

# Aspectos conceptuales y metodológicos involucrados en el campo de investigación del razonamiento diagnóstico

Francisco Nicolás Di Persia

Licenciado en Psicología

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba

E-mail: nicodipersia@hotmail.com

---

## Resumen

El campo psicopatológico está atravesado por dilemas que ponen en cuestión su filiación filosófica, conceptual y metodológica. Desde los primeros estudios de Ey y Jaspers hasta los recientes de Berrios ha estado en cuestión la posición que la psicopatología tiene frente a la medicina en general, y frente a la psiquiatría en particular, especialmente si es que debe seguir los principios de las ciencias naturales o si tiene una posición autónoma respecto de aquellas. Este debate ha desembocado en dos posturas contrapuestas enfrentando dos modelos diferentes de psicopatología: el modelo biomédico y el modelo socio-construccionista. En base a este "estado de situación" se propone en este trabajo revisar los alcances y dificultades involucrados en cada uno de los modelos siguiendo el eje de dos conceptos centrales: por un lado, el *razonamiento diagnóstico*, y por otro, el problema conceptual de la *enfermedad mental*. A partir de aquí, y a modo de síntesis, son identificados conceptos centrales de cada uno de los modelos que podrían permitir la elaboración de un *modelo híbrido* en psicopatología (Berrios), entre los que se destacan el *marco comprensivo* empleado en el reconocimiento de síntomas, y el componente *social* que lo caracteriza. Como conclusión se propone a estos conceptos como centrales para el esclarecimiento conceptual y metodológico de la investigación del razonamiento diagnóstico en psicopatología.

**Palabras clave:** Enfermedad mental - Psicopatología - Razonamiento diagnóstico - Modelo socioconstruccionista - Modelo biomédico.

CONCEPTUAL AND METHODOLOGICAL ISSUES INVOLVED IN THE RESEARCH FIELD OF DIAGNOSTIC REASONING

## Abstract

The psychopathological field is crossed by dilemmas that put in question its methodological, conceptual and philosophical filiations. Since the early works of Ey and Jaspers until recent work of Berrios it has been in question the position psychopathology has in the field of medicine in general, and in the field of psychiatry in particular, especially if it should follow the principles of natural science or if it has an autonomous position between them. This debate has led to two opposing positions facing two different models of psychopathology: the biomedical model and the socio-constructionist model. In this work it is proposed to review the scope and difficulties involved in each model following two central axes: *diagnostic reasoning* and *mental illness* conceptual problem. Later, as a synthesis of the analysis proposed they are identified central concepts of each model that could allow the development of a hybrid model in psychopathology; in between them the comprehensive framework employed in symptoms recognition and the social component that characterizes it are highlighted. As a conclusion, these concepts are proposed as central aspects for conceptual and methodological clarification of the research field of diagnostic reasoning in psychopathology.

**Key words:** Mental illness - Psychopathology - Biomedical model - Socio-constructionist model - Diagnostic reasoning.

## Introducción

El campo psicopatológico conforma un ámbito atravesado por dilemas que ponen en cuestión su filiación filosófica, conceptual y metodológica, tal es así que hasta la actualidad no se ha definido específicamente cuál es su relación con las otras ramas de la medicina, si debe alinearse con los principios de las ciencias naturales o si puede tener una posición autónoma respecto de aquellas (1, 2, 3). En la obra de autores como Ey (4) y Jaspers (5) la dilucidación del marco epistemológico de la psicopatología ocupa un lugar central. Un aspecto destacado es el que se define por la doble pertenencia del campo psicopatológico a dos modelos de ciencia en pugna: las ciencias hermenéuticas o comprensivas por un lado, y las biológicas o explicativas por otro. Ambos modelos a su vez constituyen el ámbito sobre el que se asienta cada una de las propuestas en psicopatología. Por ejemplo, afirmaciones como la de que “*la psiquiatría debería disfrutar de un sistema diagnóstico a partir de la patogenia, como ocurre en el resto de los campos de la medicina*” (6) constituye una clara manifestación del dominio biomédico, cuya propuesta descansa sobre presupuestos orgánicos, desde el que se sostiene que la etiopatogenia y el diagnóstico serían equiparables a los mismos principios que el resto de la medicina, y de este modo las enfermedades mentales vendrían a ser un correlato del mismo tipo que las enfermedades orgánicas, así como también la nosografía sería un elemento central en la descripción e identificación de las enfermedades, entre otros aspectos (6-10). Sin embargo, tanto la etiopatogenia como el diagnóstico de las enfermedades mentales no han dejado de ser nunca un concepto que presenta dificultades epistemológicas en todos sus aspectos, en especial el plano conceptual y metodológico (11-15). Entre ellas se destaca la serie de dificultades alrededor de los estudios sobre el razonamiento diagnóstico, sobre la que más adelante nos detendremos.

Por otro lado, el modelo socioconstruccionista sostiene que es “epistemológicamente primario” para la identificación de un signo o síntoma de enfermedad el marco social y cultural en el que éstos son “construidos” (1, 2). En esta perspectiva se agrupan autores de tradiciones diversas aunque vinculados por la raíz social y constructiva de sus propuestas (16-24).

Pero entonces, frente a estos dos modelos diversos, ¿qué enfoque se debe adoptar? ¿Qué se considera que hace el clínico, *descubre* o *construye* trastornos mentales? (1, 2). Al parecer, para interrogar adecuadamente este tipo de cuestiones resulta necesario un marco metodológico y conceptual que refleje la particularidad epistémica de este campo de investigación, el cual “*necesita causas en relación a sus necesidades de ciencia natural, pero necesita también razones para explicar la acción social*” (2). En este sentido, una tercera propuesta se podría abrir camino entre ambos modelos, para lo cual debería recurrirse a nociones como las de epistemología *híbrida* (1, 2), “*regional*” (25) o “*transdisciplinar*” (26).

La propuesta de este estudio se inscribe en esta última senda, y se centra en la exploración de aspectos específicos que puedan vincularse con la conceptualización y la investigación del *razonamiento diagnóstico* y de nociones

conceptuales sobre la *enfermedad mental* para elaborar finalmente, y a modo de síntesis, una propuesta a partir de los elementos centrales del análisis teórico propuesto.

## El diagnóstico clínico dentro del marco biomédico

Sistemas diagnósticos operacionales (p. ej., el DSM) (9) proponen que el método para establecer un diagnóstico se basa en un proceso de identificación de síntomas (modelo inferencial) desde el cual se concibe el reconocimiento de la enfermedad a partir de la recolección, es decir, con *posterioridad* a la identificación de signos y síntomas. Entre sus objetivos se destaca el intento de orientar los criterios diagnósticos en base a hechos objetivos de modo tal que se puedan minimizar las consideraciones personales de cada profesional así como también posibilitar la generación de un marco *standard* de referencia que asegure la confiabilidad (6, 8-15, 27, 28). Sin embargo, ha sido difícil ajustar el diagnóstico clínico a este tipo de principios; no se ha podido respaldar el modelo médico de la enfermedad al no hallarse clara vinculación neurofisiológica de procesos patológicos específicos y que sean a su vez de utilidad clínica. Es decir, hasta el momento no se ha podido reemplazar el juicio clínico ni el razonamiento diagnóstico por sistemas operacionales como el DSM. Además la confiabilidad del sistema diagnóstico, aunque se haya incrementado desde la incorporación de la cuarta versión del DSM, ha sufrido diversas críticas alrededor de lo que muchos consideran como una sobre simplificación de la práctica clínica (7, 8, 10, 14, 15).

## Dificultades en la conceptualización del proceso de elaboración del diagnóstico clínico

Desde hace unas cuatro décadas se vienen desarrollando un conjunto de estudios que pretenden dilucidar el “razonamiento diagnóstico”, apuntando a identificar tipos de razonamiento involucrados en la generación de un diagnóstico (29-36). Un estudio (29) ha señalado que entre los principales tipos de razonamiento que podrían estar involucrados se encuentra el razonamiento probabilístico (que estaría apoyado en el empleo de datos estadísticos con fines clasificatorios); también el razonamiento causal (apoyado en la fisiología, utilizado para verificar hipótesis diagnósticas) y el razonamiento categorial (basado en una serie de reglas clasificatorias dentro del marco de la nosografía). No obstante, es importante señalar que junto con este tipo descriptivo de identificación de razonamientos se ha hecho hincapié en el hecho de que el profesional no se guía exclusivamente por “un” tipo particular de razonamiento para todos los casos, ni su utilización asegura la eficacia diagnóstica. Sino que, al contrario, ha sido reconocida la necesidad de centrar los estudios en aspectos *prácticos* de la clínica (37) (y no exclusivamente en un marco analítico desvinculado del *contacto* con el paciente).

En este sentido, los estudios de Norman y colaboradores (33-35) pretenden aproximarse a este tipo de modelos experimentales. En un estudio (34) se exploraron los tipos de razonamiento diagnóstico e índice de eficacia alcanzados. Para ello fueron analizados datos provenientes

tes de dos muestras de participantes que utilizaron dos tipos de razonamiento diferentes para identificar características clínicas relevantes y así determinar diagnósticos posibles a partir de la observación de electrocardiogramas (ECG). Los participantes fueron distribuidos en dos muestras: una muestra, en la que se debía identificar *todas* las características del ECG observadas y una vez recolectadas emitir un diagnóstico; la otra muestra debía incluir manifestaciones clínicas *sólo* cuando pudieran alimentar una hipótesis diagnóstica. Los resultados permitieron considerar que el desempeño de la muestra que debía incluir *toda* manifestación posible observada, en comparación con la otra, se caracterizó por: identificar más cantidad de características señaladas, de las cuales había más cantidad de características incorrectas y más cantidad de características irrelevantes (de acuerdo al diagnóstico verdadero de cada ECG). Se concluyó así que el tipo de razonamiento más eficaz es un razonamiento *orientado*, es decir, cuando el profesional puede elaborar un *recorte* de todas las manifestaciones posibles orientando su búsqueda *sólo* hacia aquellas que ayudan a confirmar o rechazar la hipótesis diagnóstica preliminar.

En otras palabras, lo que se extrae de este tipo de estudios es que en la práctica la observación de un signo no es nunca ingenua o despojada de presuposiciones, sino que por lo general se produce una transformación de un dato en hecho clínico y dicha elaboración es "construida" a partir de *criterios decisoriales* surgidos en la práctica clínica (28). Es posible cuestionar la centralidad del *modelo biomédico para esclarecer aspectos del razonamiento diagnóstico*.

### Modelo socioconstruccionista del razonamiento diagnóstico

El modelo socioconstruccionista parte de principios diferentes al modelo biomédico para definir la enfermedad o el diagnóstico puesto que desde este dominio se considera que *estar enfermo* no siempre implica un compromiso orgánico, y en este sentido el principio etiológico biomédico de "*a cada síntoma su causalidad orgánica*" (48) es directamente confrontado. Junto a esto, se llama la atención al hecho que por más que se compruebe dicho principio para ciertos procesos mórbidos, no se agota allí la serie de implicancias que giran en torno a un diagnóstico, puesto que con independencia de su *naturaleza*, estar enfermo conforma siempre otros *significados*, los cuales no se relacionan con un sustrato orgánico determinado, sino a un contexto con el que ejercen un efecto *vinculante* (16). Es decir, que como modos de estar en la sociedad y en el medio político, económico y cultural de referencia, la enfermedad ejerce una vinculación con el contexto de pertenencia (1, 2, 7, 12-26). Así considerada la enfermedad, la práctica diagnóstica debe ser reconducida a la íntima *vinculación* que posee *con los fenómenos de interacción social* (38).

### El diagnóstico clínico como fenómeno de interacción social

A partir de los trabajos pioneros de Schütz (21) y su continuidad en la obra de Garfinkel (22) se ha intentado ofrecer fundamentos a una serie de saberes implícitos den-

tro del terreno de la interacción social. Según estos autores lo que podría considerarse obvio o banal (p. ej., una interacción común y corriente) constituye, no obstante, una actividad estructurada cuyo sentido está asegurado a partir de un "trasfondo" de significados compartidos. Dichos significados, aunque no sea evidente, producen para los actores comprometidos en una situación social determinada una comprensión común en base a una serie de criterios que permiten orientarla satisfactoriamente. El hecho de que no reparemos usualmente en este tipo de criterios, no se debe a que constituyan aspectos irrelevantes, sino que, al contrario, conforman el terreno de lo que es "naturalizado" por el grupo social: un conjunto de fenómenos sobre cuya existencia no dudamos y que pasan a formar parte del "sentido común". Sin embargo, estas "*estructuras del mundo de la vida*" (21) suelen volverse explícitas a partir de las situaciones de *quiebre* respecto del marco atribucional naturalizado, siendo éstas las ocasiones privilegiadas para identificarlas. En este sentido, un quiebre o desvío debe entenderse como una divergencia respecto del marco social canónico de interacción, y es lo que en el campo psicopatológico suele describirse como *comportamiento desviado* (9).

Estas *estructuras de sentido o marcos comprensivos* han sido reconocidas como involucradas, no sólo en contextos cotidianos de interacción, sino también al interior de la práctica profesional (14, 15, 18-22, 38, 41, 42, 43). Por nuestra parte consideramos que destacados clínicos e investigadores han reconocido y expresado ideas que permiten entrever, a pesar de los modelos teóricos y las propuestas diversas que caracterizan su aporte particular, descripciones acerca de cómo realizan el diagnóstico en la práctica que parecen introducir esta clase de criterios implícitos y/o no formales (47). Por ejemplo, Freud distinguió alrededor del diagnóstico clínico una "enseñanza oficial", pero junto a éste destacó también otro tipo de "razones" empleadas para alcanzarlo: "Este es el modo en que todos nosotros diagnosticamos junto al lecho del enfermo, aunque *la enseñanza clínica oficial* presente a veces las cosas de otra manera a los estudiantes. A ello se anudan luego puntualizaciones de diagnóstico diferencial; el conferencista procura aclarar las *razones* que lo han guiado hacia su identificación, razones que, como es bien sabido, algunos *buenos diagnosticadores son incapaces de indicar, aunque en el fondo se orientan por ellas*" (cursivas no están en el texto original) (39).

De modo similar, Rümke también realizó observaciones que convergen en el mismo punto al expresar que para establecer diagnósticos hay "datos distintos" que son empleados "más" allá de las teorías: "Si el clínico es verdaderamente clínico, siempre sabe *más* que lo que contiene su teoría. A veces ese 'más' se hace evidente, sobre todo, en los puntos donde no hallamos nada o casi nada en la teoría (...) en el médico clínico el hombre se manifiesta al máximo. (...) Muchas veces me sorprendió que hiciera yo mismo diagnósticos a partir de *datos distintos* de los que usaba para explicar mis diagnósticos ya una vez hechos" (cursivas no están en el texto original) (40).

Incluso este último elaboró una interesante propuesta para introducir como criterio diagnóstico de psicosis el "sentimiento precoz", el cual estaría caracterizado

principalmente por la dificultad que tiene el clínico en estos casos para establecer un vínculo con el paciente como *persona*, es decir la imposibilidad de realizar el conjunto de atribuciones básicas como la empatía y un esquema de racionalidad compartido (nociones de sentido común y modos de hacer compartidos), que son las que normalmente se despliegan en todo *contacto social* (es importante señalar aquí la referencia al criterio del contacto y vínculo social como un elemento destacado del proceso diagnóstico).

No sólo este tipo de descripciones de la práctica parecen aludir a una serie de saberes implícitos surgidos de la interacción social, sino que también, y este es un punto relevante, fenómenos surgidos desde la práctica clínica misma pueden ser interpretados como permeables o definidos por la interacción social. Tal es el caso de la “rapidez” con que muchas veces el clínico puede establecer el diagnóstico (entre los tres y cinco primeros minutos de la entrevista) (41, 42, 43), lo cual evidencia un modo de establecer el diagnóstico distinto del inferencial/operacional, ya que en estos casos el diagnóstico no parece estar establecido a partir de una organizada búsqueda de síntomas que con posterioridad pudieran integrar la enfermedad, sino que lo que parece orientar un diagnóstico temprano a partir de unos pocos elementos clínicos es la destreza para conjugar diversos *criterios decisionales* en conjunto con una *orientación* atribuida a los datos clínicos. Es decir, este tipo de diagnósticos depende más de las construcciones dirigidas a conformar datos clínicos que de hechos identificados y luego vinculados con criterios diagnósticos que permitan con posterioridad inferir la enfermedad; o bien, en palabras de Berríos y Chen, el clínico ve la enfermedad *junto con* los signos que la indican, y no con posterioridad a éstos, como es propuesto en el modelo inferencial biomédico (28).

### El problema conceptual de la enfermedad mental

El *significado* de un trastorno mental es independiente del sustrato orgánico sobre el que pudiera estar asentado, y la actividad diagnóstica conlleva atributos de una interacción social, y no sólo criterios ajustados a modelos inferenciales. En este sentido, el reconocimiento y significado social de la enfermedad es epistemológicamente primario (1, 2), puesto que sin un criterio para identificar las llamadas conductas “desviadas”, “patológicas”, “bizarras”, entre otro tipo de denominaciones usuales en las descripciones psicopatológicas actuales (9), no habría sustrato orgánico que tenga justificada su existencia.

En este apartado se exploran brevemente algunas de las propuestas relevantes para situar el problema conceptual de la enfermedad en un marco epistemológico híbrido, en interacción con los modelos biomédico y socioconstruccionista.

### Medicina orgánica y medicina mental

Foucault establece una distinción entre la medicina orgánica y la medicina mental, planteando que mientras la primera es una genuina ciencia aplicada al *cuerpo humano*, no puede aplicarse del mismo modo a la *persona*

(16). Esto sería así por el hecho de que la patología mental requiere métodos de análisis diferentes, dado que los recursos empleados frente a las *enfermedades del cuerpo* no pueden ser utilizados en el mismo sentido cuando son trasladados a las *enfermedades mentales*. Además, mientras las ciencias naturales han podido generar categorías de análisis con mayor independencia del medio social y cultural del que surgen, y pueden erigirse sobre componentes funcionales de la naturaleza *física y orgánica*, las ciencias humanas, por su parte, no pueden mostrar tal nivel de abstracción, y por consiguiente, están mucho más íntimamente ligadas a las estructuras culturales de las que emanan, puesto que no cuentan con una *naturaleza humana* sobre la cual erigirse.

Esta distinción posee hondas consecuencias ya que si la fisiología puede abstraer de la totalidad del organismo un *funcionamiento particular*, no se puede esperar lo mismo cuando se hace referencia a la persona puesto que la comprensión del hombre no se puede diseccionar en partes aisladas, sino que constituye un *todo*. Sin embargo, la psicopatología (influida por la perspectiva biomédica) al pretender asimilar propuestas que intentan explicar la conducta humana ha recaído siempre en un error conceptual grave al intercambiar, como si fueran equivalentes, conceptos de naturaleza biológica con otros de raíz cultural. En este sentido, es ineludible un esclarecimiento de este tipo de principios ya que ni en el plano conceptual ni en el metodológico se pueden mezclar niveles de explicación distintos.

### Confusión conceptual y metodológica

Thomas Szasz ofrece observaciones que esclarecen el tipo de dificultades conceptuales anteriormente referidas. Señala que la práctica psiquiátrica (y los modelos que conforman el marco de la psicopatología) se encuentran arraigados a criterios morales y suposiciones de sentido común no explicitadas, lo cual puede observarse bajo consideraciones realizadas por los profesionales cuando parecen sostener que los pacientes tienen *algo* (enfermedad mental) que los normales no tienen, al igual que cuando se considera que tratan el mismo tipo de enfermedad que las orgánicas (18, 19, 20). Al respecto, si bien existen ciertos elementos para sostener esto (p. ej., hechos en que esta relación se ha visto relativamente fundamentada para aquellos fenómenos orgánicos en que, como la sífilis cerebral o el delirium tóxico-, en que las personas manifiestan desórdenes del pensamiento y del comportamiento), no obstante, según Szasz, la psiquiatría se extiende sobre un amplio campo de situaciones vitales que no sólo incluyen aquellas patologías orgánicas comprobadas sino también patologías cuyo único sustento son lo que podría llamarse “*problemas de la vida*” (conflictos sociales, personales e interpersonales, vinculados a valores sociales y culturales que puede mostrar un sujeto en los ámbitos donde se desenvuelve). Esto se evidencia en el hecho que al ser reconocida una idea como “extraña” o un comportamiento como “desorganizado”, tales hechos no son establecidos a partir de marcadores somáticos involucrados, sino que para reconocerlos el profesional se orienta a

partir de un marco comprensivo utilizado como *trasfondo de sentido* empleado en la interacción social. De este modo, lo que se puede observar es que bajo la identificación de un hecho extraño o desorganizado se está cotejando el tipo de expectativas sociales a partir de las que es posible esperar que las personas planteen ideas con cierta estructura y sentido, o que el comportamiento y la personalidad muestren cierto orden (es decir, que no estén desorganizadas).

En estos (y muchos otros casos) la confusión conceptual se observa cuando no es advertido que al decir que alguien tiene esquizofrenia, no se está identificando una disfunción orgánica, sino que tal juicio es sostenido sobre un tipo de valoración social y cultural (con independencia de que luego pueda ser estructurada y "presentada" como parte de contenidos formales, como las teorías). Sólo así es posible entender por qué suceden muchas veces en psicopatología ciertos hechos paradójicos, como el siguiente (elaborado a partir de un ejemplo de Szasz):

Alguien entra a una iglesia a hablar con Dios, y esto, obviamente, no tiene nada de patológico. Luego, al salir de la iglesia la misma persona se dirige a la policía y dice haber hablado con Dios; entonces seguramente esa persona será tomada por esquizofrénica (20).

### **Confusión conceptual en la investigación del razonamiento diagnóstico**

Hay quienes aseguran que el razonamiento diagnóstico puede estructurarse y esquematizarse, al punto de que sus aspectos centrales pueden traducirse en algoritmos analizados por sistemas informáticos "expertos" que podrían ayudar al profesional a emitir un diagnóstico en situaciones de resolución de problemas complejos. Esto es lo que sostiene, entre otros, el equipo dirigido por Razzouk (44, 45). Este equipo condujo un estudio que, basado en los principios del modelo biomédico, intentó describir el método de identificación de síntomas principales que sustentan un diagnóstico y cómo el profesional selecciona y organiza la información relevante. Con esa meta fueron seleccionados tres profesionales con más de quince años de trayectoria a los que les fueron presentadas cuatro viñetas clínicas en base a cuadros de esquizofrenia y/o esquizofreniformes y sobre las cuales debían señalar síntomas que apoyaran el diagnóstico presuntivo. Luego, fueron comparados los resultados y se observó que ni para el diagnóstico ni para los síntomas seleccionados hubo acuerdo unánime en la mayoría de las viñetas; en ocasiones hubo acuerdo en el diagnóstico pero no en los síntomas, en otras hubo acuerdo en los síntomas y no en el diagnóstico. En conclusión, se observó: mayor nivel de acuerdo sobre síntomas inespecíficos (presentes en otras formas de psicosis, es decir, en varios cuadros diagnósticos -síntomas de primer rango de Schneider y delirio-) y menor nivel de acuerdo sobre síntomas específicos (los más relevantes según cada profesional -desorganización y afecto embotado-). Según los autores, los resultados reflejaron patrones de razonamiento diferentes debido al marco teórico de referencia y a la experiencia de cada profesional, aspectos que irían conformando para cada uno esquemas de referencia propios.

Junto a estos resultados, otros elementos del marco teórico de estos estudios (44, 45) sostienen que el razonamiento diagnóstico descansa en la "mente" del profesional y que se reduce a modos de organización de la información y de inferencia diagnóstica a partir de "atajos cognitivos", apoyando de este modo la presunción de que el razonamiento diagnóstico se puede descomponer en una serie de reglas o patrones de información (tal como anteriormente ha sido planteado en apartados anteriores referidos al modelo biomédico), y de que toda investigación debe dirigirse a lo que sucede en el "cerebro" y en la "cognición" del profesional (descuidando, como ya lo hemos destacado anteriormente, aspectos que vuelven a la actividad diagnóstica una labor vinculante, en íntima relación con la interacción social y con marcos comprensivos para interpretar y atribuir sentido a la acción humana).

Es aquí entonces donde puede resultar útil introducir el tipo de nociones como las aportadas por un modelo socioconstruccionista, desde el que se considera que una manifestación clínica se convierte en síntoma de patología dentro de un marco cultural específico en el que resulta significativa, de modo que no es posible *identificar* y *comprender* un síntoma recurriendo a una serie de reglas gramaticales o por sumatoria de procesos de razonamiento que pudieran descomponerse. En este sentido, un síntoma es construido y adquiere así una cierta *calidad* que no equivale a la adición u organización de *cantidades*. Esto no deja de tener resonancias a una frase literaria pero representativa del aspecto conceptual que se quiere remarcar, que dice: "*no puede establecerse cuándo se alcanza la categoría de montón agregando granos de trigo*" (46).

Volviendo a los resultados aportados por el estudio anteriormente mencionado, el hecho de que un método (p. ej., el DSM) permita estructurar y organizar datos observados en la clínica no significa que sean esos mismos criterios los que permiten emitir *valoraciones* clínicas ni *comprender* aquello que el profesional construye en la práctica. En este punto no hay que dejar de mencionar que el propio DSM realiza recomendaciones dirigidas a esta cuestión. Plantea, por ejemplo, que en última instancia es en base al "*juicio clínico*" que se pueden emitir diagnósticos, y que el manual no debe ser utilizado como un libro de "*recetas de cocina*" (9). Así mismo, la orientación cognitivista y biológica del modelo inferencial biomédico posee el sesgo de orientar las investigaciones sobre el razonamiento clínico al "estrecho" ámbito relacionado con el profesional -descuidando fenómenos de índole relacional y vincular.

Junto a todos estos señalamientos, un elemento más puede ser indicado como relevante desde el marco socioconstruccionista. Los mismos investigadores (44, 45) señalan que los profesionales *emitieron diagnósticos sin que se cumplieran dos criterios elementales* para establecer diagnóstico de esquizofrenia según los manuales clasificatorios principales en los que explícitamente éstos decían basarse: en las viñetas clínicas presentadas no había referencias a síntomas positivos (relevante en clasificación CIE-10 de esquizofrenia), ni estaba especificado el tiempo que duraba la disfunción (DSM-IV considera mínimo de 6 meses). Sin embargo, los profesionales no tuvieron inconvenientes para emitir sus diagnósticos, lo cual evidencia una vez más que el diagnóstico parece estar asentado

sobre otro tipo de elementos que no logran ser encajados en los principios biomédicos. Esto podría interpretarse, no como un resultado negativo o un tipo de comprobación que vendrá en el futuro (el cual usualmente suele ser el refugio para muchos estudios alineados en el modelo biomédico) (2), sino que, al contrario, pueden ser interpretados estos resultados como la situación concreta y práctica que caracteriza al diagnóstico en la labor clínica y que es sobre ellos que debe asentarse una adecuada conceptualización y esclarecimiento metodológico. En definitivas, en palabras de Berrios (2), posiblemente a partir de aquí sea viable pensar una “nueva epistemología para la psiquiatría” y la psicopatología.

## Discusión

Este estudio pretendió señalar algunas de las dificultades para conceptualizar el modo de razonamiento diagnóstico en el ámbito psicopatológico desde un enfoque estrictamente biomédico. Se pudo observar que desde esta propuesta se le pide al profesional que identifique una supuesta enfermedad a través de síntomas y signos estructurados y ordenados en base a un proceso cuantitativo y operacionalizable (cuya forma más acabada se encuentra en el desarrollo de sistemas expertos), siendo que el razonamiento diagnóstico no se desarrolla de ese modo ni el profesional realiza *de hecho* esas acciones para arribar a un diagnóstico. Es debido a esta particularidad que los intentos por operacionalizar el modo de emitir diagnósticos yerran una y otra vez su objetivo puesto que los profesionales emiten diagnósticos aunque no se cumplan criterios mínimos contemplados en los manuales clasificatorios principales (47). En otras palabras, parece quedar evidenciado que los criterios operacionales diagnósticos no permiten al profesional *comprender o reconocer* la patología, aunque sí los ayude a *clasificarla*.

Intentó ponerse de manifiesto que lo que conforma el marco de la *comprensión* no debe ser confundido, ni conceptual ni metodológicamente, con la *clasificación* puesto que ambos términos se adhieren a modelos de ciencia distintos (el socioconstruccionista por un lado y el biomédico por otro). Esta distinción, sin embargo, no implica exclusión. Por lo tanto, la investigación de causalidades orgánicas relacionadas a fenómenos patológicos o los intentos por estructurar y esquematizar el razonamiento diagnóstico son plenamente válidos y necesarios. No obstante, lo que no puede descuidarse son los distintos aspectos que caracterizan a cada modelo cuando se define al razonamiento clínico y a la enfermedad mental. Para eso pusimos como ejemplo la

investigación de Razzouk, según la cual los investigadores tratan justamente de arribar al marco de la *comprensión* desde la mera *clasificación*, confundiendo así, como usualmente sucede en psicopatología, dos ámbitos que no pueden ser vinculados (44, 45).

Sería necesario redefinir el concepto de enfermedad y reconocer la especificidad del campo psicopatológico, la cual está marcada por una doble pertenencia tanto al modelo construccionista como al biomédico, y que podría quedar reflejada en un modelo epistemológico híbrido. Desde aquí podrían señalarse algunos límites conceptuales que el modelo biomédico aún sostiene, como por ejemplo la consideración del diagnóstico en psicopatología como un homólogo del diagnóstico en el resto de las especialidades médicas puesto que al parecer, la identificación de la causa o tipo de enfermedad no ocuparía en este campo el mismo lugar que en medicina en general. Del mismo modo la sintomatología considerada como dependiente de principios inferenciales como los propuestos por el DSM posiblemente pudiera pasar a tener un rol menos central, y junto a esto, es posible que aspectos no considerados principales en el proceso de elaboración diagnóstica pudieran cobrar mayor relevancia, como por ejemplo el tipo de presupuestos involucrados en los “criterios decisionales” (usualmente atribuidos a la “experiencia clínica” o al “juicio clínico”, como se observa en el DSM), y que se observan en fenómenos como los diagnósticos “por sentimiento” (40), los diagnósticos inmediatos (41, 42, 43) o los diagnósticos emitidos aunque no se tengan todos los elementos clasificatorios que apoyen la decisión (44, 45).

Desde el aporte del modelo socioconstruccionista es importante extraer la observación de que el reconocimiento de un síntoma no podrá nunca aprehenderse en forma científica como un fenómeno exclusivamente médico, ni el razonamiento diagnóstico podrá descomponerse en una serie de reglas, puesto que “*la mayoría de las veces las interpretaciones conscientes de la enfermedad y la curación no son más que normas culturales eminentemente relativas y, por consiguiente, no poseen el carácter operativo que buscamos*” (7).

## Agradecimientos

Estudio subsidiado y avalado por Secretaría de Investigación, Ciencia y Técnica (Secyt) (UNC).

## Declaración de posibles conflictos de intereses

El autor no declara conflictos de intereses ■

## Referencias bibliográficas

- Berrios G. Filosofía e historia de la Psiquiatría y la Psicopatología - 1a Parte. *Vertex* 2011; XXII 1: 8-18.
- Berrios G. Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría. Buenos Aires: Polemos; 2011.
- Pichot P. El abordaje clínico en psiquiatría (introducción). En: Pichot P, Rein W, editores. El abordaje clínico en psiquiatría. Historia, función, aplicaciones. Buenos Aires: Polemos; 1995. p. 7-22.
- Ey H. Estudios psiquiátricos. Vol 1. Buenos Aires: Polemos; 2008.
- Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 5ta ed. Traducción castellana: Psicopatología general. 4ta ed. Buenos Aires: Beta; 1946. p. 956.
- Hyman S. Prefacio. En: Phillips K, First M, Pincus H, editores. Avances en el DSM. Dilemas sobre el diagnóstico psiquiátrico. Barcelona: Masson; 2005.
- Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentales contemporaine. Traducción castellana: Antropología de la enfermedad. Buenos Aires: Ediciones del sol; 1999. p. 40.
- Maj M. Keeping an open attitude towards the RDoC project. *World Psychiatry* 2014; 13 (1): 1-2.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta ed. Barcelona: Masson; 1995.
- Berrios G. Sleep, dreams and the symptoms of madness. *Hist Psychiatry* 1996; 7: 183-92.
- Phillips K, First M, Pincus H, editores. Avances en el DSM. Dilemas sobre el diagnóstico psiquiátrico. Barcelona: Masson. 2005.
- Owens D. The challenges of diagnosis and continuing patient assessment. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2000; 4 (Suppl 1): 13-18.
- Widiger T, Clark L. Toward DSM-V and the classification of Ppsychopathology. *Psychol Bull* 2000; 126 (6): 946-63.
- Bourgeois M, Rechoulet D. Los primeros minutos, primer contacto y rapidez diagnóstica en psiquiatría. En: Pichot P, Rein W, editores. El abordaje clínico en psiquiatría. Historia, función, aplicaciones. Vol. 3. Buenos Aires: Polemos; 1995. p. 37-50.
- Tatossian A. El problema del diagnóstico en la clínica psiquiátrica. En: Pichot P, Rein W, editores. El abordaje clínico en psiquiatría. Historia, función, aplicaciones. Vol. 2. Buenos Aires: Polemos; 1995. p. 67-80.
- Foucault M. Enfermedad mental y personalidad. Buenos Aires: Paidós; 2006.
- Foucault M. historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica; 2004.
- Szasz T. Law, Liberty, and Psychiatry. New York: MacMillan; 1963
- Szasz T. Ideología y enfermedad mental. Amorrortu: Buenos Aires; 1988.
- Szasz T. El mito de la enfermedad mental. En: Basaglia F, Langer M, Szasz T, Caruso I, Verón E, Suárez A, Barrientos G, editores. Razón, locura y sociedad. México: Siglo XXI; 1999. p. 85-102.
- Schütz A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu; 1962.
- Garfinkel H. Estudios en etnometodología. Barcelona: Anthropos; 2006. p. X-254.
- Canguilhem G. On the normal and the pathological. Holanda: Reidel; 1978.
- Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Fondo de Cultura Económica; 2006.
- Lantéri-Laura G. La noción de epistemología regional en psiquiatría. *Vertex* 2004; XV (55): 34-9.
- Samaja J. Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
- Jablensky A, Kendell R. Criteria for assessing a classification in psychiatry. In: Maj M, Gaebel W, López-Ibor J, Sartorius N, editors. Psychiatric diagnosis and classification. UK: John Wiley and Sons; 2002. p. 1-24.
- Berrios G, Chen Y. Recognising psychiatric symptoms. Relevance to the diagnostic process. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 308-14.
- Kassirer J. Diagnostic Reasoning. *Ann Inter Medicine* 1989; 110: 893-900.
- Garb H. Clinical Judgement, Clinical Training, and Professional Experience. *Psychol Bull* 1989; 105 (3): 387-96.
- Leibovich A. Cómo psicoanalistas y psicoterapeutas cognitivos construyen sus inferencias clínicas. Estudio empírico. *Aperturas Psicoanalíticas* 2004 Julio; 17.
- Leibovich A. "Más allá de la información dada": Cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Rev Soc Arg Psicoanálisis* 2000 agosto; 3: 97-114.
- Norman G. Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Med Educ* 2005; 39: 418-27.
- Norman G, Brooks L, Colle C, Hatala, R. The benefit of diagnostic hypotheses in clinical reasoning: Experimental study of an instructional intervention for forward and backward reasoning. *Cogn Instr* 2000; 17, 433-48.
- Eva K y Norman G. Heuristics and biases-a biased perspective on clinical reasoning. *Med Educ* 2005 Sep; 39 (9): 870-2.
- Garb H. The Representativeness and past-behavior heuristics in clinical judgement. *Prof Psychology* 1996; 27 (3): 272-77.
- Kendler K, Zachar P, Craver, C. What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychol Med* 2011; 41: 1143-50.
- Paicheler H. La epistemología del sentido común. En: Moscovici S, editor. Psicología Social. Vol. 2. Barcelona: Paidós; 1986.
- Freud S. Informe sobre mis estudios en París y Berlín. En: Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899). 2da ed. 13ra reimp. Buenos Aires: Amorrortu; 2004.
- Rümke E. Significado de la fenomenología en el estudio clínico de los delirantes. En: Stagnaro J, editor. Alucinar y delirar. Tomo II. Buenos Aires: Polemos; 1998. p. 148-62.
- Cantor N, Smith E, French R, y Mezzich J. Psychiatric Diagnosis as Prototype Categorization. En: Pichot P, Rein W, editores. El abordaje clínico en psiquiatría. Historia, función, aplicaciones. Vol. II. Buenos Aires: Polemos; 1995. p. 67-80.
- Gauron E y Dickinson J. Diagnosis Decision Making in Psychiatry. I. Information Usage. In: Pichot P, Rein W, editores. El abordaje clínico en psiquiatría. Historia, función, aplicaciones. Vol. II. Buenos Aires: Polemos; 1995. p. 67-80.
- Schwartz M, Wiggins O. Typifications. The first step for clinical diagnosis in psychiatry. En: Pichot P, Rein W, editores. El abordaje clínico en psiquiatría. Historia, función, aplicaciones. Vol. III. Buenos Aires: Polemos; 1995. p. 37-50.
- Razzouk D, Mari J, Shirakawa I, Wainer J, Sigulem D. How do experts recognize schizophrenia: the role of the disorganization symptom. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28 (1): 5-9.
- Razzouk D, Mari J, Shirakawa I, Wainer J, Sigulem D. *Braz J Med Biol Res* 2006; 39 (1): 119-28.
- Sábato E. Lingüistas y milenarios. *Texto Crítico* 1979; 5 (15): 3-6.
- Di Persia N. Esquemas de razonamiento clínico en psicoterapia: su incidencia en el diagnóstico y la intervención. (Tesis de grado no publicada). Universidad Nacional de Córdoba: Argentina; 2012.
- Argañaraz J. Psicopatología y Psicoanálisis. Una perspectiva desde Lakatos. Córdoba: Brujas; 2007.