

Conversación de exordio con Juan Carlos Stagnaro



El diagnóstico, llave de la terapéutica

Nosografías criteriológicas contemporáneas

Conversación con Juan Carlos Stagnaro, publicada en [exordio 3](#).

Exordio: El problema de las clasificaciones es un tema central para la cuestión del diagnóstico, y por eso quería realizarle algunas preguntas sobre las nosografías, clasificaciones y glosarios vigentes.

Primero algo más general que leí en una conversación suya con Germán García, en el Centro Descartes. En ella advertían dos riesgos: para el psicoanálisis quedar reducido a una teoría respecto de la cultura y para la psiquiatría quedar reabsorbida por la neurología. Es un momento de nuevos desafíos a fin de conservar un lugar específico en la práctica clínica. Entiendo que el psicoanálisis se da su estrategia con las neurociencias ¿Qué estrategia, interpreta, conviene a la psiquiatría para mantener su especificidad en el campo de la clínica?

Juan Carlos Stagnaro: En primer lugar creo que una de las cuestiones que debe discutir la psiquiatría es su especificidad, cuáles son los límites de la pertinencia de la psiquiatría como especialidad médica que es. A lo largo de los últimos años se ha hecho a la psiquiatría, de alguna manera, responsable o se la ha requerido para que de opinión y opere en muy diversos campos sociales, en una cultura en

transformación, en el marco de eso que se denomina globalización. Es decir que la psiquiatría actualmente tiene límites difusos, y entonces a veces se le pide que opine y opere sobre cosas que habría que estudiar profundamente si son de su pertinencia o no.

En segundo lugar, la psiquiatría debe reconocer que su paradigma está en crisis. En este momento, no existe un consenso entre los especialistas en psiquiatría, a nivel mundial, acerca de sus referentes teóricos. Hay una corriente que persiste, y en nuestro país particularmente, creo yo, de perfil psicodinámico, que ha estado influenciada en la formación de los médicos psiquiatras por el psicoanálisis, en sus distintas vertientes. Y otras corrientes de una psiquiatría más de corte biológico o biomédico, que en el plano psicoterapéutico se apoyan más en las intervenciones cognitivo-comportamentales. En estas diferentes posiciones se le asigna un alcance diferente a la psicofarmacología como recurso terapéutico. En el primer caso, al psicofármaco se lo entiende más como una medicación sintomática acompañante del proceso psicoterapéutico. Mientras que en el segundo caso, las corrientes más biológicas que suponen un sustrato fisiopatológico cerebral a los llamados trastornos mentales, se le asigna al psicofármaco, en algunos casos, una función más de orden curativo. Es decir que se enfrentan posiciones hermenéuticas con posiciones naturalistas. Esto no quiere decir que se niegue el sustrato orgánico, particularmente cerebral, a la conducta humana. Simplemente apunta a señalar que las leyes que rigen la biología no son útiles o no permiten explicar la conducta del sujeto humano por sí mismas. Es necesario otro tipo de teorizaciones, de las cuales la psicopatología en su larguísima trayectoria ha planteado distintas opciones. Las corrientes psicodinámicas se apoyan en una perspectiva del sujeto inspirada en la teorización psicoanalítica freudiana y posfreudiana. En ese sentido, debemos constatar que la psiquiatría como la medicina en general, requiere definir en armonía con los desarrollos científicos y la cultura contemporáneos una teoría del sujeto a la cual adscribir y sobre la cual erigir su edificio teórico y el conjunto de sus prácticas.

E.: Hizo mención al paradigma de la psiquiatría y habló del consenso. ¿Sostiene una idea kuhniana de paradigma? Si es así ¿habría un nuevo paradigma que usted vislumbre?

J. C. S.: Por supuesto, me apoyo mucho en la teorización de la epistemología kuhniana, con ciertas modificaciones surgidas de la epistemología de las últimas décadas, lo que podríamos englobar en las corrientes de pensamiento poskuhnicas. Como sostiene Georges Lanteri-Laura, el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas, que era propio de la psiquiatría dinámica y que dominaba el campo de la especialidad hasta los años '80 se puso en crisis, en el sentido de Kuhn. A partir de la aparición del DSM III, del desarrollo de la

psicofarmacología, de cambios en los sistemas de salud en los países centrales, de la aparición del gerenciamiento de la salud y de cambios culturales en general, que han incluido la descripción de nuevas presentaciones clínicas psiquiátricas sindrómicas, se produjo esta situación de crisis, de dispersión, de opiniones diversas.

En el panorama actual uno puede vislumbrar una propuesta paradigmática que provino del mundo anglosajón y particularmente de centros universitarios norteamericanos, y se organizó en torno al DSM, a la psicofarmacología, a la aparición de las psicoterapias cognitivas, que propondría, grosso modo, que es posible una descripción del conjunto de las presentaciones de la locura en forma descriptiva, atórica y basada en criterios explícitos de diagnóstico. Si se acepta esa posibilidad de hacer una nosografía apoyada en esas nociones, entonces, se observa que existe una tendencia a tratar de describir una fisiopatología cerebral, un funcionamiento cerebral que presente alteraciones correspondientes a cada uno de los trastornos descritos por la clasificación mencionada. Se establece de este modo una relación biunívoca entre trastorno y fisiología cerebral.

A esas alteraciones fisiopatológicas cerebrales se las corregiría con una terapéutica basada en una combinación de psicofarmacología con tecnologías del yo, como las terapéuticas cognitivas y cognitivo-comportamentales, siguiendo el razonamiento médico: diagnóstico, etiología o etiopatogenia y terapéutica.

Esta perspectiva que se ofrece en el campo de la psiquiatría hoy día como propuesta paradigmática, creo que es el arribo a la psiquiatría -como la última especialidad que resistía- del modelo biomédico de pensamiento, que ya había ganado amplia audiencia en el conjunto de la medicina, apagando una perspectiva médica antropológica que anteriormente tuvo sus expresiones fuertes e importantes en la medicina y a la que se debería volver. Así que esto es una propuesta, que gana mucha audiencia, sin ningún lugar a dudas, pero que está en tensión con los que sostenemos el paradigma anterior en la clínica psiquiátrica.

E.: Ayer, en su conferencia, planteó dos problemas en el uso de las clasificaciones diagnósticas. Uno respecto de cómo se diseñan los modelos de clasificación; y el otro, que también es un problema, respecto de qué se clasifica; en el sentido de que ese nombre tiene un poder performativo o un poder de nominación que determina ciertas cuestiones en la práctica, en la clínica. El problema, entonces, sería cómo se clasifica y qué se clasifica.

J. C. S.: Si tomamos el caso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, que circula actualmente en su versión IV T-R, lo que se observa es que una cosa fue la técnica de su elaboración cuando apareció esta nueva metodología nosográfica en

el DSM III en 1980, y toda la sucesión de ediciones posteriores: el III R, el IV, el IV T-R. – metodología que ha sufrido severas y fundamentadas críticas que expuse en la conferencia de la Jornada organizada por la Asociación de Psiquiatras Cordobeses (APsiCo) y la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)- y otra, aún más grave, fue su implementación. Es lamentable ver que en muchos ámbitos, lo que no es más que un gran cuadro sinóptico nosográfico, ha sido propuesto y tomado como si fuera un manual de psiquiatría. El DSM es solamente una propuesta de clasificación, un gran cuadro sinóptico presentado bajo la forma de libro. Ahí hay un primer elemento de confusión. Otro elemento de confusión, es que se haya empleado en la versión española que utilizamos la locución “Trastornos mentales” para traducir el término “Mental Disorders”. Creo que nadie se ha tomado el trabajo de buscar en el Diccionario de la lengua española el campo semántico que implica el término “Trastorno”. Fíjese usted que el mismo expresa algo tan ambiguo como “Alteración leve de la salud”, en sentido general, y también “Enajenación mental” en el vocabulario jurídico. Y éste último, a algo tan vago y confuso como “Distracción, falta de atención, embeleso”, pero también a “locura” entendida como “privación del juicio”, y jurídicamente a “Estado mental de quien no es responsable de sus actos; [que] puede ser permanente o transitorio”. Tal imprecisión en temas de tanta importancia es inadmisibles. No olvidemos que todo diagnóstico médico es, en última instancia, un juicio de valor y este asunto tiene consecuencias sobre la vida de los pacientes y sus familias, tanto en el sentido sociocultural como jurídico, de proporciones mayúsculas.

La Organización Mundial de la Salud también reconoce que el vocablo “Trastorno” no es muy preciso y lo usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo.

Aclarando que las disfunciones o conflictos sociales no son trastornos por sí mismo en ausencia de trastornos individuales.

Un tercer aspecto a señalar, vinculado con lo anterior, es que los autores del DSM de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría en su Introducción dejan claramente explicitado -precisión que infinidad de lectores pasan por alto- que cuando dicen “trastornos” se refieren a “síndromes” entendiéndolos como perfil conductual o psicológico con relevancia clínica que se observa en un sujeto y se asocia con un problema actual que provoca aflicción o invalidez (deterioro de una o más áreas de actividad importantes) o incremento significativo del riesgo de muerte, dolor, incapacidad o pérdida de la independencia.

Clásicamente en medicina los síndromes son agrupamientos sintomáticos que se presentan en la clínica con más frecuencia que el simple azar, y recién serán enfermedades si uno les puede adjudicar una etiología o una etiopatogenia.

Cuando uno le adjudica a un síndrome una etiología o una etiopatogenia, adscribe a una teoría desde la cual adjudica esa causa al conjunto sindrómico. Casi siempre la psiquiatría ha utilizado descripciones sindrómicas debido a la imposibilidad de encontrar con certeza la causa de los fenómenos clínicos que estudia. Me refiero, particularmente, a las llamadas desde antaño: vesanias puras, locuras funcionales, etc., según la nomenclatura de diversos autores.

Lo que yo decía antes es que la propuesta paradigmática organizada en torno al DSM, que mencioné en mi conferencia, se articula en la utilización que se hace de ella a fines de investigación farmacológica y neurobiológica -en particular neuroimágenes- a adjudicar causas fisiopatológicas cerebrales a cada trastorno, y es ahí donde aparece un reduccionismo biológico en la explicación de estos síndromes para convertirlos en enfermedades del cerebro, tradición que también ha existido desde antaño en la historia de la psiquiatría. Explícitamente, los autores del DSM intentaron, con el concepto de a-teoricismo, describir exclusivamente y en forma objetiva los síntomas que observaban. Pero en realidad, por un lado, es imposible epistemológicamente nombrar y describir sin hacer referencia a una teoría. Las palabras vehiculizan tomas de posición filosóficas y científicas. De hecho, el DSM no es una nosografía a-teórica, sino que, si uno observa las referencias que se tomaron para su formulación, ve que en realidad, es una nosografía multi-teórica, ecléctica.

En la confección del Manual hubo toda una técnica innovadora para la elaboración de una nosografía en psiquiatría, pero también hubo influencias externas a la disciplina provenientes de los seguros de salud de los Estados Unidos y de la industria farmacológica, que nada tuvieron que ver con la problemática interna a la disciplina, en el sentido kuhniano. Estos últimos factores más que condicionantes, fueron determinantes de ciertas decisiones que se tomaron para armar el Manual que, como dije antes, pasó a convertirse progresivamente en un texto de psiquiatría para muchos lugares de formación de médicos psiquiatras y se ignoró, se desconoció completamente, la técnica que se utilizó para la conformación de los criterios, la validación de los criterios, etcétera. Lo que yo expuse en la conferencia de ayer fue una actualización que surge de la bibliografía de los últimos años acerca de las dificultades que hubo en la construcción del Manual. La metodología que se utilizó, en algunos casos errónea, mantuvo en otros casos ocultas las dificultades que tenía; y se desconoció cuáles eran las debilidades de esta forma de clasificar nosográficamente. Como muchos otros productos culturales, se lo tomó proviniendo de los Estados Unidos, como una suerte de verdad absoluta a la cuál adscribir en forma acrítica. Lo que expusimos ayer fue una crítica de la construcción del DSM.

E.: Así es, usted planteó un problema particular en la construcción del DSM: refirió que en la construcción de algunos criterios diagnósticos, en especial los basados en cualidades metrológicas, prevaleció la Fidelidad sobre la Validez discriminante. ¿Qué consecuencias tuvo esto en el uso del manual?

J. C. S.: En la medida en la que el Manual está conformado por trastornos o síndromes definidos por un inventario de síntomas o conductas que son calificadas como desviadas, y que estas conductas no tienen una validez discriminatoria entre un trastorno y otro, es que comienzan a producirse superposiciones entre los trastornos. La validez de los criterios que se utilizan para diagnosticar un trastorno es débil, entonces sirve tanto para un cuadro como para otro. Empieza a haber un solapamiento entre los cuadros entre sí al multiplicarse éstos, y esto lleva a una dificultad, a una aporía que tiene el DSM, y es que cada vez en su aplicación los clínicos están obligados a acumular más diagnósticos juntos en lo que se denomina Eje 1, que es el Trastorno mental específico, bajo el criterio de la co-morbilidad.

Proliferan los diagnósticos simultáneos en este eje y ello se expresa como un aumento de las co-morbilidades.

A ver si lo puedo explicar con un ejemplo. En la clasificación hay un capítulo de los Trastornos de estado de ánimo en donde entran las depresiones, y otro capítulo de los Trastornos de ansiedad, y no existe la posibilidad de un diagnóstico de un sufrimiento mental que comporte tanto angustia como depresión. Es decir, los cuadros ansioso-depresivos que en la clínica se ven muy frecuentemente en los pacientes reales. Al separarlo en dos capítulos el utilizador del Manual tiene que agrupar en el Eje 1 la sumatoria de dos trastornos para poder definir un cuadro.

Como lo que se está describiendo pragmáticamente es la superficie formal de la conducta, las manifestaciones de la superficie formal de la conducta, y no la estructura subyacente, entonces se producen estas superposiciones. Esto lleva a que el Manual empiece a perder potencia, porque si uno tiene que diagnosticar dos o tres o más co-morbilidades simultáneamente, entonces la clasificación pierde validez.

Lo más grave aquí, me parece, no es solamente que haya cierta confusión diagnóstica que puede alterar la estadística, puede no ser clara en la mente del diagnosticador, etcétera; sino que todo diagnóstico conduce a una terapéutica.

Entonces, si esa terapéutica, se apoya en la psicofarmacología, se arriesga multiplicar la utilización de distintas drogas en un mismo paciente combinándolas, en la esperanza de poder con cada uno de esos medicamentos, atacar algunos de los trastornos que están diagnosticados co-mórbidamente.

En general, yo creo que ese paradigma que nos proponen, más que a consolidarse tiende a desagregarse. El DSM, que sería el primer paso de esta forma de clasificación objetiva, a-teórica y basada en criterios, está teniendo severas dificultades para poder presentar una próxima clasificación. La van a presentar, seguramente, pero tienen severas dificultades en el grupo de trabajo para darle más coherencia a una clasificación que se degrada.

La base fisiopatológica cerebral, que en algún momento se pensó que podía distribuirse binariamente, en el sentido de “a un trastorno una alteración de neurotransmisor” por ejemplo, también tiende a hacerse muchísimo más compleja como resultado de la misma investigación neurobiológica, de tal manera que es impensable asociar una alteración del metabolismo de un neurotransmisor con un trastorno en forma biunívoca. Esto trae como consecuencia muchas opiniones dispares en cuanto a la aplicación de la terapéutica psicofarmacológica, y también es cierto que hay, desde el campo de las terapias cognitivas, desarrollos de distintas escuelas cognitivas que tienen algunos resultados interesantes pero que no son exactamente superponibles como al principio. O sea, que todo este paradigma tiende a disgregarse y el campo se mantiene, me parece, disperso, en espera de alguna síntesis futura que todavía no se ha alcanzado.

E.: Usted señaló que el diagnóstico es la llave de una terapéutica, agregaría: porque los nombres no son consecuencia de las cosas, sino que los nombres tienen efectos sobre las cosas...

J. C. S.: Sí, claro, los nombres tienen efectos sobre las cosas. En el vocabulario psiquiátrico hay palabras que desaparecen, provenientes de alguna tradición teórica, o de la misma relación humana; uno no encuentra en el DSM, por ejemplo, el término vínculo, no encuentra el término neurosis porque fue expresamente eliminado, no encuentra el término relación interpersonal. No hablemos de muchos otros términos técnicos de la psiquiatría como biografía, o todos los significantes que puedan expresar una temporalidad biográfica del sujeto. En la medida en que, en la formación de los psiquiatras y en la práctica de los especialistas, todos estos términos desaparezcan, desaparecen las nociones que ellos expresan. Y esto va despojando de toda subjetividad al diagnóstico, que en su pretensión objetiva pierde la dimensión de la persona humana en el diagnóstico, lo cosifica.

Uno podría preguntarse cómo interpela todo esto al psicoanálisis. Creo que lo interpela fuertemente. Pienso que el psicoanálisis es la teoría conjetural de la mente más completa y potente con la que cuenta la cultura occidental en este momento. A pesar de todos los embates que recibe. Pero no debemos ignorar que aunque es una referencia fuerte en países como Francia, como Argentina y en algunos otros lugares, es evidente, que ha perdido terreno en la audiencia pública y en la consideración de los jóvenes profesionales a nivel mundial.

Es necesario que el psicoanálisis se revise en aspectos teóricos y en aspectos de aplicación práctica, el psicoanálisis tiene que actualizarse como técnica aplicada en la terapéutica en muchos aspectos, porque también es cierto que las prácticas están modeladas por cuestiones provenientes de la cultura, y de las condiciones socioeconómicas contemporáneas: los sistemas de salud, la presencia de la psicofarmacología, que es un dato ineludible en la cultura, y el mismo tipo de demanda que los pacientes realizan. Uno nota que hay una resistencia a los procesos de introspección, de subjetivación prolongados o frecuentes en sesiones, etcétera. Todo esto condiciona técnicas y obliga a readaptaciones del psicoanálisis aplicado. Para sobrevivir en la cultura hoy creo que está obligado a hacerlo. Hace tiempo que vengo diciendo que a los psiquiatras nos sería vital que los psicoanalistas se pongan a trabajar profundamente en todo eso.

[1] Esta entrevista se realizó en el marco de las I Jornada de actualización que organizó la Asociación de psiquiatras Cordobeses ApsiCo- y auspició la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) el 18 de Septiembre de 2009 en la Universidad Nacional de Córdoba. En ella el Dr. Juan Carlos Stagnaro, Profesor titular y Director del Depto. de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, presidente de APSA y director de revista Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, disertó sobre “Nosografías descriptivas y sus consecuencias terapéuticas”.

Este encuentro fue posible gracias a la generosa gestión de la Dra. Silvana Rodríguez y el apoyo de la Dra. Laura Rosales, presidente de ApsiCo.

* NdeE: Agradecemos el cuidadoso trabajo de desgrabación realizado por Micaela Villaroel.

Abstract: El autor destaca la crisis a partir del DSM III del paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas. Descripción del DSM: reduccionismo biológico en la explicación de síndromes para convertirlos en enfermedades del cerebro, la imposibilidad epistemológica de su a-teoricismo. Nosografía multiteórica, ecléctica. El valor del diagnóstico como herramienta de una especificidad clínica.

Palabras Clave: Especificidad clínica – Diagnóstico – Psiquiatría (corriente psicodinámica y psicofarmacología) – Epistemología – Nosografía del DSM.

Noticia de Autor: Ex presidente de APsA (Asociación de Psiquiatras Argentinos). Director de Vertex, Revista argentina de psiquiatría y Co-director de la revista de Temas de historia de la psiquiatría argentina.

