



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría  
España

Mellor Marsá, Blanca; Aragona, Massimiliano

De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica  
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXIX, núm. 103, 2009, pp. 217-228

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019650016>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

*Blanca Mellor Marsá y Massimiliano Aragona*

## De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica

**RESUMEN:** Las profundas anomalías a las que se enfrenta la nosografía psiquiátrica y la proliferación de propuestas alternativas y revolucionarias –así el diagnóstico dimensional–, pueden comprenderse a través de un análisis kuhniano.

**PALABRAS CLAVE:** Nosografía, diagnóstico, categoría, dimensión.

**SUMMARY:** The deep anomalies which the current psychiatric nosography is facing and the proliferation of alternative and revolutionary proposals –including the dimensional diagnosis–, can be understood through a kuhnian analysis.

**KEY WORDS:** Nosography, diagnosis, category, dimension.

Encontrándonos a las puertas de la publicación del DSM-V, que se espera alrededor de 2010, se ha solicitado a los investigadores que contribuyan a la documentación base que los planificadores del DSM-V deberán utilizar para su revisión<sup>1</sup>. Esto implica tanto consideraciones teóricas, como estudios empíricos.

Una visión general sobre el actual debate pone de manifiesto que dos puntos de vista opuestos están ahora en conflicto. Por un lado, está el «enfoque conservador», que insiste en que los cambios en los criterios del actual sistema de diagnóstico tienen muchas posibles desventajas<sup>2</sup>: a) los cambios deberían ser aprendidos por miles de clínicos; b) las formas de registro médico, entrevistas estructuradas y otros documentos relacionados con la salud tendrían que ser modificados; los meta-análisis, estudios longitudinales y de las comparaciones entre los pacientes seleccionados con los nuevos y antiguos criterios podrían verse afectados; c) cambios demasiado frecuentes podrían desacreditar el proceso de revisión y ridiculizar el sistema DSM.

Como consecuencia de ello, los investigadores que proponen un enfoque conservador sugieren modificar el cumplimiento de los criterios diagnósticos DSM sólo en los pocos casos en que la evidencia empírica de la necesidad de cambio es convincente<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> KUPFER, D. J.; FIRST, M. B.; REGIER, D. A., «Introduction», en KUPFER, D. J.; FIRST, M. B.; REGIER, D. A. (eds.), *A Research Agenda for DSM-V*, Washington D. C., American Psychiatric Association, 2002, pp. XV-XXIII.

<sup>2</sup> ROUNSAVILLE, J., y otros, «Basic Nomenclature Issues for DSM-V», en KUPFER, D. J.; FIRST, M. B.; REGIER, D. A. (eds.), *A Research Agenda for DSM-V*, Washington D. C., American Psychiatric Association, 2002, pp. 1-29.

<sup>3</sup> KENDELL, R. E., «Five Criteria for an Improved Taxonomy of Mental Disorders», en HELZER, J. E.; HUDEZIAK, J. J. (eds.), *Defining Psychopathology in the 21<sup>st</sup> Century. DSM-V and Beyond*, Washington D. C., American Psychiatric Publishing, 2002, pp. 14-15.

En contraposición a esta visión están los autores que, aunque reconocen el gran éxito del sistema de DSM en la mejora de los diagnósticos psiquiátricos, se ven desalentados, al mismo tiempo, por los pobres resultados obtenidos en los archivos como diagnóstico, validez y utilidad clínica. Por ejemplo, Kupfer, First y Regier escriben: «En los más de 30 años desde la introducción de los criterios de Feighner por Robins y Guze, que eventualmente condujo al DSM-III, el objetivo de la validación de estos síndromes y el descubrimiento de etiologías comunes ha seguido siendo difícil de alcanzar. A pesar de los muchos candidatos propuestos, ningún marcador de laboratorio ha demostrado ser específico en la identificación de ninguno de los síndromes definidos del DSM. Estudios epidemiológicos y clínicos han mostrado índices extremadamente altos de comorbilidad entre los trastornos, socavando la hipótesis de que los síndromes representan diferentes etiologías. Además, estudios epidemiológicos han demostrado un alto grado de inestabilidad diagnóstica a corto plazo para muchos trastornos. Con respecto al tratamiento, la falta de especificidad es la regla más que la excepción»<sup>4</sup>.

Opiniones como la siguiente se propagan rápidamente entre los investigadores: «La investigación centrada exclusivamente en el perfeccionamiento de los síndromes definidos en el DSM tal vez nunca tenga éxito en el descubrimiento de su etiología subyacente. Para que eso ocurra, puede que sea necesario un aún desconocido cambio de paradigma»<sup>5</sup>. El uso del término técnico ‘paradigma’ es significativo, y remite a la teoría de Kuhn sobre las revoluciones científicas<sup>6</sup>. Pues bien, con el presente trabajo se tratará de hacer una revisión crítica a la historia de la reciente clasificación psicopatológica, desde la etapa inmediatamente anterior al nacimiento del DSM, pasando por sus diferentes ediciones, hasta la crisis actual. Se analizarán las ‘anomalías’ –en términos kuhnianos– del DSM con la mirada puesta en una inminente revolución; en particular se discutirá el diagnóstico dimensional, que es una de las alternativas más plausibles que se presentan actualmente.

### *La ciencia según Kuhn*

Podemos dividir esquemáticamente la evolución kuhniana de las ciencias en cuatro fases<sup>7</sup>:

1) Periodo *preparadigmático*. Se caracteriza por la ausencia de un cuerpo teórico común y por la coexistencia de diferentes escuelas en competición cada

<sup>4</sup> KUPFER y otros, 2002, p. XVIII.

<sup>5</sup> KUPFER y otros, 2002, , p. XIX.

<sup>6</sup> KUHN, T. S., *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press, 1962.

<sup>7</sup> Ibídem.

una de las cuales posee su propio escenario cultural, principios teóricos, formas de enfocar los problemas y modalidades (conceptuales, y a veces técnicas) de afrontarlos. Cada escuela retiene estar en lo cierto, emplea muchas energías en mejorar sus presupuestos teóricos y sobre éstos polemiza con las demás escuelas. Así que no hay un modo común y compartido de abordar los problemas de una determinada disciplina.

2) Nacimiento del paradigma y periodo de ciencia normal. En el seno de las escuelas se empieza a profundizar en aquellos problemas que resultan más adecuados al planteamiento de la propia corriente. Llegado un punto puede suceder que una de ellas empieza a destacar en la explicación de determinados fenómenos. Un nuevo paradigma se impone en el momento en el que demuestra una superioridad explicativa respecto a otras formas de afrontar el problema. El primer efecto que induce el paradigma naciente será su aceptación progresiva por parte de la comunidad científica, que con el tiempo encontrará en éste un lenguaje común. Entre los efectos derivados del nacimiento de un paradigma se observa: a) un empleo más eficaz de las energías (antes destinadas a la confrontación polémica con escuelas adversarias); b) una aceptación compartida de los principios y conceptos asimilados (ahora como versión oficial recogida en los manuales); c) una metodología codificada; d) una articulación del campo más rígida en la que la investigación está más orientada y es selectiva concentrándose en aspectos más sutiles y complejos y dirigiéndose consecuentemente a una restringida parte de la comunidad científica a través de revistas especializadas. En este periodo, llamado «de ciencia normal», el científico es instruido a nivel conceptual y práctico, según el paradigma reinante. Kuhn habla de «obreros» que resuelven problemas de forma análoga a la resolución de un puzzle o rompecabezas, situación en la cual basta con seguir unas reglas predeterminadas, sabiendo que la solución existe y que lo resolverá quien sea suficientemente capaz.

3) Crisis. Puede ocurrir que algunos de los problemas que emergen de la aplicación del paradigma demuestren ser verdaderas anomalías y no simples contratiempos. Para Kuhn, las anomalías no son sólo problemas que no se consigue resolver o que «persisten». Son la consecuencia de la forma en que se enfocan los fundamentos mismos del sistema, los puntos en conflicto con los presupuestos centrales del paradigma, que adquiriendo un peso lo suficientemente importante se resisten a ser resolubles desde los criterios, reglas y métodos del sistema imperante, comenzando a observarse una estrecha relación entre aquellos y los fundamentos mismos de éste. Empieza a plantearse entonces la posibilidad de que modificando los presupuestos puedan eliminarse las anomalías.

4) Revolución. Una vez instaurada la crisis y puestos en entredicho los fundamentos del paradigma, proyectando la superación de los problemas desde presupuestos diferentes, numerosos investigadores comienzan a plantear nuevas te-

rías incompatibles con el viejo paradigma. Se inicia entonces una lucha que podrá llevar a una revolución y a la sustitución del sistema anterior por parte de una de las alternativas.

### *El DSM como paradigma kuhniano*

Una reformulación, en clave kuhniana, del debate sobre el diagnóstico psiquiátrico con vistas al DSM-V<sup>8</sup> ha sugerido que con el DSM-III la nosografía psiquiátrica entró en una fase paradigmática. Desde esta perspectiva, la historia reciente de la clasificación psiquiátrica adquiere un matiz diferente y, como se intentará mostrar en este escrito, también el actual debate con miras al DSM-V adquiere una claridad global.

#### 1) Periodo preparadigmático

Tentativas modernas de sistematización de la clasificación psiquiátrica se han sucedido en el tiempo hasta que a finales del siglo XIX, caracterizado por un clima favorable al positivismo científico, se pasa de las descripciones de síndromes específicos a la sistematicidad que encontramos en Kraepelin quien en su tratado de psiquiatría<sup>9</sup> da importancia a la observación continuada del enfermo para una nosología descriptiva basada en un cuadro general en el que tiene especial relevancia la evolución de la patología y el pronóstico como criterio esencial. Sin embargo, aunque la clasificación kraepeliniana constituyese un avance importante en la nosografía psiquiátrica y a pesar de su notable influencia sobre el pensamiento psiquiátrico, no llegó a constituirse un único sistema dominante de clasificación sobre esa base. Durante la primera mitad del siglo XX la situación siguió caracterizándose por diferentes escuelas de pensamiento que elaboraban autónomamente su propia clasificación de las patologías mentales. Para Minkowski, la nosografía psiquiátrica se caracterizaba por ser el centro de polémicas entre países, entre escuelas e incluso entre psiquiatras. La demencia precoz de Kraepelin chocaba con la nosografía de Magnan en Francia, fundada sobre la idea de degeneración, por lo que no todos los psiquiatras franceses adoptaron el punto de vista de Kraepelin. Régis mantenía en toda su extensión el concepto de confusión mental, y este diagnóstico invadía el campo de la demencia precoz de Kraepelin. Por otra parte, los límites entre esta entidad mórbida y otras enfermedades mentales,

<sup>8</sup> ARAGONA, M., *Aspettando la rivoluzione. Oltre il DSM-V: le nuove idee sulla diagnosi tra filosofia della scienza e psicopatologia*, Roma, Editori Riuniti, 2006.

<sup>9</sup> KRAEPELIN, E., *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Leipzig, Barth, 1903-1904.

tales como los delirios de interpretación o persecución (paranoico), o psicosis crónica alucinatoria no eran precisos ni universalmente aceptados. La psicastenia de Janet invadía el campo de la esquizofrenia de Bleuler, y viceversa<sup>10</sup>. En general este contexto describe una situación típicamente preparadigmática, a la que se había tratado de hacer frente comenzando a acordar una terminología diagnóstica, así en 1948 la Organización Mundial de la Salud había publicado la 6.<sup>a</sup> edición del Código Internacional de Clasificación de las Enfermedades, la ICD, en la que se incluía por primera vez una clasificación de las patologías mentales<sup>11</sup>. Seguido, en 1952, por la publicación del primer Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, que incluía un glosario con la descripción de las categorías diagnósticas del APA<sup>12</sup>.

## 2) DSM-III, el nacimiento de un paradigma

En los años siguientes continúa este esfuerzo de elaboración de glosarios con la descripción de las categorías diagnósticas, encaminados a la adopción, por parte de los clínicos, de un lenguaje común para el diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, un estudio ya clásico<sup>13</sup> mostró que los psiquiatras de diferentes países (británicos y americanos), a pesar de compartir el mismo glosario diagnóstico, tendían a hacer al mismo paciente, diagnósticos diferentes. Se vio que no bastaba que el término diagnóstico fuese el mismo, porque era el propio acto diagnóstico (el juzgar el caso individual *x* como perteneciente a la categoría *y*) el que resultaba cuestionable, la evaluación de diagnóstico estaba demasiado ligada a la subjetividad del clínico y a sus conocimientos generales sobre las patologías (que a su vez dependían mucho de su pertenencia a una escuela de pensamiento determinada). Esto comportó una baja fiabilidad de los datos epidemiológicos y la imposibilidad de realizar comparaciones entre estudios y, como consiguiente, una dificultad para la comunicación científica.

La conciencia de este problema hizo que se proyectase extender la medida de consenso al «acto» diagnóstico mismo. La mayor innovación del DSM-III fue la propuesta de utilización de «criterios diagnósticos específicos» (modificando parcialmente una modalidad diagnóstica innovadora ya presente en los llamados «cri-

<sup>10</sup> MINKOWSKI, E., *Traité de psychopathologie*, París, PUF, 1966.

<sup>11</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Manual of the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*, Ginebra, World Health Organization, 1948.

<sup>12</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington D. C., American Psychiatric Press, 1952.

<sup>13</sup> KENDELL, R. E., y otros, «Diagnostic Criteria of American and British Psychiatrists», *Archives of General Psychiatry*, 1971, 25, pp. 123-130.

terios de Feighner»<sup>14</sup>, que pueden ser considerados justamente precursores directos del DSM-III. Con la introducción de los criterios diagnósticos operativos explícitos y necesarios para la diagnosis se produce un cambio de época en el contexto de la diagnosis psiquiátrica: sólo en el caso de que éstos fueran satisfechos sería posible hacer el diagnóstico concreto. Se trataba por tanto de limitar la subjetividad del clínico mejorando así la comunicación y comparación entre países u orientaciones diferentes. El uso de criterios operativos, una combinación de convencionalismo y empirismo y la categorización de las diagnosis en un plano exclusivamente descriptivo encaminado a obtener, mediante la ateoriedad causal, la máxima fiabilidad diagnóstica entre clínicos, fueron los factores que habrían llevado a una revolución en los fundamentos de la clasificación psiquiátrica y harían del DSM-III un paradigma nosográfico.

La confirmación de que con el DSM-III la nosografía psiquiátrica haya entrado en una verdadera y propia fase paradigmática puede comprobarse a efectos prácticos<sup>15</sup>. Después de la introducción del DSM-III, este sistema de clasificación: a) traspasó los límites de la psiquiatría americana para ser utilizado en todo el mundo (como lo evidencian los numerosos idiomas a los que ha sido traducido); b) tuvo influencia en la OMS, que incluyó en la 10.<sup>a</sup> edición de la CIE los «criterios diagnósticos específicos», siguiendo en esto la línea trazada por el DSM-III; c) empezó a ser utilizado por trabajadores de diferente formación y orientación sobre el origen de la patología mental (de hecho casi todos los manuales recientes de psiquiatría o psicopatología de diversos enfoques teóricos recurren al mismo al organizar sus contenidos); d) como sucede con cada paradigma, el DSM se ha convertido en el lenguaje estándar para la investigación psiquiátrica. Un análisis bibliométrico<sup>16</sup> en la base de Datos PsycInfo encontró que durante el período 1987-2004, 32.098 artículos se publicaron siguiendo los criterios DSM, mientras que las investigaciones basadas en orientaciones diagnósticas «preparadigmáticas» eran la minoría.

### *La crisis actual*

Después de años de dominio del DSM sobre el campo nosográfico, en los últimos años se han vuelto cada vez más frecuentes los trabajos críticos sobre el

<sup>14</sup> FEIGHNER, J. P., y otros, «Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research», *Archives of General Psychiatry*, 1972, 26, pp. 57-63.

<sup>15</sup> Aragona, 2006.

<sup>16</sup> SPROCK, J.; HERRMANN, D., «Relative Size of the Literatures for Psychopathological Disorders: Number of Articles Pertaining to DSM-IV Diagnostic Categories», *Journal of Clinical Psychology*, 2000, 56, pp. 491-504.

mismo que tienden a poner de relieve sus límites, como los mencionados en la introducción<sup>17</sup>. La cuestión es si se trata de un hecho periférico, o es el signo de una verdadera crisis del paradigma científico dominante. La idea que defiende este escrito es que problemas como la enorme tasa de comorbilidad, la heterogeneidad interna de los diagnósticos y su falta de especificidad no son sólo problemas empíricos, sino «anomalías». Por ejemplo, se ha visto que en el caso de los trastornos mentales del DSM, la comorbilidad psiquiátrica «se convierte en una consecuencia en gran medida arbitraria de los signos y síntomas seleccionados como criterios diagnósticos, y, por tanto, varía en función de la evolución de las prácticas de diagnóstico»<sup>18</sup>.

Como señaló Mai, esto se debe a varios factores que contribuyeron a la aparición de la comorbilidad como un subproducto del sistema de clasificación de la DSM: a) la regla implícita de que el mismo síntoma puede no aparecer en más de un trastorno (por ejemplo, excluyendo el síntoma «ansiedad» de los criterios de depresión mayor aumentó la comorbilidad entre depresión y trastorno de pánico); b) la proliferación de las categorías diagnósticas debido a la división de actitudes («si se hacen demarcaciones que no existen en la naturaleza, la probabilidad de tener que hacer varios diagnósticos en un caso individual evidentemente aumentan»<sup>19</sup>, c) el limitado número de reglas jerárquicas, d) el uso de criterios operacionales. En un reciente debate sobre el tema<sup>20</sup> se resaltó que la comorbilidad es un artefacto del DSM, no sólo por sus características internas, sino también por razones filosóficas (prevalecia del empirismo sobre convencionalismo) que en los años más recientes, han llevado a la eliminación de muchas reglas jerárquicas de exclusión, haciendo «explotar» el fenómeno. En consonancia con esta descripción, la comorbilidad ha ido cambiando gradualmente de una oportunidad de aprovechar la información pertinente, subestimada en los sistemas categóricos que excluyen la posibilidad de registrar múltiples diagnósticos, a un desafío para la psiquiatría, y finalmente a una anomalía que pone en tela de juicio la propia credibilidad del sistema de clasificación DSM, exigiendo su posible crisis. Además, se señaló<sup>21</sup>, la estrecha relación entre cuestiones aparentemente diferentes: por ejemplo: a) la sustitución de criterios *monotéticos* (en los que la diagnosis sólo puede ser efectuada siempre y cuando se satisfagan todos y cada uno de los sínto-

<sup>17</sup> Véase nota 1.

<sup>18</sup> LILIENFELD, S. O.; WALDMAN, I. D.; ISRAEL, A. C., «A Critical Examination of the Use of the Term Comorbidity in Psychopathology Research», Nueva York, *Clinical Psychology*, 1994, 1, pp. 71-83 (p. 75).

<sup>19</sup> MAI, M., «Psychiatric Comorbidity: an Artefact of Current Diagnostic Systems?», *The British Journal of Psychiatry*, 2005, 186, pp. 182-184.

<sup>20</sup> ARAGONA, M., *The Role of Comorbidity in the Crisis of the Current Psychiatric Classification System. Philosophy, Psychiatry and Psychology*, en prensa.

<sup>21</sup> ARAGONA, 2006.

mas previstos para una patología dada) por criterios *polítéticos* (en los que, dado un listado de síntomas no jerarquizados, no todos son imprescindibles para el diagnóstico, bastando un cierto número) lleva a la heterogeneidad interna de las diagnosis; b) como consecuencia se buscó reducir la heterogeneidad dividiendo la resultante categoría diagnóstica, cuando resultaba demasiado amplia y heterogénea, en distintos trastornos de dimensión menor que se suponían más fiables y homogéneos; c) ello ha comportado, sin embargo, una mayor probabilidad de que aquellos se presenten a la vez en un mismo paciente y, por tanto, ha aumentado la probabilidad de comorbilidad.

Por último, se observó que, a menudo, las posibles estrategias de solución de estos problemas disponibles dentro del paradigma (como la comorbilidad), o son teóricamente inaceptables, o si se introdujesen, producirían (como en el caso de la liberalización de la comorbilidad) efectos prácticos (en este caso constituiría un aumento espectacular de las tasas de comorbilidad) que podrían agravar la crisis del DSM aumentando la presión hacia una solución «revolucionaria»<sup>22</sup>.

### *Alternativas revolucionarias. El ejemplo del diagnóstico dimensional*

Como respuesta a la profunda crisis que vive la nosografía actualmente se presentan como posibles varias alternativas. Consideraremos como ejemplo la alternativa dimensional, que se enfrentaría a la visión categorial mantenida en el DSM-III y sucesivas ediciones, como una de las propuestas revolucionarias con más peso, al menos en el ámbito de los trastornos de personalidad<sup>23</sup>. En general, el diagnóstico dimensional se opone a una visión de los trastornos mentales que los considera entidades biomédicas concretas, de naturaleza diferente entre ellas, asunción ésta que parece demasiado optimista si consideramos que en el mismo paciente coinciden, a menudo, diferentes trastornos y que esto se debe a una superposición de síntomas. Se comprueba además que en un gráfica de distribución de los síntomas de un trastorno no aparecen zonas claras que lo separen de otro sino más bien un continuo que se observa también al considerar el umbral entre los ejes I y II (entre los trastornos mayores y los de personalidad), lo mismo sea dicho para el umbral diagnóstico que separa los trastornos de la «normalidad». Si los umbrales se demuestran arbitrarios parece necesario introducir un sistema en el que los síntomas sean considerados como niveles de intensidad, más o menos funcionales, presentes en todas las personas, que podrían situarse a lo largo de un continuo dimensional.

<sup>22</sup> ARAGONA, en prensa.

<sup>23</sup> WIDIGER, T. A., «Dimensional Models of Personality Disorder», *World Psychiatry*, 2007, 6, pp. 79-83.

De un análisis de las características de las varias propuestas de diagnóstico dimensional<sup>24</sup>, emergen las características comunes y los límites de cada una de ellas, además de algunos puntos en común con el diagnóstico categorial. Las dimensiones, al igual que las categorías, se refieren al plano fenoménico-descriptivo. Sin embargo, para hablar de verdaderas dimensiones, los fenómenos deben tener una distribución continua, es decir, variar cuantitativamente, de forma que puedan ser medidos. El problema que surge deriva del hecho de que sólo algunos responden a esta característica; algunos impulsos son del tipo «todo o nada», la gradualidad se pierde en el momento de la acción. En el caso del análisis factorial, la complicación subyacente se debe a su propia naturaleza, que transforma en dimensión cualquier fenómeno.

Por su parte, la consecuencia derivada de la distribución normal es que se extiende del extremo normal al patológico a medida que aumenta la intensidad de los fenómenos que se están midiendo, en cuyo caso la variación es cuantitativa, lo que supone que cada línea de demarcación entre norma y patología no es inherente al objeto de evaluación pero será definida convencionalmente por el observador según su finalidad. Sin embargo puede suceder que existan a su vez síntomas que cambian también cualitativamente, fenómenos que existen sólo en la patología y no tengan una correspondencia en la norma, y que, en el caso de variar cuantitativamente pueden necesitar un juicio de valor además de una evaluación estadística. Por un lado, todas las desviaciones respecto a la norma son patológicas y por otro existen patologías que, siendo endémicas en la población, no se desvían de la media.

Las dimensiones son trans-nosográficas dado que no son específicas de una categoría diagnóstica. Esto queda respaldado por el hecho de que los fenómenos psicopatológicos no son exclusivos de un solo síndrome, sino que están presentes en muchas categorías diagnósticas. Se observa, sin embargo, que bajo el mismo nombre se alude a menudo a diversos fenómenos. Hace falta, por tanto, un análisis psicopatológico más pormenorizado de las diferencias fenomenológicas.

Otra propiedad imprescindible de las dimensiones es la de homogeneidad, sin la cual no puede darse continuidad ni cuantificación. Este requisito, junto al requerimiento de independencia que tienen las dimensiones tanto en el plano descriptivo como en el funcional y en el terapéutico es sin, embargo, al igual que en las categorías, relativo en la evaluación práctica (tanto los trastornos como las dimensiones son internamente heterogéneos; los trastornos son independientes, en teoría, y sin embargo observamos que coexisten en la comorbilidad, las dimensiones son teóricamente independientes, pero a menudo co-varían).

<sup>24</sup> VELLA, G.; ARAGONA, M., *Metodologia della diagnosi in psicopatologia. Categorie e dimensioni*, Turín, Bollati Boringhieri, 2000.

Asimismo, deberían gozar en principio de una ausencia de jerarquías, es decir, estar siempre en el mismo plano, tener la misma importancia clínica; sin embargo la práctica del clínico evidencia la presencia de jerarquías que condicionan su proceder. Por otro lado, el punto más débil de esta aproximación, igual que sucede al hablar de categorías, concierne al hecho de que no se pueda, por el momento, y dado el estado de la ciencia, afirmar una individuación de las dimensiones (como en el caso de las categorías), ya no sobre la base de los fenómenos, sino sobre la correspondiente función neurobiológica alterada.

Hay dos importantes diferencias entre ambos tipos de diagnóstico: la capacidad para graduar la intensidad de la enfermedad en las dimensiones (y, aunque esto no siempre es factible, no hay duda de que algunos fenómenos psicopatológicos se caracterizan mejor si se consideran como una «tendencia a»); y en el hecho de que las dimensiones no requieren una distinción clara norma/patología, por lo que evitan que se pierda información «subyacente».

Estos son los puntos a favor que con frecuencia sostienen los «dimensionalistas». Se complementan, creemos, con otro que en nuestra reformulación kuhnniana parece crucial. De hecho, se ha visto la importancia del papel desempeñado por la comorbilidad en la crisis del DSM. ¿Qué sucedería a este nivel en caso de introducir un diagnóstico dimensional? Recientemente se denunció que con el diagnóstico dimensional «el caso único no se ajustaría a una categoría (por ejemplo, un caso de la esquizofrenia)», sino que en cada sujeto se mediría un número de dimensiones predeterminadas. El resultado de este procedimiento alternativo sería un único perfil para cada paciente en un momento dado. En este caso, el concepto de comorbilidad (la coexistencia de dos o más trastornos en el mismo paciente) sería absurdo: en efecto la coexistencia de varias dimensiones en el mismo sujeto es lo normal, el resultado esperado, derivado de la utilización de un modelo dimensional. En consecuencia, en este contexto, la posición de comorbilidad sería acaso análoga a la teoría de los *epiciclos ptolemaicos* o al *phlogiston* de la Química antes de Lavoisier<sup>25</sup>.

En otras palabras, se trataría de una verdadera revolución diagnóstica. ¿Es, éste por tanto, el futuro cercano del diagnóstico psiquiátrico? Quizá sí, y sin embargo no se pueden dejar de señalar algunos puntos muy problemáticos a día de hoy: a) una mirada al campo dimensional evidencia inmediatamente que no existe un único modelo de dimensiones disponibles, sino que muchos de ellos compiten entre sí. Es previsible que no tenga fuerza suficiente para engendrar una revolución hasta que no ofrezca un único modelo alternativo al DSM. b) la menor naturalidad de las operaciones de diagnóstico dimensional (a menudo basadas en

<sup>25</sup> ARAGONA, en prensa.

baterías de pruebas), en comparación con la tendencia a categorizar (sea porque, en general, el ser humano conoce categorizando, sea porque el diagnóstico psiquiátrico categórico es mucho más similar al diagnóstico médico, y, por tanto, más comúnmente utilizado en la cultura occidental) sugiere que habrá resistencias a este tipo de innovación; c) entre las características esenciales de cualquier taxonomía categorial está la de estar abierta, en el sentido de que si en un futuro se descubre una nueva categoría ésta pueda ser incluida en la clasificación, sin invalidar el sistema. Considerese el caso extremo del descubrimiento del ornitorrinco; es cierto que pasaron décadas antes de encontrarle un lugar en la clasificación de los animales, y sin embargo al final se logró sin invalidar el sistema<sup>26</sup>. En el caso del diagnóstico dimensional tal como lo conocemos hoy, sin embargo, hay un número definido de dimensiones básicas a evaluar (por ejemplo, cinco en los Cinco Grandes de personalidad), y no parece que el sistema ofrezca la posibilidad de añadir nada sin transformarse en algo diferente.

### *Conclusiones*

Se ha planteado aquí que el actual debate adquiere mayor claridad si se reconceptualiza siguiendo la descripción kuhniana del modo en que avanzan las ciencias. Incorporada en este marco más amplio, los problemas de la actual clasificación psiquiátrica (por ejemplo, comorbilidad y heterogeneidad interna de los diagnósticos) han resultado ser anomalías kuhnianas reales que proceden directamente de la forma en que se ha organizado el DSM y, en consecuencia, ponen en crisis el sistema. Esta afirmación, que en este trabajo se ha justificado a través de un análisis de las características intrínsecas del DSM, se ha puesto a prueba además, mediante un análisis empírico bibliométrico<sup>27</sup>; este estudio determinó que a pesar de que el DSM sigue siendo el sistema de clasificación más utilizado en la investigación internacional, sin embargo, su ritmo de crecimiento en comparación con el de algunos modelos alternativos (diagnóstico de espectro y diagnóstico de dimensional) sugiere que empieza a evidenciar los primeros indicios de una posible crisis, mientras que dos modelos alternativos están creciendo con rapidez, pero no son todavía tan fuertes como para lograr a día de hoy, una revolución científica. En la última parte, se valoró, a modo de ejemplo, uno de estos modelos alternativos, el dimensional, viéndose que no sólo algunos límites inherentes a sus

<sup>26</sup> ECO, U., *Kant y el ornitorinco*, Barcelona, Lumen, 1998; or. 1997.

<sup>27</sup> ARAGONA, M., «A Bibliometric Analysis of the Current Status of Psychiatric Classification: the DSM Model Compared to the Spectrum and the Dimensional Diagnosis», *Italian Journal of Psychopathology*, 2006, 12, pp. 342-351.

características, sino sobre todo algunos de los principales puntos son hoy muy problemáticos (nivel aún paradigmático, falta de naturalidad en la práctica clínica, tendencia a ser un sistema cerrado) confirman también desde el punto de vista de la teoría, que el sistema aún no está listo para subvertir el DSM. Esto implica, que mientras que por un lado «el emperador está desnudo», por otro, la dirección futura no está todavía trazada; en los próximos años los investigadores hallarán cada vez más margen para diseñar y probar modelos de diagnóstico innovadores.

\* Blanca Mellor Marsá. Estudiante de Psicología, Universidad Complutense de Madrid; Massimiliano Aragona. Profesor de Filosofía de la Psicopatología, Universidad «La Sapienza», Roma.

*Correspondencia:* Blanca Mellor Marsá. C/ del Fresno, 116. 28918. Leganés. Madrid. blanca-mellormarsa@hotmail.com

\*\* Fecha de recepción: 9-VI-2008 (aceptado el 15-VI-2008).