

El diagnóstico clínico-psicopatológico y el modelo cognitivo-conductual: La Psicología Clínica en las Instituciones

A. Tejero Pociello ¹

Resumen

Revisamos los modelos nomotéticos (DSM) e ideográficos (evaluación conductual) en la integración de la terapia de conducta en la clínica psiquiátrica en sus dos aspectos complementarios: el ateórico (DSM IV) y el derivado de la psicopatología experimental (modelo cognitivo-conductual) a la búsqueda de un vocabulario clínico común y operativo que facilite la intercomunicación psiquiatras-psicólogos. Podríamos considerar la excesiva complacencia de los terapeutas de la conducta a la hora de aceptar la estructura del DSM, enfrascados en un monismo biológico en cierta manera contraproducente con su cuerpo de investigación. Así y todo es posible integrar los criterios operativos del DSM IV con el refinamiento psicométrico y conceptual de ciertos modelos psicométricos (v.g. el de Millon), si bien la confirmación última nos la da siempre el seguimiento del caso.

Palabras clave: Diagnóstico clínico-psicopatológico. Nomotético. Ideográfico. DSM IV. Evaluación conductual. Integración.

Summary

We are revising the nomothetic (DSM) and ideographic (behavioural evaluation) models in an attempt to integrate the two complementary aspects of behavioural therapy in the psychiatric clinic: the atheoretical aspect (DSM IV) and the aspect derived from experimental psychopathology (cognitive-behavioural model), in order to seek a common and operative clinical vocabulary which facilitates communication between psychiatrists and psychologists. We could consider the excessive complacency of behavioural therapists when it comes to accepting the structure of the DSM, how they are absorbed in a biological monism which is in some way counterproductive with respect to their research team. Thus it is possible to integrate the operating criteria of DSM IV with the psychometric and conceptual refining of certain psychometric

¹Psicólogo Adjunto. Unidad Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona

models (e.g. Millon's), although the ultimate confirmation is always provided by the monitoring of the case.

Key words: Clinical-psychopathological diagnosis. Normothetic. Ideographic. DSM IV. Behavioural evaluation. Integration.

La bibliografía existente en esta difícil, pero mutuamente útil, interrelación es escasa. Los manuales de terapia de conducta como el clásico de F. J. Labrador y colaboradores (1993), dedican poco espacio a este tema, denotando la incomodidad metodológica de todo profesional que actúa desde la integración de ambos métodos de análisis de los trastornos de la conducta en su práctica clínica en las instituciones. Para ejemplificar aún más esta difícil interrelación podemos remitirnos a autores emblemáticos de ambas disciplinas como R.L. Spitzer y B.F. Skinner. Más allá del contenido de los modelos conceptuales que de ellos se derivaron, debemos considerar que mientras que Spitzer intentó sistematizar la generalidad de la fenomenología psicopatológica, agrupándola y definiéndola en una taxonomía operativa y consensuada, Skinner entafizó el estudio de la individualidad en tanto que circunstancial y funcionalmente dependiente de un indiscutible ambientalismo.

Ambos modelos de comprensión de la sintomatología siguen los métodos nomotéticos (DSM) e ideográficos (evaluación conductual), en su análisis de la clínica mental, métodos complementarios más que antagonicos. Para la integración de la terapia de conducta en la clínica psiquiátrica es determinante un **lenguaje común**, que permita corroborar la utilidad de las terapias cognitivo-conductuales, este lenguaje común sigue siendo el de los criterios operativos del APA. Así, en la actualidad en las revistas científicas más relevantes en el campo cognitivo-conductual es habitual, cuando no necesario, referirse por consenso interprofesional a lo sintomatológico y a la patología mental desde el sistema de diagnóstico de la APA, es decir el DSM en sus diferentes versiones hasta la actual del DSM-IV (1994). El sistema de diagnóstico clínico operativo reflejado en el DSM-IV fue intencionadamente ateórico, a pesar de que este ateorismo sea muy relativo y tal vez, y de acuerdo con con un filósofo de la ciencia como K. L. Popper (1993): “la intención

de un ateorismo sea imposible e incluso contraproducente para el desarrollo de las ciencias”. En cambio, la psicopatología experimental, que constituye la base del modelo cognitivo-conductual de evaluación e intervención terapéutica, no es en absoluto ateórica. Basándose en las teorías del aprendizaje, en la psicología cognitiva y en las neurociencias, intenta explicar el origen, mantenimiento, tratamiento y curso de los trastornos mentales. Las explicaciones que de ella se derivan son útiles en la medida en que permiten predicciones y manipulaciones experimentales de estos fenómenos.

La evaluación conductual tiene como objetivo la recogida de una información detallada y única sobre la descripción del problema de un paciente y sobre las condiciones que la mantienen. Así, el *diagnóstico clínico* - asignar un problema conductual a una categoría general de trastornos- no es un objetivo explícito de la evaluación conductual. Las categorías diagnósticas proporcionan descripciones suficientemente “estables” de los problemas de un paciente, asimilando el paciente con otros diagnosticados con el mismo trastorno. Epistemológicamente hablando, el diagnóstico es antitético con las premisas fundamentales de la terapia y evaluación conductual. A diferencia del enfoque intencionadamente individualista de la terapia de conducta, el diagnóstico clínico agrupa los problemas clínicos en categorías.

A pesar de las diferencias metodológicas hasta ahora citadas, la relación entre el diagnóstico clínico y el conductual debe ser siempre entendida desde un contexto. Es decir, no tiene el mismo sentido considerarla desde la epistemología, o desde el contexto de la formación de especialistas, o desde la atención a la demanda de una modificación del sufrimiento mental en las instituciones. Desde el punto de vista de la formación académica, inevitablemente, se debe hacer constar la irremediable, que no justificada, separación entre la formación académica de los psicólogos clínicos y el entrenamiento práctico en el manejo

de casos. Esta grave separación hace posible que la clínica de los trastornos mentales pueda ser estudiada en ocasiones en las universidades sin un adecuado entrenamiento en el sistema diagnóstico presupuestamente ateorico del DSM-IV, estudiándose la psicopatología desde modelos teóricos psicológicos que dependerán del modelo que siga el profesor encargado de dicha materia en la facultad. Sin embargo, desde la **práctica asistencial** en las instituciones sanitarias públicas es **absolutamente** imprescindible utilizar un vocabulario clínico común y operativo que facilite la intercomunicación entre diversos profesionales como psiquiatras y psicólogos. Sólo esta posibilidad de intercomunicación, hace incuestionable la utilidad del DSM-IV en la práctica asistencial del psicólogo clínico que trabaje en un equipo de salud interdisciplinar, de esta correcta y **parsimoniosa** integración dependerá el futuro de las ciencias clínicas conductuales y la efectividad de los tratamientos que de ella se derivan.

Es importante, sin embargo, que desde la epistemología cuestionemos aquello que de tan habitual en nuestra práctica pensemos que carece de cuestionamientos. Insertados en un modelo de pensamiento científico, lógico-deductivo, somos conscientes que nuestros postulados teóricos deben estar sujetos a la relatividad de la validez de los mismos, en la medida en que el concepto de probabilidad es a la máxima certeza a la que podemos aspirar en nuestras investigaciones. En tal medida, siempre existirá un espacio para el cuestionamiento exterior de nuestro método. Y por lo tanto, dicho cuestionamiento afectará a nuestra comprensión de la enfermedad mental y a nuestro proceder clínico en las instituciones.

Volviendo al **análisis epistemológico** de ambos métodos, debemos reconocer, siguiendo a Popper que el ateoricismo es una falacia. Citando a K. R. Popper: "La creencia de que podemos empezar con una pura y simple observación, sin hacer referencia a una teoría es absurdo... Hace veinticinco años intenté llegar al mismo punto en una clase a un grupo de estudiantes de física en Viena, empezando mi exposición con las siguientes instrucciones: Tomen un lápiz y un papel, observen debidamente, y escriban lo que han observado. Por supuesto, los estudiantes preguntaron *qué* es lo que yo quería que ellos observa-

sen... La observación es siempre una selección. Siempre requiere de un objeto previamente seleccionado, de una tarea concreta, de un interés, de un punto de vista, de un problema" (1963).

Para W.C. Follete y A.C. Houts (1996), el modelo implícito en el sistema diagnóstico del DSM-IV es un modelo fundamentalmente biológico. Si observamos con detenimiento el aumento en el número y descripción de las categorías diagnósticas en las diferentes versiones del DSM observaremos un progresivo aumento en las mismas así como en el número de páginas de dicho manual. De acuerdo con C.G. Hempel (1965) y I. Lakatos (1970), epistemólogos de las ciencias, la proliferación en el número de categorías de una disciplina científica basada en taxonomías sin el número suficiente de reglas empíricas que expliquen la razón de dicha agrupación es revelador de un programa de investigación degenerativo. En tal sentido, a fin de que pueda surgir una adecuada confrontación de modelos teóricos, el DSM-IV deberá ser considerado como "una" forma y no como "la" forma de organizar la investigación científica. Para algunos autores, los terapeutas de la conducta han sido demasiado complacientes a la hora de aceptar la estructura del DSM porque pueden encontrar maneras de coexistir con él. Se han sentido cómodos a la hora de reconocer que la conducta es emitida por un organismo biológico que funciona en el marco de una situación ambiental, sin considerar la posición ontológica de los monistas biológicos que parecen relegar la influencias ambientales sobre la conducta a un segundo nivel de importancia. Sin embargo, los teóricos de la conducta han estudiado la influencia de estas variables sobre un determinado ser humano. Sin duda, la incapacidad para acceder a un programa de investigación coherente que considere la conducta (patológica o no) dentro de un contexto ambiental pierde la posibilidad de un análisis a nivel psicológico. Para algunos de estos autores, un enfoque clínico basado en teorías dara una menor relevancia a la descripción de los síndromes y más a la identificación de aquellas condiciones en las que se espera que alguien tendrá problemas de conducta y sobre cómo tratarlos más que atender primero a la topografía del problema.

Uno de los objetivos de la comunidad científica es hacer que ningún paradigma científico surja sin ser cuestionado. No existe ningún ejemplo en el campo de las ciencias en el que un modelo monista o reduccionista haya superado al tiempo. Todo modelo necesita de otro alternativo que lo cuestione continuamente. Sin modelos derivados de una teoría que guíen la interpretación de los datos que obtenemos, no es probable que surja alguna “certeza” empírica. También debemos considerar que en ciencia, los propósitos de una posición teórica determinada no son los mejores para evaluar los datos que se contraponen a su posición. Al menos de que hayan teorías libremente competidoras, puede producirse un innecesario estancamiento. Siguiendo a P. Feyerabend (1983) “muchos hechos son constatados solo con la ayuda de posiciones teóricas alternativas, por lo tanto el rechazo a considerarlas *provocará la eliminación de hechos potencialmente refutables* también. Más concretamente, eliminaré los hechos de cuyo descubrimiento se podrá deducir la inadecuación de la teoría” (1982). De hecho, para los profesionales de la salud mental, la clínica individual de nuestros pacientes es un continuo cuestionamiento a nuestros modelos y esquemas de pensamiento. En tal sentido, el método de diagnóstico clínico y el método conductual representan un continuo esfuerzo **dialéctico** al promocionar el avance científico gracias al reto continuado que supone la realidad clínica que se atiende diariamente en las instituciones.

Sin embargo, la proliferación de categorías y criterios diagnósticos en el DSM no está unánimemente considerado como un patrón científico degenerativo, sino como una etapa en proceso evolutivo de todo paradigma científico. Según I. Lakatos (1970), la diferencia entre un programa progresivo y uno degenerativo, reside no tanto en el número de categorías compartidas sino en el número de categorías que están motivadas por unos principios heurísticos centrales inherentes al paradigma o más bien son simplemente intentos por hacer frente a ciertas anomalías, y si conducen a nuevas hipótesis que están empíricamente validadas. Esta parece ser la intención que ha mantenido vigente el DSM hasta la actualidad.

La Psicología Clínica, inspirada en la integración de las ciencias aplicadas basadas en el modelo científico de pensamiento, basa su actuación en el conocimiento del diagnóstico psiquiátrico operativo de un paciente, en su posterior evaluación conductual individual de dicho paciente, así como en la instauración de técnicas surgidas de la terapia conductual destinadas a modificar las relaciones entre las variables que mantienen los trastornos conductuales de dicho paciente.

EL RETO DIARIO DEL PSICÓLOGO CLÍNICO: EL PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

La realidad clínica del sufrimiento mental y la forma en que lo afrontó un psicólogo clínico, es siempre el resultado de una difícil integración. En el acto clínico se produce la interacción de lo que se percibe objetivo-subjetivamente, la memoria de casos similares y dispares, el conocimiento empírico adquirido, y lo que tus formadores o tutores clínicos nos han podido enseñar a lo largo de la formación profesional. En este último apartado, y en el campo de la psicología clínica es inapreciable, las aportaciones de la antigua escuela fenomenológica, conceptos como la “belle indifference” histérica, los conceptos de “tremas esquizofrénico”, etc., siguen aún siendo de utilidad en el día a día de un trabajo personalizado en la clínica. De aquí, que la actitud fenomenológica o descriptiva ante la clínica mental siga siendo una actitud científicamente válida. Más que por sus repercusiones clínicas, que por la validez intrínseca de los cuadros clínicos descritos por las clásicas escuelas de la fenomenología alemana y francesa.

En el acto clínico, influye la intuición, el retorno de lo observado anteriormente en otros casos, de lo aprendido y la adecuación de todo ello al conocimiento, comprensión y modificación del sufrimiento del paciente. Es una ardua y dura tarea mental, pues las funciones ejecutivas e integradoras frontales, por parte del clínico, influyen en gran manera a lo largo de todo ese proceso. No debemos desestimar tampoco las

repercusiones emocionales que el trato con los pacientes producen en nosotros, algo que los analistas llaman contratransferencia, y que otros clínicos lo deberán a una mezcla de humanismo y ética frente al sufrimiento del paciente. El trabajo o el acto clínico es un acto de integración, en situaciones que algunos físicos calificarían como situaciones cercanas a la física del caos o a los modelos de complejidad. En tal sentido, es notable el sentimiento de “indefensión” en el que algunos aspirantes a psicólogos clínicos se encuentran durante un período de formación ya que se ven llevados a creer que la “experiencia clínica” tiene una validez limitada y de que todos los aspectos que conforman el aprendizaje de la profesión de psicólogo clínico se pueden adquirir a través de la estricta experiencia académica, de la realización de Masters, de cursos de postgrado, etc.. Sin ánimo, por supuesto, de restar importancia a la capacidad formativa de dichos recursos docentes.

Sin duda, los criterios operativos de la APA, reflejados en el DSM-IV (1994) y el refinamiento psicométrico y conceptual de los tests psicológicos como es test de Millon MCI-II y III (1983), nos aportan un nivel de realidad consensado y manifiesto, incluso calificable en ocasiones, aunque la confirmación última nos la dé siempre el seguimiento del caso y la forma en cómo el paciente organiza su propio tratamiento y su vida en un intento de entender, modificar y sobre todo encontrar un sentido a su propio sufrimiento, en un sentido constructivista.

El futuro de la psicología clínica de orientación conductual, tiene como reto la integración de los avances en las neurociencias sobre la psico-

biología de la conducta, al igual que el sistema diagnóstico operativo tiene como reto la integración de los avances en la psiquiatría molecular, disciplinas todas ellas que surgen de un método científico de observación y manipulación controlada de la realidad. Es la constante variabilidad de la clínica la que inevitablemente cuestiona la rigidez de nuestras posiciones teóricas, en dicho contexto la referencia constante al método científico es el freno ante la especulación y el dogmatismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 ed.). Washington, DC: Author, 1994.
2. **Feyerabend P.:** Against method. London: Verso Editions, 1982.
3. **Folleth WC, Houts AC.:** Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: A case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.*, 64: 6, 1120-1132, 1996.
4. **Hempel CG.:** Fundamentals of taxonomy. In C.G. Hempel (eds.). *Aspects of scientific explanation.* (pp. 133-154). New York: Free Press, 1985.
5. **Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. (comps.):** Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta Madrid: Pirámide, 1993.
6. **Lakatos I.:** Falsification and the methodology of scientific research programmes. In I. Lakatos & A. Musgrave (eds.). *Criticism and the growth of knowledge* (pp. 91-196). Cambridge. England: Cambridge University Press, 1970.
7. **Popper KR.:** Conjectures and refutations: The Growth of Scientific Knowledge. New York: Harper & Row, 1963.