alteraciones psíquicas de un traumatismo cerebral sí lo es. Esta posición se basa en un definido criterio etiológico¹⁸ (hay enfermedad o hay malformación, y enfermedad sólo la hay cuando se cumplen los postulados del modelo médico, es decir, cuando se conoce la etiología del proceso, su patogenia y la lesión o lesiones orgánicas que se producen como consecuencia) mientras que las clasificaciones internacionales,^{11,12} específicamente la CIE-10, OMS, incurrirán claramente en un descriptivismo ambiguo en el que la noción de similaridad es capital a la hora de asociar y clasificar los trastornos.⁶ Schneider matizó su concepción radical al aceptar que “las psicosis funcionales o sin base corporal reconocible podrían no cumplir estrictamente (sólo lo hacen de forma putativa) el postulado de ser consecuencia de enfermedad o malformación sin que por ello se cuestionara su pertenencia al grupo de las enfermedades”. Su posición básica trasciende tanto por su punto de vista conceptual como por la influencia ejercida sobre determinadas posiciones de la psiquiatría actual. A partir de él, aparece como la única posibilidad de investigación de las psicosis (incluidas las causadas por alteraciones cerebrales aún desconocidas) la que se centra, precisamente, en la investigación de estas causas ocultas que son, por definición, estrictamente biológicas.¹⁸ Para él, el concepto de psicosis psicógenas –contempladas desde Kraepelin–, es una contradicción en los términos y, desde esta perspectiva, remite toda la idea de los desarrollos de Kretschmer al terreno de las reacciones vivenciales anormales, las cuales, sea cual sea el aspecto que ofrezcan, deben considerarse reacciones finalistas directas, por lo que no deberían considerarse psicosis”.²⁰ Schneider admite el empleo de los términos exógeno y endógeno siempre que por exógeno se entienda algo exógeno orgánicamente y nunca algo psicógeno o meramente de influencia ambiental.¹⁸ Esta postura es similar a la mantenida por Uopis,²¹ quien expulsa definitivamente el amplio campo de las afectaciones psicógenas del ámbito de la medicina. Los trastornos psicogenéticos no son para él verdaderas enfermedades, que exigen siempre una etiología orgánica, y argumenta que por muy intensas que sean (las repercusiones somáticas que vivimos subjetivamente como emociones) si el organismo es normal debe tolerarlas sin alterarse patológicamente. Y concluye: si no hay enfermedades realmente psicogénicas tampoco hay una terapia realmente psíquica. La llamada psicoterapia no es más que una pseudoterapia que sólo sirve para curar pseudoenfermedades”.²¹ En este punto deviene

trascendente señalar que mientras unas posturas defienden el carácter orgánico de las psicosis y suponen la asimilación del concepto de enfermedad mental con el de enfermedad médica y ven en la psicosis el paradigma de la enfermedad mental, otros autores estiman la posibilidad de una causalidad psicológica (ambiental) de las psicosis y en consecuencia, no puede reducirse el campo de la enfermedad mental a las perturbaciones estrictamente de causalidad orgánica, cuestionando así indirectamente, el modelo médico de enfermedad como el único de aplicación a la psiquiatría. Kraepelin admitió la posibilidad de las psicosis psicógenas al estudiar los estados patológicos observables en prisioneros,¹⁶ pero fue E. Kretschmer²⁰ quien planteó en forma clara la posibilidad psicógena de los estados psicóticos. Para él, el delirio puede ser resultado de una particular estructura del carácter (sensitivo) que determina una especial forma de reacción a la que se unen las consecuencias de motivos o contenidos vivenciales producidos en el desarrollo vital del sujeto. La confluencia de una especial configuración caracterológica (sensitividad) y de acontecimientos vitales específicos, desarrollan el delirio y el estado psicótico. Jaspers objetó la interpretación de Kretschmer e insistió en que en el mecanismo de la transformación paranoica existe algo incomprendible, rescatando lo psicótico del ámbito de lo psicógeno. Kahn igualmente, formuló su desacuerdo al decir: “nuestra disciplina es una ciencia natural que debe basarse en hechos comprobados”.²² Para la psiquiatría actual la psicosis es ante todo un fenómeno originado en la alteración cerebral tipificable como tal, mediante la investigación dirigida al conocimiento de los mecanismos etiopatogénicos, siempre cerebrales. En consecuencia, las estrategias de identificación y análisis psicopatológico pueden variar, pero en el fondo queda la idea inmovible de que el conocimiento de lo psicótico únicamente será posible cuando se conozca su fisiopatología. Frente a esta postura se alza una opinión minoritaria según la cual se pretende encontrar sentido a la psicosis. Los contenidos de los fenómenos psicóticos no sólo no son prescindibles, en la medida que representan epifenómenos de un SNC alterado, sino que pueden representar aspectos insertables en el marco de la vida del portador y por tanto comprensibles a quien los analiza. Ésta, la línea que Kretschmer, adopta y que confluye con los planteamientos psicodinámicos. La psiquiatría “con aspiración a constituirse en una ciencia natural”,²² tiene la esperanza de entender y analizar lo psicótico a través del avance de la investigación biológica y del conocimiento de la fisiopatología cerebral. Tal corriente si bien ha conducido a éxitos espectaculares en su tratamiento se complementa con quienes pretenden entender lo psicótico desde lo que representa para el ser humano y desde allí, desde el

conocimiento del fenómeno, comprender cómo y por qué se produce en el marco de la vida del sujeto; tendencia que no elimina necesariamente la posibilidad de participación de los mecanismos cerebrales en la etiopatogenia, y estima que el carácter biológico no agota la riqueza del fenómeno psicopatológico; más aún el interrogatorio de este fenómeno es necesario para la correcta comprensión y el abordaje del problema, no sólo desde el punto de vista conceptual, sino también desde el punto de vista asistencial. Ambos conceptos, psicosis y psicótico no se agotan en el cerebro y sus alteraciones, sino deben entenderse en el marco de la existencia humana en su conjunto, es decir, en el desarrollo vital del portador. Ahora bien, desde la primera óptica las clasificaciones actuales son un compás de espera útil para acabar con la dispersión semántica y unificar las terminologías, en espera de la fundamentación de los hallazgos de la neurobiología y la neuroimagenología. Al efecto Kandel²³ diferencia las dos posturas ante lo psicótico, diciendo: *un individuo no es un esquizofrénico, tiene una esquizofrenia*; planteando así dos maneras de abordar lo que la neurociencia no niega: la influencia de “factores extracerebrales (psicológicos, ambientales, sociales o psicosociales) en la génesis, curso, respuesta al tratamiento y pronóstico del problema psicótico. Por otra parte, las pruebas que niegan la posibilidad de establecer diferencias consistentes entre los procesos neurobiológicos de las dos grandes psicosis funcionales esquizofrenia y trastorno bipolar, y los hallazgos que sugieren la presencia de factores etiológicos y vías fisiopatológicas comunes, son cada vez más abundantes. Se vuelve así a la posibilidad, nunca abandonada del todo, de que los mecanismos cerebrales que sustentan la aparición de lo psicótico sean comunes y que el valor de la sintomatología se debe establecer en función del sujeto y no de la alteración. En esa dirección, existe un paralelismo de la psiquiatría con sus desarrollos colaterales, donde puede colocarse al psicoanálisis; las psicosis, entendidas como las entendía la psiquiatría del momento, se interpretaron sucesivamente de maneras distintas. El psicoanálisis freudiano defendió siempre su naturaleza conceptual idéntica a las neurosis (generando así, sin pretenderlo, una especie de teoría especular a la de la psicosis única, la de la “neurosis única” en cuanto mecanismo general del enfermar psíquico), y colocó su especificidad diferencial en la acentuación e intensidad de los mecanismos regresivos implicados. La profundidad de la regresión psicótica, “que alcanza a épocas mucho más distantes en el pasado que las correspondientes a cualquier otra regresión neurótica” es el rasgo definitorio de los mecanismos psicóticos para Freud.²⁴ E. Bleuler (1857-1940) que tuvo como ayudantes a CG. Jung, E. Minkowski y L. Binswanger, entre otros, es un buen ejemplo de la per-

meabilidad de las ideas psicodinámicas en la psiquiatría clínica. La idea de la “dislocación de las diversas funciones psíquicas” (entre afectividad y voluntad, entre afectividad e intelección) como base de la psicopatología común al “grupo de las esquizofrenias” supone un intento de búsqueda de un mecanismo psicopatológico que puede definir lo psicótico.²⁵ A partir de 1930 la confluencia de las ideas psicoanalíticas con postulados fenomenológicos y el desarrollo de la filosofía existencial, indujeron a creer que la investigación psicopatológica podía arrojar luz al fenómeno psicótico, más allá del hecho clínico. Se buscaba, según Minkowski,²⁶ el “trastorno generador” común a todas las manifestaciones psicóticas. Para él, el trastorno esencial de la esquizofrenia (paradigma de la situación psicótica) consiste en la “pérdida del contacto vital con la realidad”. El concepto de “contacto vital con la realidad” –tomado de las ideas de Bergson–,²⁷ consiste en “un equilibrio eurrítmico y armonioso entre las fases esquizoides y sintónicas de nuestra existencia”. La vulnerabilidad psicótica consistiría precisamente en la falta de equilibrio y armonía entre estas fases. La descripción actualizada que hace Stanghellini de las ideas de Minkowski, nos hace ver en qué medida el autor buscaba una síntesis que permitiese el abordaje unitario del fenómeno psicótico, por encima de los cuadros clínicos discretos en los que se manifiesta.²⁸ También guarda una cierta deuda con Minkowski el concepto de pérdida de la evidencia natural” que Blankenburg ha asociado a la psicopatología de las psicosis.²⁹ Desde la perspectiva de la teoría de la Gestalt, K. Conrad (1905-1961) afronta la investigación del fenómeno psicótico partiendo de una posición que considera los procesos psicopatológicos no como meros epifenómenos de las correspondientes alteraciones orgánicas (sin negarlas), sino como estructuras psíquicas sometidas a formas regulares de cambio.³⁰ Conrad encuentra que el cambio de la estructura de la vivencia esquizofrénica gira alrededor de dos factores esenciales: el cambio anormal de significación de las cosas (apofonía) y la vivencia de ser el centro, como si todo el acontecer del mundo, girara en torno al enfermo” (anástrofe). Ambas vivencias forman el núcleo del vivenciar esquizofrénico. Sería interesante plantearse si constituyen más bien, el núcleo del fenómeno psicótico.³⁰ El análisis psicopatológico de las psicosis adquiere un nuevo impulso con la obra de J. Wyrsh,³¹ quien plantea que no es posible encontrar un trastorno fundamental psicótico”, al menos desde la clínica, la fenomenología y el análisis existencial, sino que siempre nos hallaremos ante una persona enferma de manera total. Trastornos fundamentales pueden aislarse y enumerarse muchos, pero todos confluyen en la totalidad de la persona. Wyrsh los menciona y los atribuye a cada autor de la siguiente manera: Schüle habló del debilita-

miento de la conciencia, Janet de la disminución del nivel mental; Berze de la insuficiencia de la actividad psíquica; Bleuler de la relajación de la tensión asociativa; Jung de la independización de los complejos; Stranski de la ataxia intrapsíquica; O. Gros de la destrucción de la conciencia y de la independencia de las series asociativas de curso paralelo. Para Wyrsh, todas estas opiniones son sólo la expresión de visiones parciales que no atendían a la totalidad del sujeto enfermo. Su opinión es que la esquizofrenia es una enfermedad de la persona y ésta no puede descomponerse en partes psíquicas. Pero también que la psicosis no puede reducirse a una simple lesión corporal de cualquier índole, ni a una mera dinámica psicológica inserta en la historia vital del sujeto; lo psicótico es ambas cosas y no es ninguna de las dos por separado. Es fundamentalmente una transformación de la persona y su mundo. La obra de Wyrsh no tuvo mucha difusión en su momento, pero se debe considerar un intento notable de introducir el sujeto en la investigación sobre la naturaleza y la dinámica de las psicosis.³¹ Coetáneo de Wyrsh, H. Ey, en 1949,³² publica sus conferencias sobre los delirios, mostrando su posición órgano-dinámica que centra el trastorno fundamental en la progresiva disolución de la conciencia (inspirada en el modelo de jerarquización funcional del SNC H. Jackson), el cual postula que los cuadros agudos y crónicos presentan diferencias fundamentales más allá de la duración cronológica del proceso. Estas diferencias estriban precisamente en las modalidades temporales distintas en que se produce la disolución de la conciencia". Las psicosis (esquizofrenia) supone para Ey la desorganización de la personalidad" que ha de unirse a la idea de disolución de la conciencia y ésta supone la alteración de las estructuras sincrónicas del ser consciente", mientras que la desorganización de la personalidad implica la alteración de las estructuras diacrónicas" de ese mismo ser consciente. Es por esto por lo que la psicosis aguda y la psicosis crónica presentan dos planos de análisis constitucionalmente diferentes. La posición de Ey no ha sido estudiada como se merece y supone una aproximación interesante a la estructura psicopatológica del fenómeno psicótico.³² Recientemente se ha vuelto a plantear el problema de la incomprendibilidad relacionado íntimamente al concepto de psicosis desde la visión psicopatológica Jasperiana.² Lo incomprendible trasciende a la mera expresión contextual en tanto supone siempre un detenimiento en el proceso de diálogo o comunicación con cosas o personas con las que se había estado en comunicación. Por tanto, no es un mero sin sentido o ausencia de sentido en una proposición, sino la imposibilidad de entender en qué medida no hay posibilidad de comunicar. Sobre esta base, Heinimaa establece dos proposiciones complejas:

1. El concepto de psicosis marca el límite absoluto de la inteligibilidad de una persona por las demás.³³ Cuando se usa psicosis como una denominación clínica, empleamos una palabra que pretende captar la realidad del otro (psicótico), pero este uso clínico no elimina el problema de la imposibilidad de captar positivamente la realidad de ese otro.
2. El problema de las dificultades conceptuales que presenta el término psicosis se acentúa cuando nos encontramos ante situaciones que no presentan rasgos o características definidas, por ejemplo, en el caso de los síntomas y estados prodrómicos o en las posibilidades y problemas que implican los programas de detección temprana. La más reciente aportación, con pretensión integrativa digna de tomarse en cuenta, se encuentra en Cullberg.³⁴

La definición actual de psicosis ejemplifica el estado actual del debate, al definirla como un concepto fenomenológico-psicológico que no tiene (probablemente no pueda tener) una definición biológica que cubra el término, dado que no se dispone de marcadores biológicos. Cabría discutir con el autor la denominación de "concepto fenomenológico-psicológico" que ampara en su intención de "hacer una psicología de las psicosis al tiempo que se hace una fenomenología de éstas" y cuya pretensión no tiene por ahora resolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

En el complejo "estado actual del arte" que se muestra, conviene tener en cuenta las diversas posturas existentes. Así, por ejemplo, en 1988 la APA publicó un glosario que pretendía aclarar los conceptos empleados en la tercera revisión del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R).⁹ Para la APA, psicosis es "un trastorno mental importante de origen orgánico o emocional, en el cual la capacidad de una persona para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y conducirse apropiadamente está suficientemente deteriorada como para interferir gravemente con la capacidad para satisfacer las demandas ordinarias de la vida... El trastorno se caracteriza a menudo por conductas regresivas, humor inapropiado, disminución del control de los impulsos y presencia de contenidos mentales anormales como delirios y alucinaciones". Y termina diciendo que "el término es aplicable a situaciones que presentan un amplio rango de gravedad y duración". El glosario remitía, asimismo, al término *reality testing* ("contacto con la realidad" o "juicio de realidad") definido como "la capacidad de evaluar el mundo exterior objetivamente y diferenciar adecuadamente entre dicho mun-

do exterior y el mundo interno.”⁹ La psiquiatría americana aún remite el concepto de psicosis –y lo psicótico– a un conjunto descriptivo de alteraciones graves, sin prejuizar su etiología, que conducen a situaciones de discapacidad asimismo graves. Pero sin colocar el énfasis en los síntomas que se describen como en sus consecuencias sobre la vida del paciente. De modo que delimita lo anormal sobre la base de sus repercusiones en el funcionamiento del sujeto y no sobre sus aspectos fenomenológicos.¹² Por su parte, la OMS en la introducción del capítulo V (sobre trastornos mentales y del comportamiento) plantea que el término psicótico se ha mantenido en la citada clasificación como un término descriptivo, “sin que el recurrir a él presuponga nada sobre posibles mecanismos psicodinámicos, capacidad de introspección o juicio de realidad”. Es decir, propone el empleo del término manteniendo una neutralidad teórica hacia una significación patogenética concreta.¹¹ Por cierto que no menciona que lo psicótico haya de ser o no ser fruto de mecanismos neurobiológicos y, también, de cualquier implicación psicopatológica y específicamente de aquellas que han acompañado al término con más constancia a lo largo de la historia de lo psicótico como la capacidad de introspección (insight) y juicio de realidad. Lo psicótico queda así reducido a indicar la presencia de alucinaciones, ideas delirantes o un número limitado de comportamientos claramente anormales (gran excitación o hiperactividad, aislamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad, marcada inhibición psicomotora y manifestaciones catatónicas). En consecuencia, esta reducción descriptiva plantea una definición laxa del término que evade el concepto y señala la reunión de características heterogéneas e inespecíficas de entre las que destacan dos tipos de síntomas: las alucinaciones y los delirios. Es decir, considera que lo psicótico es otra forma no comprometida de mencionar lo alucinatorio-delirante. Sin embargo, la clasificación denota que lo alucinatorio-delirante no da cuenta de lo psicótico y por ello se obliga a la enumeración de síntomas más inespecíficos aún, mencionados a través del criterio de gravedad o intensidad como punto de referencia para considerarlos psicóticos y haciendo una sorprendente exclusión conceptual, basada en la existencia o no de depresión o ansiedad.¹¹ Al efecto, cabe destacar que la CIE-10 emplea reiteradamente los términos psicosis y psicótico a lo largo de la clasificación.⁴ Inicia desde el grupo de trastornos mentales orgánicos, en los que distingue los que presentan fundamentalmente alteraciones de las funciones cognitivas superiores de aquellos que presentan alteraciones de la percepción, contenido del pensamiento, humor y emociones o el comportamiento y/o personalidad, en ausencia de alteraciones del primer grupo. La

mención explícita del término psicosis aparece en primer lugar en la sección F00-F09 (trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos) en los subapartados F03 (psicosis senil y presenil), F04 (psicosis de Korsakov), F05 (psicosis infecciosa aguda o subaguda), F06.2 (psicosis esquizofreniforme de la epilepsia), F06.8 (psicosis epiléptica sin especificación) y F09 (psicosis orgánica sin especificación y psicosis sintomática sin especificación). La sección F10-F19 (trastornos mentales del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas) incluye el término de forma general en el apartado Flx.5 (trastorno psicótico) y en Flx.7 (trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas). Lo menciona también en apartados más específicos, como en Flx.6 (psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicotrópicas). La sección F20-F29 en los apartados F20 (esquizofrenia), F21 (trastorno esquizotípico) y F22 (trastorno de ideas delirantes persistentes) no menciona el término, quizá porque se sobreentiende que se está hablando de la psicosis por excelencia, aunque el F22.0 (trastorno por ideas delirantes) la incluye en psicosis paranoide sin especificación. Por el contrario, el F23 se denomina trastornos psicóticos agudos y transitorios y, correlativamente, el F24 menciona la psicosis simbiótica, el F25 la psicosis esquizoafectiva de tipo maníaco y la psicosis esquizofreniforme de tipo maníaco (F25.0), así como las correspondientes de tipo depresivo (F25.1) y también la psicosis mixta esquizofrénica y afectiva (F25.2), la psicosis esquizoafectiva sin especificación (F25.9), psicosis la alucinatoria crónica sin especificación (F28) y, por último, la psicosis sin especificación (F29). La sección F30-F39 (trastornos del humor) menciona la psicosis en el apartado general F31 (psicosis maníacodepresiva) y en los subapartados F31.2 (trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos) y F31.4 (trastorno bipolar, episodio actual grave con síntomas psicóticos). En el apartado 32 (episodios depresivos) aparece en F32.3 (episodio depresivo grave con síntomas psicóticos) que se considera además como sinónimo de depresión psicótica, psicosis depresiva psicógena y psicosis depresiva reactiva. Todos estos diagnósticos pueden ser incluidos como sinónimos en los casos de depresión recurrente (F33 trastorno depresivo recurrente), el cual ‘también presenta un subapartado para el trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos (F33.3). La sección de trastornos de humor se cierra con el apartado F39, que incluye la psicosis afectiva sin especificar. El resto de las secciones que clasifican las enfermedades mentales del adulto (F40-F49; F50-F59; F60-F69 y F70-F79) no mencionan el término psicosis en sus apartados ni lo incluyen como sinónimo a excepción del apartado F44 (trastornos disociativos

o de conversión), que incluye como sinónimo la psicosis histórica. Es interesante destacar que en la sección que reúne todos los trastornos que aparecen en edades infantojuveniles (F80-F89 y F90-F98) el término no aparece en la nomenclatura de los distintos apartados y subapartados, y sólo como sinónimo en el apartado F48.0 (autismo infantil) como psicosis infantil y en el apartado 48.3 (otro trastorno desintegrativo de la infancia) como psicosis desintegrativa. Como puede apreciarse, no existe un concepto unitario del fenómeno psicosis y el término se encuentra profusamente disperso a lo largo de la clasificación.¹¹ La revisión del concepto en la literatura especializada y sus diversas acepciones –lo que es parte del problema y por tanto se hace paradigma de solución–, arroja en última instancia que lo definitorio de los estados psicóticos (agudos) se pone fundamentalmente en la dislocación de la experiencia de la continuidad del sí mismo (Self). Donde el Yo carece de habilidad para diferenciar aspectos centrales del mundo interno y del mundo externo. El centro del Self se sitúa cerca del mundo interno, con sus aspectos mágicos y sus procesos primarios de pensamiento, en los cuales la causalidad, tiempo y espacio se convierten en categorías “negociables” al tiempo que eliminan las relaciones con el otro.

CONCLUSIÓN

En la actualidad se acepta que el campo general de las psicosis existen cuatro tipos de factores interdependientes que modulan su etiopatogenia:

1. Los relativos a la vulnerabilidad biológica.
2. De vulnerabilidad psicodinámica.
3. Los desencadenantes.
4. Los de protección, de naturaleza fundamentalmente psicosocial.

En tanto que los factores de protección son tres:

1. La red social operativa y funcional.
2. El trabajo y actividades no rutinarias.
3. Los rasgos de coherencia interior.³⁵

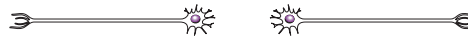
Este último factor, quizá el más difícil de conceptuar, se basa en el estudio de los supervivientes de los campos de concentración nazis, llamado “sentido de coherencia” y que alude al equipamiento de fuerza personal asaz afectivo con la que el sujeto hace frente a la adversidad. En consecuencia, la aproximación actual al hecho y al fenómeno de lo psicótico supone un esfuerzo de integración de datos y pruebas que proceden de campos muy variados del conocimiento. Queda por resolver la pretensión

de establecer enfermedades diferenciadas sobre una única base de investigación neurocientífica, y a la vez sin abandonar acriticamente a la idea de que lo psicótico supone un mecanismo psicopatológico único, inscrito en las formas de reacción de un sujeto vulnerable a determinados acontecimientos desencadenantes de enfermedad. El modelo de vulnerabilidad de estrés³⁶ es aún un buen referente para conceptuar operativamente la psicosis y lo psicótico, a pesar de que no elimina la necesidad de definir lo que caracteriza lo psicótico como forma de vida y, correlativamente, lo que constituye los “síntomas de base”.³⁷ Éste, como puede verse, es sin duda un camino aún inexplorado largo, quizá, donde falta mayor conocimiento y más esfuerzos de investigación que arrojen luz a su conceptualización nosográfica y con ello al adecuado manejo clínico de sus consecuencias. Confiamos en el eclecticismo de las posturas citadas y el razonable juicio de los profesionales para enfrentar todos, en conjunto, la contumaz dificultad que plantea la historia del ejercicio profesional en esta área.

REFERENCIAS

1. Baca BE. *Lo psicótico. Historia conceptual de la psicosis*. En: Roca BM (ed.) *Trastornos psicóticos*. Ars Médica Barcelona 2007.
2. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer; 1959. In: Hoenig J, Hamilton MW (eds.). *General psychopathology*. Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press; 1997.
3. Souza y MM. *Glosario lexicológico de adicciones para personal de salud*. Conferencia Magistral. Congreso Internacional de Adicciones, 2006. Centros de Integración Juvenil, A.C. Diciembre 4-8, 2006.
4. Souza y MM. *Curso-taller principales diferencias nosográficas en las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales ICD-10 y DSM-IV*. VIII Congreso Instituto de Psiquiatras de Lengua Española y Reunión Anual del Consejo Académico de Postgrado en Salud Universidad La Salle-Reunión 2-2000 Colegio Mexicano de Psicoterapia A.C.-II Congreso Anual del Instituto Mexicano de Psicoterapia A.C. Cuernavaca Mor., Abril, 12-13, 2000.
5. Souza y Machorro M, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Tagle OI. *Discrepancia psicoanalítico-psiquiátrica en cuanto al concepto de homosexualidad y su impacto en la educación sexual del profesional de la salud*. *Psiquiatría* 2001; 17(1): 32-9.
6. Souza y MM, Díaz BSL. *Nosología psiquiátrica ¿DSM-IV o CIE-10?* *Revista CIJ Órgano Informativo de Centros de Integración Juvenil, A.C.* 1997; 2(8): 85-7.
7. Souza y MM. *Diagnóstico y clasificación psiquiátrica. DSM-IV-TR Y CIE-10*. Curso “Diagnóstico y psicopatología”. Dirección de Enseñanza y Capacitación. Centros de Integración Juvenil, A.C. México, Septiembre 28-30, 2006.
8. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y MM. *La Educación médica en adicciones y sus problemas*. *Psiquiatría* 2004; 20(1): 9-20.
9. *American Psychiatric Association. American Psychiatric Glossary*. Washington: American Psychiatric Press; 1988.
10. Souza y MM. *Lenguaje social y terminología en adicciones*. Conferencia Magistral XVI Congreso Nacional y XXVI Simposium Latinoamericano de Psiquiatría Biológica “Pasado, presente y futuro de la psiquiatría”. Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica, A.C. Centro Médico Nacional, IMSS. Mexico, D.F. 13-15, Septiembre 2007.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Desordenes mentales, conductuales y del desarrollo*. En: *Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades*. Ginebra, Suiza. OMS, 1993.

12. American Psychiatric Association. *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatric Press; 2000.
13. Van Feuchtersleben E. *Lehrbuch der artzachen Seelenkunde*. Wien, 1845. In: Lloyd HE (ed.). *The principles of medical psychology*. London: Sydenham Society; 1847.
14. Van KrafftEbing R. *Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage*. Berlin; 1879. In: Chaddock CG (ed.). *Textbook of insanity based on clinical observations*. Phil., Davis FA; 1904.
15. Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia*. Traducido por Barclay RM. Edinburgh: Livingstone; 1919.
16. Kraepelin E. *Die Erscheinungsformen der Irreseins*. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1920; 62: 129.
17. Jaspers K. *Allgemeine psychopathologie*. Berlin: Springer; 1959. In: Hoenig J, Hamilton MW (eds.). *General psychopathology*. Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press; 1997.
18. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. Mit eine Kommentar van Gerd Huber und Gisela Gross. 14 Auflage. Stuttgart. Thieme G.; 1992. In: Sánchez PA (ed.) *Psicopatología Clínica*. Madrid: Arch Neurobiol; 1997.
19. Hoche AE. *Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie*. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1912; 12: 540-51. In: Gonzalez CJ, Cortés R (eds.). *El significado de los complejos sintomáticos en psiquiatría*. En: Hoche A, Kraepelin E, Bumke O (eds.). *Los síntomas de la locura*. Madrid: Triacastela; 1999.
20. Krestchmer E. *Der sensitive Beziehungswahn*. Berlin: Springer; 1918. En: Salé SJ (1959). 4a. Ed. Kreschmer W. (1966) *El delirio sensitivo de referencia*. Madrid: Triacastela; 2000.
21. Uopis B. *Sobre la delusión y la paranoia*. Arch Neurobiol 1961; 243-60. En: Lázaro J, Uopis B (eds.). *La psicosis única*. Escritos escogidos. Madrid: Triacastela; 2003.
22. Berrios G. *The history of mental symptoms*. Cambridge: Cambridge Univ. Press; 1996.
23. Kandel ER. *Disorders of thought and will: schizophrenia*. In: Kandel ER, Schwartz JTM (eds.). *Principles of neural science*. 4th ed. New York: MacGraw Hill; 2000.
24. Fenichel O. *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: WW Norton; 1945.
25. Bleuler E. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke; 1911. (Traducción española: *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Hormé; 1997.)
26. Minkowski E. *La Schizophrénie*. Paris: Parar; 1927.
27. Maier W, Zobel A, Wagner M. *Schizophrenia and bipolar disorders: differences and overlaps*. Curr Opin Psychiatry 2006; 19: 165-70.
28. StangheUini G. *Disembodies spirits and deanimated bodies*. The psychopathology of common sense. Oxford: Oxford Univ Press; 2004.
29. Blankenburg W. *Der Verlust der natuerlichen Selbsverstaendlichkeit*. Stuttgart: Enke; 1971. En: Cortina R (ed.). *La perdita dell'evidenza naturale*. Milano: 1971.
30. Conrad K. *Die beginnende Schizophrenie*. Versuch einer Gestaltsanalyse des Wahns. Stuttgart: Georg Thieme; 1958. In: Morales B (ed.). *La esquizofrenia incipiente*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 1997.
31. Wyrsch J. *Die Person des Schizophrenen*. Berna: Haupt; 1949. In: Uopis B (ed). *La persona del esquizofrénico*. Madrid: Triacastela; 2001.
32. Ey H. *Estudios sobre los delirios*. Madrid: Paz Montalvo; 1950.
33. Heinimaa M. *Incomprehensibility*. In: Fullford KWM, Morris KJ, Sadler JZ, Stanghellini G (eds.). *Nature and narrative: aii introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford Univ. Press; 2003.
24. Cullberg J. *Psychoses. An integrative perspective*. London: Routledge; 2006.
35. Wiggins OP, Schwartz MA. *The limits of psychiatric knowledge and the problem of classification*. In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA (eds.). *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*. Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press; 1994.
36. Zubin J, Spring B. *Vulnerability: a new view of schizophrenia*. J Abnormal Psychology 1977; 86: 103-26.
37. Klosterkotter J. *Vulnerabilità schizofrenica e sintomi di base*. In: Rossi Monti M, Stanghellini G (eds.). *Psicopatología de la schizofrenia*. Milano: Rafaello Cortina; 1999.



Correspondencia: Dr. Mario Souza y Machorro
Centros de Integración Juvenil, A.C. CIES,
Aguascalientes 2001-7 Col. Hipódromo Condesa,
Del. Cuauhtémoc, C.P. 06510,
México, D.F.
Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx.