

# REFLEXIONES EN TORNO A LA DOCENCIA UNIVERSITARIA DE LA PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA EN EL GRADO DE PSICOLOGÍA

RUFINO J. MEANA <sup>1</sup>

Fecha de recepción: junio de 2013

Fecha de aceptación y versión definitiva: septiembre de 2013

*RESUMEN:* En el artículo se plantea la necesidad de reflexionar sobre el modo de ayudar a los estudiantes de psicología a que se adentren en el estudio de la psicopatología clínica tratando de evitar el peligro de los reduccionismos varios que amenazan a la disciplina. Para ello se habla de la importancia del modelo fenomenológico, atendiendo a sus ventajas y limitaciones, y se hace una descripción de los más significativos problemas y complejidades que actualmente afectan a la psicopatología. Finalmente, se plantea la necesidad de una aproximación desde el paradigma de la complejidad que pueda dar cuenta adecuadamente de la psicopatología humana.

*PALABRAS CLAVE:* Psicopatología, Fenomenología, Psicología clínica, Paradigma de la complejidad, Docencia universitaria.

## *Reflections on teaching clinical psychopathology to psychology degree students*

*ABSTRACT:* The article focuses on the need to reflect on how to help students of psychology to put out into the study of clinical psychopathology trying to avoid the danger of different reductionisms threatening the discipline. To this purpose this speaks about the importance of the phenomenological model, speaking of its pros and cons, and provides a description of the most significant problems and complexities that revolve around this discipline. Finally, it raises the need for an approach from the paradigm of complexity that can account properly for human psychopathology.

*KEY WORDS:* Psychopathology, Phenomenology, Clinical psychology, Paradigm of complexity, University teaching.

---

<sup>1</sup> Psicólogo Clínico y Profesor de psicopatología clínica. Departamento de Psicología de la Universidad Pontificia Comillas. Desde 2003 hasta mayo de 2013 ha sido director del Centro de Psicología de Comillas, UNINPSI. E-mail: rmp@chs.upcomillas.es

Desde el anuncio del lanzamiento de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), hace unos años, hasta su reciente comercialización en lengua inglesa (APA, 2013), las reflexiones, debates y confrontaciones en torno a la psicopatología han invadido diversos foros profesionales y académicos<sup>2</sup>. Se discute desde sus decisiones nosológicas hasta el alcance y la utilidad de una obra como esta en un mundo globalizado. Consideremos que el entrecruzamiento cultural, fruto de los grandes movimiento migratorios y, sobre todo, la acción de las redes sociales y los medios de comunicación de alcance mundial vía Internet, hacen que la conciencia de variabilidad cultural sea enorme y, por tanto, la disposición a aceptar la validez universal de algunos aspectos importantes en una obra como esta es mucho menor que hace una décadas.

Al hilo de esta especie de conmoción, en la que no queremos entrar directamente, nos ha parecido oportuno hacer una serie de reflexiones desde el punto de vista de quien tiene encomendada la tarea de introducir a jóvenes estudiantes en el intrincado mundo de la psicopatología clínica mediante el estudio de lo que tradicionalmente se ha llamado psicopatología fenomenológica o descriptiva<sup>3</sup> y, por supuesto, de las últimas ediciones de las clasificaciones internacionales al uso editadas tanto por la *American Psychiatric Association* como por la Organización Mundial de la Salud, DSM y CIE respectivamente.

Una dificultad con la que nos encontramos es que se trata de una materia muy pegada a la tradición psiquiátrica. El asunto es que los estudiantes a quienes va dirigido el curso son candidatos a psicólogos y tanto la base de conocimientos como el objetivo final del conjunto de su formación son muy distintos de los que poseen los médicos psiquiatras. No se puede ofrecer, sin más, una exposición de los contenidos tal como se haría en un foro de estudiantes de medicina. Hemos de manejar la semiología psiquiátrica sosteniéndola sobre el trípode conceptual que plantea George Engel (1980) (Socio-Bio-Psíquico) sí, pero subrayando aquellos elementos que ponen a la semiología en contacto con los aspectos que van a ser relevantes en el campo de su especialidad. El psicólogo, sin desestimar la biología y sus causalidades, se fija sobre todo en los elementos cognitivos, sociológicos y biográficos que han traído a esa «biología humana» hasta su situación actual: los procesos de aprendizaje, el interjuego de identificaciones, la relación con otros y consigo mismo, también sus deseos y aspiraciones, sus fantasías, el ejercicio de la voluntad al servicio de su proyecto vital, etc. Desde nuestro modo de entender las cosas, resulta muy importante enseñar la semiología psiquiátri-

---

<sup>2</sup> Greenberg (2013), Kelly (2013) y, muy significativamente, la revisión de los conflictos conceptuales que hacen Paris y Phillips (eds.) (2013).

<sup>3</sup> Utilizaremos en adelante ambos términos indistintamente.

ca sin olvidar que la psicología, por más práctica y sanitaria que se pretenda que sea en el ejercicio profesional, es una disciplina que se desprende históricamente de las Ciencias Humanas y sin ellas se desnaturaliza.

Estamos ante el reto de mostrar a los estudiantes cómo la semiología psicopatológica, como lenguaje que es, sirve para comprender y describir los fenómenos mórbidos de la denominada «psiquiatría pesada», por supuesto, pero también, aspectos esenciales del ser humano que, sin estar gravemente enfermo, puede padecer algunos de los problemas que son objeto de estudio de las diversas escuelas de psicología.

En nuestra reflexión nos vamos a centrar en la importancia del estudio de la semiología como preámbulo para el estudio de las clasificaciones nosológicas. Desde nuestro punto de vista esta secuencia docente es esencial en un contexto en el que existe una marcada tendencia a una transmisión de conocimientos excesivamente esquematizada con una hipertrofia de la dimensión práctica —por otro lado indispensable— no muy reflexionada. La entrada al mundo de la psicopatología a través del estudio de la semiología psicopatológica tiene el propósito de alejar, tanto al docente como al alumno, de la tentación de pensar que la psicología humana se puede estudiar y comprender solamente a base de categorías morbosas establecidas y sólidas; también aleja la tentación de imaginar que existen técnicas terapéuticas claras y distintas para cada una de esas categorías aparentemente incuestionables. Estamos ante un verdadero esfuerzo por lograr que la mente de todos funcione más desde el paradigma de la complejidad que desde simplificaciones reduccionistas y, sin embargo, que no triunfe la posible sensación de que un exceso de complejidad hace que sea imposible llegar a abarcar el inmenso y apasionante mundo de las variaciones en el enfermar psíquico del ser humano. Se trata de potenciar la idea de que cada intervención terapéutica ha de estar centrada en la persona concreta que tenemos delante, respetando su dignidad como sujeto único. Para algunos, entre los que nos encontramos, esto es todo un imperativo ético (Mishara y Schwartz, 2013).

Es nuestra tarea introducir a los alumnos en el sutil arte de la observación de signos y síntomas patológicos de las diversas funciones de la mente que constituyen el conjunto del aparato psíquico. Al no poseer aún mucha experiencia en el ámbito de la psicología, ordinariamente carecen de referencias relacionadas con el enfermar psíquico y el reto se centra en tratar de guiarles, sin ahorrarles el esfuerzo de la reflexión y el cultivo de su pensamiento abstracto, para que vayan viendo las delimitaciones de los constituyentes del psiquismo enfermo, las inciertas interrelaciones que existen entre estos, los entrecruzamientos entre lo normal y lo patológico y las lagunas de conocimiento que existen al respecto, etc. Todo ello para terminar familiarizándose con los fenómenos psíquicos, tanto con los mórbidos como con los sanos; con la propia naturaleza humana.

## 1. EL ESTUDIO DE LA PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA. DESDE LA TRADICIÓN HACIA NUEVOS HORIZONTES HERMENÉUTICOS.

A nuestro juicio no hay mejor puerta de entrada a al mundo de la psicopatología que la que nos ofrece la fenomenología tradicional consolidada por Jaspers y desarrollado por muchos otros autores hasta nuestros días.

Sabemos que el Grupo de Cambridge, con Germán E. Berrios a la cabeza, cuestiona que, a día de hoy, la semiología tradicional sea suficiente para comprender los fenómenos mórbidos del ser humano contemporáneo (Berrios, 1984, 1993, 1996, 2008; Luque, 2000; Spinelli, 2005). Compartiendo gran parte de sus planteamientos, sin embargo, entendemos que para los no iniciados es útil introducirse en el tema a través de los conceptos clásicos que son la base del lenguaje más comúnmente utilizado por los profesionales de la salud mental. El reto está en que estos rudimentos conceptuales sean transmitidos de modo tal que les permita seguir avanzando e ir transformando el saber tradicional por otros planteamientos más contemporáneos que enriquezcan sus esquemas mentales. Deberán incorporar, sin mayores tensiones, los avances provenientes tanto de la práctica clínica como de las investigaciones mediante las técnicas neurofisiológicas actuales (PET SCAN, RMN, «mapeo» cerebral, marcadores biológicos, etc.).

Como nos recuerda Falret (Berrios, 1999), la psicopatología ha pasado por cuatro fases o periodos evolutivos:

- Un primer periodo *novelístico* en el que la patología descriptiva únicamente se interesaba por las manifestaciones extrañas de algunas funciones mentales.
- Un segundo período *narrativo o ingenuo* en el que la descripciones de todos los síntomas se realizaban sin teorías que las sustentasen.
- Un tercer período *psicológico* en el que se aplicaría un modelo continuista de la psicología normal.
- Un cuarto periodo, la *nueva patología descriptiva*, en el que los síntomas mentales se describen contextualmente, de acuerdo a categorías especiales, y son considerados como discontinuos con la conducta normal.

Los síntomas mentales se conceptualizan hoy como señales neurológicas anómalas que se manifiestan en la conducta verbal y no-verbal del paciente (Luque, 2000). Éstas podrían ser una disfunción primaria o secundaria de un determinado subsistema cerebral. El problema es que estas «señales» pueden venir distorsionadas por ‘ruidos’ varios. Estos ruidos corresponderían a todos aquellos aspectos psicosociales o señales de otros subsistemas no implicados en la señal que nos ocupa. Esto es especialmente importante

porque puede darse el caso de que síntomas que el paciente presenta ante la observación del profesional sean predominantemente ruido y que la «señal anómala originaria» no se capte fácilmente. La misión de la nueva psicopatología descriptiva sería analizar el sistema de señales anómalas y establecer las proporciones señal/ruido existentes en cada unidad de análisis.

Desde nuestro punto de vista, para poder llegar a este nivel de análisis, primero hay que conocer a fondo la patología descriptiva básica, seguramente la del segundo período descrito por Falret. A juicio del célebre tratadista Andrew Sims «el estudio de la fenomenología despierta la curiosidad por las herramientas diagnósticas, agudiza la perspicacia clínica y mejora la comunicación con el paciente. El paciente y sus quejas merecen una atención meticulosa por nuestra parte (...) el estudio adecuado de su enfermedad mental comienza con la descripción de cómo piensa y siente en su interior» (Sims, 2008: p.16).

Además, el estudio de la psicopatología descriptiva —como tiende a denominarse hoy a la semiología— hace que el clínico minimice el peligro de confundir las, presuntamente asépticas, listas de signos y síntomas (por ejemplo la DSM o la CIE) con un manual de patología humana y consecuentemente trate de encontrar entre las personas enfermas aquello que estudió en la lista de problemas. Es un tema que preocupa a muchos teóricos.

Las taxonomías meramente enumerativas de síntomas desmembrados de todo «logos interno comprensivo» (Pelegrina, 2006, 76), llamadas estadísticas porque son resultado del consenso intersubjetivo de profesionales, pueden terminar siendo consideradas como «objetivas» —hechos objetivos de realidad— en un proceso de reificación acrítico. Sin obviar su innegable valor al servicio de la investigación y el intercambio de información trans/escuela, las clasificaciones contemporáneas pueden llegar a ser un grave empobrecimiento de la psicopatología (y, por tanto, del modo de entender la psicología clínica en general) que distorsione la realidad humana, simplificándola, si no se alimenta en el estudiante la capacidad de observar la complejidad de la realidad psíquica que viene de la mano, entre otras, de la psicopatología descriptiva o fenomenológica.

## 2. LA FENOMENOLOGÍA COMO FUNDAMENTO DEL MÉTODO DESCRIPTIVO

Entre los tratadistas contemporáneos es común afirma que la fenomenología ha sido, es y será firme fundamento para el estudio de la psicopa-

tología<sup>4</sup>. Desde Jaspers, y gracias a él, hemos alcanzado un método válido para la construcción de un idioma común que hipotéticamente permitiría saber de qué se habla cuando los profesionales de la salud mental hablan entre sí; tanto en lo referido a lo que los pacientes expresan como a las interpretaciones que de los signos y síntomas se hacen.

Aunque el término *Fenomenología* fue acuñado por Lambert en 1764, lo cierto es que será desde finales del siglo XIX cuando la fenomenología trata de resolver las siguientes cuestiones (Berrios, 1993):

- Cómo se relacionan la conciencia y sus contenidos con el mundo externo.
- Cómo se pueden distinguir los fenómenos mentales de los físicos.
- Cómo se pueden distinguir los fenómenos mentales entre sí.

Será durante la década de 1880 cuando Brentano hará que estas cuestiones, que se mueven en el campo de la filosofía antropológica, se peguen al contexto intelectual de la incipiente y titubeante disciplina que hoy llamamos psicología; al separar lo mental de lo físico, se posibilitó una nueva psicología descriptiva o fenomenológica. Brentano entiende que toda experiencia de lo externo está mediatizada por otra interna, privada y, por tanto, ningún objeto de la primera podrá hacerse inteligible sino a través de nuestros propios estados mentales. Esto significa que una de las características básicas de lo mental es su capacidad de ser representado, de aparecer en la conciencia, de ser fenómeno. La conciencia, como conjunto de relaciones intencionales, es siempre «conciencia de» (Laín Entralgo, 1998).

El asunto se volvería aún más complejo al tratar de dar respuesta al tercer punto: cómo distinguir los fenómenos mentales entre sí. Está claro que las técnicas empleadas para distinguir a los objetos físicos entre sí como, por ejemplo, la descripción, identificación y ubicación espaciotemporal, no podían ser utilizados de igual modo con los actos mentales. Ahí el debate se embarcará en una serie de esfuerzos por lograr este objetivo en los que participarán filósofos, matemáticos y médicos hasta que aparece un discípulo de Brentano, Husserl, quien en su obra *Ideas* (1913 y 1922) acuñará el concepto fenomenología tal cual lo entendemos hoy; quedará, por tanto, en la mente de todos como el padre de esta disciplina.

Fenomenología —del griego *faínomēnon* (lo que se manifiesta) y *logos* (doctrina)— puede ser definida, inicial y provisionalmente, como la doctrina o estudio de los fenómenos o de las manifestaciones, es decir: doctrina de la forma y estructura de aquello que se nos manifiesta. En nuestro caso,

---

<sup>4</sup> López Zanón (1996), Kaplan *et al.* (1997), Spinelli (2005), Eguiluz *et al.* (2005), Marietan, (2006), Pellegrina (2006), Mesa (2007), Sims (2008), Oyebode (2008) por citar sólo algunos tratadistas contemporáneos significativos.

entendemos como *fenómenos* los hechos y datos de la conciencia, las experiencias de la conciencia. Son las vivencias, término que el autor prefiere sobre las expresiones habituales del momento como fenómeno mental.

Por sintetizar, las influencias que ha ido teniendo la fenomenología aplicada a la psicopatología, se suele hablar de cuatro importantes figuras que iniciarán el perfil de lo que denominamos psicopatología descriptiva: Husserl, Dilthey, Jaspers y Kraepelin.

#### A. HUSSERL: LA FENOMENOLOGÍA COMO MÉTODO

La fenomenología es un sistema filosófico pero también un método de conocimiento que se ocupa del *estudio y la descripción de los fenómenos*. Aunque en principio Husserl se refería a lo estrictamente observable, más adelante incluirá como objetivo para su método la descripción de las esencias que subyacen al fenómeno.

¿Qué significa captar lo 'esencial' de las cosas? La visión de las esencias en cuanto acto fenomenológico básico es una operación mixta que se compone de observación, intuición y reflexión.

La observación es la base de la fenomenología aplicada al enfermar psíquico del hombre; recordemos que estamos en la antesala de una psicopatología descriptiva. Husserl entiende que no puede quedarse en una mera descripción de 'lo observable a través de los sentidos' porque resultaría algo excesivamente reduccionista, de ahí que introduzca las actividades intuitiva y reflexiva en su método de aproximación a la realidad. Así, fija un 'trípode' esencial para comprender el método fenomenológico:

- Dirigir básicamente la observación hacia los procesos que cursan en la interioridad de un Otro;
- Orientar el análisis reflexivo de los hechos como una captación de sus caracteres esenciales;
- Introducir en el método científico un nuevo instrumento, ajeno a la razón: la intuición.

En el ámbito del enfermar psíquico el método fenomenológico se tropezará con una dificultad añadida: gran parte de los datos que «observamos» vienen dados por la subjetividad del paciente —síntomas— y estos deben de ser sumados a los que el observador capta —signos—. Olvidar la subjetividad conduciría a una incompreensión del paciente pero asumirla, es cierto, dificulta enormemente la llamada observación fenomenológica.

## B. DILTHEY: METODOLOGÍA DE LA CIENCIA

Para este autor existen dos grandes familias de ciencias (Díaz Valdés, 2006): ciencias de la naturaleza (cuyo modelo es la física) y ciencias de la cultura o del espíritu (con un claro referente/modelo en la sociología).

Se trata de una distinción que, con sus adeptos y detractores, ha marcado notablemente la ciencia del siglo xx. Son dos ámbitos que pueden ser estudiados científicamente pero que requieren de dos metodologías diferentes: la explicación y la comprensión, respectivamente. En ambos, insiste Dilthey, casos estaríamos ante un abordaje científico de los fenómenos de realidad.

La explicación es utilizada en las ciencias de la naturaleza. Desde la observación de los hechos establece y elabora hipótesis causales que explican el fenómeno. Se usa la explicación para dar cuenta de fenómenos como por ejemplo la demencia tipo Alzheimer (tiene una causa definida que *explica* el problema: la degeneración y desaparición de las células nerviosas).

La comprensión resultará un método apto para adentrarse en las ciencias de la cultura. Se trata de establecer «relaciones de sentido» que ayudan a comprender el por qué del fenómeno observado. Se utiliza la comprensión para dar cuenta de fenómenos como el auge de los individualismos narcisistas (hay diversos factores en la historia que hacen que se comprenda que alguien tenga estas características: determinada familia, rasgos físicos, habilidades, valores culturales del momento...).

Además, Dilthey introduce el concepto de estructura, que en psicología será importante: La ordenación según la cual en el desarrollo de la vida anímica, los hechos psíquicos de diversa naturaleza, se ligan regularmente entre sí por medio de una referencia interna que es vivenciable (López Zanón, 1996; Cortés, 2013). Nosotros diremos que la estructura básica de cada psiquismo será determinante a la hora de entender sus fragilidades. Como ocurre en cristalografía, en donde cada estructura mineral se quebrará con arreglo a su organización molecular; en psicología, llegado el caso, cada psiquismo tenderá a quebrarse por sus partes más débiles. Aquí se instala en cierto modo algunas de las actuales conceptualizaciones que giran en torno al concepto de vulnerabilidad.

## C. KARL JASPERS: PSICOPATOLOGÍA COMPRENSIVA Y PSICOPATOLOGÍA EXPLICATIVA

Jaspers basa su pensamiento respecto a la psicopatología, sobre todo, en las directrices de Max Webber. En 1919 publica su *Psicología de las concepciones del mundo* pero no será hasta su séptima edición, en 1959, cuando dará el giro hacia la Fenomenología que ha tenido enorme y definitivo im-

pacto en el estudio de la psicopatología posterior. En su día, Jaspers percibe la urgencia de buscar un lenguaje común para el caótico mundo de la patología psíquica y ciertamente, por más que actualmente esté fuertemente cuestionado, logró dotar de una base terminológica y conceptual de largo recorrido histórico a una disciplina muy agitada por diversas ideologías y tendencias antropológicas.

Muy sintéticamente dicho, entiende que la psicopatología descriptiva deberá usar de los dos paradigmas metodológicos planteados por Dilthey en distintas proporciones, según el problema del que se ocupe. Es decir, como diremos más abajo, habrá problemas que podrán ser «explicados» mientras que otros deberán ser «comprendidos»; incluso, como es bien sabido, cabe la posibilidad de que algunos fenómenos psicopatológicos posean una base biológica predisponente, que puede ser estudiada atendiendo a unas causas específicas muy bien delimitadas, cuya manifestación final ha de ser «comprendida» a la luz de la biografía y el contexto sociocultural de la persona que padece el problema.

Jaspers (2001) distingue dos tipos de psicología:

- Psicología objetiva: brota de una aproximación a los fenómenos psíquicos que queda plasmada en aspectos cuantificables, en cifras, curvas y datos racionales.
- Psicología subjetiva: la que brota del análisis de los fenómenos psíquicos que aparecen desde la introspección de los individuos quienes, con o sin auxilio exterior, pueden examinarse y caer en la cuenta de aquellos elementos que hacen comprensible el fenómeno patológico que se observa.

De todo esto surgen dos modos de entender la psicopatología:

- La psicopatología explicativa que aplica el método explicativo al análisis de la etiología del fenómeno psicopatológico. Al tratarse de un método propio de las ciencias de la naturaleza, tiene por objeto el hallazgo de correlaciones entre los fenómenos psíquicos y la base estructural somática; tratará de vincular, en lo posible, lo psíquico a lo físico. Este modo de entender la psicopatología se caracteriza por tratar de establecer vínculos de causalidad morbosa, entre lo somático (desequilibrio en los neurotransmisores, lesiones cerebrales, etc.) y el fenómeno psíquico observado. En pura teoría, se minimizará, o directamente se desestimará, la importancia de todo aspecto biográfico o circunstancial del sujeto que se esté estudiando.
- La psicopatología comprensiva que aplica el método comprensivo al análisis de la etiología del fenómeno psicopatológico. Como indicamos anteriormente, se trata de un método propio de las clásicamente deno-

minadas «ciencias del espíritu». Se centrará, por tanto, en el análisis de las circunstancias socioculturales particulares de cada individuo y en el modo en que el sujeto ha vivido esta historia. Lo corporal somático como elemento causal queda en segundo plano y se busca entender la conducta y las experiencias internas de la persona en términos de conexiones de sentido entre los hechos histórico-biográficos personales. Habrá, a juicio de Jaspers, dos modos de «comprender»:

- Una comprensión racional que consiste en el análisis de la forma de la vivencia del paciente y de su continuidad estructural.
- Una comprensión afectiva, que trabaja con los procesos empáticos del terapeuta quien desde ellos experimenta, o no, una comprensión del fenómeno-vivencia que ofrece el paciente.

Jaspers (2001) señala diferentes fenómenos psíquicos que pueden ser objeto del método comprensivo:

- Fenómenos que nos son familiares a todos desde nuestra propia experiencia (Vg. Tristeza y desolación ante la pérdida de un ser querido).
- Fenómenos que son comprendidos como exageraciones o disminuciones de otros que habitualmente experimentamos (Vg. Ideas sobrevaloradas o deliroides).
- Fenómenos caracterizados por su completa inaccesibilidad a cualquier intento de comprensión o recreación empática. Las «incomprensiones» que puedan surgir desde este tercer grupo lo harán, seguramente, ante fenómenos psíquicos inmotivados, rupturas de la continuidad de sentido o formas de vivencia cualitativamente anormales. Serán fenómenos netamente psicopatológicos.

Lo cierto es que aunque Jaspers establece estos límites conceptuales, en realidad entiende que los fenómenos psicopatológicos concretos han de ser investigados y entendidos usando de cada uno de los métodos hasta que se vea agotado el aporte de conocimiento que cada uno puede brindar a la patología observada. Su definición de personalidad es muy ilustrativa al respecto: la totalidad de las conexiones comprensibles (cognitivas, afectivas, fisiológicas, etc.) existentes en la vida psíquica individual (Eguiluz y Segarra, 2005).

Dos conceptos básicos a partir de Jaspers serán: proceso y desarrollo. Están íntimamente vinculados con los métodos mencionados, explicar y comprender, respectivamente.

Por proceso entenderá todo fenómeno psicopatológico que rompe con la lógica de la comprensibilidad que rige la totalidad de conexiones cognitivas, afectivas, fisiológicas..., que constituyen el individuo psíquico. Un proceso

supone una modificación significativa de la vida psíquica del individuo que tiene consecuencias de carácter permanente, la vida psíquica a partir de ese momento contiene fenómenos novedosos, diferentes a lo que podía ser observado hasta ese momento. Jaspers distingue proceso de fase, entendiendo que ésta última no lleva la característica de permanencia, aunque sí suponga una ruptura biográfica (p.e. un brote psicótico). Esto último es algo que puede ser discutible si entendemos que toda experiencia de ruptura con la biografía del sujeto deja, inevitablemente, rastro, cicatriz, en la vida psíquica del individuo y, por tanto, posee un cierto grado de permanencia. En cualquier caso esto sería materia abierta a discusión y para otro lugar.

Por desarrollo entenderá toda evolución psicopatológica que cursa con una continuidad comprensible de los elementos y las conexiones que constituyen el fenómeno psíquico observado. La persona pierde su carácter de 'normal' pero sus componentes no varían. No hay ruptura con la biografía del sujeto (el mejor ejemplo lo constituyen los trastornos de personalidad).

Como hemos indicado anteriormente, las distintas formas de enfermar serían bien procesos, bien desarrollos bien combinación de ambos. Esta forma de comprender las cosas ayudará no poco a la procelosa tarea clasificatoria de un contemporáneo de Jaspers: Emil Kraepelin.

#### *Emil Kraepelin: ordenar y clasificar*

Efectivamente, Kraepelin marca otro hito de importancia en la tarea de otorgar al mundo de los signos y síntomas psicopatológicos unos mínimos de racionalidad que facilite su estudio e investigación (Kraepelin, 1988). Discípulo de Wundt, trata de eliminar el criterio clasificatorio centrado en la diferencia entre enfermedades somáticas y mentales. Lo hará tratando de ordenar y clasificar la abrumadora cantidad de información clínica en relación a: la descripción clínica, la etiología, el curso y el pronóstico.

No era, ni es, tarea sencilla. De acuerdo con la perspectiva dicotomizadora mente-cuerpo algunos se mantuvieron en la línea médica tradicional: bastaría con estudiar y comprender a fondo el cerebro y sus zonas, las neuronas y los neurotransmisores para dar cuenta de la mente. Otros, imbuidos por el naciente espíritu freudiano de principios del siglo xx responden: lo que enferma es el aparato psíquico concebido topográficamente (yo-ello-super yo) y dinámicamente (consciente, preconsciente, inconsciente). Así las cosas, se comprende por qué el trabajo de Jaspers tratando de unificar las divergencias provenientes de la aplicación de los métodos explicativo y comprensivo tuvo gran importancia también como apoyo al trabajo clasificatorio de Kraepelin.

### 3. VENTAJAS Y LIMITACIONES DEL PARADIGMA FENOMENOLÓGICO

A comienzos del siglo *xxi* no podemos ser ciegos a las limitaciones que posee el paradigma fenomenológico. Desde el comienzo Schneider, Minkowsky, Zutt, Gebattel o Binswanger no toman como objeto un elemento vivencial en tanto unidad psíquica, sino grandes conexiones psíquicas, o incluso la totalidad de la historia vivencial interna. Desde su punto de vista, sus esfuerzos van a estar dirigidos a aprehender cuáles son las significaciones esenciales del vivenciar del paciente, y en qué estructuras básicas se mueve. Para ellos, la culminación del método no estará tanto en el acto de describir vivencias, tal como lo entiende Jaspers, sino en el momento intuitivo-reflexivo a través del cual se extraen del mundo interior del paciente significaciones esenciales y estructuras básicas.

Castilla del Pino (1991), afirma que, más que la fenomenología, el articulador principal de Jaspers es la mencionada diferencia entre 'explicar y comprender' que introdujo Dilthey, añadiendo así a la tradicional fenomenología formalística una dimensión hermenéutica que será muy importante.

Por su parte Berrios (2008), desde su crítica visión, sostendrá que el encuentro de la psicopatología descriptiva con la fenomenología fue un matrimonio de conveniencia. Ante el declive de la psicología clásica del siglo *xix*, la fenomenología aparece como una potencial base conceptual interesante. Su énfasis en la subjetividad y el descriptivismo, resultó ser un aliado ideal; a continuación nos vamos a detener un momento en esto.

Con todo, en el marco en el que estamos desarrollando estas reflexiones, la docencia ordenada y cabal de la psicopatología, entendemos que el planteamiento de Jaspers sigue teniendo una serie de elementos que son idóneos para un momento iniciático. Continúa siendo un más que adecuado punto de partida que puede permitir ir construyendo la compleja arquitectura conceptual que es sostenida por los actuales paradigmas que dan cuenta de la psicología humana.

### 4. LA PRESUNTA NEUTRALIDAD DE LA PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA. DESCRIPCIÓN, SEMIOLOGÍA Y SUBJETIVIDAD

Realmente, resulta muy difícil afirmar que en psicopatología existen descripciones neutrales o «ateóricas». Por más que algunos deseen verlo así, especialmente desde las simplificaciones que hacen las grandes clasificaciones vigentes. Luque y Villagrán (2000) nos recuerdan que cualquier actividad descriptiva está sujeta a dos controles teóricos:

- Por un lado el denominado «marco teórico» o lenguaje de primer orden que implica una serie de reglas merced a las cuales el objeto o las categorías son aprehendidas de determinada manera.
- Por otro, existen unos enunciados teóricos subyacentes que constituyen una meta-teoría mediante la que se demarcan, analizan y explican los objetos de la realidad.

A nuestro juicio, resulta imposible, e indeseable, desatender el sentido, el contrasentido y el sinsentido de los fenómenos psicopatológicos y esto sólo es posible si se construye el edificio de la psicopatología sobre una antropología base centrada en la comprensión del ser humano y su vida como «estructura intencional de la existencia personal en el mundo» (Pelegrina, 2006, p. 21). Haremos una breve alusión a este punto más adelante, por el momento nos interesa caer en la cuenta de que para alcanzar el mencionado grado de comprensión de las cosas es necesario el estudio sistemático de las experiencias, las cogniciones y las conductas anormales, es decir, el estudio de los productos de una mente trastornada (Oyebode, 2008).

Por lo dicho hasta ahora se comprende la enorme importancia que, en la psicopatología descriptiva, tiene lo vivido, lo experimentado y lo sentido por el observador. Esto da un carácter subjetivo a la psicopatología fenomenológica, que ha sido fuente de numerosas críticas, ya que la «normalidad o anormalidad», «comprensibilidad e incomprensibilidad» de la vivencia en cuestión, estará definida tanto por la aproximación individual y exclusiva del sujeto observador como por el grado de concordancia con otros sujetos observadores. De esta dificultad se desprende la importancia que tiene la adecuada comunicabilidad funcional entre los profesionales que estudian el área vivencial.

El lenguaje empleado habrá de respetar lo más genuino del síntoma, hasta el punto de que logre reactualizarlo aun cuando el paciente esté ausente. Será importante, además, poder confrontarlo con hechos psicopatológicos análogos, de modo tal que adquiera vivo relieve por contraposición a lo que no es (la descripción clásica se centraría en las semejanzas de los hechos psicopatológicos análogos y no en sus diferencias).

Tanto Capponi (2006) como Vallejo Ruiloba (2006), concienzudos y reputados tratadistas, entienden que existen una serie de variables que han de ser tenidas en cuenta para lograr una descripción fenomenológica lo más confiable posible:

#### *En relación al paciente*

- Estar atento a que su relato sea veraz. Si no lo es, tratar de entender qué pretende al suplantar sus experiencias subjetivas por fantasías o recuerdos que corresponden a otras situaciones vividas.

- Alentar descripciones lo más espontáneas y detalladas posible de las experiencias subjetivas que relata.
- Manejar con habilidad las diversas resistencias a la comunicación.
- Ayudar al paciente a utilizar un lenguaje apropiado. Con no poca frecuencia, la introspección ofrecida es adecuada y desea comunicarla, sin embargo, el mal uso de las palabras, dándoles un sentido impropio nos desorienta.
- Caer en la cuenta de cuándo las introspecciones están deformadas por limitaciones propias de la misma enfermedad.

*En cuanto al observador*

- Asumir una actitud libre de prejuicios, sin intentar hacer correcciones causales ni construir hipótesis en relación a lo que se observa.
- Permitirse sentir experiencias emocionales subjetivas. Que el paciente repercute interiormente cuando se está frente a él. Reconocer dichas experiencias sin temor ni ansiedad.
- Estar atento al defecto de proyectar precipitadamente nuestra propia subjetividad frente a un fenómeno que el paciente describe, sin que la experiencia subjetiva del paciente concuerde con la nuestra.
- Describir con detalle, y textualmente, expresiones corporales y frases del paciente, evitando términos muy genéricos que pueden aplicarse a muchas situaciones distintas y no nos muestran lo peculiar del fenómeno, provocando una aburrida familiaridad, al leer posteriormente estas descripciones.

Todo esto no sitúa frente al importante tema de la descripción de los signos y síntomas; nos sitúa frente al acto semiótico. Roa (1981) hace un recorrido por los elementos que pueden y, tal vez, deben encontrarse en una descripción pero antes dice que en las descripciones del fenomenólogo, éste buscará palabras que no velen lo íntimo del síntoma. Así, lo descrito ha de conservar la frescura y resonancia original aun cuando el enfermo no esté presente. Además, subraya con fuerza la necesidad de que la historia clínica contenga los síntomas y la manera como se obtuvieron. Las descripciones textuales hechas por el enfermo, sí, pero también el tono afectivo del relato y la entrevista, la expresión facial y el lenguaje corporal. No debe faltar el registro de las conductas espontáneas y las reacciones hacia el examinador y ante el contexto, su modo de vestir y el arreglo personal. También aspectos como su «tacto social», es decir, la oportunidad o no de sus modos, el control de sus necesidades instintivas o la capacidad para valorar los espacios físicos personales..., todo con la idea de provocar en quienes no hayan estado con el enfermo «la imagen viva y rigurosa de él».

Es decir, trayendo esto a nuestra circunstancia docente, se trata de acompañar a los alumnos en su tarea de adquirir competencias no sólo relacionadas con el observar, con «mirada fenomenológica», sino aquellas relacionadas con la habilidad para hacer una «descripción fenomenológica»: la que tiene en cuenta las cualidades esenciales del vivenciar mórbido al que asistimos, y destaca, tanto las coincidencias como las divergencias de este vivenciar con el hallado en otros casos. Se trata de ir tejiendo así una red de síntomas y signos para elaborar un diagnóstico sindrómico, tal vez nosológico, esencial para una adecuada intervención terapéutica; es la base del acto semiológico.

Comprender el lenguaje de signos y síntomas que es la psicopatología humana significa tomar opciones sobre qué paradigma semiológico utilizamos. Esto tendrá implicaciones fundamentales en el modo en el que se va construyendo el «lenguaje psicopatológico»; tanto en lo formal (qué signos, qué síntomas, qué interacciones) como en el significado que se le otorga a lo observado. Resulta imposible no tener un trasfondo semiológico para manejar la enormidad de signos y síntomas que constituyen el lenguaje del psiquismo humano. Por tanto, hay que saber cuál es y el reto está en no caer inadvertidamente en ideologías de escuela, superposiciones carentes de coherencia con el tal trasfondo semiológico o en las amalgamas incoherentes. Entendemos que es lícito optar pero sabiendo que se está optando y tratando de buscar la mayor de las coherencias posibles.

Eco (1976, p. 28) dice que signo es cualquier cosa que pueda considerarse como sustituto significante de cualquier otra cosa. Por eso hace una distinción fundamental entre dos usos diferentes del término:

- Signo como elemento del *proceso de comunicación*. Cuando se utiliza para transmitir una información, y entonces se inserta en una cadena comunicativa tipo fuente-emisor-canal-mensaje-destinatario. Aquí el mensaje es la organización compleja de muchos signos.
- Signo como *sistema de significación*. El proceso comunicativo está basado en un código, un sistema de significación que une entidades materialmente perceptibles con otras que no lo son, a las cuales las primeras representan. No es necesario por tanto que exista *de hecho* comunicación para que exista código, éste existe en cuanto sistema que hace corresponder dos series de elementos, representantes y representados, listo para ser usado en cualquier posible cadena comunicativa.

En los procesos humanos, culturales, ambos fenómenos están siempre ligados; la discusión sería si es posible comunicación sin significación. En el proceloso mar de esta discusión Eco afirmará que, siendo la comunicación una función fundamental, no es determinante o necesaria para que

exista semiosis; no es necesaria la intención comunicativa de un emisor, pero sí un sujeto que interprete.

Y es que es diferente la inferencia de la significación (Eco 1976, 1984). La primera vez que un sujeto descubre la relación entre un antecedente y su consecuente está haciendo una inferencia, como en el caso del médico que descubre la relación entre un síntoma y la enfermedad que lo provoca, pero cuando la asociación está socialmente reconocida y culturalmente codificada, el hecho ya es semiótico. Por ese camino, los fenómenos que proceden de fuente natural, como la asociación entre humo y fuego, pueden llegar a ser semióticos.

En cuanto a los signos no intencionales ocurre lo mismo, tal como en el caso de los síntomas médicos. Existen convenciones o códigos que asocian determinados gestos o expresiones con estados anímicos, carácter, nacionalidad; o sea que son comportamientos emitidos sin intención significativa, pero capaces de significar.

Así que lo que define al signo es la existencia de un código que relacione significante con significado, y no la procedencia natural o artificial del significante o el hecho de que haya sido emitido intencionalmente: «... los comportamientos se convierten en signos gracias a una decisión por parte del destinatario (educado por convenciones culturales) o a una decisión por parte del emisor, para estimular la decisión de entender dichos comportamientos como signos» (Eco, 1976, p. 45).

Eco define al significado como una unidad semántica, o unidad cultural. Estas unidades se organizan en sistemas que se relacionan entre sí: «El sistema de las unidades semánticas viene a ser la manera como, en una cultura determinada, se segmenta el universo perceptible y pensable para construir la forma de contenido» (Eco, 1973, p. 77). Es decir, un sistema semántico constituye un modo de dar forma al mundo y, por tanto, es una interpretación parcial del mundo que debería poder reestructurarse siempre y cuando surjan nuevos elementos con la capacidad de hacer entrar en crisis ese sistema.

Esto posee notables implicaciones en el mundo de la semiología psicopatológica por cuanto habla de la subjetividad de este acto y sitúa al observador ante el deber intelectual de estar constantemente replanteándose si su «sistema semántico» debería ser cuestionado para poder dar cuenta de su objeto de estudio de un modo más adecuado.

Los signos son resultados provisionales, correlaciones transitorias en las que cada elemento puede asociarse con otro y formar un signo sólo en circunstancias que el código permite. Así, en lingüística, se explican los casos de homonimia, palabras cuyo significado es el resultado de la elección de una de las acepciones posibles, dependiendo del contexto. Y no sólo esto, sino también las expresiones que adquieren contenidos diferentes según las circunstancias externas al mismo lenguaje, el campo estudiado por la pragmática.

En el ámbito de la psicopatología nos encontraremos con signos cuyo significado variará dramáticamente dependiendo de la constelación de elementos en la que aparezca dando lugar a diagnósticos y planteamientos terapéuticos muy diferentes. El trabajo de descodificación en un proceso de comunicación va desde la actividad automática que se realiza en el nivel de lo que es muy conocido y produce casi una respuesta refleja, hasta el extremo opuesto, en el que el mensaje es ambiguo, confuso o muy elaborado, y la descodificación exige un trabajo consciente y exige tomar decisiones interpretativas; es aquí donde la responsabilidad del profesional es esencial al tener la obligación de ser plenamente consciente de cuál es su sistema semántico así como de poseer la suficiente capacidad autocrítica como para valorar si este sistema debe tomar en cuenta algunos elementos que lo pueden hacer entrar en crisis y obligarle a modificarlo. Lo contrario, anclarse en el propio sistema semántico, es decir, en la propia e incuestionable visión parcializada del mundo conduce al observador a la «falsa conciencia», diría Marx, de la ideología; en una extrema y acrítica subjetividad completamente inútil para el fin que nos proponemos.

Un discurso es ideológico cuando, al tiempo que elige una serie de significados asociados a unas circunstancias de la realidad, no presenta explícitamente que existen también otros significados asociados a esas circunstancias, que pueden estar en contradicción con los primeros, porque la esencia del espacio semántico es contradictoria. El discurso ideológico pretende negar, rechazar, todo lo que rompa la linealidad, la falta de contradicción de las premisas de las que parte. Considera los campos semánticos parciales como si fueran definitivos y no estuvieran dentro de correlaciones más amplias dentro del sistema semántico global. Para Eco (1976), la ideología es una visión del mundo parcial, inconexa, e ignorante de las motivaciones que llevan a aferrarse a ella.

Nosotros podemos aplicar fácilmente estas reflexiones al campo de la docencia de la psicopatología. Se trata de evitar que nuestros alumnos terminen mirando el psiquismo humano de modos parciales, inconexos y con interpretaciones tendenciosas a la medida de los planteamientos teóricos del docente de turno, sobre todo si éstos son in-formulados por pura falta de conciencia de los mismos.

## 5. PROBLEMAS Y COMPLEJIDADES ACTUALES EN TORNO A LA PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA

En opinión de Jarne y Requena (2000) hay algunos hechos importantes que marcan la psicopatología desde el final de la segunda guerra mundial

hasta el momento actual. Destacamos cinco aspectos que nos parecen importantes:

- *La creciente relación de la psicopatología con la psicología experimental y la práctica de la psicología clínica.*
- *La fragmentación en modelos y escuelas.*
- *El intento de establecer nosologías y sistemas diagnósticos unánimemente reconocidos.*
- *Las aportaciones de los nuevos métodos de observación aplicados a las neurociencias.*

Las ventajas de estos movimientos son grandes por cuanto supone un intenso y constante trabajo de diálogo, controversias, investigaciones, intentos de encontrar puntos comunes, en definitiva, búsqueda de consolidación de una disciplina excesivamente fragmentada e ideologizada. Queda mucho por hacer, por ejemplo trabajar intensamente para que los modos, objetivos y resultados de la psicología experimental tengan mayor vínculo con la aplicación clínica; casi sin darnos cuenta, en algunos contextos se ha ido potenciando la conciencia de que hay dos psicopatologías: la clínica (descriptiva y fenomenológica) y la experimental (especulativa y con poca potencialidad práctica). No cabe duda de que, como los autores indican, las aportaciones de los avances tecnológicos aplicados a las neurociencias hacen que la mirada sobre la psicopatología deba cambiar, sin magnificar las cosas. Una cosa es que dispongamos de nuevos y fascinantes medios de observación y otra bien distinta es que estos medios estén aportando siempre y en todo momento nuevas claves para el manejo clínico de los pacientes<sup>5</sup>. No se trata de volver a la vieja idea kraepeliniana de que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro sino de plantear un enfoque totalmente novedoso que pasa por avanzar en la disolución de la dicotomía mente-cerebro, soma-psiqué o cuerpo-alma y, por extensión, entre las concepciones biologicistas y psicologicistas en psicopatología. No estamos ya ante la decisión de tener que elegir, ni siquiera de a quién otorgar la primacía etiológica, se trata de conceptualizar la patología desde un modelo

---

<sup>5</sup> Nos parece que vivimos en un momento muy interesante en el que diversos autores de alta divulgación en el campo de las neurociencias nos ponen en contacto con nuevos modos de comprender el psiquismo humano, desde presupuestos biológicos pero trascendiéndolos. Esto obligará a tener que repensar gran parte del lenguaje que manejamos, las preconcepciones teóricas, las hipótesis etiológicas y los procesos terapéuticos; unas veces para reconvertirlos, otras para descubrir el sustrato de la probada eficacia de los mismos sin tener que alterarlos. Algunos autores significativos a este respecto serían Blackmore (2005), Damasio (2006,2020), Gazzaniga (1993, 1998, 2006) o Ramachandran (2012).

unitario que pierde sentido sin la presencia de uno de los dos elementos del binomio (Laín, 1996, 1998, 1999).

Actualmente el problema es que, por más que muchos pensemos que es necesario, la psicopatología descriptiva sigue sin recibir, globalmente hablando, los nuevos paradigmas y los nuevos modo de entender los conceptos básicos de la disciplina.

Gran parte de la responsabilidad a este respecto proviene de la progresiva simplificación de las clasificaciones que, en su búsqueda de una descripción lo más aséptica posible, han llevado su función hasta límites extremos. Al final, como ocurre con toda simplificación, se logra la impresión de que con pocos elementos es posible abarcar realidades complejas haciendo que estas simplificaciones clasificadas resulten enormemente populares, no sólo en el ámbito de la divulgación sino también en contextos profesionales, científicos y académicos; el avance de estas clasificaciones parece imparable. Vivimos tiempos en los que las sobre-simplificaciones se extienden peligrosamente en pro de una especie de «mecanicismo eficazista» aplicado al ámbito de la clínica, muchas veces demandado directamente por el mercado laboral y, en general, por la sociedad de consumo.

Afloran series de listados que, a pesar de su innegable utilidad para la comunicación entre colegas y para cierto tipo de investigaciones, en último término son poco menos que inútiles para la práctica clínica. El desencuentro entre las clasificaciones oficiales y la práctica terapéutica es innegable. Carecen de referencias claras, indispensables, a los componentes que constituyen una etiqueta diagnóstica. Además, se presentan como si se estuviera hablando de categorías homogéneas y se pudieran establecer planes de acción terapéutica homologados y estandarizados cuando todo clínico sabe que no es así, pertenezca a la escuela terapéutica que pertenezca.

Limitarse al estudio de estos listados evita la tradicional y minuciosa disección pormenorizada de lo observado en los pacientes con el objetivo de alcanzar una buena aproximación diagnóstica no sólo en la forma sino, también, en la relación del hecho mismo con el resto de funciones de la mente y con la conducta del sujeto.

El análisis detallado del síntoma impulsado por el denominado Grupo de Cambridge no termina de cuajar ni en la enseñanza ni en la práctica común, tal vez, porque complejiza enormemente el trabajo de diagnóstico al personalizarlo hasta el extremo. Consecuentemente, estamos asistiendo al peligro de un progresivo deterioro del saber acerca del ser humano psicológicamente enfermo que nosotros, desde nuestra contexto docente tratamos de evitar formando profesionales alertados, en lo posible, sobre el peligro de los reduccionismos y concienciados de los límites de las clasificaciones al uso.

Que la psicopatología descriptiva adopte planteamientos más complejos y elaborados supone hacer un fuerte doble esfuerzo. Por un lado, incorporar métodos más adecuados para analizar los síntomas y, por otro, la apertura intelectual suficiente como para transformar las tendencias actuales en la concepción del psiquismo humano.

Creemos que el proceso diagnóstico que se decanta exclusivamente de la psicopatología descriptiva proveniente de la psiquiatría clásica, ha de ser muy depurado, tratado con una mirada muy crítica y enriquecido con las aportaciones de la investigación en la psicología clínica, del diagnóstico psicológico y de la investigación básica de laboratorio. Son interlocutores esenciales sin los que los planteamientos biologicistas de una parte de la psiquiatría se ven muy limitados y sin alcance terapéutico real, particularmente en lo referido a todas las disfunciones que no tienen una clara causa bioquímica. Esto significa que se hace necesaria la validación de categorías mediante el seguimiento de patologías (tal vez crónicas) no psicóticas, los estudios familiares longitudinales o un afinamiento en la especificación de los indicadores biológicos usando de las cada vez más sofisticadas técnicas de observación.

Vallejo (2000) analiza esta cuestión fijándose en los aspectos controvertidos del diagnóstico de comorbilidad. Habla de la evolución del modelo de enfermedad mental, la precariedad de signos y síntomas patognomónicos, la gran confusión entre la coexistencia de síntomas y coexistencia de enfermedades, la ausencia de marcadores biológicos válidos y específicos, y el abandono del diagnóstico jerárquico e incorporación del concepto de espectro. Desde su punto de vista, una de las primeras metas sería salir de un diagnóstico exclusivamente categorial, por lo limitado de su alcance diagnóstico, e ir incorporando con las cautelas debidas el concepto de espectro. Es cierto que, de pronto, el diagnóstico diferencial se volvería complejo y el mundo de la psicopatología entraría en una organización mucho más nebulosa sin embargo creemos que ganaría en realismo clínico. Detengámonos un momento en este punto.

Uno de los grandes problemas es la confusión entre la coexistencia de síntomas y la coexistencia de enfermedades; problema que tiende a resolverse por la vía fácil del diagnóstico de comorbilidad. Si el análisis de los síntomas se efectúa superficialmente (atendiendo principalmente a criterios formales como proponen algunas clasificaciones en uso) es posible que un paciente agrupe suficiente cantidad de signos y síntomas como para cumplir criterios diagnósticos para varias entidades nosológicas. Esta es la situación actual y Berrios (1995) entiende que es algo que es necesario abordar y, en lo posible, cambiar. Para ello subraya que en un diagnóstico puede haber diversos niveles que ayudan a matizar y a ganar en precisión. Es decir, más allá de los elementos formales, habría que incluir factores

subjetivos y otros que introducen elementos que aumentan la precisión diagnóstica (contenido, temas, periodicidad, intensidad, frecuencia, *insight*, conducta general, etc.). Gran parte de la psiquiatría actual, es criterio de Berrios, tendería a quedarse en el primer nivel de análisis, en el que el síntoma pertenece ubicuamente a variadas categorías, de tal forma que se produce un crecimiento alarmante de la comorbilidad.

Por todo esto, creemos que es importante insistir en que es necesaria la potenciación de los aspectos dimensionales en la psicopatología, incluyendo el concepto de espectro en los diagnósticos clínicos (Vallejo, 2000). No se trata de volver a la idea de «psicosis única» del siglo XIX sino de aceptar que, con demasiada frecuencia, desde la psiquiatría se limita el diagnóstico al uso de unos criterios clínicos excesivamente limitados y que necesitan ser enriquecidos, como decíamos antes, con aspectos que actualmente son objeto de estudio de la psicología en sus diversos campos de especialización e investigación.

Ahora bien, conocido el mencionado riesgo, no podemos caer en la ingenuidad de pensar que el criterio dimensional es la panacea. Una hipertrofia del uso de este criterio sería realmente un retroceso importante. El siglo XIX se movió muy cómodamente en este paradigma, la psicosis única era la base teórica de este movimiento y fueron muy duros en su crítica al modelo categorial Kraepeliniano (Hoche, 1999). Hoy algunos como Clark y colaboradores (1995) apuestan por él, debido fundamentalmente a dos ventajas: por un lado, las aproximadamente 300 categorías diagnósticas actuales se verían reducidas por muchas menos con sus dimensiones correspondientes; por otro, el factor gravedad adquiriría mayor relevancia. Sin desatender las ventajas de semejante giro epistemológico los potenciales peligros son también claros y conocidos: la indefinición, la subjetividad diagnóstica y un incremento de la dificultad en el intercambio de información clínica con fines profesionales o de investigación.

## 6. EL PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD

Hemos de buscar equilibrios que sólo pueden venir de la mano de una formación lo más completa posible en las diversas dimensiones que entran en juego a la hora de realizar una valoración diagnóstica. El trabajo evaluativo se hará más arduo pero será más preciso y realista facilitando que sea la acción diagnóstica y psicoterapéutica de turno la que deba de adaptarse a la complejidad particular de cada persona concreta y no al revés. No pocas veces hemos observado cómo un paciente definido por unos cuantos escaúridos vectores se ve sometido a tratamientos estandarizados a la medida de

la simplificación diagnóstica que pretende dar cuenta de sus dificultades; la terapia se vuelve ineficaz y desoladora para un paciente que añade a sus dificultades una especie de éxodo interminable a la búsqueda de «alguien que acierte».

Aquí nos encontramos con otro factor que hemos mencionado anteriormente al hablar del acto semiológico y ahora vemos con más claridad por qué es fuente de conflicto y, lo que es más grave, de pobreza diagnóstica: la dificultad para renunciar a una posición teórica y, por tanto etiológica y terapéutica, en un número de profesionales del diagnóstico mayor de lo deseable. La fragmentación de los conocimientos y la urgencia por culminar cuanto antes ciclos formativos cada vez más centrados en la mencionada «práctica eficazista» hacen que algunos de los nuevos profesionales no tengan ni la capacidad de conocer a fondo las implicaciones de sus sistema de comprensión de la psicología humana (incluyendo las posibilidades y limitaciones del mismo); ni la capacidad para experimentar el auto-cuestionamiento que produce la reflexión pausada sobre un caso desde planteamientos teóricos tal vez contradictorios. Esto hace que tengan serias dificultades a la hora de modificar la mirada y los *a priori* sobre un paciente particular buscando el mejor modo de entender, describir y abordar sus dificultades; algo especialmente útil cuando se ha tratado de intervenir según un paradigma particular y no se ha alcanzado el éxito esperado.

Entendemos que no andan desencaminados quienes, en el campo de la psicopatología descriptiva, han ido tratando de seguir el modelo bio-psicosocial enunciado hace décadas por George Engel (1977, 1980) quien se veía movido, precisamente, por el deseo de superar reduccionismos y los callejones sin salida en los que el dualismo soma-psiqué ha metido tantas veces al estudio de la enfermedad mental. Por cierto, una dicotomía que nunca ha sido enteramente resuelta, menos aún mediante los reduccionismos sociales de los 60 o con los biologicismos de los 80 (Freeman, 1995).

Las pretensiones de acceder al conocimiento simplificantes nunca han alcanzado logros significativos. En particular, tratar de hablar del psiquismo humano manejando unas pocas dimensiones pensando que todo es deducible del interjuego de las mismas conduce, según venimos diciendo, a reduccionismos ideológicos que terminan por dejar aparte el verdadero objeto de conocimiento científico para desarrollar un discurso coherente pero cerrado en sí y, en último término, inútil para dar cuenta del fenómeno concreto del que pretende estar dando cuenta. Morin (1977) denomina pensamiento complejo al que busca entender los sistemas atendiendo a la articulación de componentes, los cuales, mediante transformaciones, generan propiedades emergentes —epifenómenos— en las que, a su vez, hay retroacciones sobre cada una de las partes. Es el modo de articular el pensamiento que late tras paradigmas de comprensión de la realidad que han

ido abriéndose paso a lo largo del siglo xx como la Teoría de la Relatividad de Einstein, el Principio de Indeterminación de Heisenberg, el Principio de Complementariedad de Bohr, la Teoría del Quantum de Planck o la Teoría del Caos (Silvia Bleichmar, 1994). Modelo que contempla la enfermedad como un proceso probabilístico y analógico, un sistema sujeto a fuerzas de diferente naturaleza (Freeman, 1995), de forma que, en nuestro ámbito, podemos ver como cambios biológicos cerebrales pueden prevenirse o estimularse por acciones psicológicas y viceversa (Spitzer y Casas, 1997; Velmans, 2007).

Algunos clínicos tratan de abordar este asunto apuntando que determinadas patologías como las psicosis emergen desde una base biológica, más o menos identificada, que puede ser modulada por aspectos psicosociales y desde ahí variar el pronóstico en alguna medida. ¿Es esta una aplicación de un modelo complejo, multi-etiológico? A juicio de no pocos teóricos, no realmente; sólo se trataría de un leve matiz al clásico reduccionismo biologicista (Karlsson y Kamppinen, 1995).

El esfuerzo que se tiene delante está en ir depurando qué constelaciones de signos y síntomas, de entre los muchos que hay, merecen ser considerados como la base de una determinada hipótesis etiológica y la consecuente terapia principal (por ejemplo, la predominancia de los factores biológicos en las psicosis y su tratamiento farmacológico sin desestimar otros apoyos de parte de la psicología individual y familiar como apoyos a la terapia) y qué constelación merecería otra jerarquía en las hipótesis etiológicas y, por tanto, terapéuticas. Es tarea compleja y sujeta a intensos debates bajo los que subyacen criterios de eficacia, sí, pero también antropologías que incluyen el concepto de salud mental, social, biológica, etc.

En todo caso, insistimos en que nuestra posición es que conviene huir en lo posible de los intentos de unificación categorial forzada que convierten a las categorías en entidades homogéneas desestimando la complejidad y diversidad que hay dentro de cada una de ellas (Karlsson y Kamppinen, 1995; Bleichmar, 1997).

Esto significa, volviendo a nuestro marco referencial, que entendemos que para los alumnos de grado es esencial que les ayudemos a atisbar la complejidad a la que se enfrentan sin caer en la sensación de caos sino, más bien, en la fascinación del desafío. El que supone el reto de imprimir a la variedad de datos que se pueden obtener, directa o indirectamente, una o varias ordenaciones hipotéticas, diagnósticos suficientemente abiertos, que puedan ayudar a una intervención cabal. Sabiendo que si ésta ordenación hipotética y consiguiente intervención no ofrecen los frutos deseados, es posible tratar de volver a reordenar las hipótesis y las claves esenciales de la intervención. Necesitan de la formación básica que les ayude a manejarse con un modelo complejo de la mente, sustentado sobre muchos más vec-

tores de los que, para su tranquilidad, les gustaría escuchar. Modelo que complica la tarea de abordar el enfermar psíquico pero que es mucho más realista y, por qué no, intelectualmente provocador. Al fin y al cabo estamos ante el ser humano y su fascinante complejidad. Efectivamente, para abordar esta procelosa tarea hace falta poseer una gran vocación científica que haga que las dificultades se vean como retos y como ocasión para disfrutar desenmarañando y descubriendo.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- APA (2013), *DSM 5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: A.P.A.
- BAÑOS, R., y PERPIÑÁ, C. (2002), *Exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.
- BARLOW, D. H., y DURAND, V. M. (2004), *Psicopatología*. Madrid: Thomson.
- BELLOCH, A.; SANDIN, B., y RAMOS, F. (2008), *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw Hill.
- BERRIOS G. (1983), «Investigación biológica y psicopatología descriptiva», *Revista de Psicología* 1, 39-52.
- (1984), «Descriptive psychopathology: Conceptual and historical aspects», *Psychological Medicine* 14, 303-313.
- (1995), «Trastorno obsesivo-compulsivo y enfermedad neurológica: estado actual de la cuestión», En J. VALLEJO y G. BERRIOS, *Estados Obsesivos*. Barcelona: Masson.
- (1996), *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (1988), «Descripción cuantitativa y fenómenos psicopatológicos». En J. GUIMÓN, J. MEZZICH, y G. BERRIOS, *Diagnóstico en Psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- (1993), «Phenomenology and psychopathology: Was there ever a relationship?», *Comprehensive Psychiatry* 34/4, 213-220.
- (2008), *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: FCE.
- BLACKMORE, S. (2005), *Conversations on consciousness*. Oxford: OUP.
- BLEICHMAR, H. (1997), *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- BLEICHMAR, S. (ed.) (1994), *Temporalidad, Determinación, Azar*. Buenos Aires: Paidós.
- BODEI, R. (2000), *Las lógicas del delirio. Razón, afectos, locura*. Madrid: Cátedra.
- CAPPONI, R. (2006), *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Santiago de Chile: Universitaria.
- CASTILLA DEL PINO, C. (ed.) (1991), *Aspectos cognitivos de la esquizofrenia*. Madrid: Trotta.
- (1998), *El delirio, un error necesario*. Oviedo: Nobel.
- (ed.) (2000), *Teoría de los sentimientos*. Barcelona: Tusquets.

- CLARK, L.; WATSON, D., y REYNOLDS, S. (1995), «Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions», *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.
- CLARIDGE, G. (1995), *Origins of mental illness*. Cambridge: Malor Books.
- CORTÉS SÁNCHEZ, F. (2013), «Ensayo sobre la idea de vida en Dilthey». *Scientia Helmantica. Revista internacional de filosofía* 1, 21-39.
- DAMASIO, A. (2006), *El error descartes. La razón y el cerebro humano*. Barcelona: Crítica.
- (2010), *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Destino.
- DÍAZ VALDÉS, Y. (2006), «Ciencias de la Naturaleza y Ciencias del Espíritu en la perspectiva de Dilthey». *Revista Philosophica* 35, 65-76.
- ECO, U. (1973), *Signo*. Barcelona: Labor, S.A.
- (1976), *Tratado de Semiótica General*. Barcelona: Lumen.
- (1984), *Semiótica y Filosofía del Lenguaje*. Barcelona: Lumen.
- EDERLY, M. H. (1985), *Psicoanálisis. La psicología cognitiva de Freud*. Barcelona: Labor.
- EGUÍLIZ, I., y SEGARRA, R. (2005), *Introducción a la psicopatología*. Barcelona: Ars Medica.
- ENGEL, G. (1977), «The need for a new medical model: A challenge for biomedicine». *Science* 196, 129-136.
- (1980), «The clinical application of the biopsychosocial model». En *American Journal of Psychiatry* 137, 535-544.
- FADEM, B., y SIMRING, S. S. (1998), *Autoevaluación en psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- FREEDMAN, A. (1995), «The biopsychosocial and the future of psychiatry». *Comprehensive Psychiatry* 36-6, 397-406.
- GABBARD, G. O. (2002), *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Panamericana.
- GAZZANIGA, M. (1993), *El cerebro social*. Madrid: Alianza.
- (1988), *Cuestiones de la mente*. Barcelona: Herder.
- (2006), *El cerebro ético*. Barcelona: Paidós.
- GONZÁLEZ PARDO, H., y PÉREZ ÁLVAREZ, M. (2007), *La invención de trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- GREENBERG, G. (2013), *The book of woe. The DSM and the unmaking of psychiatry*. Nueva York: Penguin.
- HALES, R. E., y YUDOFKY, S. C. (2004), *Tratado de Psiquiatría Clínica*. Barcelona: Masson.
- HERNÁNDEZ BAYONA, G. (2006), *Psicopatología básica*. Bogotá: PUJ.
- HOCHE, A. (1999), «El significado de los complejos sintomáticos en psiquiatría», en A. HOCHÉ y E. KRAEPELIN (eds.), *Los síntomas de la locura*. Madrid: Fund. Archivos de Neurología. Ed Triacastela.
- JAMES, W. (1994), *Principios de psicología*. México: FCE.
- JARNE, A., y TALARN, A. (comp.) (2000), *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer / Paidós.
- JARNE, A., y REQUENA, E. (2000), «Evolución de los conceptos en psicopatología», en A. JARNE y A. TALARN (comp.), *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer / Paidós.

- JARNE, A.; HORTA, E.; REQUENA, E., y TALARN, A. (2002), *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- JASPERS, K. (2001), *Psicopatología General*. México: FCE.
- KAPLAN, H., y SADOCK, J. (1997), *Tratado de psiquiatría* (6.<sup>a</sup> ed.). Buenos Aires: Inter-médica.
- KAPLAN, H.; SADOCK, J., y GREBB, J. (1996), *Sinopsis de Psiquiatría* (7.<sup>a</sup> ed.), Madrid: Panamericana.
- KARLSSON, H., y KAMPPINEN, M. (1995), «Biological psychiatry and reductionism. Empirical findings and philosophy». *British Journal of Psychiatry* 167, 434-438.
- KELLY, A. (2013), «The evolution of the DSM and some implications for clinicians' practice». *Clinical Psychology Forum* 243, 28-32.
- KRAEPELIN, E. (1988), *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid: Nieva.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1996), «Dualismo, materialismo y mentalismo», en P. LAÍN ENTRALGO, *Idea del Hombre*, 65-81. Barcelona: Galaxia Gutenberg.
- (1998), *Alma, cuerpo, persona*. Barcelona: Galaxia Gutenberg-Círculo de Lectores.
- (1999), *Qué es el Hombre. Evolución y sentido de la vida*. Oviedo: Nobel.
- LAZARO, J. (1999), «De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: introducción histórica». *Archivos de Psiquiatría* 35-26.
- LÓPEZ ZANÓN, A. (1996), *Psicopatología Fenomenológica*. Madrid: López Zanón.
- LUQUE, R., y VILLAGRÁN, J. M. (2000), *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta.
- MARIETAN, H. (2006), *Curso de semiología psiquiátrica*. Buenos Aires: Ananké.
- McHUGH, R., y SLAVNEY, PH. (1998), *Las perspectivas de la psiquiatría*. Zaragoza: PUZ.
- MESA CID, P. (2007), *Manual de psicopatología general*. Madrid: Pirámide.
- MILLON, TH. (1998), *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- MILLON, TH. (2006), *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- MISHARA, A., y SCHWARTZ, M. (2013), «What Does Phenomenology Contribute to the Debate About DSM-5?», en: J. PARIS y J. PHILLIPS, *Making the DSM 5. Concepts and controversies*. Nueva York: Springer.
- OYEBODE, F. (2008), *Sims' Symptoms in the mind. An introduction to descriptive psychopathology*. Edimburg: Saunders.
- PARIS, J., y PHILLIPS, J. (2013), *Making the DSM 5. Concepts and controversies*. New York: Springer.
- PARKER, I. (ed.) (1999), *Deconstructing psychopathology*. Londres: Sage.
- PELEGRINA, H. (2006), *Fundamentos antropológicos de la psicopatología*. Madrid: Polifemo.
- PIAGET, J. (1968), *El estructuralismo*. Barcelona: Oikos-tau.
- PINILLOS, J. L. (1999), «La cultura y el origen de la mente». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52 (1), 9-16.
- PINKER, S. (2000), *Cómo funciona la mente*. Barcelona: Destino.
- POTER, R. (2002), *Breve historia de la locura*. Madrid: Turner. Fondo de cultura económica.

- RAMACHANDRAN, V. S. (2012), *Lo que el cerebro nos dice. Los misterios de la mente humana al descubierto*. Barcelona: Paidós.
- RAMOS, J. (2000), «De la antipsiquiatría a la nueva psiquiatría comunitaria: Hacia una psiquiatría de la complejidad». en J. VALLEJO, *Update. Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- ROA, A. (1981), *Psiquiatría*. Santiago: Andrés Bello.
- SAIZ, M., y SAIZ, D. (coord.) (1996), *Personajes para una historia de la psicología en España*. Madrid: Pirámide.
- SALAZAR, M. (ed.) (2002), *Casos clínicos de psiquiatría. Autoevaluación razonada*. Barcelona: Masson.
- SAUSSURE, F. (1916), *Curso de lingüística general*. Planeta: Barcelona.
- SCHARFETTER, CH. (1988), *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Morata.
- SIMS, A. (2008), *Síntomas Mentales. Introducción a la psicopatología descriptiva*. Madrid: Triacastela.
- SPITZER, M., y CASAS, B. (1997), «Project for a scientific psychopathology». *Current Opinion in Psychiatry* 10, 395-401.
- SPINELLI, E. (2007), *The interpreted world. An introduction to phenomenological psychology*. Londres: Sage.
- TAYLOR, M., y VAIDYA, N. (2009), *Descriptive Psychopathology. The signs and symptoms of behavioral disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- TIZON J. (1978), *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Ariel.
- VALLEJO RUILOBA J., y CRESPO, J. M. (2000), «La comorbilidad en la psiquiatría actual». *Aula Médica Psiquiatría* 3, 173-192.
- (2001), *Update. Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- (2006), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: MASSON.
- VELMANS, M., y SCHNEIDER, S. (2007), *The Blackwell companion to consciousness*. Oxford: Blackwell.
- YALOM, I. (1989), *Psicoterapia Existencial*. Barcelona: Herder.

