

El Diagnóstico Psicopatológico: Características y Supuestos Epistemológicos en los que se Sustenta

Psychopathological Diagnosis: Its Characteristics and Grounding Epistemological Assumptions

O Diagnóstico Psicopatológico: Características e Supostos Epistemológicos nos quais se Sustenta

DANTE GABRIEL DUERO

Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

Resumen

Urgida por la necesidad de justificarla e incluirla como una rama médica, así como de otorgarle credibilidad y defender su autoridad al abordar los llamados desórdenes mentales, la profesión psiquiátrica se ha inclinado a privilegiar los modelos biológicos y conceptualizar estos fenómenos como resultados de disfunciones orgánicas. Sin embargo, en este artículo se señala que la labor del psicopatólogo supone una valoración comprensiva y biográfica de los marcos interpretativos, las acciones y la personalidad del enfermo como unidad intencional e histórica. Se reafirma la especificidad del discurso psicológico y psiquiátrico, y los supuestos de apoyo. Se discuten aspectos del diagnóstico y la labor clínica en psicopatología a la luz de la propuesta narrativa de Paul Ricoeur.

Palabras clave: enfermedad mental, diagnóstico psiquiátrico, análisis narrativo, Paul Ricoeur.

Abstract

Pressed by the need to justify itself within the medical field, acquire credibility and defend its authority when addressing the so-called mental disorders, the psychiatric profession has been historically inclined to favor biological models and conceptualize such disorders as the result of organic dysfunctions. However, the article points out that the work of the psychopathologist involves a comprehensive and biographical assessment of the interpretive frameworks, the actions, and the personality of the patient as an intentional and historical being. The paper also reaffirms the specificity of psychological and psychiatric discourse and its supporting assumptions, and discusses aspects of psychopathological diagnosis and clinical work from the perspective of Paul Ricoeur's narrative analysis proposal.

Keywords: mental illness, psychiatric diagnosis, narrative analysis, Paul Ricoeur.

Resumo

Urgida pela necessidade de justificá-la e incluí-la como um ramo médico, assim como de outorgar-lhe credibilidade e defender sua autoridade ao abordar as chamadas desordens mentais, a profissão psiquiátrica vem se inclinando para privilegiar os modelos biológicos e conceitualizar esses fenômenos como resultados de disfunções orgánicas. Contudo, neste artigo, assinala-se que o trabalho do psicopatologista supõe uma valorização compreensiva e biográfica dos marcos interpretativos, as ações e a personalidade do doente como unidade intencional e histórica. Reafirma-se a especificidade do discurso psicológico e psiquiátrico, e os supostos de apoio. Discutem-se aspectos do diagnóstico e o trabalho clínico em psicopatologia à luz da proposta narrativa de Paul Ricoeur.

Palavras-chave: doença mental, diagnóstico psiquiátrico, análise narrativo, Paul Ricoeur.

La correspondencia relacionada con este artículo puede dirigirse a Dante Gabriel Duero, e-mail: dduero@yahoo.com. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Enfermera Gordillo esquina Enrique Barros, Ciudad Universitaria (CP 5000), Córdoba, Argentina.

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

RECIBIDO: 5 DE ABRIL DE 2011 - ACEPTADO: 20 DE ABRIL DE 2012

EN ESTE trabajo me propongo identificar y analizar las características y los supuestos en los que se basa el diagnóstico psicopatológico. En medicina, el diagnóstico de cualquier patología depende de la evaluación de funciones biológicas y de su comparación respecto de un estándar de normalidad, basado en la noción ideal de homeostasis orgánica. Lo que intentaré demostrar es que la especificidad del discurso psicopatológico y la clase de supuestos sobre los que se sustenta, hacen de este tipo de diagnóstico un fenómeno con características intrínsecas y peculiares que merecen estudiarse en profundidad.

Como reconoce Jablensky (1999), en contraste con lo que sucede en otras disciplinas biomédicas, es preciso comprender la evolución y la naturaleza de ciertos conceptos que subyacen a las nociones de diagnóstico y de clasificación psicopatológica, para comprender en profundidad qué es y en qué consiste la labor psiquiátrica. Urgida por la necesidad de justificar e incluir la profesión como una rama médica y con el fin de ganar credibilidad y defender su autoridad en el abordaje de los llamados desórdenes mentales, la profesión psiquiátrica se ha visto históricamente inclinada a privilegiar los modelos biológicos y a conceptualizar esta clase de fenómenos como el resultado de disfunciones orgánicas. El reconocimiento de un conjunto de síntomas permitiría establecer un diagnóstico y por tanto una prognosis junto con un tratamiento efectivo, fundamentalmente mediante el empleo de medicamentos y técnicas de reentrenamiento que ayuden a reestablecer el funcionamiento nervioso normal (Kleinman, 1988).

Pero en el caso de la enfermedad mental surge un problema entre lo que llamamos normal y patológico, ante todo porque lo que está afectado no es una función biológica específica, ni aun el organismo como totalidad, sino la personalidad del individuo, sus sistemas de significados y sus disposiciones globales como ser que interpreta y da sentido a sus acciones. Quizá sea resultado de ello que la capacidad real de la psiquiatría para

identificar y tratar esta clase de trastornos sea, por lo común, menor de la que se esperó (Cohen, 2008), así como también que la pretendida universalidad de los síntomas y los trastornos psiquiátricos haya resultado más modesta de lo que se presume en las restantes nosografías médicas. Y es que las reglas de ajustes respecto de las cuales el enfermo psiquiátrico se distancia no son, en ningún sentido, reglas biológicas que se rijan de acuerdo con un orden vital; se trata de reglas que discuten con un orden social (Canguilhem, 1979; Duero & Shapoff, 2009).

Ya en 1912, Hoche (citado en Jablensky, 1999) había atacado lo que consideraba la adopción de una concepción lineal entre lesiones localizadas del cerebro o alteraciones microquímicas y los síntomas clínicos de los desórdenes psiquiátricos. Sostenía que la asociación de síntomas psicológicos con la infraestructura nerviosa solo era posible para casos específicos en los que se hallaban perturbadas las vías eferentes, como los trastornos del habla, algunas alteraciones en la psicomotricidad y tal vez los desórdenes perceptuales. Las alteraciones de la afectividad, el humor, los impulsos, la voluntad y el juicio (que hacen, por ejemplo, a los síntomas de la psicosis) no resultan, en cambio, accesibles a ese abordaje, pues su expresión depende del funcionamiento integrado de toda la persona del enfermo e involucra un amplio conjunto de áreas. Por ello, el intento de relacionar entidades de segundo orden, como las sindrómicas, con entidades de primer orden (como las alteraciones biológicas), resultaría, si no un esfuerzo fútil, sí un camino lleno de complicaciones. Para Hoche, la psicopatología debía limitarse a conseguir descripciones precisas dentro del segundo nivel.

Bonchoeff (1912) defendería por la misma época una tesis similar, al observar que un cuadro como el alcoholismo nos muestra de qué modo una misma etiología puede dar lugar a síntomas clínicos diferentes (delirio, alucinaciones, síndrome de Korsakoff, etc.) y que, a su vez, diversas etiologías pueden provocar síntomas

de naturaleza semejante. Para este autor, la diferenciación de cuadros sobre una base etiológica es posible; lo que no sería posible es reconocer distintas etiologías a partir de los síntomas psicopatológicos.

Los Manuales de Diagnóstico

Como consecuencia de las históricas dificultades para hallar criterios de clasificación fiables que aseguren diagnósticos adecuados, diversos grupos de psiquiatras han venido estimulando, desde hace 50 años, una atenta revisión de los principios diagnósticos, promoviendo el paso de una dinámica inferencial a poner énfasis en la observación intersubjetiva, para mejorar así la fiabilidad de los juicios diagnósticos (Hugh & Slavney, 1986, citados en Kleinman, 1988). Basándose en las experiencias clínicas de una enorme cantidad de expertos, durante la década de los años 50 se elaboró la primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Para la clasificación de las categorías diagnósticas se adoptó, a partir de la tercera versión, el principio de operacionalización de Bridgman, por el cual se postuló la necesidad de explicitar un conjunto de criterios exhaustivos y excluyentes que permitieran determinar fehaciente y objetivamente la presencia o ausencia de síntomas y síndromes (Cunningham, 2000). A partir de la cuarta versión se dejó de lado toda clase de elucubración teórica y etiopatogénica en relación con los trastornos y se acentuó la tendencia a privilegiar la descripción minuciosa de los aspectos sintomáticos observables que caracterizaban a los distintos cuadros (Duero & Shapoff, 2009; Widiger & Clark, 2000)¹.

Como dice Cunningham (2000), la introducción de la metodología del diagnóstico operacional mejoró la fiabilidad y por tanto el acuerdo entre los clínicos al momento de realizar un diagnóstico. Sin embargo, todavía no se ha podido afrontar satisfactoriamente el problema de la validez de las categorías nosológicas utilizadas. Como señala este autor, el que nuestras observaciones resulten fiables no necesariamente significa que sean válidas. En este sentido, dice, los principios operacionales pueden llevar a trampas seductoras, pues la operacionalización no dicta qué es la esquizofrenia o la manía, sino cuál es el armazón que hemos predeterminado y acordado ligar con estas expresiones. Ya con relación a su eficacia dentro del ámbito clínico, sus beneficios, aunque reales, son cuestionables. En psiquiatría, mucho más que en cualquier otra rama médica, resulta difícil configurar un sistema de clasificación exhaustivo a partir de un listado de síntomas. El clínico acude de forma implícita a juicios y formas de razonamiento que no son definidos ni contemplados por los manuales.

En tal sentido es que nos preguntamos ¿qué tan justificadas se encuentran en la actualidad las propuestas taxonómicas propuestas por los manuales de psicopatología y cuáles son exactamente los criterios que se emplean para el diagnóstico? Con respecto a esto último parece ser claro que aunque en los manuales internacionales de clasificación actuales se citan algunos hallazgos de laboratorio que han de tenerse en cuenta para el diagnóstico de trastornos puntuales como el insomnio primario o la narcolepsia, el diagnóstico de la gran mayoría de los restantes cuadros se hace sin que sea preciso el uso de pruebas adicionales al examen clínico. Y aunque se ha comenzado a proponer la inclusión de pruebas genéticas, de laboratorio, neuropsicológicas y de neuroimagen, como criterios adicionales para los diagnósticos, al presente se reconoce abiertamente que no está establecida la confiabilidad de esta clase de

1 Desde la cuarta versión de este manual, se homologaron criterios con el Manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades (10.ª revisión) de la Organización Mundial de la Salud, para hacerlos compatibles entre sí. Es por tanto evidente que ambos sistemas de clasificación comparten los mismos supuestos para establecer diagnósticos.

estudios o su verdadera relevancia para la clase de evaluación que hace el psicopatólogo (Duero & Shapoff, 2009).

Con respecto a los criterios clínicos, estos parecen incluir un conjunto de elementos mucho más amplios e inespecíficos que los que se citan cuando se propone una clasificación sindrómica a partir de listados de síntomas. Lo que parece suceder es que, aunque dentro de la clínica, con un término como *esquizofrenia* se intenta designar una categoría discreta, diferenciable cualitativamente de otros estados patológicos, el concepto incluye una variedad de signos y síntomas con diferentes grados de especificidad, los cuales, aunque describen apropiadamente cuestiones que caracterizan el vivenciar del enfermo y sus disfunciones, podrían hallarse asociados con factores etiológicos heterogéneos. Así sucede, puntualmente, con los denominados síntomas psicóticos. Históricamente los síntomas psicóticos se han considerado claves para el diagnóstico de esquizofrenia, aun cuando más que indicador de este trastorno lo es de cualquier enfermedad mental grave, además de que puede ser causado por un amplio espectro de sustancias o alteraciones en el metabolismo. En este sentido, diferentes estudios han mostrado, mediante análisis factoriales, que las mediciones de psicosis en la esquizofrenia no difieren de forma significativa de las de otras patologías (ver Phillips, First, & Pincus, 2005, en especial los capítulos 3 y 5).

Por otra parte, como anticipara Hoche (1912), las similitudes entre los síntomas psicóticos de diferentes trastornos podrían ser más aparentes que reales en muchos casos, respondiendo por lo demás a una multiplicidad de factores genéticos y biológicos. Al respecto, algunos autores sugieren que la psicosis podría ser un indicador útil, pero no específico; una especie de “fiebre” de los trastornos mentales graves, con diferentes fisiopatologías subyacentes. Tuang, Stone, Tarbox y Faraone (2005) plantean la conveniencia de utilizar un sistema dimensional

para el diagnóstico de enfermedades mentales. En relación con la esquizofrenia proponen el concepto de esquizotaxia. El mismo incluye un conjunto de alteraciones neurofisiológicas, neuropsicológicas y farmacológicas específicas (diferentes de los síntomas clínicos positivos expresados en las fases agudas del trastorno), que podrían ser compartidas por familiares de personas con esquizofrenia. Estos autores creen que en un futuro tal vez sea posible identificar la presencia de estas alteraciones antes de que el trastorno evolucione. Pero pese al optimismo expresado, hasta el momento no hay indicadores claros sobre la validez predictiva y concurrente del constructo. Es decir, no hay forma de decir si un familiar que cumpliera con los criterios para el diagnóstico de esquizotaxia desarrollará o no la sintomatología invalidante que es propia del cuadro esquizofrénico (para una revisión véase Duero & Shapoff, 2009). En este sentido parece difícil prescindir completamente de un concepto como *psicosis*, porque resulta, en primera instancia al menos, un criterio socialmente útil para caracterizar ciertas formas de sufrimiento o al momento de evaluar el funcionamiento general de una persona. La valoración clínica continúa siendo, a este nivel, clave para el diagnóstico y, aunque la complementen, no puede ser reemplazada por estudios de otro orden.

La Evaluación Clínica

La evaluación psiquiátrica parece ser un tipo de práctica compleja, atravesada por diversos factores inespecíficos que inciden en la elaboración del diagnóstico y que va más allá de cualquier propuesta clasificatoria con base en síntomas. Diferentes estudios empíricos (e.g., Garb, 1996; Razzouk, Mari, Shirakawa, Wainer, & Sigulem, 2006) han mostrado, en relación con ello, lo difícil que resulta aun para expertos, arribar a un adecuado diagnóstico siguiendo únicamente criterios operacionales como los propuestos por los manuales de clasificación; el rol que tiene en el proceso la propia experiencia

del experto parece ser un factor ineludible en esta clase de procesos.

Otros trabajos han llamado la atención sobre la incidencia que tienen las características culturales del clínico y el paciente en las elecciones diagnósticas (Loo & Rappaport, 1998; Nguyen, Arganza, Huang, & Liao, 2007; Skiba, Knesting, & Bush, 2002; Weisz & McCarty, 1999). El conocimiento que el experto posea de los aspectos idiosincrásicos del paciente y su cultura, podrían resultar elementos clave para explorar y entender las conductas de este. Una evaluación global de la persona sustentada en el juicio del propio clínico parece resultar, en este sentido, insustituible.

Widiger y Clark (2000) discuten, en relación con esto, en qué medida los propulsores de los manuales DSM han podido, en la elaboración de sus nosografías, sustraerse de las consideraciones del juicio clínico con sus limitaciones. Los propios creadores de la cuarta versión del manual han reconocido, que la utilidad de estos sistemas de clasificación es más acotada de lo que se ha pretendido y que la pericia clínica es un aspecto clave a la hora de arribar a un diagnóstico adecuado (American Psychiatric Association, 1995; Duero & Shapoff, 2009).

La Comprensión del Mundo del Enfermo

Quizá las dificultades antes mencionadas puedan explicarse por el hecho de que los estándares de normalidad que se emplean para hacer un diagnóstico psiquiátrico no describen propiedades universales de la especie humana, sino normas culturales y sistemas de creencias que regulan nuestros roles y establecen lo que se espera de nosotros en determinadas situaciones. Se trata de juicios de adecuación, racionalidad y proporcionalidad que se hallan intrínsecamente conectados con un sistema de valores culturalmente definido y que, además, suponen significados que el paciente asigna a sus acciones y a las de los otros (Horwick, 2002). Nada de esto

puede hacerse en el plano en que se evalúa una función biológica ni tampoco observando comportamientos atomizados. Por el contrario, se requiere una valoración comprensiva y global de los marcos interpretativos y de la personalidad del enfermo (Duero & Shapoff, 2009).

Como ha notado Schütz (1962), en nuestra vida diaria comprendemos los acontecimientos de la vida de una persona insertándolos y haciéndolos formar parte de marcos interpretativos que les confieren significado. En tal sentido, presuponemos la existencia de un esquema de racionalidad compartido que nos lleva a creer que nuestros semejantes harán y verán las cosas de una forma similar a nosotros y que, en tanto no se demuestre lo contrario, las diferencias de perspectivas originadas en nuestras situaciones biográficas exclusivas no resultarán significativas para el propósito particular que perseguimos, cuando interactuamos o intentamos comunicarnos. A partir de estas idealizaciones o construcciones *tipificadoras*, ordenamos los comportamientos propios y de nuestros coetáneos, insertándolos en un marco de motivos y razones que hace que las acciones nos resulten significativas y predecibles.

Ya con relación a la labor del psicopatólogo, el psiquiatra Otto Dörr (2002) nos habla de la existencia de una *comunidad primordial* que se establece en el encuentro del psiquiatra con el paciente y de la ausencia de concordancia en las *emanaciones* entre ambos, como algo que el psiquiatra experimenta y usa para arribar a un diagnóstico. Un sano juicio de realidad, nos dice, requiere una especial forma de movilidad. Supone ser capaz de colocarse en la perspectiva del otro y tratar de ver la realidad con sus ojos. Ponerse en la perspectiva del otro significa necesariamente tomar distancia con respecto al propio punto de vista. Esto, continúa, pareciera ser una *conditio sine qua non* de una relación sana con el mundo. En los casos extremos de enfermedad mental, como ocurre en la psicosis, lo que se viene abajo es precisamente esta posibilidad de

experimentar un mundo compartido, de intercambiar nuestro punto de vista con el de otro y de experimentar a nuestro semejante como un *alter-ego* capaz de compartir con nosotros significados e intenciones (Gebattel, 1967).

La labor psiquiátrica jamás ha podido ni puede desprenderse de la clase de marcos interpretativos que estamos describiendo. Y es que toda forma de valoración psiquiátrica contiene componentes que definen y delimitan lo que es comprensible o incomprensible, racional o irracional, compulsivo o elegido, en función de los códigos de nuestra comunidad (Horwick, 2002). Es la clase de valoración que hace posible pensar en el paciente como unidad significativa y motivada, la que permite clasificar sus conductas como anormales. Inclusive los propios significados que las personas asignan a sus trastornos constituyen, al momento de diagnosticar y comprender lo que llamamos una enfermedad, algo tanto o más importante que cualquier sistema formal de diagnóstico (Cohen, 2008).

Aquí cabe reconocer que el mundo significativo del paciente depende de ciertas funciones performativas que posee el lenguaje y que aquel solo podrá ser aprehendido si identificamos el posicionamiento relativo de cada concepto o categoría empleado por el enfermo, con respecto a otras categorías, conceptos y experiencias que conforman su sistema de significaciones. Es preciso aceptar, asimismo, que nuestros procesos psicológicos y nuestras vivencias se encuentran en interrelación y que el significado que una persona asigna a cada experiencia depende de los intervínculos que puedan establecerse entre los elementos de todo el conjunto; todos sus componentes se hallan inteconectados y se definen mutuamente (Botella, Herrero, & Pacheco, 1999; Martin, 1994; Ricoeur, 2004).

Consideraciones semejantes a las que venimos haciendo, llevaron a Binswanger (1961) a señalar, hacia 1920, la contraposición que existe entre la investigación científico-natural del organismo corpóreo y psicológico, y la clase de

abordaje antropológico que se genera cuando en lo que se profundiza es en la totalidad de la persona y en la comprensión del mundo significativo del enfermo. Para Binswanger la investigación psiquiátrica puede orientarse hacia el estudio del cerebro y las funciones psicológicas básicas o hacia el estudio antropológico de la persona como ser histórico. Cuando se trata de lo segundo, lo que nos interesa es el decurso temporal junto con los marcos de significados en los que cada hombre incluye sus experiencias. Aquí, nuestro acercamiento, lo hacemos desde un enfoque comprensivo, afanándonos por tomar en cuenta el contenido y el sentido de las conexiones interiores de las vivencias propias del paciente y de su grupo de referencia, centrándonos en sus decisiones y proyectos. En tal sentido, dice Binswanger (1961), la psiquiatría no se deja, en ningún modo, reducir “a una patología puramente funcional ni a una neuropatología de la función cerebral” (p. 59). En la historia de la filosofía y de las ciencias naturales encontramos a menudo la intención de encubrir en términos de relaciones vitales funcionales, los factores biográficos internos. Pero el análisis de las relaciones comprensibles histórico-biográficas nos acerca a un abordaje antropológico del hombre y la locura, que queda por fuera de cualquier consideración científico-natural.

La Noción de Persona

Recordando la tesis personalista de Goldstein, Ey (2008) reconoció, hace ya más de 50 años, la necesidad de retomar para la psiquiatría los principios dinamistas y finalistas que superan la fisiología y la psicología atomista que se impuso con el positivismo. Para Ey era preciso analizar el drama de la existencia humana en su complejidad histórica. Aquí, diría, resulta clave reconocer el rol que juega en la vida del hombre el acto creador y su mundo de significados.

Toda la medicina ha dado un giro, es verdad, desde que comenzó a considerar la enfermedad como una respuesta general del organismo,

interesándose por los sistemas funcionales y adoptando como modelos la neurofisiología del sistema nervioso y las teorías cibernéticas (Ey, 2008). Sin embargo, y deseo insistir en esto, entre las consideraciones propiamente neurocibernéticas del funcionamiento nervioso y el análisis del hombre concreto como *persona*, existe un “hiato” que es insalvable y que nos obliga a adoptar una mirada filosófica diferente.

Como observara Geertz (1983), la concepción de la *persona* como centro dinámico-motivacional integrado de conciencia, emoción, juicio y acción parece estar por completo incorporada a la forma que, al menos dentro de la cultura occidental, pensamos los asuntos humanos. La clínica psiquiátrica jamás ha podido mantenerse al margen de esta perspectiva. Una lectura atenta de cualquier informe psicológico-psiquiátrico nos permite ver, con respecto a ello, que la psicopatología se ha nutrido constantemente de dos lenguajes: uno *personalista* y otro *subpersonalista* (Dennett, 1969). Mientras que desde un nivel personalista se privilegia una mirada comprensiva del ser humano, se emplean categorías intencionales de sentido común como *creencia*, *deseo* o *intencionalidad* y se parte de una concepción normativa de la persona como agente racional y responsable; desde un nivel subpersonal, en cambio, las explicaciones de la conducta se realizan apelando a términos psicofísicos, neurofisiológicos, cibernéticos o informacionales; se recurre a nociones tales como *mecanismo*, *competencias*, *procesos*, *capacidades*, *funciones* o *estructura* y se destaca una perspectiva en la que el ser humano es contemplado como un mero organismo expuesto a leyes causales.

Dentro de la psicopatología, estos dos niveles discursivos se entrecruzan constantemente, muchas veces sin que uno encuentre criterios explícitos para justificar una u otra preferencia. Es decir, se entremezclan en un mismo discurso procesos que son descritos desde un lenguaje personal-intencional con otros que se caracterizan desde un nivel subpersonal. Así, se puede

hablar simultáneamente de “deseos de manejar a los otros con el fin de gratificar necesidades”, “imposibilidad de reconocer aquellas situaciones estresantes que generan ansiedad”, “dificultad para identificar recursos y apelar a estrategias para controlar y resolver problemas”, “deseos frustrados”, o “necesidad de aprobación, afecto y reconocimiento”, todas ellas expresiones en las que se privilegia una perspectiva del primer tipo; junto con dicciones como “exacerbados niveles de reforzamiento narcisista”, “capacidad de auto- y heterocrítica disminuida”, “trastorno en la capacidad de adaptación”, “fracaso en la implementación de los mecanismos necesarios para reorganizarse frente al impacto”, “problemas en la regulación de los impulsos”, “impulsos agresivos reprimidos que emergen” o “mecanismos psicopáticos que se ponen en marcha”, las cuales (muchas veces disimulando un esquema de pensamiento de tipo intencional), nos describen los hechos del vivenciar enfermo en términos claramente subpersonales². Al respecto debemos observar que en psicopatología jamás se ha hecho un trabajo fino para esclarecer en qué momento o por qué el especialista debe adoptar uno u otro nivel de descripción, sucediendo por lo común que se pasa de un lenguaje a otro de un modo que podría parecer caprichoso. Los mismos sistemas nosográficos se han constituido apelando a esta mixtura discursiva.

Sintetizando, de las anteriores observaciones podemos arribar a: (a) una crítica al hecho mismo de que la psicopatología apele a nociones personalistas que forman parte de los marcos *precomprensivos* de sentido común en vez de recurrir, como en las restantes ciencias naturales, a niveles de descripción subpersonales; (b) una crítica al hecho de que tal psicología

2 Los ejemplos se tomaron de un informe pericial de la Cámara 5ta. Criminal de Córdoba (Argentina), 7/2/1997. Sentencia 1. “Homicidio”. Publicado en *Semanario Jurídico*, t. 76, 1997. Córdoba, Comercio & Justicia Editores S. A., 426-445. Disponible en la Biblioteca de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba (Argentina).

se presuponga sin que se haya aclarado jamás su estructura ni los criterios que determinan su uso y sin que se nos indique en qué caso conviene privilegiar nociones personalistas y cuándo subpersonalistas, a fin de caracterizar los fenómenos estudiados por la psicopatología y (c) una crítica al hecho de que dicha psicología no solo no sea reconocida, sino que además se disfraza, bajo el discurso médico, de una práctica disciplinar diferente. Mi posición se acerca a estas dos últimas.

Como dice Binswanger (1967), creo que lo que se piensa y discute desde la investigación psiquiátrico-biográfica no puede focalizarse únicamente sobre el cerebro o sus funciones; debe pensarse en el hombre como ser que significa, se proyecta y avanza hacia el futuro. A partir de aquí, la distinción entre la locura considerada como fenómeno biográfico y como enfermedad mental se basará en la distinción que podamos hacer entre la existencia humana y la naturaleza.

Para Binswanger (1961), que retoma aquí la tesis de Heidegger, el tiempo se convierte en el horizonte posible de toda comprensión humana. Las investigaciones filosóficas de Heidegger se centran en el carácter irreductible del tiempo y la historicidad del espíritu viviente. En contraposición con la filosofía tradicional, que privilegiaba en el plano de la temporalidad el momento presente, el hombre de Heidegger se constituye sobre el plano de la posibilidad y la disponibilidad. De este modo el ser del hombre no es otra cosa que proyecto y negatividad (Vattimo, 2006). El carácter temporal de la biografía así como el estudio del mundo vital del hombre enfermo resultarán, a partir de aquí, irreductibles a cualquier forma alternativa de categorización. La persona espiritual reclamará un abordaje hermenéutico que se ocupe del decurso histórico del contenido de sus vivencias y sus motivaciones psicológicas. Ello obliga al psiquiatra a hacer siempre un estudio exhaustivo de la historia del paciente y del sistema de significados con los que configura la estructura de su mundo vital.

Será la captación de la vivencia interna configurada a partir de las disposiciones globales del paciente lo que nos acercará a la unidad viviente de su persona, unidad irreductible que no puede ser desmembrada por el análisis ni configurada a partir de una totalidad de síntomas.

El Sentimiento de Orientación Vital

En psicopatología, las expresiones *temple*, *atmósfera*, *actitud vital*, *sentimiento existencial* (Binswanger, 1956; Jaspers, 1992; Ratcliffe, 2008) o como lo llamaremos en adelante, *sentimiento de orientación vital*, se han utilizado para referirse al conjunto de vivencias y disposiciones básicas que determinan en una persona sus modos de insertarse, experimentar y dar sentido al mundo en el que vive. Aunque dicho sentimiento se origina en la vivencia de la propia corporalidad, no puede reducirse a una sensación o a un conjunto de emociones; no se refiere a un afecto fisiológico, ni a un correlato de este y tampoco es una mera *función*. Tampoco tiene un objeto ni versa sobre una situación específica. Es más bien un trasfondo de orientación existencial que estructura y pre-existe a toda experiencia o pensamiento. Es lo que hace que el mundo se nos presente como familiar o extraño, amigable o amenazador, con o sin sentido y es lo que nos dispone a afirmarnos o retirarnos, a desarrollar actitudes expansivas o de recogimiento.

Esta noción remite entonces a una orientación de base desde la cual comprendemos el mundo antes, incluso, de que tengamos cualquier experiencia representacional o cognitiva. Se trata por tanto de un fenómeno complejo que involucra formas de vivenciarse a sí mismo, al mundo y a los otros e implica una disposición anímica general o una modalidad básica de estructura consciente, que organiza de forma unitaria nuestros modos de vivir y proyectarnos. Como reconoce Ratcliffe (2008), se trata de una categoría fenomenológica y su indagación requiere un cercamiento intuitivo a las estructuras fundamentales de la vida espiritual.

De acuerdo con algunos autores de orientación fenomenológica (Binswanger, 1956; Dörr, 2002; Ellenberger, 1967; Ratcliffe, 2008), el sentimiento de orientación vital parecería cimentarse en un conjunto de experiencias corporales vividas, más o menos difusas y de carácter primario, como puede ser la vivencia de la ubicación del propio cuerpo en el espacio o la vivencia del transcurrir temporal. Para esta corriente teórica, las variaciones en el sentimiento de orientación vital que observamos en enfermedades como la depresión o la esquizofrenia, implicarían una modificación estructural de las disposiciones totales de la personalidad aquejada y no solo la alteración de funciones psicológicas aisladas. Dice Pierre Janet (1992), refiriéndose a pacientes psiquiátricos con depresión aquejados de sentimiento de vacío: “La mayoría de las veces, los enfermos no hacen análisis psicológicos y no precisan la función a la cual se debe la sensación de vacío; aplican ese sentimiento a su personalidad considerada en general” (p. 52). Es decir, no es un objeto o una cualidad lo que se transforma; es la realidad en su conjunto, lo cual incluye la vivencia que el enfermo tiene del mundo, de sí mismo y de los otros.

Los reportes de los mismos pacientes resultan clarificadores al respecto. Madeleine, una paciente tratada por Janet, que sufría de depresión melancólica con crisis intermitentes de exaltación mística se quejaba: “No puedo hacer ya nada, ni sentir nada, estoy inerte como una bestia de matadero, en un estado de prostración del que nada puede sacarme (...) todo es tiniebla en nosotros y fuera de nosotros” (Janet, 1992, p. 44).

En otro momento dice:

He caído poco a poco en la tibieza, ya no me atraen los oficios ni la iglesia, ni siquiera tengo conciencia de que estoy en una iglesia. Los sermones ya no significan nada, las plegarias no tienen eco en el corazón, todo está frío, todo es vacío (...). Ya no sé si Dios está ahí, puesto que no me responde. (Janet, 1992, p. 44)

Al igual que ocurre con otros melancólicos, Madeleine expresa vivencias de sequedad, de ausencia. En ella los sentimientos normales parecen haber desaparecido. Su corazón y su alma están deshabitados. Lo que antes la conmovía, hoy le resulta indiferente. Su modo de estar en el mundo se ha reconfigurado.

No siento más placer que dolor, nos dice otra paciente. Yo sé que una comida es buena, pero la trago porque hay que hacerlo, sin encontrar el placer que antes había encontrado. La vida puede tener alegrías deliciosas, pero para mí la alegría es una triste broma (...) siento las cosas pero no el sabor que tienen. (Janet, 1992, p. 49)

Uno cree estar aquí ante una especie de anosmia afectiva, de decoloración moral y emotiva. El mundo parece ser el mismo, las cosas y las personas pueden reconocerse como idénticas a sí mismas en un plano cognitivo. En un plano afectivo, sin embargo, han perdido toda su significancia. Nada conserva el sentido de antaño. Ha desaparecido la escala afectiva de valores.

La desdicha de mi vida es que ya no quiero a nadie, el día en que vuelva a amar estaré curada, mi corazón está totalmente cerrado (...). Todo en mí es letra muerta, ya no soy una mujer que tenga corazón, no soy más que un pobre maniquí movido por hilos por todas partes. (Janet, 1992, p. 49 y p.53)

En la esquizofrenia, en cambio, la pérdida de familiaridad del mundo sufre un corrimiento más profundo; hay una desintegración de las formas cotidianas, una pérdida de las significaciones usuales. Sobreviene el caos. Las cosas se hallan descontextualizadas; han perdido su funcionalidad; ya no son lo que eran; adquieren nuevos sentidos. Según el reporte que hace Carl Schneider de uno de sus enfermos (citado en Jaspers, 1992):

[Las cosas] aparecen más pequeñas o más distantes, pero no realmente más pequeñas, sino más pequeñas en el espíritu (...) al mismo tiempo, sin

conexión entre sí y sin conexión con el enfermo. Los colores son más apagados, la significación es más apagada. Todo está lejos (aunque) es más bien un alejarse espiritual. (p. 95)

Uno de los enfermos de Minkovsky (1980) se queja:

Las cosas se presentan aisladamente, cada una de por sí, sin evocar nada. Ciertas cosas que deberían constituir un recuerdo, evocar una inmensidad de pensamientos, formar un cuadro, permanecen aisladas. Son más bien comprendidas que experimentadas. Son como pantomimas, pantomimas que se hicieron en torno mío, pero yo no entro en ellas, me quedo afuera. (p. 69)

Para el esquizofrénico las cuestiones más importantes producen desinterés y en cambio el menor gesto se vuelve tremendamente significativo. La vivencia del tiempo se ve alterada: “Fuera de mí continúa, las hojas se mueven, los otros se mueven, pero para mí no transcurre el tiempo (...) el tiempo está paralizado”, se lamenta otro paciente (Jaspers, 1992, p. 101). También el espacio se vive desde el extrañamiento, unas veces inmenso; otras, microscópico. Los límites entre el yo y el mundo se vuelven difusos. El propio cuerpo es raro y desconocido. Otro enfermo comenta:

Me escucho hablar y es otro el que habla, me sorprende responder a las cosas que respondo (...) trabajo extrañamente y no soy yo el que trabaja, son mis manos; cuando todo ha terminado, no reconozco que eso sea mi obra. (Jaspers, 1993, p. 140)

Los pacientes denuncian, además, que les han quitado los órganos, que sus pensamientos no les pertenecen; se encuentran a sí mismos extraños, se sienten cambiados; son meros mecanismos (Ratcliffe, 2008). El sentimiento de propia agencia está corrompido. Sienten perder el control. La voluntad se ha quebrado: son muñecos expuestos a los antojos de fuerzas

externas. “Me parece que no soy yo el que actúa; mis piernas y mis brazos caminan por sí mismos; siento muy bien la diferencia, hay pensamientos que son míos y otros que no lo son” (Janet, 1992, p. 51). Conceptos como voluntad, libertad o responsabilidad, que típicamente nos sirven para caracterizar las operaciones humanas sanas, aquí parecen agrietarse. Asimismo, la conexión con los otros se ha quebrado; las personas son solo *títeres, autómatas*.

En cualquiera de los casos revisados observamos una modificación que supone mucho más que la alteración de un conjunto específico de funciones. Lo que ocurre es una variación a nivel del trasfondo estructural del proyecto de mundo del paciente. Lo que los signos y síntomas señalan es precisamente esto último. Es propiamente en el plano del significado y de las actitudes que el enfermo desarrolla ante el mundo en donde se manifiesta, con la mayor de las sutilezas, la alteración mental. Por ello, una adecuada valoración y el reconocimiento de tal transfiguración, resultará ineludible a la labor del psicopatólogo. Lo que importará a la misma será la comprensión de los contenidos vitales que hacen al vivenciar del enfermo.

Aquí, únicamente el acercamiento intuitivo a *las estructuras fundamentales de la vida espiritual* (Patocka, 2005) nos conducirá a la captación del conjunto de disposiciones del paciente. El reconocimiento de tales aspectos requerirá introducirnos en su subjetividad, comprender los significados que el paciente asigna a las acciones propias y ajenas; implicará aceptar que los relatos y las explicaciones que este elabora respecto de lo que le sucede y el modo en que esto discute con los sistemas de significación de sus contemporáneos, son elementos fundamentales para llevar a cabo el diagnóstico.

Comprensión Histórica y Discurso Psiquiátrico

Hasta aquí hablé de la necesidad de aproximarnos al vivenciar del enfermo como conjunto

de experiencias significativas y afirmé que dicho vivenciar incluye un trasfondo, una atmósfera o sentimiento de orientación vital que hace al modo en que el paciente estructura su mundo significativo. También dije que la labor del psicopatólogo no puede dejar de lado una mirada comprensiva que contemple estos aspectos del devenir espiritual.

En adelante me propongo mostrar que nuestro sentimiento de orientación vital se ordena a partir de una estructura que además de temporal e histórica, es narrativa. Sostengo, asimismo, que este modo de estructuración no se encuentra presente en los fenómenos estudiados desde las disciplinas naturales. Volveré, con ello, a reafirmar la especificidad del discurso psicológico-psiquiátrico, insistiendo en que el mismo se apoya en supuestos filosóficos y antropológicos que le son específicos.

De acuerdo con Ricoeur (2004) la clase de relación que existe entre el carácter temporal e intencional de la experiencia humana y la actividad de narrar historias no es puramente casual sino necesaria. Para este autor la vivencia de la temporalidad humana, la forma de estructurar nuestra experiencia biográfica e incluso el lenguaje intencional con que caracterizamos las acciones humanas, son elementos que podrían hallarse intrínsecamente asociados entre sí, determinando los modos en que configuramos tales experiencias. Sería nuestra condición histórica la que daría vida al discurso narrativo, pero sería a la vez el modo de estructurar narrativamente, y en términos intencionales, nuestras experiencias, lo que generaría nuestra vivencia de historicidad.

Como afirman Baumeister y Newman (1994), la narrativa parece ser el modo de pensamiento que mejor captura la experiencia particular de la acción y la intencionalidad humana. El carácter significativo de cualquier experiencia humana depende de nuestras competencias para activar una compleja red que incluye acontecimientos pasados y futuros vinculados con los

actuales, así como también un conjunto de estados psicológicos que permiten dotar de sentido lo que alguien hace o dice a partir de sus vínculos con los restantes componentes de la red. Esta red permite alcanzar una comprensión práctica de la situación en que una persona o un personaje está involucrado (Ricoeur, 2004). En tal sentido, Hayden White (1973) sostiene que la construcción de relatos podría constituir una forma básica de asimilar nuestra experiencia a estructuras de significación que las transforman en conocimiento; la ausencia de tales estructuras posiblemente conllevaría a experiencias ausentes de significado.

La Estructura Narrativa

En todo relato, la trama se organiza a partir de la significación que tienen los hechos y situaciones, lo que a su vez depende del desenlace al que conduce cada historia. Al respecto, Ricoeur (1999) considera que:

Cuando contamos algo comprendemos el presente del acontecimiento que narramos en relación con el pasado inmediato de la historia (...) y en relación con el desarrollo futuro de la trama (que es anticipado por el oyente). Esta triple estructura del presente es la condición de posibilidad de la estructura de la trama, en la medida en que reúne en sí misma el recuerdo, las expectativas y la atención. (p. 146)

Otra característica importante de toda organización narrativa es que la forma en que describimos ciertos acontecimientos depende de cómo los vinculamos con lo que sabemos respecto de otros acontecimientos pasados y futuros (Danto, 1989; Ricoeur, 2004; White, 1973). Para ello, los relatos emplean un tipo de estructura gramatical que no encontramos en otras formas discursivas: la *oración narrativa*, que hace posible lo anterior (Danto, 1989). La oración narrativa vincula entre sí dos acontecimientos pasados, ambos ocurridos en un momento previo a aquel en el que se sitúa el historiador, de modo tal que el primero de los

acontecimientos es descrito y caracterizado a partir del segundo, acaecido después. Es decir que se describe un Acontecimiento A haciendo referencia a un Acontecimiento B que no estaba presente ni podía ser conocido por ningún cronista en el momento en que el primero ocurrió. Por ello lo que se enuncia mediante una oración narrativa constituye una de muchas descripciones posibles de un hecho, descripción que se hace en función de acontecimientos ulteriores, desconocidos por quienes estaban presentes en el momento en el que ocurrió el hecho. Afirma Ricoeur (1999): “la narración histórica no es solo una reactivación de lo que pensaron, sintieron o hicieron realmente los actores, pues sus acciones se describen a la luz de acontecimientos que no conocieron y no podían conocer” (p. 92). Así por ejemplo, hoy podemos referirnos a Aristarco como aquel que anticipó la teoría de Copérnico en el año 270 antes de nuestra era. Esto es algo que no podía ser reconocido ni predicho en estos términos por ningún contemporáneo suyo.

Una característica adicional del discurso narrativo es que distingue estructuralmente lo que son meros movimientos físicos de lo que son acciones. Las acciones, a diferencia de las conductas, suponen agentes con razones y motivos que pueden ser satisfechos o no en función del resultado que se alcanza tras el obrar. La propia caracterización de las acciones como tales supone ya su inserción en una estructura temporal-narrativa y en un marco de significados en el que implicamos motivos y razones para justificar y dar, a las mismas, un sentido. Los diferentes procesos psicológicos deben, entonces, ser vinculados entre sí con el fin de constituir una totalidad arquitectónica que nos permita comprender el sentido de cada acción que se describe. Ningún estado psicológico puede aislarse de los restantes ni de la personalidad total, a menos que estemos dispuestos a perder el significado de la acción que procuramos volver inteligible.

Basándose una vez más en Arthur Danto (1989), Ricoeur (1999) reconoce, junto con

las oraciones narrativas, una segunda clase de expresiones peculiares que serían propias del discurso narrativo: los *verbos proyecto*. Lo que caracteriza al verbo proyecto es que describe una secuencia más o menos indefinida de comportamientos en función de una realización que sería su consecuencia típica esperable y que aún no ha acaecido. Cuando caracterizamos una sucesión de conductas y acontecimientos en términos de acciones, apelamos a esta forma gramatical particular. Podemos decir de alguien que está plantando rosas cuando suponemos que sus acciones buscan o conllevan cierta finalidad específica. No existe, sin embargo, ninguna lista exhaustiva de conductas objetivas que delimiten lo que es plantar rosas. La singularidad de estas expresiones es que nos llevan a definir un comportamiento físico desde dentro de un relato y en función de la vinculación que le suponemos con respecto a acontecimientos futuros posibles.

Las Acciones

Por lo común explicamos las acciones que consideramos típicas o naturales en alguien de nuestra comunidad, desde una perspectiva personalista y recurriendo a un trasfondo psicológico de motivos y razones que son aceptados como canónicos por nuestra cultura (Bruner, 1991). Pero cuando nos enfrentamos con acciones atípicas, cuando se nos ofrecen dudas sobre las discrepancias del relato del propio agente y el que ofreceríamos nosotros para explicar una acción o bien cuando sospechamos que las posibilidades de encuadrar la acción en un marco prototípico, se ven obstaculizadas por cuestiones de tipo idiosincrásicas, reenmarcamos el relato: o redescubriendo tales acciones a partir de un conjunto de razones y motivos que, desde nuestro punto de vista, resultan extraordinarios; o bien apelando a un nivel de explicación subpersonal. De este modo, “enfrentado a un curso extraño de acontecimientos, [se] construirá el modelo de un curso normal de acción y se preguntará

cuánto se aleja de él el comportamiento de los actores afectados” (Ricoeur, 2004, p. 259).

Centrándonos de nuevo en el discurso psicopatológico, creo que el diagnóstico, así como las evaluaciones de las formas disfuncionales de vida de la persona enferma obligan al psiquiatra y al psicólogo a enmarcarse dentro de una estructura histórico-narrativa de pensamiento como la que acabo de describir. Decimos que las acciones del paciente se emprenden sin plan y sin objetivo y que por ello nos resultan incomprensibles; que el enfermo lleva a cabo actos aberrantes (como pueden ser las automutilaciones o la ingesta de excrementos u orina); que nos comunica motivaciones e ideas que se nos presentan como estrambóticas o extravagantes, entre otros (Jaspers, 1993). En todos estos casos parecíamos estar declarando que nos resulta imposible configurar una trama con sentido a partir de sus comunicaciones y acciones. El diagnóstico de enfermedad mental constituye, de este modo, una valoración estructural encubierta que delata nuestra dificultad para insertar los modos de vida de una persona, en alguna forma de configuración narrativa (que incluya formas de acción así como motivos y razones típicos que vuelvan a las primeras inteligibles). Lo que se frustra aquí, en definitiva, es la posibilidad de hacer dialogar las distintas formas del obrar humano con un esquema intencional, desde dentro de un marco temporal que nos permita comprender dicho obrar como orientado y con sentido.

Por otra parte, prescindir de un esquema de pensamiento como el descrito conlleva a perder la posibilidad de pensar en nuestras acciones y comunicaciones en tanto sean comprensibles y significativas. Una renuncia semejante resquebrajaría por completo la esencia misma de la labor del psicopatólogo. Es difícil entender, por ejemplo, cuál sería el sentido de conceptos como *delirante* o *impulsivo*, claves para diferenciar un episodio psicótico, en una perspectiva subpersonalista y no narrativa. Resulta en verdad

imposible pensar una psicopatología que renuncie por completo a nociones del primer tipo (es decir, personalistas), cosa que se requeriría si se quiere pensar en esta disciplina como ciencia natural en un sentido estricto. Sin embargo, y por otro lado, la justa defensa de esta clase de marco de pensamiento obliga al psicólogo y al psiquiatra a esclarecer y justificar su empleo, así como a reconocer el carácter específico y diferente de su práctica y los supuestos en los que aquella se sustenta.

Conclusiones

En este trabajo intenté caracterizar la evaluación y el diagnóstico psicopatológico como un tipo de práctica compleja atravesada por una multiplicidad de factores inespecíficos. Afirmé que los estándares de normalidad que se emplean para hacer un diagnóstico psicopatológico no describen propiedades universales de la especie humana, sino ciertos modos de distanciamiento entre las formas en que el paciente se conduce y significa el mundo, las normas culturales y los sistemas de creencias más o menos compartidos por su comunidad. En este sentido, sostuve que se trata en gran medida de juicios de adecuación y racionalidad intrínsecamente conectados con un sistema de valores culturalmente definido. Señalé, además, que a diferencia de lo que ocurre cuando se analiza una función biológica, la labor del psicopatólogo supone llevar a cabo una valoración comprensiva de los marcos interpretativos de la personalidad total del enfermo y de sus acciones.

Tomando como inspiración la propuesta de Binswanger, quise subrayar la importancia de pensar la vivencia de la enfermedad mental desde un marco histórico-biográfico. Declaré también que este marco es irreductible a cualquier forma de análisis alternativo, como el que empleamos cuando estudiamos funciones cerebrales o psicológicas aisladas. Dicha metodología requiere, en cambio, sumergirse en el marco vital y en el mundo de significados de la persona enferma.

En los últimos apartados del trabajo, partiendo de la propuesta de Alfred Schütz, describí algunas de las características que, a mi parecer, poseen aquellos marcos precomprensivos, de sentido común, que nos permiten volver significativas nuestras acciones y las de nuestros semejantes. En relación con ello, sostuve que la aplicación de tales esquemas supone adherir a una concepción personalista e intencional acerca del obrar humano. Además dije que el psicopatólogo está obligado a recurrir a esta forma de psicología, surgida del sentido común, para llevar a cabo buena parte de su labor.

Por último, subrayé la relevancia que tendría comprender la particular organización que subyace al discurso psiquiátrico, así como también analizar cuál es el modo en que se garantiza su coherencia. Partiendo de la propuesta de Ricoeur (1999, 2004) señalé que el discurso psiquiátrico apela, de forma implícita por lo general, a una forma de estructuración narrativa y que es esta estructura la que le permite caracterizar la conducta humana en términos de acciones, motivos y razones. El diagnóstico psicopatológico y las evaluaciones de las formas disfuncionales de vida de la persona enferma, obligan al psiquiatra a enmarcarse dentro de la clase de estructura de pensamiento que describí, así como a valorar la posibilidad de que las acciones y las comunicaciones del enfermo puedan insertarse o no dentro de una trama narrativa inteligible. Referirnos a alguien como enfermo dentro del terreno de la psicopatología, requiere suponer que lo normal es poder configurar las conductas de las personas como acciones con sentido, desde el interior de una trama en el que participan motivos y razones. Es precisamente este distanciamiento lo que brinda al especialista la pauta de que puede hallarse frente a alguna forma de trastorno. Tal valoración es por completo diferente de la que puede hacerse desde una mirada científico-natural.

En este sentido, mi posición discute simultáneamente con Jaspers (1992) y con Binswanger

(1961). Creo, como Jaspers, que cuando un fenómeno se nos aparece como psicológicamente incomprensible, nos queda la posibilidad de tratar de explicarlo desde la perspectiva científico-natural (subpersonal); sostengo asimismo que en la práctica clínica, es precisamente ese límite ante lo aparentemente incomprensible lo que nos sugiere, en un principio, la presencia de un trastorno psicopatológico. Pero por otro lado, también coincido con Binswanger (1961) cuando dice que evaluar el nivel de inteligibilidad de una conducta y arribar a un diagnóstico no significa renunciar a toda tarea comprensiva posterior. Son tareas del psicólogo y del psicopatólogo llevar a cabo una labor hermenéutica a partir de las comunicaciones y la historia del enfermo; es preciso que aquél procure aproximarse a sus marcos de significación y a su mundo vital en tanto posibilidad existencial en sí.

Por todo lo anterior, considero que un análisis profundo de esta clase de marcos de pensamientos es indispensable para alcanzar una mejor comprensión de la labor del psicopatólogo, así como del proceso de diagnóstico clínico psicológico-psiquiátrico. Mi propuesta fue apenas un modesto intento de aproximación al problema.

Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4.ª ed.). Barcelona: Mason.
- Baumeister, R. F. & Newman, L. S. (1994). How stories make sense of personal experience: Motives that shape autobiographical narratives. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20 (6), 676-90.
- Binswanger, L. (1956). *Tres formas de la existencia frustrada*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Binswanger, L. (1961). *Artículos y conferencias escogidas*. Madrid: Editorial Gredos.
- Binswanger, L. (1967). El caso Ibse. En R. May & H. F. Ellenberger (Eds.), *Existencia* (pp. 262-287). Madrid: Editorial Gredos.

- Bonchoeff, K. (1912). Die psychosen im Gefolge von akuten infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. En G. Aschaffenburg, (Ed.), *Handbuch der Psychiatrie* (pp. 1-110). Deuticke, Leipzig-Wien.
- Botella, L., Herrero, O., & Pacheco, M. (1999). *Análisis de narrativas con apoyo computarizado: fundamentos teórico, metodología y aplicaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Universitat Ramon Llull.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Canguilhem, G. (1979). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- Cohen, B. M. Z. (2008). *Mental health user narratives*. Humboldt Universität zu Berlin: Paglgrave Macmillan.
- Cunningham, C. D. G. (2000). The challenges of diagnosis and continuing patient assessment. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4 (1), 513-518.
- Danto, A. C. (1989). *Historia y narración. Ensayos de filosofía analítica de la historia*. Barcelona: Paidós.
- Dennett, D. (1969). *Content and consciousness*. London: Routledge y Kegan Paul.
- Dörr, O. (2002). Fenomenología de la corporeidad en la depresión delirante. *Salud Mental*, 25 (4), 1-9.
- Duero, D. & Shapoff, V. F. V. (2009). El conflicto nosológico en psicopatología: notas críticas sobre el diagnóstico psiquiátrico. *Revista CES Psicología*, 2 (2), 20-48.
- Ellenberger, H. F. (1967). Introducción clínica a la fenomenología psiquiátrica y al análisis existencial. En R. May & H. F. Ellenberger (Eds.), *Existencia* (pp. 123-162). Madrid: Editorial Gredos.
- Ey, H. (2008). *Estudios psiquiátricos*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Garb, H. (1996). The representativeness and past-behavior heuristics in clinical judgement. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27 (3), 272-277.
- Gebattel, V. E. (1967). El mundo de los compulsivos. En R. May & H. F. Ellenberger (Eds.), *Existencia* (pp. 323-352). Madrid: Editorial Gredos.
- Geertz, C. (1983). *Conocimiento local*. Barcelona: Paidós Básica.
- Hoche, A. (1912). Die Bedeutung des Symptomenkomplexes in der Psychiatrie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 12 (1), 540-551.
- Horwick, A. V. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: University Chicago Press.
- Jablensky, A. (1999). The conflict of the nosologist: View on schizophrenia and manic-depressive illness in the early part of the 20th century. *Schizophrenia Research*, 39, 95-100.
- Janet, P. (1992). *De la angustia al éxtasis*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jaspers, K. (1993). *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry*. New York: The Free Press.
- Loo, S. K. & Rappaport, M. D. (1998). Ethnic variations in children's problem behaviors: Across-sectional, developmental study of hawaii school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 567-575.
- Martin, J. (1994). *The construction and understanding of psychotherapeutic change*. New York: Teachers College Press.
- Minkovsky, E. (1980). *La esquizofrenia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Nguyen, L., Arganza, G. F., Huang, L. N., & Liao, Q. (2007). The influence of race and ethnicity on psychiatric diagnoses and clinical characteristics of children and adolescents in children's services. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13 (1), 18-25.
- Patocka, J. (2005). *Introducción a la fenomenología*. Barcelona: Herder.
- Phillips, K., First, M., & Pincus, H. (2005). *Avances en el DSM. Dilemas sobre el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Ed. Masson.
- Ratcliffe, M. (2008). *Fellings of being. Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*. New York: Oxford University Press.
- Razzouk, D., Mari, J., Shirakawa, I., Wainer, J., & Sigulem, D. (2006). How do experts recognize schizophrenia: The role of the disorganization symptom. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (1), 5-9.

- Ricoeur, P. (1999). *Historia y narratividad*. Barcelona: Paidós.
- Ricoeur, P. (2004). *Tiempo y narración*. México: Siglo XXI Editores.
- Schütz, A. (1962). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.
- Skiba, R. J., Knesting, K., & Bush, L. D. (2002). Culturally competent assessment: More than nonbiased tests. *Journal of Child and Family Services, 11*, 61-78.
- Tuang, M. T., Stone, W. S., Tarbox, S. I., & Faraone, S. V. (2005). Aportaciones de la neurociencia al concepto de esquizotaxia y al diagnóstico de esquizofrenia. En K. A. Phillips, M. B. First, & H. A. Pincus (Eds.), *Avances en el DSM, Dilemas sobre el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 232-262). Barcelona: Masson,
- Vattimo, G. (2006). *Introducción a Heidegger*. Barcelona: Gedisa.
- Weisz, J. R. & McCarty, C. A. (1999). Can we trust parent reports in research on cultural and ethnic differences in child psychopathology? Using the bicultural family design to test parental culture effects. *Journal of Abnormal Psychology, 4*, 598-605.
- White, H. (1973). *Metahistoria. La imaginación histórica en la Europa del siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Widiger, T. & Clark, L. (2000). Toward DSM-V and the Classification of Psychopathology. *Psychological Bulletin, 126* (6), 946-963.