

4. El problema del diagnóstico en psiquiatría. Nosografía, nosotaxia y nosología



CARLOS ROJAS-MALPICA*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.04>

Introducción

Es necesario reflexionar sobre el problema que significa el diagnóstico en psiquiatría. No se puede ignorar porque es parte de la práctica clínica de todos los días y porque las decisiones que se tomen influyen en la vida del paciente. Las coordenadas mentales y epistemológicas que utiliza el psiquiatra reflejan su actitud y pensamiento, no solamente sobre el diagnóstico y la terapéutica, sino sobre su postura ante la salud y la enfermedad mental.

Según el Diccionario de la Lengua Española (DLE), la palabra diagnóstico proviene del griego *διαγνωστικός*, y en medicina se refiere al “arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos”, así como la “calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte” (RAE, 2001). Es importante destacar que la definición hace referencia a “conocer la naturaleza” y no específicamente a su clasificación, pero sí a su calificación con arreglo respecto a los signos que advierte. La definición nos obliga a señalar la diferencia entre signo y síntoma. El síntoma procede de la subjetividad del paciente, el médico lo escucha y lo interpreta desde su saber y entender, mientras que el signo es objetivo, se puede medir o estimar en la exploración física o por exámenes complementarios. Dada la naturaleza subjetiva de los síntomas psiquiátricos, la relación médico-paciente (RMP) y la habilidad de obtener

* Doctor en Ciencias Médicas por la Universidad de Carabobo, Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5259-3272>

un relato fidedigno es crucial para un diagnóstico adecuado y un tratamiento efectivo. En la psiquiatría, como especialidad de la medicina, se explora la subjetividad con rigor y especial interés, por lo cual prevalece el estudio del síntoma, aunque tampoco se ignoran los datos objetivos de la exploración clínica. Por otra parte, el Diccionario de Términos Médicos (DTM), de más reciente publicación por la Real Academia Nacional de Medicina de España (RAEM), es más riguroso, tanto en la etimología como en la precisión terminológica: la palabra proviene “del griego *diagnostikós*/ -é, dia “diferencia” y *gnosis* “conocer o conocimiento”. El término ha sido documentado en Galeno con el sentido actual y fue reintroducido y documentado en inglés desde 1625. Es un sustantivo masculino. Es la identificación de una enfermedad, trastorno o síndrome, habitualmente por su cuadro clínico, con o sin el concurso de las exploraciones complementarias. Admite numerosas categorías que dependen del aspecto de la enfermedad, trastorno o síndrome que se quiera reconocer. Sinónimo, *diagnosis*” (RAEM, 2012). En un sentido mucho más interesante y complejo, el catedrático español, Pedro Laín Entralgo, afirmaba que el diagnóstico es mucho más que la identificación de una perturbación o trastorno o su diferenciación de otro de apariencia similar, pues diagnosticar implica, además, el conocimiento de lo que ocurre en la psiquis y el cuerpo de la persona que requiere de nuestro cuidado (Laín, 1982).

Se nos ocurre asociar el concepto de Laín Entralgo con la obra de dos españoles universales. Miguel de Cervantes (1547-1616), quien en *El Quijote* nos muestra una realidad rica y diversa, esta puede ser leída por la mente febril de Don Quijote, por el ajuste realista de Sancho, y por la ironía de otros personajes de la novela. A veces consensuadas, otras en franco desencuentro, la novela transcurre en un espacio y un tiempo que son admitidos y comprendidos por el fascinado lector, sin graves desarreglos de su propia coherencia interior. No es este el momento para realizar un análisis literario de la obra monumental de Cervantes, solamente nos interesa señalar esa polifonía semántica en una pluralidad impresionante de subjetividades y voces que presenta la narración. El otro portento es Diego de Velázquez (1599-1660) y sus *Meninas*. Con alguna excepción notable, hasta Velázquez, la mirada del pintor solo podía narrar los 180 grados que estaban ante sus ojos. Sin embargo, Velázquez logra incorporar una mirada de 360

grados en su obra *Las Meninas* a través del uso del espejo que aparece en el fondo del cuadro. Este espejo refleja a los reyes Felipe IV y Mariana de Austria, quienes se encuentran frente al pintor y al espectador, es decir, en el lugar desde donde se observa la escena. Así, Velázquez, colocado en medio de la tela, establece un juego de miradas y espacios que cruza la realidad con la representación, permitiendo que el espectador sienta que está dentro del cuadro, ocupando el lugar privilegiado de los monarcas reflejados. De este modo, se produce una simultaneidad de planos con lo que está delante y detrás de los ojos tanto del pintor como del espectador ¿Puso también otro espejo delante? Ya no importa tanto como destacar la ambición totalizadora de su mirada. En la misma tónica, cabe citar una conferencia de Jorge Luis Borges sobre la poesía, donde refiere que Juan Escoto Erígena (filósofo irlandés, c. 810-c.877) hacía un símil entre la realidad (o más específicamente, la Sagrada Escritura) con el “plumaje tornasolado del pavo real”, para expresar la idea de que la escritura encierra un número infinito de sentidos (Borges, 1977). A lo mejor, esa misma ambición totalizadora estuvo presente en el DSM-III de la APA y su diagnóstico multiaxial (APA, 1980), por lo cual se hace necesario debatir el problema de las clasificaciones en psiquiatría y el lugar desde el que han sido pensadas por sus creadores, especialmente en Europa, donde nació la psiquiatría.

Clasificaciones psiquiátricas

El epistemólogo francés Georges Lanteri-Laura distingue tres grandes períodos o paradigmas en la historia del diagnóstico psiquiátrico, basándose en el criterio de paradigmas adaptado del concepto de Thomas Kuhn:

- Paradigma de la alienación mental: se desarrolla aproximadamente desde finales del siglo XVIII hasta mediados del siglo XIX. Aquí, la locura es concebida como una enfermedad única, “alienación mental”, pasando la “locura” del ámbito judicial al médico.
- Paradigma de las enfermedades mentales: abarca desde mediados del siglo XIX hasta inicios del siglo XX. En este periodo, la psiquiatría reconoce distintas enfermedades mentales irreductibles entre sí.

- Paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas: se extiende hasta finales de la década de 1970. Se basa en la distinción de grandes estructuras clínicas, como la psicosis y la neurosis, prevaleciendo en enfoques descriptivos y estructurales en la nosografía psiquiátrica (Lanteri-Laura, 2000).

Hasta el DSM-II de la APA, según muchos, fuertemente influido por el psicoanálisis, el problema diagnóstico en psiquiatría se trataba con arreglo a las diferentes escuelas europeas, donde nació la psiquiatría en el mundo Occidental. Era muy frecuente designar las enfermedades o los trastornos con el nombre de algún eminente profesor. En algunas oportunidades, muy válido y merecido, como en los casos del automatismo mental de Clérambault o el delirio de los ciegos de Sanchís Banús (Clérambault, 1995; Gasparretto *et al.*, 2018; Sanchís Banús, 1924). Sin embargo, la ciencia psiquiátrica estaba urgida de un lenguaje común que permitiera a los psiquiatras del mundo entero contrastar experiencias clínicas y terapéuticas. En buena medida, eso se logra con el DSM III de la APA y el CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud (APA, 1980; OMS, 1992), que logran unificar criterios de diagnóstico y clasificación. El DSM-III (1980) introdujo un sistema de cinco ejes para la evaluación diagnóstica multidimensional:

- Eje I: trastornos clínicos principales (como depresión, esquizofrenia, ansiedad, etc.).
- Eje II: trastornos de la personalidad y retraso mental (ahora conocido como discapacidad intelectual).
- Eje III: enfermedades médicas generales relevantes para la comprensión o el manejo de los trastornos psiquiátricos.
- Eje IV: problemas psicosociales y ambientales que contribuyen al trastorno.
- Eje V: evaluación global del funcionamiento (GAF), una escala numérica de 0 a 100 que valoraba el funcionamiento general del individuo.

Fue, sin duda alguna, un gran aporte a la psiquiatría del siglo xx. Los criterios diagnósticos fueron logrados por consenso de expertos, sobre todo, basados en la experiencia clínica y redactados para ser usados operatoria-

mente tanto en la práctica como en la investigación. Aunque autodefinido como un ejercicio ateórico, lo cierto es que tanto las investigaciones a las que dio lugar, como los registros epidemiológicos, fueron determinados por una epistemología positivista. Con los criterios diagnósticos se construyeron una exagerada cantidad de distritos clínicos como si se tratara de compartimientos estancos, sin vasos comunicantes ni relaciones de continuidad entre unos y otros. El riesgo es reducir el diagnóstico a contrastar los hallazgos clínicos con una lista de cotejo. La entrevista estructurada puede ser útil para ordenar la información y realizar un buen registro de datos. Si cumple con determinados criterios, se puede hacer el diagnóstico y prescribir un tratamiento. Sin embargo, esta es una simplificación inaceptable porque el proceso de comprensión en la RMP exige una comunicación que no se puede reducir al callejón reduccionista de lo meramente operatorio. El riesgo de un desamparo antropológico es muy alto. Aunque se trata de un riesgo, no de un hecho comprobado, es necesario someterlo a debate y consideración porque compromete la esencia misma de la psiquiatría.

Con el DSM-IV se mantiene el modelo multiaxial (APA, 1995), pero se modifican algunos criterios diagnósticos. Ya en el siglo XXI la APA propone el DSM-5 (APA, 2013). En este nuevo manual se elimina el sistema multiaxial. Se consideró que el sistema no se utilizaba de manera consistente y era visto como complejo y poco práctico en la actividad clínica. Un modelo diagnóstico debe ser complejo, pues describe una situación evidentemente compleja, irreducible a síntomas y signos precisos y mineralizados. Tampoco era difícil de utilizar. Se buscaba una integración mayor con otros sistemas internacionales de clasificación como la CIE-10, que no utilizan ejes diagnósticos, como tampoco en el resto de la medicina. Fue, sin duda, una pérdida de complejidad, quizás excesivamente pragmática. Los ejes II y III fueron incorporados en una sola lista de diagnósticos; los factores psicosociales y el funcionamiento global se documentan de forma narrativa. El GAF (Eje V) fue criticado por su baja fiabilidad y escasa utilidad clínica, por lo que no se reemplazó directamente. Mientras el DSM-III enumeraba 265 categorías diagnósticas, el DSM-5 incluye aproximadamente 157 trastornos, aunque la cifra puede variar según cómo se cuenten las subcategorías y los especificadores. Es importante señalar que, en el DSM-5, muchos trastornos se agrupan ahora en espectros y conjuntos más amplios, lo que pue-

de reducir el número absoluto, pero abarcar cuadros más diversos. Por su parte, la CIE-11 de la OMS (2012), no emplea el tradicional sistema multiaxial de cinco ejes tal como existía en los DSM-III y IV o en la CIE-10. Aunque algunas fuentes mencionan que la CIE-11 contempla la evaluación en varios dominios (por ejemplo, los síntomas clínicos, el funcionamiento, los factores contextuales), esto no corresponde a un verdadero sistema multiaxial estructurado en ejes formales, ya que la información se registra de manera integrada en la historia clínica, sin necesidad de dividirla en ejes separados (OMS, 2022).

Clasificar es una actividad propia y común a los seres humanos en casi todas las culturas conocidas. Clasificamos por forma, gusto, tamaño, peso, dimensiones, colores y muchas otras categorías para pensar el mundo. Al clasificar se le da orden a lo que se observa, es un ejercicio cognoscitivo que, a su vez, se pliega sobre el pensamiento dándole organización, estructura y jerarquías. La medicina no es ajena a esa facultad humana. Intentos de clasificación ya se observan en los Tratados Hipocráticos que dieron fundamento científico a la medicina occidental. Carl Linneo (1707-1778), célebre naturalista sueco, fue fundamental en el desarrollo de sistemas de clasificación, aplicando principios taxonómicos no solo a plantas y animales sino también a enfermedades. Su enfoque se basaba en la analogía entre la clasificación biológica y la nosológica, proponiendo que las enfermedades podían agruparse de manera sistemática, de manera similar a los seres vivos. Linneo llegó a considerar la existencia de *animalículos* como posibles agentes causales de diversas enfermedades infecciosas (por ejemplo, la sarna, la rabia, la viruela, la sífilis, la peste), agrupándolos en la clase de los Vermes dentro del reino animal. Aunque la clasificación de las enfermedades desarrollada por Linneo no tuvo la misma influencia directa que la de Boissier de Sauvages, su aportación fue clave para entender las enfermedades como procesos naturales susceptibles de orden y estudio, y sentó bases para la epidemiología y la nosografía moderna. François Boissier de Sauvages (1706-1767), médico y botánico francés, desarrolló un sistema nosológico científico e innovador inspirado en el sistema de Linneo para la clasificación botánica. Su obra principal, la *Nosologia Methodica* (1763), estableció un método para agrupar enfermedades en clases, géneros y especies, siguiendo criterios fundamentalmente clínicos y observacionales (Sauvages, 1768;

González Bueno, 2007, Pacheco *et al.*, 2015). Sin embargo, la medicina no solamente clasifica y describe, sino que busca explicar y comprender la salud y la enfermedad en su más amplio sentido. Es por ello que deben distinguirse los conceptos de nosografía, nosotaxia y nosología.

Nosotaxia, nosografía y nosología

Es muy importante manejar los términos con cierta precisión. La vaguedad terminológica y conceptual tiene consecuencias importantes en la constitución del saber. Una definición adecuada, o lo más próxima posible a su valor cognitivo, ético y científico, tiene efectos perlocutivos. Es decir, que no se reduce a su mero sonido o locución inteligible (acto locutivo), ni tampoco a la intención del hablante (acto ilocutivo) sino que afecta al oyente o a la comunidad de oyentes, influyendo en su conducta (interesa, alivia, calma, preocupa, molesta, irrita, motiva, persuade, convence, siembra dudas, etc.) y en la comprensión del hecho que se comunica en la relación. Por esa razón, es importante en medicina y en psiquiatría manejar de manera adecuada y reflexiva diversos conceptos, entre los cuales están los de diagnóstico, nosología, nosografía y nosotaxia, que solo son obvios en apariencia. El DLE (2025) define nosología como “parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades” y nosografía como “parte de la nosología que trata de la clasificación y descripción de las enfermedades”. La palabra “nosotaxia” no está en el diccionario. Mientras tanto, el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina de España (2012) sí incluye definiciones que distinguen claramente entre los términos nosología, nosografía y nosotaxia. Según este DTM, la nosología es la disciplina científica que abarca el estudio global de las enfermedades, incluyendo su descripción (nosografía) y clasificación (nosotaxia). La nosografía se entiende como la descripción detallada de las enfermedades en cuanto a sus síntomas, causas y evolución. La nosotaxia corresponde a la clasificación sistemática de las enfermedades siguiendo criterios lógicos y científicos. Los filólogos especializados en terminología médica recomiendan respetar las distinciones técnicas, especialmente en textos académicos, científicos, médicos y didácticos. En contextos generales, puede ser suficiente

utilizar el término de “nosología”, pero, en la formación profesional y especialmente en documentos clasificatorios, es preferible diferenciar y precisar los términos.

A nuestro modo de ver, tanto el DSM-5 como la CIE-11 están afectadas por un exceso de nosotaxia. Construyen tantos distritos clínicos que no permiten ver todo el magma común que hay entre ellos. Por eso se apela al concepto de comorbilidad cuando se solapan varias estructuras clínicas ¿Se puede o debe aceptar que un paciente padezca y porte tres o cuatro diagnósticos psiquiátricos simultáneamente? Por ejemplo, trastorno bipolar, trastorno de adicción, de control de los impulsos y de personalidad, o también trastorno depresivo y ataques de pánico o trastorno obsesivo compulsivo más trastorno de ansiedad, ¿todo al mismo tiempo? ¿No será que la nosotaxia impide hacer nosología? ¿Alguien ha explicado porqué algunos medicamentos que nacieron para tratar la epilepsia hoy se usan para tratar la ansiedad y como estabilizadores del ánimo? ¿No habla eso de un mecanismo común e indistinto que no permite ver aquello que separa el afán nosotácico? Algunas veces, dice el habla popular, los árboles no dejan ver el bosque. Ni los síntomas ni las estructuras clínicas donde aparecen pueden ser colocados irreflexivamente en un casillero nosotácico. No es lo mismo pensar el síntoma y la estructura clínica desde la fenomenología comprensiva, la analítica existencial o el psicoanálisis, que desde la perspectiva estadística del análisis de frecuencia. El ejercicio nosológico exige un esfuerzo cognitivo y un compromiso mucho mayor en el clínico. Ese compromiso puede ser de rango existencial. La psiquiatría debe pensarse a sí misma. Algunas veces se tiene la impresión de que los modelos de clasificación y diagnóstico no coinciden con la práctica clínica. Ese problema podría ser fuente de la invalidación epistemológica de muchos estudios que circulan en las revistas científicas. El modelo cognitivo o el paradigma con el que se piensen ciertos conceptos, insistimos, tiene efectos perlocutivos. Apelemos a la antigua sabiduría de los griegos para explicarnos un poco mejor.

La frase griega *logísmos de la Physis* (λογισμός τῆς φύσεως) puede entenderse como “razonamiento o cálculo acerca de la naturaleza”. Es decir, esta frase podría aludir al proceso racional o la comprensión lógica respecto a la naturaleza o al principio fundamental que rige el cambio y el desa-

rollo en el mundo natural. En la filosofía griega, especialmente en Aristóteles, la *physis* es la causa interna que impulsa el movimiento y la transformación de los entes. La medicina griega, origen de la medicina occidental, se construyó pensando la naturaleza de las enfermedades, lo cual iba más allá del cuerpo y del ambiente. Entre los antiguos griegos, la teoría (*θεωρία*, *theōría*) se refería al acto de observar, contemplar o conocer de modo directo algo, generalmente relacionado con el conocimiento intelectual o la visión profunda de la realidad. Para los griegos, la teoría no era solo un conjunto de ideas abstractas sino una actividad contemplativa orientada a la comprensión racional y profunda de las causas y principios que rigen el mundo. En este sentido, la teoría implicaba un nivel superior de conocimiento que iba más allá de la experiencia práctica o empírica y se dirigía a la especulación o meditación filosófica de la realidad. La *contemplación* (*θεωρία* también puede traducirse como contemplación) en filosofía griega, especialmente en Platón y Aristóteles, se entiende como la actividad del alma que se dedica a la visión y meditación del ser y las ideas eternas, el conocimiento puro y desinteresado que se aleja de las necesidades prácticas y sensoriales. Así, la contemplación es el acto de dirigir la mente hacia el conocimiento de las esencias y las verdades universales de manera tranquila y privilegiada, y es considerada la forma más alta y noble de vida intelectual (Laín Entralgo, 1970). La psiquiatría debería pensarse desde la raíz misma de la medicina. Exige contemplar de manera bastante parecida a la *θεωρία* de los antiguos griegos. Solo de esa manera se puede hacer nosología y clínica. No puede ser recomendable una actitud ateórica. Los grandes maestros que mencionaremos a continuación (a título de ejemplo y sin pretensiones de exhaustividad) no pudieron construir sus valiosos aportes nosológicos desde una postura ateórica.

Karl Theodor Jaspers (1883-1969), médico y filósofo alemán, a petición de Karl Wilmanns (1873-1945), escribe *Allgemeine Psychopathologie*, que publica en 1913, antes de cumplir los 30 años de edad (Jaspers, 1913; Jaspers, 1950). Fue traducida y publicada primero al francés y al español, mucho después al inglés (Nardi, 2013; De la Portilla, 2003). Su obra es parte esencial del corpus teórico de la psiquiatría contemporánea. Algunos conceptos que se leen en sus obras, como fase, proceso, desarrollo y reacción derivan de una aguda contemplación del curso biográfico de los pacientes. Jaspers

revolucionó la psiquiatría al introducir el método fenomenológico y biográfico en el estudio de las enfermedades mentales para lo cual hizo distinciones entre comprender y explicar. Jaspers no renunció a teorizar y sus aportes son nosográficos, nosotáxicos y nosológicos en el mejor sentido de la palabra, como también los de otros autores que mencionaremos más adelante. La atmósfera intelectual y científica de Karl Jaspers (*zeitgeist* de *Allgemeine Psychopathologie*) coincide con la obra de Kraepelin (1856- 1926) sobre la *dementia praecox* y la psicosis maníaco-depresiva, el concepto de esquizofrenia de Bleuler (1857-1939) en 1911, la descripción por Alois Alzheimer del cuadro degenerativo de la demencia en 1907, que aún conserva su nombre y con la obra monumental de Sigmund Freud (1856-1939).

A Freud le tocó moverse en un mundo intelectual ordenado y jerarquizado. Sus ideas no fueron acogidas con facilidad en el ambiente académico de su época. Sin embargo, su trabajo representa el más arduo y serio intento de incorporar el estudio de la subjetividad en el corpus médico. Antes que Freud, o casi simultáneamente con él, Pierre Janet (1859-1947), desde Francia, habló del subconsciente, se interesó por los trastornos disociativos en la histeria y aplicó la hipnosis en el tratamiento. Inició estudios de medicina, dedicando una buena parte de su tiempo al Hospital de la Salpêtrière. En 1893 defendió su tesis *L'État mental des hystériques* (stigmates et accidents mentaux) ante un jurado compuesto por Charcot y Richet. Janet llegó a acusar a Freud de plagiar sus conceptos. Para algunos, hasta la segunda década del siglo xx, la obra de Janet tenía más reconocimiento que la de Freud. Sin embargo, en nuestra opinión, nadie llegó a plantear los mecanismos de defensa inconscientes, la pulsión erótica y tanática, una teoría del aparato psíquico ni una técnica psicoterapéutica tan fundamentada como lo hizo Freud. Es bueno acotar que a esa reflexión freudiana subyace un conocimiento profundo de la neurología y la biología de su tiempo. No es ateórica. El interés del psicoanálisis freudiano rebasa los límites clínicos; se interesa por el malestar de la cultura, los mecanismos de sublimación a través de la literatura y el arte y alcanza un enorme impacto teórico entre los intelectuales del siglo xx, fundando una nueva antropología. Después de Freud, la conducta humana ya no se genera más en la conciencia, sino que es producto de determinaciones oscuras, escondidas en algún lugar del inconsciente. Incluso el placer es replanteado como la des-

carga o el alivio de una tensión dolorosa. La psicoterapia consiste en llevar a la luz de la conciencia aquellos contenidos biográficos que han sido reprimidos a través de una defensa evitativa del dolor. Se trata, entonces, de un novedoso planteamiento concebido desde una epistemología completamente distinta al pensamiento naturalista de su época. Hay parálisis motoras que no se explican por las localizaciones de la neurología topográfica, sino por un juego simbólico registrado en el inconsciente. La neurología académica siente tambalear su estructura teórica ante la presencia de una nueva lectura de los síntomas que no está prevista en su modelo. Freud se torna sospechoso porque remueve las bases epistemológicas del saber constituido y, además, apela a la subjetividad que tanto molestaba al positivismo médico de su época. Es por ello que Paul Ricoeur ha llamado Escuela de la Sospecha al extemporáneo trío constituido por Freud, Nietzsche y Karl Marx.

Emil Kraepelin (1856-1926) fue contemporáneo de Sigmund Freud, aunque la relación entre ambos fue prácticamente nula. A pesar de hablar la misma lengua y de trabajar en espacios académicos muy próximos, vivieron de espaldas el uno al otro, llegando incluso Kraepelin a pronunciarse en contra del psicoanálisis. En 1886, después de unos ocho años de entrenamiento, Kraepelin fue designado profesor en la Universidad de Tartu (entonces Dorpat), hoy Estonia. Posteriormente, se traslada como profesor a Heidelberg (1891) y luego a Múnich (1903). Emil Kraepelin tuvo un pensamiento muy denso que amerita ser estudiado a profundidad. En su enjundioso estudio sobre el maestro alemán, Berríos y Hawser señalan que en su Research Programme de 1897, ya Kraepelin se propone un plan para la clasificación de las psicosis, que logra desarrollar entre 1896 y 1898. Muy pronto incorpora el problema de la evolución en la clasificación de las psicosis y anuncia que ha encontrado una nueva vía para el estudio de las enfermedades mentales, describiendo predictores tempranos del curso evolutivo. La categoría kantiana del tiempo entra por la puerta grande a la psiquiatría de la mano de Kraepelin. El diagnóstico fue una vía para conocer los nexos entre el cuadro clínico y la alteración anatómica subyacente. Con su procedimiento, quiso relacionar la etiología, la patología y la sintomatología. Para Berríos y Hawser, la psiquiatría sigue en un mundo kraepeliniano. Según ellos, la obra de Kraepelin no sólo ilustra la profundidad de su pensamiento, sino que da importantes pistas epistemológicas sobre la clase

de saber clínico que se proponía desarrollar en su momento. Por una parte, quiere integrar la historia personal del enfermo en la interpretación del fenómeno psicopatológico. No debe extrañarnos esa postura antropológica en un autor que fue de los primeros en realizar estudios de psiquiatría transcultural. Por otra parte, Kraepelin no estaba satisfecho con las técnicas de exploración psicopatológicas, pues no le permitían articular el síntoma con la denominada “alteración subyacente” (Berrios y Hauser, 1998; Kraepelin, 2009).

En la atmósfera previa a Kraepelin surge el eminente neurólogo inglés John Hughlings Jackson (1835-1911), quien se propone entender el sistema nervioso central como un producto de la evolución, donde las funciones más recientemente adquiridas comandan a las más antiguas, pero, por la misma razón, son también más frágiles y vulnerables. Es seguro que Freud leyó y estudió tanto a Darwin como a Jackson, y eso le permitió percibir pulsiones e instintos humanos derivados y similares a los de los animales. Jackson propone que el cerebro está organizado en niveles que corresponden a distintos períodos evolutivos del sistema nervioso. Los tres niveles son: el de los centros inferiores medulares y bulbares, los intermedios del tronco encefálico y los núcleos grises de la base y los centros superiores comandados por el córtex cerebral. En su modelo, la ontogénesis reproduce la filogénesis y todo cuadro morboso se acompaña de una regresión a un nivel inferior de desarrollo que queda fuera del comando superior. Aunque reconoce el aporte de Broca, piensa que no se puede explicar toda la clínica por la localización anatómica de la lesión. Propone que el curso y la evolución de los síntomas también dependen de su organización en el tiempo y de los mecanismos jerárquicos implicados.

Henri Ey (1900-1977) es quizás el psiquiatra francés más importante del siglo xx. Se consideró a sí mismo un neo-Jacksoniano, pues fundó su modelo organodinámico con base en los postulados del genial neurólogo inglés. No desconoció la neurología del siglo xix ni los nuevos aportes del siglo xx. Estudió a profundidad el psicoanálisis y practicó psicoterapia de inspiración psicoanalítica, lo cual le dio un acceso al mundo simbólico que Kraepelin no pudo o no quiso ver. Es por ello que, sin ser un ecléctico, logra una nueva formulación, no sólo de la enfermedad mental, sino también de la psiquiatría que trasciende hacia una nueva antropología. Para Ey, la psiquia-

tría no se detiene en la enfermedad, cuya máxima expresión mórbida es la pérdida de la libertad, sino que se interesa por el ser del enfermo. Se trata, entonces, de una preocupación ontológica. La psiquiatría se ocupa de la patología de la libertad, es decir, de un valor, no sólo de correlaciones anatómicas. De allí que el aporte de la analítica existencial de Minkowski y Binswanger no sea ignorado por el maestro de Bonneval. En sus conceptos, la psiquiatría es la “rama de la medicina que tiene por objeto la patología de la vida de relación a nivel de la integración que asegura la autonomía y la adaptación del hombre a las condiciones de su existencia” y, a diferencia de la neurología, “ciencia de las desintegraciones instrumentales, la psiquiatría se interesa por las disoluciones superiores y globales” (Garraqué de Lara, 2011). Es claro que la psiquiatría trabaja en un nivel de complejidad mayor que la neurología y, por lo tanto, no es reabsorbible en un nivel más simple, sincrónico y de cortes transversales. Ey compara los criterios de Jackson con los de Bleuler, encontrando varias analogías y diferencias, pero quiere resaltar lo que sirve de fundamento para su teoría organodinámica: la disolución de la conciencia en la esquizofrenia con la consecuente pérdida de funciones integrativas y la afectación de la personalidad en un plano más profundo, que cambia radicalmente la vivencia de tiempo y espacio del enfermo a más largo plazo.

Según Garraqué de Lara, la noción de disolución debe ser doble: en primer lugar, el proceso reduce las capacidades funcionales del sistema nervioso que permiten un ejercicio integral del pensamiento reflejado en una disminución de la actividad psíquica y, en segundo lugar, el proceso reduce la personalidad. El pensamiento de Ey trasciende el positivismo kraepeliniano. Ey resuelve el problema de la relación entre la alteración subyacente y la expresión psicopatológica. Para ello, propone el concepto de “hiato órgano-clínico” (*écart*), es decir, que hay una distancia entre el hecho fisiológico y su configuración fenoménica, proceso en el cual intervienen la personalidad y la dinámica inconsciente, lo que debe ser estudiado estructural y temporalmente. La disolución de la conciencia y la liberación del sector inferior no sólo es neurológica sino también del inconsciente, pues no se debe olvidar que el concepto organodinámico no se refiere a un órgano sino a una organización muy compleja de niveles jerárquicos. Incluso puede ocurrir que una lesión pequeña produzca más síntomas que otra más

extensa. Ey tomó en serio las investigaciones de Moreau de Tours sobre la inhibición de la conciencia y la liberación del inconsciente con el uso de hachís. En la hipótesis organodinámica de Henry quizás quepan y encuentren acomodo muchos hallazgos de las neurociencias contemporáneas que el puntillismo localizador de algunos investigadores no permite integrar en una comprensión superior y más compleja de la psiquiatría y la neurología (Ey, 1956; Ey, 1969, Rojas-Malpica *et al.*, 2013).

El otro autor que se debe mencionar es Francisco Alonso-Fernández (1924-2020), eminente profesor español de la psiquiatría contemporánea. Sus numerosos aportes proceden de una rigurosa investigación clínica fundamentada en la fenomenología y la analítica existencial. En su abundante obra cabe destacar su modelo vital tetradimensional de la depresión, un ejercicio nosológico, nosográfico y nosotácico que propone distribuir la clínica del trastorno depresivo en cuatro dimensiones fundamentales (humor depresivo, hundimiento energético, ritmopatía y discomunicación), cada una de las cuales responde a un desarreglo neuroquímico y se acompaña de una cascada sintomatológica bastante nítida (Alonso-Fernández, 2009).

Conclusiones

La psiquiatría es una ciencia heterológica y heteróclita. Heterológica porque se funda en los *logos* de las ciencias naturales y en las humanidades o ciencias del espíritu. Heteróclita porque, como los verbos irregulares, no se conjuga con arreglo a la norma común. También es idiográfica y nomotética, es decir, que atiende y acepta lo peculiar o idiosincrásico en su práctica clínica, pero también se regula por normas científicas y éticas tanto en su práctica como en su corpus teórico. Ese grado de complejidad le viene porque no solo se ocupa del fenómeno morboso y su prevención, sino del ser humano y su libertad. Al admitir y valorar la subjetividad como tema de estudio y como la más alta y compleja actividad humana no puede ni debe renunciar a las propuestas que con mayor rigor y dedicación la estudian, como la fenomenología, la analítica existencial y el psicoanálisis. Ello implica una vertiente cualitativa de la misma alcurnia epistemológica que la construcción objetiva y positivista del resto de la medicina. En ese sentido,

incorpora y contempla con sumo interés los aportes de las neurociencias y de las lecturas que, en primera persona, realiza la neurofenomenología con los hallazgos en tercera persona de los hechos biológicos que estudia la investigación neurocientífica. Es por eso que se valoran altamente los trabajos de muchos neurocientíficos contemporáneos cuando interpelan los hallazgos biológicos desde las complejas preguntas que se hacen las humanidades (filosofía, antropología, literatura, música, teología). Tratándose, entonces, de una ciencia compleja, no puede admitir respuestas simples y meramente pragmáticas. Reconociendo la necesidad de la nosotaxia para sistematizar el conocimiento y ordenar la práctica clínica, exige que tanto ésta como la nosografía sean subordinadas a la nosología porque trabaja en un nivel de integración superior del conocimiento. Cuando la nosotaxia y la nosografía entran en conflicto con la nosología, no hay duda que se debe reordenar el conocimiento en favor de la nosología. La enseñanza de los grandes maestros de la historia de la psiquiatría es la búsqueda y el logro de la conciliación entre la nosografía, la nosotaxia y la nosología. Ello exige teorizar, como lo ha hecho la medicina científica desde su nacimiento en la Antigua Hélade.

Observaciones

El autor declara que no hay conflicto de interés para la publicación de este ensayo.

La inteligencia artificial de Perplexity fue consultada por el autor para obtener información útil y ordenar la bibliografía consultada para la realización del trabajo.

Referencias

- Alonso-Fernández, F. (2009). *Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo*. Instituto de España.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.; DSM-III). American Psychiatric Association.

- . (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.; DSM-5). American Psychiatric Association.
- . (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV). Masson.
- Berrios, G., y Hawser, R. (1998). The early development of Kraepelin's ideas in classification: a conceptual history. *Psychological Medicine*, 18, 813-821.
- Boissier de Sauvages, F. (1768). *Nosología Methodica Sistens Morborum Classes*. Fratum de Tournes.
- Borges, J. L. (1977). La poesía. Conferencia pronunciada en el Teatro Coliseo de Buenos Aires, 13 de julio de 1977. En *Borges Interactivo* (p. 304). Universidad Autónoma de Chiapas.
- Clérambault, G. G. de. (1995). **El automatismo mental** (V. Corcés Pando, Ed. y presentación). Editorial Dor.
- De la Portilla, N. (2003). La Psicopatología General de Karl Jaspers a través de Honorio Delgado. *Psicopatología*, 23, 3-4, 199-208.
- Ey, H., y Brisset, B. (1969). *Tratado de psiquiatría*. Toray-Masson.
- Ey, H. (1956). La Psychiatrie science fondamentale de l'homme. *Esprit*, 237(4), 482-503.
- Freud, S. (1948). Obras completas Vol. I y II. Editorial Biblioteca Nueva.
- Garrabé de Lara, J. (2011). *Disertaciones sobre psiquiatría*. Triacastela.
- Gasparetto, M. A., Ribeiro, M.S., y Simanke, R. T. (2018). El automatismo mental en la obra psiquiátrica de Clérambault. *Analytica: Revista de Psicanálisis*, 7(13), 161-178.
- González Bueno, A. (2007). Carl von Linné. La pasión por la sistemática. *Ars Medica. Revista de Humanidades*, 2, 199-214.
- Ivanovic-Zuvic, F. (2000). El legado de Karl Jaspers. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38(3), 157-165.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Julius Springer.
- . (1950). *Psicopatología general* (R. O. Saubidet y D. A. de Santillán, Trad.). Editorial A. Bini.
- . (1997). *Psicopatología general* (5ª ed. alemana, R. O. Saubidet y D. A. Santillán, Trad.). Fondo de Cultura Económica.
- Kraepelin, E. (2009). *Memorias*. Ergon.
- Laín Entralgo, P. (1970). La medicina hipocrática. *Revista de Occidente*.
- . (1982). *El diagnóstico médico: historia y teoría*. Salvat.
- Lanteri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Triacastela.
- Nardi, A. E., et al. (2013). A hundred-year of Karl Jaspers' General Psychopathology (Allgemeine Psychopathologie) – 1913-2013: a pivotal book in the history of Psychiatry. *Archivos de Neuro-Psiquiatría*, 71(7), 490-492.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (Capítulo V). Organización Mundial de la Salud.
- . (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades 11.ª revisión (CIE-11)*: Capítulo

06. Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1064587064>
- Pacheco Yáñez, L., Padró Moreno, D., Dávila Wood, W., Álvarez de Ulate Unibaso, S., y Gómez de Maintenant de Cabo, P. (2015). Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales. *Norte de salud mental*, XIII(53), 83-92.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Editorial Espasa Calpe.
- . (2025). *Nosología*. En *Diccionario de la lengua española* (Edición del Tricentenario). <https://dle.rae.es/nosolog%C3%ADa>
- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). *Diccionario de términos médicos*. Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez-Cerdeira, C., Telmo Pera, J., & Arenas, R. (2010). El síndrome de Ekbohm: un trastorno entre la dermatología y la psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 337-345.
- Rojas-Malpica, C., y Rojas-Esser, M. D. (2013). De Emil Kraepelin a Sigmund Freud y Henri Ey: fracturas, candiles y penumbras de la Posmodernidad. *Revista Neuropsiquiatría*, 76(2), 59-76.
- Sanchís Banús, J. (1924). Las reacciones paranoides de los ciegos. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 148, 87-93.
- Sauvages, F. B. de. (1763). *Nosologia Methodica Sistens morborum classes, genera et species juxta Sydenhami methodum*.