

ARTÍCULOS

**Diagnóstico categorial *versus*
dimensional**

**Categorical *versus* dimensional
diagnosis**

NELSON ANDRADE GONZÁLEZ

RESUMEN

En el marco de la Evaluación psicológica clínica, el psicólogo debe disponer de toda la información necesaria, al objeto de emitir un diagnóstico que complemente de manera satisfactoria la formulación clínica del caso que tenga entre manos. La intención de este trabajo es ofrecer un espacio de reflexión, acerca de las posibilidades de los sistemas de clasificación categorial y dimensional de los trastornos mentales. Se destacan las ventajas que ambas modalidades ofrecen a clínicos de cualquier orientación teórica, dejando entrever en su utilización una posible coexistencia. Finalmente, se hace hincapié en la necesidad de perfeccionamiento de ambos procedimientos, con el fin de alcanzar un nivel explicativo respecto al hecho psicopatológico, hablar en un futuro de clasificaciones científicas de base etiológica y permitir una mayor proximidad entre la perspectiva psiquiátrica y la psicológica.

ABSTRACT

Within the frame of clinical psychological evaluation, the psychologist needs all the necessary information in order to give a diagnosis that satisfactorily supplements the clinical formulation of the case in hand. This paper tries to

¹ Servicio de Psicología Aplicada, UNED, Guadalajara. e-mail: nelsonandrade2001@yahoo.com

offer a reflection space on categorical and dimensional classification of mental disorders. Advantages of both classifications for clinicians of any orientation are highlighted, hinting a possible coexistence in their use. Finally, the need for an improvement of both procedures is emphasized in order both to reach an explanatory level of the psychopathological event, to lay the grounds for etiologically-based scientific classifications in the future, and to bring nearer the psychiatric view to the psychological one.

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico, Categorical, Dimensional.

KEY WORDS

Jung's life, work and psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

Los enfoques teóricos sobre la conducta anormal son múltiples. Toda clase de modelos han surgido con la intención de dar cuenta del hecho psicopatológico y de su posterior clasificación. Sin embargo, consideramos que los modelos psicopatológicos más relevantes y vigentes en la actualidad, son el modelo biológico, el modelo conductual y el modelo cognitivo, admitiendo que en el abordaje conductual entran en juego los fenómenos cognitivos y fisiológicos, y que la conducta psicopatológica es algo tan complejo, que difícilmente puede ser explicado a través de un sólo modelo.

Los comportamientos anormales se caracterizan, básicamente, por ser fenómenos complejos, multiterminados e incomprensibles, siendo necesario establecer un procedimiento organizador que facilite su estudio. Una retrospectiva histórica confirma la existencia de numerosos intentos de clasificación de la conducta patológica, acorde con los desarrollos y valores propios de cada época. En la actualidad, los esfuerzos se han dirigido a determinar la presencia de posibles elementos comunes en cada una de estas alteraciones, lo que ha dado lugar a sistemas clasificatorios que, en mayor o menor medida, han servido para ordenar nuestras observaciones.

Toda clasificación adquiere valor por su universalidad. Desde que Zubin (1967) diese a conocer la existencia de más de 50 sistemas diferentes de clasificación de los trastornos psíquicos, las cosas parecen haber mejorado. Las últimas clasificaciones del tipo DSM de carácter multiaxial y ateórico se han extendido a lo largo del planeta, estableciendo criterios diagnósticos, sobre la base de conductas o síntomas observables directa o indirectamente. A pesar de los importantes esfuerzos y recursos invertidos, sus resultados son todavía mejorables y en algún caso insatisfactorios, razón por la cual cobran cada día mayor interés los intentos de clasificación dimensional.

El propósito de este trabajo es comentar algunos aspectos relevantes del presente y futuro de los sistemas de clasificación categorial y dimensional. No se ha pretendido enfrentarlos sino, por el contrario, destacar la utilidad que juntos o por separado pueden ofrecer a clínicos de cualquier orientación teórica, dando por superadas las anticuadas disputas entre la realización de un diagnóstico tradicional de carácter nosológico o la elaboración de una evaluación psicológica de carácter cognitivo-conductual que, en nuestro caso, acostumbramos realizar simultáneamente.

DIAGNÓSTICO CATEGORIAL

El Diccionario de uso del español de María Moliner (1991) define el término nosografía como descripción de las enfermedades. En esta línea, la nosografía psicopatológica se ocupa de la denominación, descripción y diferenciación de las enfermedades mentales, teniendo como finalidad alcanzar una taxonomía o nosología de la patología psíquica (Ávila, 1990). Hemos preferido hablar desde un principio de nosografía psicopatológica, con el objeto de: a) no circunscribirla al ámbito exclusivamente psiquiátrico y b) de subrayar la afirmación de Castilla del Pino (1980), quien hace ya tiempo que manifestó que la Psiquiatría trata del sujeto que muestra alteraciones psíquicas o de la conducta, bien sean por condiciones fisiopatológicas de su organismo, bien por condiciones inherentes a las experiencias de él como sujeto, bien por las relaciones habidas con el medio en el que este sujeto se desenvuelve.

Una clasificación es una operación por la que se reduce la complejidad de una parte de la realidad, ordenándola en categorías según algún tipo de criterios establecidos de antemano. Se trata de un intento de organizar y comprender estas partículas de realidad y establecer una visión coherente del mundo, apoyándose en el hecho de que

éste no se estructura ante nosotros, o no podemos percibirlo, de manera total.

Siguiendo a Lemos (1997) existen diversas estrategias a la hora de ordenar los elementos en categorías dentro de un sistema clasificatorio:

1. Esencialista: sirvió de base para el sistema evolutivo de Darwin, en el que la esencia viene proporcionada por el concepto de especies.

2. Numérica: basan su organización en la observación empírica y en el cómputo matemático del máximo número de características compartidas por los sujetos.

3. Empirista: esta táctica se limita estrictamente a los hechos observables.

4. Inferencial: basa las clasificaciones en suposiciones o inferencias, respecto a las causas o procesos subyacentes.

5. Monotética: fundamenta la clasificación en una sola variable o en un reducido número de características.

6. Politética: apoya la clasificación en la existencia de un determinado número de características compartidas por una proporción

significativa de los miembros de una categoría, sin que ello suponga la total homogeneidad de sus miembros. Este tipo de estrategia se corresponde con las taxonomías prototípicas, las cuales se sustentan en un ideal teórico o prototipo de referencia.

Cualquiera que sea la estrategia utilizada, uno de los principios elementales en los que se apoya un sistema clasificatorio, en un afán adaptativo y pragmático, es el de beneficiar la economía cognitiva intentando que cada una de sus categorías nos proporcione la máxima información posible con el menor coste cognitivo. Para Ballesteros (2000) una categoría es una clase de objetos o hechos que tienden a agruparse juntos teniendo, entre ellos, alguna semejanza en común. De manera más operativa, una categoría estaría definida por un número de criterios necesarios y suficientes para situar a un individuo, que posea estas características, como miembro de dicha clase. Próximos ya al tema que nos ocupa, cualquier categoría diagnóstica propuesta por los actuales sistemas de tipificación psicopatológica del tipo DSM, implicaría que ésta posee un cierto número de rasgos definitorios, de forma que el clínico fundamente su diagnóstico en virtud de la presencia de algunos de estos indicadores.

Una de las primeras aproximaciones a las clasificaciones psicopatológicas la encontramos en los trabajos de Pinel. Sin embargo, sus antecedentes próximos habría que buscarlos en la obra de Griesinger, Westphal y Kalhbaum, antes de que emergiera la significativa aportación de Kraepelin, cuya nomenclatura fue expuesta personalmente en la Asamblea Constituyente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, celebrada en 1924, ejerciendo una gran influencia en la Psicopatología contemporánea. Schneider, por su parte, representó una sistemática distinta en la clasificación de los trastornos, planteando la existencia de dos grandes grupos de alteraciones: 1) variedades anormales del modo de ser psíquico y 2) anomalías psíquicas que son consecuencia de enfermedades y malformaciones.

Las clasificaciones psicopatológicas de consenso estadounidenses, tras una serie de prolegómenos, se estrenaron en 1952 cuando la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA) publicó la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I), cuyas categorías diagnósticas se organizaron en torno al concepto de reacción propuesto por Adolf Meyer. La segunda edición DSM partió de la sección de trastornos mentales de la 8ª edición de la Clasificación Inter-

nacional de Enfermedades (CIE-8) de la O.M.S., publicándose ambas, de manera simultánea en 1968. El DSM-II se caracterizó por la eliminación del término reacción y por su carácter descriptivo. Fruto de los principios adoptados en los criterios Feighner y de los criterios diagnósticos de investigación (RDC) y precedido de numerosos estudios financiados por el NIMH, surge el DSM-III aprobado por la APA en Mayo de 1979, cuyo Comité de preparación marcó la existencia de algunos de los siguientes objetivos y características, algunas de las cuales no fueron plenamente cubiertas:

a) Sobre la base de categorías diagnósticas fiables, habría de ser útil para indicar tratamientos y adoptar decisiones en las diversas situaciones clínicas. De esta manera, podría ser utilizado por clínicos e investigadores de diferentes orientaciones teóricas y ser relevante para la formación de los profesionales de la Salud Mental, manteniendo, al mismo tiempo, la mayor compatibilidad posible con la CIE-9 (Ávila, 1990).

b) Introduciría un sistema de diagnóstico multiaxial, con el fin de organizar la información correspondiente a las diversas facetas de cada trastorno, adoptando un carácter empirista, atórico y descriptivo (Lemos, 1997).

La aprobación del DSM-III-R se produjo en Diciembre de 1986. Se pretendió ofrecer una respuesta más satisfactoria a criterios poco precisos, inconsistentes o contradictorios, proponiendo idénticos objetivos que la versión precedente, como paso intermedio a la preparación de la cuarta edición (Ávila, 1990). El DSM-IV publicado en 1994 alcanzó un mayor refinamiento respecto a la edición anterior, debido fundamentalmente al interés en otorgar destacada preferencia a los resultados de las investigaciones sobre cualesquiera otros criterios de decisión, si bien es cierto que no se produjo un cambio radical en su conceptualización respecto a las dos últimas ediciones. En la actualidad disponemos de su versión revisada, publicada en España en 2002, cuyos cambios también se justificaron mediante una base racional y una revisión sistemática de datos experimentales relevantes, manteniendo al mismo tiempo su naturaleza politética y prototípica que constituye, como en publicaciones anteriores, una de sus características fundamentales.

No es nuestro propósito realizar un análisis pormenorizado de un Manual bien conocido. Empero, destacaremos algunos aspectos que nos parecen representativos del DSM-IV-TR (2002):

1. Destaca su honestidad res-

pecto al término trastorno mental, dado que dicha denominación implica una distinción desafortunada entre trastornos “mentales” y “físicos”, procedente de un anacronismo reduccionista del dualismo mente / cuerpo.

2. No clasifica a las personas, sino que clasifica los trastornos de las personas que los padecen.

3. Como ya se ha dejado entrever, el sistema DSM divide los trastornos mentales en diversos tipos o clases, basándose en una serie de criterios con rasgos definitorios. Sin embargo, admite que no existen límites rígidos en las categorías postuladas. Esto es el resultado de aplicar una estrategia politética que limita la estereotipia, proporciona una mayor flexibilidad diagnóstica y refuerza la variabilidad intragrupo, aspecto que se refleja en la posibilidad de contemplar la heterogeneidad de individuos con el mismo diagnóstico, la dificultad de diagnosticar los casos límite y la necesidad de recoger información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico.

4. Se caracteriza por su carácter descriptivo, ateórico y, salvo en aquellos casos bien establecidos, por su no adscripción a formulaciones etiológicas de ninguna clase. Todo esto ha contribuido a minimizar las disputas y facilitar su aceptación.

5. Los árboles de decisión diagnóstica que propone, facilitan que el clínico comprenda la estructura jerárquica de esta clasificación, sin que en ningún caso los enunciados o preguntas de dichos algoritmos puedan sustituir a los criterios diagnósticos propuestos.

6. Uno de sus aspectos más relevantes, presente ya en las últimas ediciones, lo constituye su estructura multiaxial. Este sistema organizado de cinco ejes facilita una evaluación completa de los distintos trastornos clínicos, de los trastornos de la personalidad, de las enfermedades médicas, de los problemas psicológicos y sociales del individuo y de su nivel de actividad, dando cabida a un modelo biopsicosocial indispensable en la clínica, la enseñanza y la investigación.

7. Existe evidencia de que los síntomas y curso de buena parte de los trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. Por tal motivo, el apartado dedicado a los rasgos vinculados a la cultura, constituye otro de sus aspectos destacados, destinado a facilitar su aplicación a personas de diferentes culturas o etnias.

Las críticas más o menos fundadas a los sistemas clasificatorios como el que venimos analizando son bastante conocidas. La mayo-

ría de ellas han surgido y surgen desde algunos sectores de la Psicología Clínica y de la Psiquiatría. Aunque el terreno está abierto a futuras mejoras y/o reformulaciones, no pretendemos profundizar en estas objeciones, dado que lo que parece subyacer a ellas son diferencias epistemológicas, que no hacen más que conducirnos a discusiones pseudoideológicas que no contribuyen a coordinar el trabajo de los distintos profesionales. Lo que sí merece la pena es que algunos de los aspectos relevantes como los ya mencionados, se completen de manera sucinta con algunas de las siguientes propiedades que consideramos claramente positivas y ventajosas de este tipo de sistemas clasificatorios:

a) Su principal objetivo fue el de otorgar prioridad a los resultados de las investigaciones. Diferentes grupos de trabajo cogieron información empírica de tres fuentes de datos:

- Revisiones de la literatura científica, siguiendo la metodología del metaanálisis.
- Reanálisis de datos.
- Estudios de campo.

Se recurrió a estas dos últimas fuentes, cuando la revisión de la literatura revelaba una ausencia o

discordancia de pruebas. Sin embargo, algunos temas en los que la información era insuficiente y en temas de categoría conceptual, la literatura empírica revisada se completó mediante decisiones consensuadas de los grupos de expertos.

b) Los cambios introducidos en el DSM-IV-TR (2002), se han apoyado igualmente en datos empíricos concretos, a través de una revisión sistemática y detallada de la literatura científica.

c) Supone un medio de reducir la complejidad de un conjunto bastante amplio de observaciones, de manera que permita una accesibilidad estadística, merced a la utilización de códigos precisos y fácilmente catalogables.

d) Mezzich (1984) manifiesta que la manera más usual de clasificar es la que se realiza mediante categorías ya que resulta más familiar a los clínicos. En efecto, el DSM-IV-TR (2002) da a conocer que su formulación representa el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria. Actualmente, los Hospitales y Centros de Salud Mental públicos y privados, las publicaciones y reuniones profesionales hacen continua referencia a este tipo de categorías.

e) Las dos últimas versiones DSM y la CIE-10, han influido de

forma muy notoria en la Evaluación Psicológica Clínica (Muñoz, 2003).

f) Una clasificación que facilita la utilización de categorías y criterios estables, posibilita un lenguaje común de cara a la formación de los futuros profesionales, permite la creación de diseños de investigación, contribuye a la valoración de los efectos de los tratamientos (estudios de eficacia), establece registros administrativos comparables, responde mejor a las exigencias de una organización institucional asistencial, al menos teóricamente reduce la distancia entre la investigación básica y la práctica clínica y permite la comunicación entre psiquiatras y psicólogos clínicos. Compartimos plenamente la afirmación de Costello (1992), quien manifiesta que la implementación de una “etiqueta diagnóstica” se hace necesaria para poner, al menos, una primera base que iguale el lenguaje de todos los profesionales implicados considerando, a nuestro juicio, que esta labor debe constituir una pieza importante dentro del gran puzzle que constituye la totalidad del proceso evaluativo, crucial preámbulo de una terapéutica eficaz.

g) En otro terreno de cosas, merece la pena recordar el trabajo de Mezzich, Fabrega y Mezzich (1985), quienes tras encuestar a 164 expertos de todo el mundo,

concluyeron que con vistas a un sistema de clasificación multiaxial, los ejes más útiles se podían situar en el siguiente orden de importancia: síndromes psiquiátricos, trastornos físicos, curso de la enfermedad, trastornos de la personalidad, estresores psicosociales específicos, duración de la enfermedad, rapidez de comienzo de la enfermedad, funcionamiento adaptativo actual, psicoticismo, CI / retraso mental y retardos evolutivos específicos. En esta línea, la versión revisada del DSM-IV (2002) deja la puerta abierta a la inclusión de nuevas categorías y ejes diagnósticos. De hecho recoge diecisiete propuestas de trastornos, una escala de mecanismos de defensa o estrategias de afrontamiento, una escala de evaluación global de la actividad relacional y una escala de evaluación de la actividad social y laboral.

h) Millon (1984), defensor de las categorías, mantiene la tesis de que los modelos categorial y dimensional no son excluyentes. Las evaluaciones, comenta Millon, pueden ser formuladas en estilo categorial (cualitativo) y luego estas conductas (síntomas) se pueden diferenciar de forma cuantitativa o dimensional. Este punto de vista tiene especial relevancia a la hora de llegar a un acuerdo respecto a estos sistemas de clasificación y volveremos sobre él en epígrafes posteriores.

Llegados a este punto resulta imprescindible clarificar, ampliar y desarrollar algunos conceptos. En primer lugar, desde un punto de vista teórico, el DSM-IV-TR no es más ni menos que un laborioso y logrado manual técnico en permanente crecimiento y sofisticación. Las categorías diagnósticas propuestas no pertenecen ni excluyen a ningún colectivo de profesionales. Cada experto utiliza el término depresivo, por ejemplo, en un sentido psiquiátrico o psicológico centrando su interés según su condición de clínico, docente o investigador. Un manual pormenorizado como éste no pretende monopolizar su utilización, máxime cuando desde la Psicología también se han realizado intentos de formalizar clasificaciones categoriales mediante sofisticadas técnicas estadísticas tales como el análisis de cluster, y el reconocimiento de que aún queda bastante por conocer respecto a la naturaleza de los distintos trastornos, en un ser humano, sólo concebible como producto total de una serie ingente de variables.

Según Lemos (1997), en la construcción de las taxonomías psicopatológicas es posible seguir enfoques conceptual y metodológicamente diferentes, que dan lugar a tres tipos de entidades clínicas:

1. Trastornos de base clínica: en

ellos generalmente se ha seguido un procedimiento observacional o una epistemología empírica respecto a la covariación de los signos y síntomas observados. Este ha sido el procedimiento utilizado desde Hipócrates hasta Kraepelin.

2. Constructos de deducción teórica: resultan de aplicar un principio organizador o modelo teórico a los datos observados. Esto daría como resultado una clasificación científica, en la medida que sus elementos se agrupan de acuerdo con proposiciones teóricas explicativas de tipo etiológico, dinámico o estructural o relativo a estilos de comportamiento. Esto ocurre cuando cada uno de los atributos guardan relaciones causales con los demás atributos.

3. Taxonomías numéricas: son el producto de la aplicación de análisis matemáticos y estadísticos a los datos disponibles, evitando sesgos humanos, inevitables a nuestro parecer, y dirigidas a garantizar la homogeneidad de las categorías.

Sin embargo, el propósito del DSM-IV-TR no es otro que suministrar un lenguaje descriptivo de los criterios necesarios y suficientes para situar a un individuo en alguna de las categorías propuestas. Puede ocurrir que una determinada teoría, como mencionábamos ante-

riormente, intente dar consistencia y apoyo a un sistema clasificatorio. Creemos que esta fase no ha sido sobrepasada por las actuales ediciones DSM, hasta el punto que un sistema taxonómico como éste no representa a ninguna teoría y no se inscribe, salvo casos sobradamente comprobados, en ningún tipo de formulación etiológica. Esto constituye una de sus características definitorias: no entrar explícitamente en el terreno explicativo. No es posible argüir una ausencia o ambigüedad etiológica en muchas de las categorías diagnósticas del sistema DSM, dado que su propósito y fundamentos justamente no son éstos. De este modo, no se mantiene la postura de algunos representantes de la corriente biologicista neo-kraepeliniana, quienes han llegado a sostener que el propio carácter empirista y descriptivo de las actuales categorías nosológicas, validaba de alguna manera, su respectivo modelo. Recordemos una vez más, que para la construcción de las últimas ediciones DSM, se procedió a efectuar una exhaustiva revisión de la literatura científica, lo que incluía textos y artículos procedentes tanto del modelo psiquiátrico como del cognitivo-conductual, participando en este proceso significativos expertos de éstas y otras orientaciones teóricas. Además, el sistema DSM no puede considerarse una clasificación que cumpla con los principios

básicos de toda sistematización biológica, ya que este tipo de tipificaciones se caracteriza fundamentalmente por la utilización de categorías que son mutuamente excluyentes y exhaustivas, pero tampoco responde completamente a las necesidades del modelo cognitivo-conductual porque no hace referencia explícita a los complejos determinantes estimulares que originan y mantienen los distintos signos y síntomas.

Al mismo tiempo, las diferentes versiones DSM han mostrado como los elementos clasificados cambian con el tiempo. Esto debe entenderse como un reflejo del momento cultural e histórico en que fueron editadas. Es muy probable que a corto plazo y por el influjo de modos y modas occidentales, terapeutas de nacionalidad china, tengan una mayor afluencia en sus consultas de pacientes con trastorno depresivo mayor y trastorno distímico; a la vez, ya existen evidencias en Occidente de la aparición de nuevas patologías relacionadas con la informática y la telefonía móvil. Esto ilustra como las categorías diagnósticas cambian en sensible medida, no como consecuencia de procesos bioquímicos o estimulares alterados, que supuestamente deberían darse en los seres humanos de manera universal y atemporal, sino sobre la base de una concepción histórica del fenómeno

conocido como enfermedad mental, manifestación que da cuenta de un proceso dinámico consustancialmente unido a la naturaleza de la especie, caracterizándose dicha naturaleza, entre otras particularidades, por la plasticidad o capacidad para intentar adaptarse a los cambios (Mesa, 1999), que incluirían, entre otros, los de carácter cultural, religioso, social y económico.

Quizá en un futuro se pueda llegar a establecer algún sistema que dé cuenta, a la vez, del terreno explicativo y descriptivo. Será el tiempo, como señala Alarcón (1995), en el que se perfeccionen y utilicen instrumentos computarizados de medición clínica, de forma que la tecnología y la clínica converjan en el ámbito de la identificación, medición, descripción, correlación y pronóstico, en aras de un afinado diagnóstico y de un eficaz tratamiento. El progreso de las clasificaciones residirá probablemente en la necesidad de prestar mayor atención a las sistematizaciones de base teórica y en alcanzar una mayor comprensión del funcionamiento humano y, por ende, de la etiología de todas las entidades clínicas que, con toda seguridad, será necesario redefinir o eliminar. En esta búsqueda de causalidad, las mejores perspectivas se situarán en las investigaciones genéticas, en las complejísimas interacciones entre factores genéticos y ambien-

tales y en la inexcusable e irrefutable modulación que ejercen los determinantes ambientales. Probablemente se trate del estadio más avanzado del conocimiento psicopatológico o de una nueva era, pero por el momento debemos conformarnos con este tipo de clasificaciones categoriales descriptivas que, a su vez, no se agotan en sí mismas, dado que se han propuesto otro tipo de alternativas tales como la clasificación dimensional.

CLASIFICACIÓN DIMENSIONAL

Según Ávila (1990), una clasificación dimensional no se hace sólo por la presencia o ausencia de una característica, sino también en función de la intensidad o frecuencia de la misma. De esta forma, según el autor, las clasificaciones dimensionales intentan describir multidimensionalmente un estado psíquico o un individuo, en función de un sistema de referencia teórico u operacional, siendo el objetivo prioritario la adecuada descripción del trastorno y no su clasificación.

Esta posibilidad responde seguramente al descontento generado por las tipificaciones categoriales tradicionales, el cual ha favorecido, al mismo tiempo, el desarrollo de otras soluciones alternativas, que con mayor o menor impacto en la

comunidad científica y profesional se han organizado, de acuerdo con Ávila (1990), en una serie de opciones no inspiradas en el modelo categorial aplicado a las ciencias naturales:

1. Desde la perspectiva dinámica, en la línea de Karl Menninger, se propugnó un concepto unitario de salud-enfermedad mental, como polos opuestos de un mismo continuo, operativizado a través de distintos niveles o etapas progresivas de disfunción.

2. A partir de Hoche y Schneider se pretendió reducir la gran variedad de fenómenos psicopatológicos en una teoría unitaria sindrómica, en la que las diversas formas de las alteraciones se considerasen como grados o estadios de un único trastorno fundamental. De este planteamiento surgió la teoría de la psicosis única, cuyos defensores intentan llegar a un criterio básico unitario para el trastorno mental.

3. El abordaje del comportamiento patológico que pone énfasis en el estudio del caso individual, ha sido y es sostenido por: a) el Psicoanálisis, situando su punto de partida en los numerosos estudios de casos expuestos y discutidos por Freud a lo largo de su obra y b) la Terapia de Conducta en su vertiente conocida como estudio experi-

mental del caso individual, la cual ha defendido los diseños N=1 como forma de aproximarse a la evaluación y posterior tratamiento de las diferentes patologías, diferenciándose de los estudios de casos antes citados, por el hecho de disponer de controles experimentales y utilizar medidas más objetivas.

4. La psicopatología cuantitativa que ha pretendido dotar al examen clínico de determinados métodos e instrumentos de medida cuantitativos o bien el desarrollo de sistemas para cuantificar las observaciones cualitativas que los clínicos efectúan. Sus aportaciones podemos resumirlas en el 1. diseño de pautas de entrevista estructurada, 1. la construcción de instrumentos específicos de evaluación tales como la Escala de ansiedad de Hamilton o el Inventario de depresión de Beck y la construcción de instrumentos de screening múltiple, basados en hipótesis dimensionales.

5. La taxometría derivada estadísticamente está muy relacionada con la propuesta anterior, puesto que también centra su interés en la utilización de criterios y procedimientos empíricos para la taxonomía y clasificación psicopatológica. Desde sus comienzos ha intentado desarrollar sistemas de clasificación derivados de criterios y prue-

bas estadísticas y no de las impresiones clínicas fundamentadas en la observación. Su sistemática de trabajo se podría resumir en los siguientes pasos:

- Recopilación de información sobre un conjunto de variables relevantes.
- Análisis de dicha información mediante modelos matemáticos del tipo análisis factorial, análisis de cluster o escalamiento multidimensional.
- Identificación de las dimensiones subyacentes.
- Construcción de técnicas de evaluación basadas en las dimensiones formuladas.
- Identificación de criterios empíricos tales como niveles, constructos teóricos, etc.

Los criterios estadísticos, sociales e interpersonales, intrapsíquicos y biológicos han sido y son los más influyentes a la hora de comprender, catalogar y explicar el hecho psicopatológico. Los grandes modelos y sistemas psicopatológicos se basan en ellos, diferenciándose entre sí según el mayor o menor énfasis que pongan en cada uno de ellos, lo que muchas veces es poco deseable, sobretodo si tenemos en cuenta que ninguno de

los criterios mencionados, por sí mismo o aisladamente, es suficiente para definir un comportamiento, sentimiento o actividad mental como desviada, anormal y/o psicopatológica (Belloch, Sandín y Ramos, 1997).

Algunas de las iniciativas planteadas frente a las clasificaciones de tipo categorial, a las que anteriormente hemos hecho referencia, también asumen como punto de partida algunos de estos criterios. Consideramos que los procedimientos dimensionales más difundidos, han utilizado en buena medida el criterio estadístico. El postulado central del criterio estadístico es que las variables que definen a una persona, poseen una distribución normal en la población general de referencia de ese individuo. De esta forma la Psicopatología es todo aquello que se desvía de tal normalidad y que resulta poco frecuente. Pero además adopta el principio de la continuidad, de forma que los elementos constitutivos de lo psicopatológico se hallan presentes en la normalidad (curva normal) pero constituyen una exacerbación, por exceso o defecto de esa normalidad. Lo anormal se caracteriza así no sólo por ser poco frecuente, sino además por contener los mismos elementos de la normalidad, pero en un grado excesivo o escaso (Belloch et al. 1997). Las diferencias entre lo normal y lo patológico

serían cuantitativas, de manera que el término anormal sería equivalente al de Psicopatología, lo que significa de un modo amplio que determinados signos y síntomas (conductas), rasgos o marcadores biológicos son poco frecuentes, poco representativos del grupo normativo y cuantitativamente distintos de lo que se considera normal.

Deliberadamente hemos extendido este concepto de anormalidad al quehacer del modelo biológico, admitiendo la dificultad que puede representar una aproximación epistemológicamente multidisciplinar. Este tipo de conflictos puede superarse a un nivel metodológico, tal como lo hacen los cognitivistas y su interés por los factores neurológicos y la simulación por ordenador o los conductistas quienes en su gran mayoría han reconocido y asimilado la relevancia de los factores fisiológicos.

Al amparo del criterio estadístico, las estrategias dimensionales más relevantes han intentado ocupar un lugar significativo en las clasificaciones psicopatológicas, mediante procedimientos muy elaborados como el escalamiento multidimensional o el análisis factorial. Según Muñoz (1998) el análisis factorial es una técnica de análisis multivariado que bajo determinadas condiciones, y con ciertas limitaciones, per-

mite estimar los factores (dimensiones) que dan cuenta de un conjunto de variables. Su lógica se basa en el principio de la economía de variables o parsimonia, es decir, que las complejas relaciones entre un conjunto numeroso de variables se puede reducir a un subconjunto menor de variables latentes (factores o dimensiones). Naturalmente, las dimensiones obtenidas estarán condicionadas tanto en número como en contenido, por el número y contenido de las variables originales, si bien es cierto que una representación dimensional ideal debería incluir sólo unas pocas dimensiones que, al menos teóricamente, deberían ser lineares, independientes, no organizadas jerárquicamente, igualmente susceptibles de alcanzar un mismo nivel de mensurabilidad y capaces de seguir una dirección cualquiera en el espacio geométrico. Por razones obvias, no consideramos que éste sea el lugar para describir el proceso matemático que conlleva la realización del referido análisis factorial.

Un ejemplo acerca de cómo funciona la perspectiva dimensional en Psicopatología sí parece necesario a estas alturas. El apéndice B del DSM-IV-TR (2002), denominado criterios y ejes propuestos para estudios posteriores, plantea la existencia de descriptores dimensionales alternativos para la esquizofrenia.

El citado Manual, con el objeto de describir los síntomas basales y momentáneos del paciente esquizofrénico, proyecta un modelo dimensional basado en tres factores que, suponemos, han sido extraídos a través de una serie de procesos matemáticos:

1. Factor psicótico: incluye la sintomatología delirante y alucinatoria.

2. Factor desorganizado: engloba el lenguaje y comportamiento desorganizados y una afectividad inapropiada.

3. Factor negativo: incluye la sintomatología negativa.

Desde este punto de vista, el Manual propone: a) que la severidad de los síntomas encuadrados en cada uno de los tres factores tienden a variar de forma paralela y b) que cada una de estas tres dimensiones podrían representar procesos patológicos subyacentes, dando lugar a respuestas terapéuticas diferentes. De este modo, el clínico especificará dimensión psicótica: moderada, dimensión desorganizada: grave y dimensión negativa: leve, por ejemplo, dependiendo del grado o cuantía en que el paciente presente la sintomatología característica de cada una de las tres dimensiones. En el último epígrafe volveremos sobre este ejem-

plo, ya que el Manual vislumbra, de alguna manera, la integración de la clasificación categorial y el planteamiento dimensional.

Esperando que los postulados dimensionales más elementales hayan quedado suficientemente aclarados, procede recordar una vez más que los primeros ejes del sistema categorial DSM adoptan una perspectiva discontinua entre las conductas consideradas normales y las consideradas anormales o patológicas. El paciente es adjudicado a una categoría concreta por el hecho de presentar un determinado número de atributos o criterios diagnósticos. Si el sujeto no cumple este número de criterios preestablecidos su comportamiento será considerado normal. Como señala García Moratalla y Pérez (2000) la enfermedad se rige como el concepto de embarazo: la padece o no la padece. Sin embargo, como hemos visto, el procedimiento dimensional, clasifica los casos clínicos según una cuantificación de atributos (perspectiva cuantitativa), siendo de mayor utilidad en la descripción de los fenómenos que se distribuyen de manera continua. Quizá por ello y ante las limitaciones del enfoque categorial, algunos participantes en el proyecto del DSM-IV, sugirieron que la sistematización de la patología mental se realizara siguiendo un modelo dimensional,

iniciativa que por distintas razones no fue aceptada.

No estamos seguros que los inconvenientes que llevaron al rechazo de la propuesta dimensional coincidan con algunas de sus limitaciones. Lo que sí parece claro, es que desde distintos sectores se han formulado una serie de objeciones a las descripciones dimensionales numéricas, que podrían resumirse en su menor familiaridad y claridad, la falta de acuerdo respecto a cual debe ser el número de dimensiones necesarias para representar las distintas alteraciones mentales y, según Lemos (1997), las dificultades que surgen cuando se utilizan muchas dimensiones que dan lugar a esquemas complicados, que requieren una representación geométrica o algebraica.

Al mismo tiempo se ha criticado la aseveración, sin demasiada justificación científica en algunos casos, de que los mecanismos subyacentes son los mismos a lo largo de una dimensión determinada. También se censura el hecho de que la estructura de estas soluciones dimensionales, derivadas de los métodos multivariados, depende de la clase de datos de los que se parte (ítem de una escala, categorías de observación, etc.) y la afirmación que señala que los productos del modelo matemático aplicado son auténticos artefactos

(Ávila, 1990). Esta crítica también se podría extender al concepto de categoría diagnóstica, pero pensamos que cualquier profesional entiende que tantos unos como otras, son conceptos que no tiene existencia física y que nos ayudan a explicar fenómenos observables, sirviendo de apoyo a las distintas conceptualizaciones que hacemos de la realidad clínica. Finalmente se han puesto algunas objeciones a la aplicación clínica de los presupuestos dimensionales dado, que a la larga y a través de un proceso casi insensible de transformación, las dimensiones empezarían a ser usadas como tipos o categorías discretas, con lo cual perderían su flexibilidad y su capacidad conceptual e informativa (Alarcón, 1995).

Sin embargo, los procedimientos dimensionales gozan de gran aceptación desde muchos sectores de la clínica. Esta aprobación probablemente obedezca a algunos aspectos positivos y ventajas que pasamos a detallar:

1. Interpretan lo normal y lo patológico como extremos de un continuo, de manera que los sujetos se clasifican en función de una valoración cuantitativa en una serie de atributos, distribuyéndose a lo largo de dicho continuo.

2. Facilitan la asignación de los casos atípicos (subsindrómicos), no

sólo por un determinado número de criterios o síntomas, sino también por la expresión y gravedad de los mismos y su correspondiente cuantificación.

3. Al combinar diversos atributos clínicos en una representación multifactorial, se posibilita una pérdida mínima de información, permitiendo apreciar con mayor facilidad los cambios experimentados en los pacientes, bien sea de manera espontánea o como resultado de un proceso terapéutico. (Lemos, 1997).

4. Facilitan una visión globalizada del conjunto de síntomas, poniéndolos en relación con el contexto en el que éstos se manifiestan.

5. La relación entre la gravedad del trastorno con el curso y la discapacidad que ocasiona es lineal (García Moratalla et al. 2000).

6. La actual definición de salud dada por la O.M.S. implica un bienestar físico, psíquico y social. En esta línea, las propuestas dimensionales son más apropiadas para entender la complejísima interacción entre variables biológicas, psicológicas y sociales.

7. La última edición DSM (2002) reconoce que los modelos dimensionales de los trastornos de la per-

sonalidad, parecen cubrir los aspectos más significativos de este conjunto de alteraciones.

Una manera de ilustrar el alcance de la postura dimensional y de poner en tela de juicio algunas de las objeciones señaladas, lo constituyen los modelos multidimensionales de la esquizofrenia. Peralta y Cuesta (1996), han recalcado que los análisis factoriales de la mayoría de las escalas de síntomas positivos y negativos (SAPS/SANS, PANSS y Krawiecka) revelan la presencia casi constante de, al menos, las siguientes dimensiones fenomenológicas: positiva, desorganizada y negativa, resultados que coinciden parcialmente con el DSM-IV-TR (2002), que plantea dentro de los síntomas positivos (criterios A1-A4), la existencia de las dimensiones psicótica y de desorganización.

Concretamente el grupo de Peralta, estudió su modelo tetradsimensional de los síntomas esquizofrénicos (evaluados con las conocidas escalas SAPS/SANS), mediante análisis factorial confirmatorio (LISREL) en una muestra de 253 pacientes (tabla 1). Dicho análisis confirmó que el modelo tetradsimensional propuesto, se ajustaba casi perfectamente a los datos obtenidos a través de las citadas escalas, siendo estadística y significativamente superiores a los modelos uni, bi y tridimensionales.

Tabla 1. Modelo tetradimensional de la esquizofrenia Peralta et al.(1996)	
VARIABLES OBSERVADAS	VARIABLES LATENTES (DIMENSIONES)
– Alucinaciones – Delirios	Positiva
– Trastorno formal del pensamiento – Afecto inapropiado	Desorganizada
– Embotamiento afectivo – Alogia – Abulia y apatía	Negativa
– Capacidad para sentir intimidad – Relaciones c/ amigos, compañeros	Relacional

Fuente: Tomado de Aldaz et al. (1996).

Este tipo de estudios, confirman la idea de que la dicotomía que surge de los modelos de síntomas positivos y negativos es inexacta y excesivamente reduccionista, ya que no recoge adecuadamente la riqueza psicopatológica de los trastornos esquizofrénicos, puesto que la mayoría de los pacientes presentan en mayor o menor intensidad síntomas de las distintas dimensiones estudiadas. Se ha propuesto que los procesos de las dimensiones positiva, desorganizada y negativa son de naturaleza fisiopatológica y que los procesos de la dimensión relacional (alteración de las relaciones interpersonales) responden, al menos parcialmente a

mecanismos psicológicos, admitiendo que esta última dimensión ha sido poco estudiada de manera independiente de la dimensión negativa y que la totalidad de estos procesos no son necesariamente autónomos ni excluyentes, sino que pueden coexistir en un mismo paciente o predominar uno sobre los demás (Peralta et al., 1996).

Una de las ponencias más interesantes del VIII Symposium Internacional de Psiquiatría, celebrado en Madrid en Febrero de 2003, fue la realizada por el Profesor Jim van Os de la Universidad de Maastricht. En apoyo a sus tesis dimensionales, el profesor van Os mani-

festó, entre sus conclusiones más destacadas, que este tipo de diagnóstico proporciona mucha más información de cara al tratamiento, promueve la autonomía del paciente y predice una mejor evolución del trastorno. Van Os sugirió además, la necesidad de estudiar la patología subsindrómica puesto que, según sus estudios, los porcentajes de prevalencia superaban a los de la población diagnosticada de depresión, manía o psicosis síndrómica. Al mismo tiempo, dio a conocer que los trastornos del estado del ánimo y los psicóticos están relacionados dimensionalmente, de manera que la patología psicótica no es neutra respecto al estado de ánimo del paciente, contribuyendo éste a su discapacidad.

Asimismo el conferenciante indicó el carácter dimensional de la experiencia delirante y alucinatoria, manejando la hipótesis de que estos síntomas psicóticos varían a lo largo de dimensiones cuantitativas, lo que facilita la investigación de los factores psicológicos determinantes de esta variación. Esta perspectiva dimensional se podía ver reflejada, según van Os, en el hecho de que hay sujetos que están en sintonía con su experiencia psicótica (17,5%), otros que buscan ayuda (4,2%), mientras que el sistema DSM propone el 1,5% de prevalencia.

Las afirmaciones de van Os constituyen un excelente punto de partida para algunas reflexiones. En primer lugar, procede vislumbrar que si algunos procesos psicológicos afectan a la variación de la sintomatología psicótica, el estudio de su descripción, comprensión y poder explicativo, dentro de las respectivas dimensiones psicóticas, será importante para prevenir la transición de los estados psicóticos no clínicos a los clínicos, contribuyendo naturalmente a aumentar el conocimiento disponible acerca de la combinatoria causal del trastorno y su posterior terapéutica.

En el terreno de la actividad delirante y dentro del marco de la teoría de la atribución, las numerosas investigaciones controladas de Bentall, (1996) apoyan su hipótesis de que las irregularidades atribucionales y de autoesquema, juegan un papel central en aquellos pacientes que presentan delirios persecutorios. Sin embargo, este autor considera erróneo que este tipo de anormalidades, por sí solas, puedan ser la causa de algunas de las convicciones más extrañas de este tipo de pacientes, pudiendo estar relacionadas con deficiencias y sesgos cognitivos más fundamentales.

En esta dirección, De la Puente, Larroy y Guisado (1998) señalan que otros investigadores hacen hin-

capié en la existencia de sesgos de tipo probabilístico en los pacientes delirantes. Los estudios experimentales realizados han demostrado que este tipo de pacientes tienden a emitir juicios y a sacar conclusiones sobre la base de menos información que las personas normales o que otros pacientes con otras patologías, quienes necesitan una mayor evidencia para llegar a las mismas conclusiones.

El hecho de que la idea delirante aparezca como consecuencia de un determinado sesgo, o que estos sesgos sean consecuencias de la propia ideación delirante necesita ser investigado. A pesar de ello, De la Puente et al. (1998) señalan que estos enfoques cognitivos, han permitido la existencia de un modelo de intervención psicológica de los delirios, propuesto por Chadwick y Lowe en la década de los 90, cuyo procedimiento básico se basa en: a) provocar el pensamiento delirante, b) analizar la evidencia de cada creencia, c) identificar el sesgo cognitivo subyacente y d) debilitar el pensamiento delirante a través de la búsqueda de evidencia empírica en contra de las creencias. Este modelo plantea que es necesario comenzar por las ideas más periféricas del delirio y que menor resistencia provocan al paciente, para ir avanzando posteriormente de forma progresiva hacia el núcleo de la idea delirante, una vez reduci-

da la convicción en las creencias adyacentes (Chadwick y Lowe, 1991, 1994).

Los resultados obtenidos en algunos estudios realizados (Kingdon y Turkington, 1994), han demostrado que este tipo de intervenciones, provoca reducciones sustanciales en el grado de convicción sobre las creencias delirantes, aunque no en todos los pacientes tratados, siendo necesario, a nuestro juicio, investigar más profundamente acerca de: a) las posibilidades terapéuticas de esta clase de procedimientos, tanto de manera individual como en combinación con medicación antipsicótica y b) el desarrollo de técnicas dirigidas a la modificación de los esquemas negativos subyacentes, propios de este tipo de pacientes.

Los procesos psicológicos presentes en la experiencia alucinatoria han sido igualmente estudiados desde hace casi 30 años. El grupo de Bentall ha intentado ofrecer algún tipo de explicación de carácter general a este tipo de fenómenos, con la pretensión de integrar una serie de observaciones aisladas. Este autor asume que las alucinaciones ocurren cuando determinados sucesos mentales privados, tales como el lenguaje interno, se atribuyen erróneamente a fuentes externas o extrañas al yo (Bentall, 1996).

En líneas generales, la propuesta de Slade y Bentall, (1988) se ha dirigido a comprobar que las personas con alucinaciones tienen dificultades para discriminar entre sucesos internos y externos. De este modo, si se atribuye de modo erróneo el lenguaje interno, las alucinaciones serán auditivas; en cambio, si se imputa de modo equivocado las imágenes mentales, las alucinaciones serán visuales. A través de una serie de experimentos controlados, utilizando en algunos de ellos medidas de detección de señales, este autor afirma que: a) los pacientes y sujetos normales con alucinaciones, comparados con sus controles respectivos, muestran diferencias en un tipo de sesgo perceptivo: la disposición del individuo para creer que un estímulo auditivo está presente, aún no estando seguro de ello (Bentall y Slade, 1985) y b) los pacientes con alucinaciones, comparados con pacientes control sin alucinaciones, eran más propensos a considerar erróneamente como pensamientos autogenerados, aquella información auditiva que había sido proporcionada por el experimentador (Bentall, Baker y Havers, 1991).

Si bien es cierto que estas investigaciones no explican por qué las personas con alucinaciones tienen dificultad para discriminar entre sucesos internos y externos, debe tomarse en consideración el papel

que desempeñan, al menos parcialmente, las creencias y las expectativas, en concordancia con las diferencias culturales que parecen existir respecto a la propensión a experimentar esta clase de fenómenos.

Las implicaciones en el terreno terapéutico de este tipo de componentes psicológicos, se han plasmado por una parte en las denominadas técnicas de focalización, orientadas a que el paciente reatribuya el origen de una alucinación que, según él se ha “generado externamente”, al hecho de haberla “generado internamente” y por otra al debilitamiento de las creencias asociadas con dicha experiencia alucinatoria. El procedimiento de Bentall (1996) consiste en: a) pedir al paciente que informe acerca de las características físicas de sus alucinaciones auditivas (tono, volumen, localización), b) solicitarle posteriormente que hable del contenido de sus voces, considerando la relación que pudiesen tener con su propia vida con el fin de modificarlas y c) pedirle que observe sus propias reacciones a las voces y en particular sus creencias sobre ellas. Otros autores se han centrado específicamente en el trabajo con las creencias que el paciente tiene respecto a sus alucinaciones auditivas, procediendo a revisarlas, cuestionarlas, darle explicaciones alternativas y permitirle que empíri-

camente compruebe su veracidad mediante distintos procedimientos (Jackson y Chadwick, 1997).

Tanto si nos situamos en un modelo de vulnerabilidad-estrés como marco de referencia teórico para el estudio de la esquizofrenia, como en el terreno de la hipótesis de los dos impactos propuesta por Stahl (2002), este tipo de procesos psicológicos afectan y determinan en importante medida la experiencia vivida por el individuo. Mecanismos como los procesos atribucionales, la autoimagen negativa, los sesgos cognitivos, las estrategias de afrontamiento y las creencias y expectativas, constituyen el punto de partida de una serie de componentes que deben ser tomados en consideración, a la hora de explicar el "salto" que probablemente se produce a lo largo de una determinada dimensión, para que determinados fenómenos pasen a considerarse en su conjunto como patológicos e incapacitantes. Queda mucho por investigar, si a la vulnerabilidad genética que, con mayor o menor probabilidad determina la expresión de un determinado trastorno psíquico, se unen ciertos factores de personalidad, mecanismos psicológicos como los antes mencionados, estresores procedentes de acontecimientos vitales y la exposición a virus, toxinas o enfermedades diversas. Determinar el peso de cada uno de estos ele-

mentos y la forma en que se combinan, retroalimentan y modifican entre sí, será determinante en un futuro para establecer una probabilidad cierta de aparición de un determinado conjunto de síntomas y signos que den cuenta de un trastorno psicopatológico en un determinado individuo.

Tal como ocurría con los modelos categoriales, depositamos en el futuro grandes posibilidades respecto a esta manera de abordar el hecho psicopatológico. Todo dependerá si, con apertura de miras, se proyectan una serie de innovaciones que involucren dimensiones representativas de los componentes señalados en el párrafo anterior, a los que habría que añadir elementos de índole social y cultural. Procederá quizá abandonar el uso de cálculos matemáticos estáticos a la hora de extraer las respectivas dimensiones o factores, dada la propia naturaleza de estos componentes y el carácter ciertamente cambiante de los síntomas a lo largo del tiempo. Quizá el desafío último se encuentre en diseñar factores flexibles y suficientemente conocidos, cuyo rasgo esencial sea dar cuenta de una serie de variables relevantes que, una vez agrupadas y tipificadas en torno a ellos, tengan el suficiente apoyo genético, bioquímico, psicológico o social según sea la naturaleza de dicha dimensión. A

pesar de las limitaciones que ofrecen las clasificaciones dimensionales propuestas por Eysenck, especulamos que éstas deberían marcar, al menos, una metodología de trabajo. Los tres superfactores de personalidad propuestos por Eysenck (1981) tienen, según él, un fuerte fundamento genético y se habían asociado al parecer con determinados circuitos cerebrales y hormonales, los cuales al mismo tiempo mantenían determinado tipo de relaciones en virtud de su grado de activación. Este es el camino que debe seguir la perspectiva dimensional, si realmente quiere entrar de lleno en el terreno explicativo y posibilitar el diseño del tratamiento en función de las circunstancias particulares de cada paciente (paquetes combinados a medida), permitiendo el establecimiento de predicciones mucho más precisas en el campo experimental, social, educativo, criminológico y clínico.

CONCLUSIONES

Algunos autores han mencionado la posibilidad de que coexistan sistemas de clasificación paralelos, cuyo uso dependería lógicamente de los fines de cada sistema y de las posibilidades y refinamientos de cada uno de ellos. Recordemos que Millon (1984) sostenía que los modelos categorial y dimensional

no son absolutistas. Las evaluaciones, comentaba Millon, podrían ser enunciadas de un modo categorial (cualitativo) y luego las conductas (síntomas) pasarían a diferenciarse de forma cuantitativa o dimensional. En esta línea, el apéndice B del DSM-IV-TR (2002), criterios y ejes propuestos para estudios posteriores, plantea dos ejemplos que incluyen: a) el subtipo del DSM-IV de la esquizofrenia, b) las especificaciones de curso y c) el enfoque dimensional propuesto. De este modo un paciente podría ser diagnosticado, por ejemplo, de: a) esquizofrenia tipo paranoide, b) episódica con síntomas residuales, c) con dimensión psicótica leve en el momento actual.

Reduciendo el espectro terapéutico, esta opción permitiría un mayor acercamiento entre la perspectiva psiquiátrica y la cognitivo-conductual, dado que determinados grupos de síntomas podrían ser tratados desde uno u otro acercamiento, permitiendo la utilización de paquetes terapéuticos estandarizados que incluyeran psicofármacos y psicoterapia, reconociendo como señala Asial y Fernández Liria (2000), lo estéril que resulta contemplar el tratamiento psicoterapéutico y el farmacológico como posibilidades excluyentes, sobre todo si tenemos en cuenta que recientes estudios de eficacia demuestran la superioridad de los

tratamientos combinados frente a los individuales en diversos tipos de trastornos.

El futuro de esta iniciativa paralela dependerá, como ya se ha explicado, del perfeccionamiento que alcancen los sistemas categorial y dimensional. No se debe pretender sustituir las categorías para dejar paso sin más a un conjunto de dimensiones que, a la larga, corren el riesgo de terminar siendo utilizadas como un sistema categorial. El uso combinado de ambos sistemas deberá basarse necesariamente en: a) la depuración y refinamiento de cada una de las categorías y dimensiones, b) la superación de los obstáculos de carácter epistemológico y la potenciación de su uso conjunto, c) el imperioso acercamiento entre la ciencia básica y la práctica clínica y d) los resultados de las investigaciones genéticas y ambientales, cuyos mecanismos, influyen decisivamente en el desarrollo individual. Esto permitirá alcanzar un nivel explicativo de naturaleza multifactorial acerca del hecho psicopatológico y hablar, por tanto, de clasificaciones científicas, cuyas categorías y/o dimensiones estén agrupadas de acuerdo a proposiciones teóricas explicativas de carácter etiológico.

Aunque el investigador y el terapeuta jamás deberán olvidar que el

paciente es otro ser humano que, según Frankl (2001), tiene la capacidad de elevarse por encima de sus propios determinantes y de trascenderlos, la realización de un diagnóstico minucioso y fundamentado etiológicamente tendrá, entre otras, las siguientes características:

1. Ser el resultado de una actividad evaluativa exhaustiva, que dará cuenta tanto de factores fisiopatológicos como de factores estimuladores alterados que, contribuyan en mayor o menor medida, al origen y mantenimiento de signos y síntomas.

2. Aportar la máxima información respecto a la sintomatología del paciente, manteniendo dentro de lo posible una economía cognitiva y posibilitando un lenguaje común entre los distintos profesionales encargados de su tratamiento.

3. Evaluar con mayor claridad los cambios experimentados por los pacientes, estableciendo líneas de base que permitan valorar la eficacia de cada vertiente del proceso terapéutico.

4. No constituir un fin en sí mismo, sino ser el producto de un minucioso y flexible proceso, orientado e imbricado en la terapéutica y posterior rehabilitación del paciente.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson (Orig. 2000).
- Alarcón, R. (1995). Clasificación de la conducta anormal. En V. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carroble. *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1* (pp. 210-251). Madrid: Siglo XXI de España.
- Aldaz, J. A. y Vázquez, C. (1996). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Asial, A. y Fernández Liria A. (2000). Psicoterapia y fármacos: ¿Por fin juntos? Nuevos datos sobre la combinación. *Psiquiatría Pública, 12*(3), 285-288.
- Ávila, A. (1990). *Evaluación Psicológica Clínica. vol. 1*. Madrid: U.C.M.
- Ballesteros, S. (2000). *Psicología General: Un enfoque cognitivo para el siglo XXI*. Madrid: Universitas.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1997). Conceptos y modelos en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (comps.), *Manual de Psicopatología, vol. 1* (pp. 45-93). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Bentall, R. (1996). La investigación psicológica sobre las alucinaciones y los delirios: psicopatología y aplicaciones para las estrategias del tratamiento. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (comps.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, (pp. 89-108). Madrid: Siglo XXI de España.
- Bentall, R. y Slade P.D. (1985). Reality testing and auditory hallucinations: a signal-detection analysis. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (comps.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, (pp. 89-108). Madrid: Siglo XXI de España.
- Bentall, R., Baker, G. A., y Havers, S. (1991). Reality monitoring and psychotic hallucinations. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (comps.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, (pp. 89-108). Madrid: Siglo XXI de España.
- Castilla del Pino, C. (1980). Introducción a la Psiquiatría. En A. Ávila (dir.), *Evaluación Psicológica Clínica, vol. 1*. (p. 230). Madrid: U.C.M.
- Chadwick, P. y Lowe, C. F. (1991). The measurement and modification of delusional beliefs. En M. Vallejo (dir.), *Manual de Terapia de Conducta, vol. 2* (pp. 761-814). Madrid: Dykinson.
- Chadwick, P. y Lowe, C. F. (1994). A cognitive approach to measuring and modifying delusions. En M. Vallejo (dir.), *Manual de Terapia de Conducta, vol. 2* (pp. 761-814). Madrid: Dykinson.
- Costello, C. G. (1992). Research on symptoms versus research on síndromes: Arguments in favour of allocating more research time to study of symptoms. En J. M. Cañameres, M. A. Castejón, A. Florit, J. González, J. A. Hernández y A. Rodríguez (dirs.), *Esquizofrenia*, (p. 28). Madrid: Síntesis.
- De la Puente, M.L., Larroy, C. y Guisado, A. (1998). Esquizofrenia. En M. Vallejo (dir.), *Manual de Terapia de Conducta, vol. 2* (pp. 761-814). Madrid: Dykinson.

Eysenck, H.J. (1981). *A model for Personality*. Berlín: Springer-Verlag.

Frankl V. (2001). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder; 2001. p.180. (Orig. 1946).

García Moratalla, B. y Pérez Argilas, T. (2000). Trastornos subumbrales en psiquiatría. *Psiquiatría Pública*, 12(3), 289-291.

Jackson, C. y Chadwick, P. (1997). Terapia cognitiva para las alucinaciones y las ideas delirantes. En M. Vallejo (dir.), *Manual de Terapia de Conducta*, vol. 2 (pp. 761-814). Madrid: Dykinson.

Kingdon, D.G. y Turkington, E. (1994). Cognitive-Behavioral therapy of schizophrenia. En M. Vallejo (dir.), *Manual de Terapia de Conducta*, vol. 2 (pp. 761-814). Madrid: Dykinson.

Lemos, S. (1997). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (comps.), *Manual de psicopatología*, vol. 1 (pp. 127-161). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

Mesa, P. (1999). *Fundamentos de psicopatología general*. Madrid: Pirámide.

Mezzich, J. E. (1984). Diagnosis and Classification. En A. Ávila y C. Rodríguez (coords.), *Psicodiagnóstico Clínico*, (pp. 84-95). Madrid: Eudema.

Mezzich, J.E., Fabrega, H. y Mezzich, A.C. (1985). An international consultation on multi-axial diagnosis. En A. Belloch, B. San-

dín y F. Ramos (comps.), *Manual de psicopatología*, vol. 1 (p. 133). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

Millon, T. (1984). On the Renaissance of Personality Assessment. En A. Ávila y C. Rodríguez (coords.), *Psicodiagnóstico Clínico*, (p. 93). Madrid: Eudema.

Moliner, M. (1991). *Diccionario de uso del español*. Vol. 2. Madrid: Gredos.

Muñiz, J. (1998). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.

Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.

Peralta, V. y Cuesta, M. (1996). Modelos multidimensionales de la esquizofrenia. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (comps.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, (pp. 109-120). Madrid: Siglo XXI de España.

Slade, P. D. y Bentall, R. (1988). Sensory deception: a scientific analysis of hallucination. En M. Vallejo (dir.), *Manual de Terapia de Conducta*, vol. 2. (p. 778). Madrid: Dykinson.

Stahl, S. (2002). *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. Barcelona: Ariel Neurociencia.

Zubin, J. (1967). Classification of the Behavior Disorders. En A. Ávila (dir.), *Evaluación Psicológica Clínica*, vol. 1. (p. 241). Madrid: U.C.M.