

Psiquiatría y diagnóstico categorial: entre la estandarización y la complejidad clínica

Trabajo original

Resumen

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) ha sido una referencia central en la psiquiatría moderna: consolidó un marco estandarizado para clasificar trastornos mentales, favoreció la comunicación entre clínicos e investigadores y contribuyó a organizar la investigación en salud mental. Al mismo tiempo, su evolución ha ido acompañada de debates persistentes sobre la validez de sus categorías, su utilidad en la clínica y su influencia en la manera de conceptualizar la enfermedad mental. Este trabajo recorre el origen del DSM, revisa las críticas dirigidas a su modelo categorial y examina las tensiones entre el descriptivismo diagnóstico y los desarrollos contemporáneos de la neurociencia y la medicina basada en la evidencia. Se discute, además, el lugar de la fenomenología y la psicopatología descriptiva en la evaluación clínica, y se argumenta a favor de integrar propuestas dimensionales y transdiagnósticas sin perder de vista la complejidad subjetiva de los pacientes. En conjunto, las críticas al DSM no solo señalan límites del sistema clasificatorio: también abren oportunidades para fortalecer la práctica clínica y la investigación psiquiátrica contemporánea.

Palabras clave

psiquiatría
fenomenología
psicopatología
medicina basada en la evidencia
neurociencia

Summary

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) has been a central reference in modern psychiatry: it consolidated a standardized framework for classifying mental disorders, facilitated communication between clinicians and researchers, and helped structure mental health research. At the same time, its evolution has been accompanied by persistent debates regarding the validity of its categories, its clinical usefulness, and its influence on how mental illness is conceptualized. This paper traces the origins of the DSM, reviews the main criticisms directed at its categorial model, and examines the tensions between diagnostic descriptivism and contemporary developments in neuroscience and evidence-based medicine. It also discusses the role of phenomenology and descriptive psychopathology in clinical assessment, and argues for integrating dimensional and transdiagnostic proposals without losing sight of patients' subjective complexity. Taken together, critiques of the DSM not only highlight the limits of the classificatory system; they also open opportunities to strengthen contemporary clinical practice and psychiatric research.

Keywords

psychiatry
phenomenology
psychopathology
evidence-based medicine
neuroscience

Autor

Sebastián Lema Spinelli

Unidad Académica de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
<https://orcid.org/0000-0002-7568-7463>

Correspondencia:
sebastianlema@fmed.edu.uy

Resumo

O Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM) tem sido uma referência central na psiquiatria moderna: consolidou um enquadramento padronizado para classificar os transtornos mentais, favoreceu a comunicação entre clínicos e pesquisadores e contribuiu para organizar a pesquisa em saúde mental. Concomitantemente, sua evolução tem sido objeto de debates persistentes acerca da validade de suas categorias, de sua utilidade na clínica e de sua influência na forma de conceituar a doença mental. Este trabalho examina a origem do DSM, revisa as críticas direcionadas a seu modelo categorial e analisa as tensões entre o descritivismo diagnóstico e os desenvolvimentos contemporâneos da neurociência e a medicina baseada em evidências. Discute-se, ainda, o lugar da fenomenologia e da psicopatologia descritiva na avaliação clínica, e apresentam-se argumentos a favor da integração de propostas dimensionais e transdiagnósticas sem perder de vista a complexidade subjetiva dos pacientes. Em conjunto, as críticas ao DSM não apenas assinalam limites do sistema classificatório, mas também abrem possibilidades para o fortalecimento da prática clínica e da pesquisa psiquiátrica contemporânea.

Palavras-chave

*psiquiatria
fenomenologia
psicopatologia
medicina baseada em evidências
neurociência*

1. Introducción: La evolución de un sistema diagnóstico en psiquiatría

Desde sus inicios, la psiquiatría ha intentado construir sistemas de clasificación que ordenen la heterogeneidad clínica. A diferencia de otras áreas médicas donde el diagnóstico suele apoyarse en pruebas complementarias con mayor anclaje fisiopatológico, la psiquiatría se ha sustentado históricamente en la entrevista, la observación y la interpretación de síntomas. Esta particularidad vuelve especialmente compleja la estandarización diagnóstica y hace que sus sistemas reflejen, inevitablemente, tensiones entre tradición clínica, contextos institucionales y evidencia disponible.¹

A lo largo del siglo xx, hasta la aparición de los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (DSM) de la American Psychiatric Association (APA), la psiquiatría experimentó transformaciones significativas en su enfoque diagnóstico. En la primera mitad del siglo, los modelos explicativos predominantes variaban según la región. En Europa, particularmente en Alemania, la tradición clínica se basaba en una descripción detallada de los síntomas y de la evolución longitudinal de los trastornos, siguiendo la influencia de Emil Kraepelin y su modelo de clasificación fundamentado en el curso natural de las enfermedades mentales.² En Francia, si bien la influencia kraepeliniana también estuvo presente, se desarrolló una tradición psicopatológica original, con conceptos propios, como la *bouffée délirante* o la *psicosis alucinatoria crónica*, y con la formulación de la teoría organodinámica de Henri Ey, que dio lugar a una organización nosográfica específica. Esta perspectiva mantuvo una fuerte influencia en la práctica psiquiátrica francesa y en América Latina hasta la progresiva difusión de los DSM.³

Sin embargo, la Segunda Guerra Mundial marcó un punto de inflexión en la necesidad de desarrollar un sistema diagnóstico más uniforme y aplicable en diversos contextos. La guerra generó una demanda sin precedentes de

servicios psiquiátricos para atender a soldados con diversos trastornos, lo que evidenció la falta de criterios claros y replicables para la evaluación y el tratamiento de los pacientes. Como respuesta, el ejército estadounidense desarrolló sistemas de clasificación más estructurados, como el *Medical 203*, utilizado por las Fuerzas Armadas para evaluar la salud mental de los soldados.⁴

Estos sistemas influyeron directamente en la creación del *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*, un manual diseñado para unificar la nomenclatura de los hospitales psiquiátricos. Posteriormente, en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó por primera vez una clasificación de los trastornos mentales en la sexta edición de la *Clasificación internacional de enfermedades (ICD-6)*, consolidando el esfuerzo por estandarizar el diagnóstico en salud mental a nivel global.⁵

El resultado de estos avances fue la publicación en 1952 del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-I)*, promovido por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el cual fue un esfuerzo pragmático que integró elementos de la psiquiatría militar, la *ICD-6* y la tradición kraepeliniana. Su estructura se basaba en una clasificación de los trastornos en función de reacciones adaptativas ante el estrés, reflejando la influencia de la psiquiatría dinámica de la época.^{6, 7}

No obstante, el DSM-I carecía de criterios diagnósticos explícitos y sistematizados, lo que resultó en inconsistencias en su aplicación clínica. Esta falta de fiabilidad diagnóstica se mantuvo en el DSM-II y se hizo cada vez más evidente a lo largo de los años 60 y 70. Estudios comparativos, como el *Estudio diagnóstico EE.UU.-Reino Unido (1971)*, demostraron que los psiquiatras estadounidenses diagnosticaban esquizofrenia con una frecuencia significativamente mayor que sus colegas británicos, lo que evidenció la falta de criterios claros y replicables.⁸ Además, el experimento de Rosenhan (*“Being Sane in Insane Places”*, 1973) puso en cuestión la validez del diagnóstico psiquiátrico.⁹

En respuesta a esta crisis de fiabilidad diagnóstica, la Asociación Americana de Psiquiatría impulsó una reforma en el sistema de clasificación, lo que llevó al desarrollo del DSM-III. Este manual, liderado por Robert Spitzer, representó una ruptura definitiva con el psicoanálisis y estableció las bases del modelo diagnóstico contemporáneo, basado en criterios operacionales explícitos y replicables.⁴ Con el DSM-III, la psiquiatría adoptó un modelo diagnóstico más operacionalizado y estandarizado, orientado a mejorar la fiabilidad interevaluador y a facilitar la investigación clínica y epidemiológica. Si bien este giro precede cronológicamente a la formulación explícita de la medicina basada en la evidencia, puede entenderse como un antecedente que favoreció posteriormente su incorporación en psiquiatría.¹⁰

Así, el desarrollo del DSM no solo reflejó cambios teóricos dentro de la psiquiatría, sino también la necesidad de responder a problemas prácticos en la clínica y la investigación. Si bien su evolución ha sido objeto de debate, su impacto en la psiquiatría ha sido innegable, consolidándolo como el sistema diagnóstico más influyente hasta la actualidad.

2. El desarrollo de la psicopatología en Estados Unidos

Mientras que en Europa la fenomenología psiquiátrica tuvo un papel central en la conceptualización de los trastornos mentales, en Estados Unidos este enfoque no logró consolidarse. Diversos factores históricos, filosóficos y estructurales contribuyeron a esta diferencia, influyendo en la forma en que la psiquiatría estadounidense evolucionó hacia modelos diagnósticos más operacionalizados y menos centrados en la vivencia subjetiva del paciente.

2.1. La influencia del psicoanálisis y la migración europea

Desde principios del siglo xx, el psicoanálisis se convirtió en la corriente dominante dentro de la psiquiatría estadounidense, desplazando otras aproximaciones clínicas, como la fenomenología. Esta hegemonía se vio reforzada por la llegada de un gran número de psicoanalistas europeos en los años 30 y 40. Figuras como Heinz Hartmann, Ernst Kris y Rudolf Loewenstein introdujeron el pensamiento psicoanalítico en las principales universidades e instituciones psiquiátricas de Estados Unidos, estableciendo una influencia duradera en la formación de nuevos psiquiatras.¹¹

A diferencia de la tradición kraepeliniana, que se centraba en la observación clínica de los trastornos mentales, o de la fenomenología jaspersiana, que priorizaba la comprensión subjetiva del paciente, el psicoanálisis proponía que los síntomas eran manifestaciones de conflictos inconscientes y que la evaluación clínica debía basarse en la interpretación de dichos conflictos.¹² Este enfoque influyó de manera decisiva en la formación psiquiátrica en Estados Unidos durante gran parte del siglo xx.

Las principales universidades y hospitales psiquiátricos de Estados Unidos estructuraron su currícula en torno a la teoría psicoanalítica, promoviendo la exploración de los procesos psíquicos internos como el núcleo del diagnóstico y tratamiento. Dado que el psicoanálisis no requería una clasificación diagnóstica estandarizada para su aplicación clínica, la necesidad de desarrollar sistemas diagnósticos estructurados y replicables fue dejada en un segundo plano.³

2.2. Diferencias filosóficas y epistemológicas

Otro factor clave en la falta de desarrollo de la fenomenología psiquiátrica en Estados Unidos fue la diferencia en tradiciones

filosóficas y epistemológicas entre Europa y América del Norte.

La fenomenología psiquiátrica, inspirada en la obra de Edmund Husserl y desarrollada en el ámbito clínico por Karl Jaspers, enfatizaba la experiencia subjetiva del paciente y la comprensión del significado de los síntomas. Para Jaspers, la psiquiatría debía integrar la explicación causal propia de las ciencias naturales con la comprensión fenomenológica de los estados mentales del paciente. Este enfoque tenía una fuerte raíz en la tradición filosófica alemana, que daba prioridad a la introspección, la hermenéutica y la interpretación de la vivencia del paciente.¹³

En contraste, la psiquiatría estadounidense estuvo fuertemente influenciada por el pragmatismo filosófico, desarrollado por autores como Charles Sanders Peirce, William James y John Dewey, así como por el empirismo lógico promovido posteriormente por el Círculo de Viena. Estas corrientes compartían una orientación epistemológica que privilegiaba la observación objetiva, la medición cuantificable y la verificación empírica como criterios centrales para la validación del conocimiento científico, favoreciendo modelos explicativos más operacionales y replicables en detrimento de enfoques centrados en la experiencia subjetiva.¹⁴

La fenomenología, con su énfasis en la subjetividad y la experiencia interna, resultaba difícil de integrar en este marco epistemológico. En cambio, se favorecieron modelos más observacionales y replicables, como el conductismo en psicología y, más tarde, el enfoque operacionalista en psiquiatría, que se consolidaría con el DSM-III en 1980.⁴

2.3. La psiquiatría militar y la salud mental comunitaria

Tras la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría estadounidense experimentó un giro hacia modelos diagnósticos más pragmáticos y estructurados, impulsados en gran parte

por la psiquiatría militar y el desarrollo de políticas de salud mental comunitaria.

2.3.1. *La psiquiatría militar y la necesidad de diagnósticos rápidos*

Durante la Segunda Guerra Mundial, el ejército estadounidense enfrentó la necesidad urgente de evaluar y clasificar rápidamente a los soldados que presentaban problemas de salud mental. Para ello, se desarrollaron sistemas de diagnóstico pragmáticos, como el *Medical 203*, un sistema utilizado por las Fuerzas Armadas para evaluar la idoneidad psicológica de los soldados.¹⁵

Estos sistemas no estaban diseñados para explorar la subjetividad del paciente ni para realizar un análisis profundo de su vivencia, sino para categorizar síntomas de manera operativa y asignar tratamientos o decisiones administrativas de manera eficiente.¹⁶

El éxito de estos modelos llevó a que, tras la guerra, la psiquiatría estadounidense continuara favoreciendo enfoques diagnósticos más estructurados, alejándose de modelos más filosóficos como la fenomenología.

2.3.2. *El movimiento de salud mental comunitaria*

En los años 50 y 60, Estados Unidos experimentó un crecimiento en las políticas de desinstitutionalización psiquiátrica, promoviendo la atención de los trastornos mentales en la comunidad en lugar de los hospitales psiquiátricos.¹⁷ Este cambio estuvo facilitado por el desarrollo concomitante de tratamientos psicofarmacológicos efectivos, que permitieron abordar los síntomas de muchos trastornos psiquiátricos sin la necesidad de hospitalización prolongada. La introducción de la clorpromazina en 1952, considerada el primer antipsicótico moderno, marcó un punto de inflexión en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, favoreciendo la transición de los pacientes a la atención ambulatoria.

Este proceso se materializó en la Ley de Salud Mental Comunitaria de 1963, que buscaba integrar la psiquiatría en la atención primaria

y reducir la hospitalización prolongada de los pacientes con enfermedades mentales graves.¹⁸ La expansión de programas de salud mental comunitaria coincidió con la creciente disponibilidad de fármacos, que contribuyeron a que muchos pacientes pudieran recibir tratamiento en entornos menos restrictivos.

Para que estos programas fueran efectivos, se requería un sistema de diagnóstico claro y uniforme, que permitiera a médicos generales y otros profesionales de la salud mental utilizar criterios comunes en la identificación de los trastornos mentales. Este enfoque favoreció la adopción de modelos categoriales y operacionales, ya que la fenomenología y la evaluación subjetiva detallada no eran fácilmente aplicables en entornos de atención comunitaria con limitaciones de tiempo y recursos.¹⁹

3. El DSM-III y la revolución neokraepeliniana

El DSM-III marcó un punto de inflexión en la historia de la psiquiatría al establecer un nuevo paradigma diagnóstico basado en la operacionalización de los trastornos mentales. Su desarrollo fue impulsado por la necesidad de mejorar la fiabilidad diagnóstica, después de que estudios comparativos en los años 60 y 70 evidenciaran una falta de consenso clínico en la psiquiatría estadounidense.^{8, 20}

El manual fue liderado por Robert Spitzer, quien adoptó un enfoque pragmático para reformular la clasificación de los trastornos mentales. A diferencia de las ediciones anteriores, el DSM-III eliminó el lenguaje psicoanalítico y estableció criterios diagnósticos explícitos, estructurados de manera operacional. Este cambio respondió a la necesidad de mejorar la fiabilidad diagnóstica, alinear la psiquiatría con el desarrollo de evidencia y facilitar el desarrollo de la investigación clínica y epidemiológica. Asimismo, estuvo influido por factores institucionales y científicos, entre ellos la necesidad de contar con categorías

diagnósticas más homogéneas que permitieran evaluar de manera sistemática la eficacia y seguridad de intervenciones terapéuticas específicas, así como orientar la planificación de recursos en salud mental.^{4,6}

3.1. Descriptivismo diagnóstico y ruptura con el marco psicoanalítico

Uno de los cambios más radicales introducidos por el DSM-III fue la eliminación del marco teórico psicoanalítico en la clasificación de los trastornos mentales. Hasta ese momento, los diagnósticos psiquiátricos estaban fuertemente influenciados por la teoría psicoanalítica, en la que los síntomas se interpretaban como manifestaciones de conflictos inconscientes.³

El DSM-III adoptó un modelo basado en la descripción empírica de los síntomas, influenciado por la tradición kraepeliniana y por los criterios diagnósticos de Feighner.²¹ Esta perspectiva se centró en:

- La descripción objetiva de los trastornos, basada en la presencia o ausencia de síntomas específicos.
- La eliminación de la conceptualización de los trastornos como reacciones a conflictos inconscientes o dinámicas intrapsíquicas.
- La independencia de teorías etiológicas, evitando especulaciones sobre las causas de los trastornos y enfocándose en su manifestación clínica.¹⁰

Si bien este modelo permitió una mayor coherencia en el diagnóstico, también ha sido criticado por ignorar dimensiones esenciales de la psicopatología, como la vivencia subjetiva del paciente y los aspectos fenomenológicos del sufrimiento mental.^{22,23} La fenomenología psiquiátrica, que enfatizaba la comprensión de la experiencia del paciente, quedó en un segundo plano frente a un enfoque más estructurado y cuantificable.¹³

3.2. Criterios diagnósticos explícitos y el modelo categorial

El DSM-III estableció criterios diagnósticos explícitos y operacionales, lo que permitió que los trastornos fueran definidos en términos de listas de síntomas con umbrales cuantificables. Para ser diagnosticado con un trastorno específico, un paciente debía cumplir con un número mínimo de síntomas dentro de una categoría determinada.²⁴

Este cambio tuvo varias implicaciones:

Mayor objetividad y replicabilidad. Los diagnósticos se basaban en criterios más estructurados, lo que reducía la variabilidad entre clínicos.

Facilitación de la investigación epidemiológica y clínica. La estandarización permitió comparar estudios a nivel internacional y diseñar ensayos clínicos con poblaciones más homogéneas.²⁵

Reducción de la variabilidad diagnóstica. Se buscó mejorar la fiabilidad interevaluador, es decir, que diferentes clínicos llegaran a los mismos diagnósticos para un mismo paciente.⁴

Sin embargo, el establecimiento de estos criterios también condujo a una rigidez diagnóstica, consolidando un modelo categorial en el que los trastornos eran considerados entidades discretas con límites bien definidos. Esta clasificación entró en conflicto con evidencia clínica que sugiere que muchos trastornos mentales existen en un continuo dimensional en lugar de ser categorías separadas.²⁶

Esta dicotomización ha sido objeto de críticas, ya que muchos pacientes presentan síntomas que no encajan perfectamente dentro de una sola categoría diagnóstica, lo que ha llevado al problema de la comorbilidad excesiva dentro del DSM.²⁷

3.3. Fiabilidad interevaluador y la estandarización del diagnóstico

Uno de los principales objetivos del DSM-III era mejorar la coherencia diagnóstica entre distintos clínicos. Para ello, se definieron criterios operacionales más precisos y se promovió el uso de entrevistas estructuradas y semiestructuradas.²⁴

Los principales avances en este sentido fueron:

Estandarización del lenguaje diagnóstico. Se eliminaron términos vagos o ambiguos en favor de definiciones más claras y operativas.²⁸

Uso de herramientas diagnósticas estructuradas. Se promovieron entrevistas como la Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID), lo que ayudó a mejorar la fiabilidad en la investigación y la clínica.⁵

Mejora en la consistencia diagnóstica. La eliminación de interpretaciones subjetivas mejoró la concordancia entre distintos psiquiatras, reduciendo la variabilidad interevaluador.¹⁰

Sin embargo, este proceso también introdujo nuevas limitaciones. La psiquiatría fenomenológica y la entrevista clínica detallada se vieron relegadas en favor de un enfoque más estructurado, lo que llevó a una aplicación más mecánica de los criterios diagnósticos.²⁹

3.4. Críticas al DSM

A pesar de sus ventajas en términos de fiabilidad y estandarización, el DSM ha sido objeto de diversas críticas:

3.4.1. Falta de validez etiológica

Uno de los problemas centrales del DSM es que, aun cuando sus criterios diagnósticos son operacionales y replicables, en numerosos dominios las categorías continúan definiéndose a partir de configuraciones sindromáticas, sin una correspondencia directa con mecanismos etiológicos o fisiopatológicos claramente establecidos. Esta brecha entre la descripción clínica y el nivel orgánico, tradicionalmente

conceptualizada como un *écart órgano-clínico*, constituye un rasgo estructural de la psiquiatría, y explica en parte las dificultades para anclar las categorías diagnósticas en marcadores biológicos específicos. En este contexto, persiste un debate abierto sobre el estatuto ontológico de los trastornos mentales y sobre los alcances y límites de la clasificación diagnóstica en psiquiatría.¹

3.4.2. Tendencia a la medicalización excesiva

El DSM ha sido acusado de expandir el número de diagnósticos psiquiátricos, lo que ha llevado a preocupaciones sobre el sobrediagnóstico y la medicalización de aspectos normales del comportamiento humano.²⁸ La inclusión de nuevas categorías ha generado controversias sobre si estos diagnósticos reflejan patologías genuinas o simplemente amplían el rango de lo que se considera enfermedad mental.³⁰

3.4.3. Pérdida de la comprensión integral del paciente

La psiquiatría fenomenológica, que priorizaba la experiencia subjetiva del paciente, quedó relegada en favor de un enfoque más estructurado y cuantificable. Se ha argumentado que esto ha llevado a una psiquiatría más reduccionista, donde la evaluación clínica detallada es sustituida por la simple aplicación de criterios diagnósticos.^{22, 23}

4. Límites conceptuales y riesgos de simplificación en psiquiatría

El futuro de la psiquiatría debe encontrar un equilibrio entre la necesidad de clasificación diagnóstica y la comprensión integral de los trastornos mentales. Para ello, es fundamental evitar tanto los reduccionismos clásicos como las concepciones modernas simplificadas, conceptos que Henri Ey ya planteaba en su *Tratado de Psiquiatría* que «La psiquiatría moderna, si bien refleja esta contradicción que se encuentra en cierta manera en la base

de su existencia, tiende constantemente a superarla buscando sus vías de desarrollo entre el dogmatismo de las doctrinas arcaicas y la ingenuidad de ciertas concepciones más recientes». ³¹

Este planteamiento sigue vigente en la actualidad, en un contexto donde la psiquiatría se enfrenta a la tensión entre modelos categoriales rígidos, la medicalización de la vida cotidiana y la búsqueda de nuevos enfoques diagnósticos y terapéuticos más integradores.

4.1. Los reduccionismos clásicos y las concepciones modernas simplificadas

4.1.1. Reduccionismos clásicos

Bajo el rótulo de reduccionismos clásicos pueden agruparse enfoques que privilegian un único nivel explicativo y, al hacerlo, empobrecen la multidimensionalidad clínica del padecimiento mental. Entre los más frecuentes se encuentran:

Negación de la enfermedad mental. Algunas posturas han argumentado que la enfermedad mental es un constructo sin base en la realidad médica, lo que ha llevado a minimizar la legitimidad de los trastornos psiquiátricos dentro de la medicina. Aunque esta postura fue importante en la crítica a los abusos del modelo psiquiátrico, su aplicación extrema ignora la existencia de alteraciones psicopatológicas claramente identificables y con impacto funcional significativo. ¹

Biologicismo extremo. En el otro extremo, algunas corrientes han reducido la enfermedad mental a desbalances neuroquímicos o disfunciones cerebrales, dejando de lado la experiencia subjetiva del paciente, su historia y los factores psicosociales. ¹⁴ Este enfoque, aunque ha permitido el desarrollo de psicofármacos eficaces, puede conducir a una práctica excesivamente centrada en la farmacoterapia o explicaciones simplistas. ²⁸

Explicación psicosocial radical. Desde otra perspectiva, se ha intentado explicar toda la patología psiquiátrica exclusivamente a partir

de determinantes sociales y económicos, sin considerar la base neurobiológica de los trastornos mentales. ³² Si bien los determinantes sociales de la salud mental son innegables, este enfoque extremo niega el carácter patológico de condiciones como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, asumiendo que son meras reacciones a contextos adversos.

Hiperoperacionalismo. La estandarización de los sistemas diagnósticos ha promovido la idea de que el diagnóstico puede reducirse a la aplicación mecánica de listas de síntomas, sin un juicio clínico adecuado. ²² Esto puede llevar a un uso excesivamente protocolizado del DSM, ignorando el contexto individual del paciente y su experiencia fenomenológica.

4.1.2. Concepciones modernas simplificadas

Las concepciones modernas simplificadas corresponden a intentos recientes de renovar la psiquiatría que, en su afán de superar los problemas del DSM, han planteado modelos que limitan en exceso la complejidad de la psicopatología:

Reduccionismo neurocientífico. Si bien la neurociencia ha permitido avances significativos en la comprensión de los trastornos mentales, la expectativa de que los biomarcadores puedan, por sí solos, reemplazar la evaluación clínica sigue siendo prematura. La búsqueda de marcadores neurobiológicos ha sido un objetivo central en la psiquiatría moderna, y algunos hallazgos en neuroimagen, genética y electrofisiología han mostrado un potencial prometedor para mejorar la precisión diagnóstica y guiar tratamientos más personalizados. ³³ Sin embargo, su aplicabilidad clínica aún enfrenta desafíos, ya que muchos de estos marcadores carecen de especificidad y no pueden sustituir la evaluación clínica tradicional. Modelos como el Research Domain Criteria (RDoC) han intentado establecer un enfoque transdiagnóstico basado en sistemas neurobiológicos, buscando superar las limitaciones del modelo categorial tradicional. Aunque este enfoque ha generado hallazgos

valiosos en la investigación, su viabilidad en la práctica clínica aún requiere una mayor validación empírica y una integración con la psicopatología clásica para evitar reduccionismos excesivos.³⁴

Transdiagnosticismo absoluto y límites de la clasificación dimensional. Los modelos transdiagnósticos, como HiTOP y RDoC, han aportado nuevas formas de conceptualizar los trastornos mentales, proponiendo que la psicopatología debe entenderse en términos de dimensiones continuas en lugar de categorías diagnósticas discretas.³⁵ Esta perspectiva ha sido fundamental para explicar la alta comorbilidad entre distintos trastornos y mejorar la comprensión de los factores compartidos entre diversas entidades clínicas. Sin embargo, asumir que las categorías diagnósticas pueden eliminarse por completo sin generar problemas clínicos es una visión prematura. La existencia de patrones clínicos identificables en muchos trastornos sugiere que, aunque las dimensiones son importantes, la clasificación categorial sigue siendo útil para la práctica clínica, la comunicación entre profesionales y la investigación en psiquiatría.

Aplicación de inteligencia artificial. En los últimos años se ha incrementado el interés por aplicar métodos de *machine learning* en psiquiatría, principalmente como herramientas de apoyo para tareas como detección, clasificación, predicción de riesgo y estratificación clínica. No obstante, la evidencia disponible señala importantes limitaciones metodológicas, problemas de generalización y desafíos éticos que restringen su traslación directa a la práctica clínica.³⁶ En este marco, la inteligencia artificial se perfila más razonablemente como un complemento para la toma de decisiones clínicas que como un sustituto de la entrevista, el juicio clínico y la relación terapéutica.³⁶

5. Lineamientos para una integración clínica y epistemológica en psiquiatría

5.1. Incorporar avances en neurociencia sin descuidar la subjetividad del paciente

El desarrollo de la neurociencia ha permitido avances significativos en la comprensión de los mecanismos neurobiológicos subyacentes a los trastornos mentales. Estudios recientes han identificado alteraciones estructurales y funcionales en el cerebro en diversos trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión mayor.³³ Estos hallazgos han impulsado el desarrollo de biomarcadores, la identificación de circuitos neuronales afectados y el diseño de tratamientos más específicos. Sin embargo, estos avances deben integrarse en la clínica de manera cuidadosa y sin desplazar la evaluación psicopatológica tradicional.

Se deben combinar los hallazgos neurobiológicos con la evaluación clínica individualizada. Si bien las técnicas de neuroimagen han revelado alteraciones en la conectividad cerebral en pacientes con trastornos mentales,³⁷ aún no existen biomarcadores suficientemente robustos para reemplazar la evaluación clínica basada en la entrevista psiquiátrica y la exploración del estado mental.

La neurociencia no debe reemplazar la comprensión psicológica y social del paciente, sino complementarla. La perspectiva biológica no puede explicar completamente la variabilidad individual en la expresión clínica de los trastornos mentales. Modelos como el de *diátesis-estrés* enfatizan la interacción entre vulnerabilidad genética y factores ambientales en la génesis de la enfermedad mental.³⁸

Se deben desarrollar marcadores biológicos que permitan mejorar la precisión diagnóstica sin reducir la complejidad de los trastornos mentales. La psiquiatría de precisión, que busca integrar datos genéticos, neurobiológicos y clínicos para personalizar los tratamientos, es un campo prometedor, pero aún enfrenta limitaciones metodológicas.³⁹

5.2. Recuperar la psicopatología descriptiva y la fenomenología

La psiquiatría fenomenológica, desarrollada por Karl Jaspers enfatiza la importancia de comprender la experiencia subjetiva del paciente. La fenomenología psiquiátrica busca captar cómo los pacientes viven y perciben sus síntomas, considerando que la conciencia y la identidad subjetiva son centrales en la comprensión de la psicopatología.²²

Para recuperar este enfoque en la práctica clínica y la investigación psiquiátrica, es necesario:

Incluir métodos de evaluación cualitativa que complementen los criterios operacionales del DSM. Herramientas como el examen psicopatológico de Copenhagen han permitido describir de manera más detallada la alteración de la autoconciencia en los trastornos psicóticos.²⁹

Valorar la narrativa del paciente como un elemento esencial del diagnóstico. La exploración de la biografía del paciente y la comprensión de su relato pueden proporcionar información que no se capta con los actuales criterios categoriales.⁴⁰

Evitar que la psiquiatría se convierta exclusivamente en una disciplina basada en listas de síntomas y tratamientos farmacológicos. La comprensión psicopatológica detallada permite desarrollar intervenciones más precisas y mejorar la relación terapéutica con el paciente.¹³

5.3. Explorar modelos dimensionales y transdiagnósticos

Ante las limitaciones del modelo categorial del DSM, han surgido enfoques alternativos que buscan una clasificación más flexible y basada en la evidencia empírica. Entre estos modelos destacan:

Research Domain Criteria (RDoC). Desarrollado por el National Institute of Mental Health (NIMH), el RDoC propone clasificar

los trastornos mentales en dimensiones neurobiológicas y comportamentales, en lugar de en categorías diagnósticas discretas. Se basa en la identificación de circuitos neuronales y sistemas bioconductuales compartidos entre diferentes trastornos.³³

Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). Entre las propuestas dimensionales contemporáneas, el modelo HiTOP ha sido planteado como un marco alternativo para organizar la psicopatología en dimensiones jerárquicas, con el objetivo de dar cuenta de la comorbilidad y la heterogeneidad clínica. Si bien su adopción clínica aún presenta desafíos operativos, el modelo sintetiza evidencia psicométrica acumulada y ofrece una arquitectura conceptual relevante para la investigación y la discusión nosográfica.³⁵

Modelos jerárquicos generales y p-factor. Diversos enfoques jerárquicos proponen la existencia de un factor general de psicopatología (p-factor), que contribuye a explicar parte de la comorbilidad entre trastornos, de modo análogo al factor g en inteligencia.³⁸

Estos modelos representan avances conceptuales importantes, pero su integración en la práctica clínica aún requiere más desarrollo y validación. Algunos desafíos incluyen:

La dificultad de traducir modelos dimensionales en criterios clínicos aplicables a la toma de decisiones terapéuticas.

La necesidad de establecer correlaciones entre estos modelos y la respuesta a tratamientos específicos.

La resistencia institucional y cultural a modificar sistemas diagnósticos arraigados en la psiquiatría clínica y en la regulación sanitaria.⁵

5.4. Reflexiones sobre el uso del DSM en la práctica psiquiátrica y su relación con la evidencia científica

El DSM ha sido una herramienta central en la psiquiatría moderna, proporcionando un sistema de clasificación que ha permiti-

do mejorar la comunicación entre clínicos, investigadores y reguladores. Sin embargo, su uso en la práctica clínica no se reduce a la aplicación mecánica de criterios diagnósticos. A pesar de las críticas que han surgido en torno a su rigidez y a su modelo categorial, la realidad es que la mayoría de los psiquiatras no utiliza el DSM de manera estrictamente operacional, sino que lo integra en una evaluación psicopatológica más amplia.^{5, 41}

5.4.1. *El DSM en la clínica: más que un checklist diagnóstico*

Si bien el DSM establece criterios específicos para los trastornos mentales, en la práctica psiquiátrica real el diagnóstico no se reduce a verificar si un paciente cumple con una cantidad determinada de síntomas. La evaluación clínica implica un proceso más complejo, donde se consideran aspectos como la evolución temporal de los síntomas, el contexto biográfico y social del paciente, la presencia de factores predisponentes, desencadenantes y perpetuadores del trastorno, la respuesta a tratamientos previos y la funcionalidad general del paciente.

Múltiples estudios han demostrado que los psiquiatras no aplican el DSM de manera rígida, sino que combinan sus criterios con la experiencia clínica, la entrevista psiquiátrica y otros modelos de evaluación.⁴² En este sentido, la crítica de que el DSM ha convertido la psiquiatría en un sistema reduccionista basado en listas de síntomas no refleja con precisión la realidad clínica.²⁸

Además, muchos psiquiatras han recibido formación en psicoterapia, fenomenología y modelos psicopatológicos integradores, lo que refuerza la idea de que el uso del DSM no es simplemente una aplicación mecánica de criterios, sino que se encuentra inmerso dentro de un proceso interpretativo más amplio.⁴¹

5.4.2. *El debate sobre la clasificación diagnóstica y la categorización de los trastornos mentales*

El problema de cómo clasificar los trastornos mentales ha sido una de las cuestiones más

debatidas en la psiquiatría contemporánea. Existen tensiones entre:

los defensores de sistemas estructurados, quienes argumentan que la estandarización diagnóstica mejora la fiabilidad interevaluador y permite la comunicación científica y la planificación de tratamientos;

los críticos del modelo categorial, quienes sostienen que los trastornos mentales no tienen límites tan definidos y que el DSM, al imponer categorías rígidas, puede forzar clasificaciones artificiales en pacientes cuyas manifestaciones clínicas son más fluidas.^{1, 35}

Este debate ha llevado a que los sistemas diagnósticos estén en una constante revisión y evolución, buscando un equilibrio entre la precisión clínica y la flexibilidad conceptual.

5.4.3. *El DSM y la medicina basada en la evidencia: necesidad de una revisión crítica*

El DSM ha intentado fundamentar sus criterios en la medicina basada en la evidencia, pero esta evidencia está en constante evolución. Es necesario revisar periódicamente los sistemas diagnósticos para incorporar hallazgos recientes en neurociencia, genética y psicopatología clínica.²⁶

Autores como Nassir Ghaemi han señalado que uno de los principales problemas del DSM es su falta de validez científica, ya que sus categorías diagnósticas no siempre reflejan entidades clínicas con mecanismos etiológicos bien definidos.⁴¹ En psiquiatría muchas categorías siguen dependiendo de descripciones clínicas y criterios operacionales.

Para fortalecer la validez científica de los sistemas diagnósticos, se ha propuesto:

- Integrar modelos dimensionales que reconozcan la heterogeneidad y solapamiento entre los trastornos mentales.

- Incorporar biomarcadores y datos neurobiológicos, aunque sin reducir la psiquiatría a una disciplina puramente biológica.

- Revisar periódicamente los criterios diagnósticos a medida que se acumula nueva evidencia.

Conclusión

La discusión contemporánea sobre el diagnóstico psiquiátrico expresa una tensión estructural entre la necesidad de estandarización y la exigencia de una comprensión clínica integral. El DSM ha sido decisivo para mejorar la fiabilidad interevaluador, consolidar un lenguaje común y facilitar la investigación; sin embargo, muchas de sus categorías, en cuanto construcciones sindromáticas, no se corresponden de modo directo con mecanismos etiológicos claramente establecidos y pueden tensionar la captación de la complejidad subjetiva del sufrimiento.

En este marco, el desafío no consiste en abandonar la clasificación, sino en utilizarla con criterio clínico, integrándola con una evaluación psicopatológica cuidadosa, atenta a la experiencia vivida, la trayectoria biográfica y el contexto sociocultural del paciente. A su vez, los avances en neurociencia y el desarrollo de modelos dimensionales y transdiagnósticos ofrecen marcos prometedores para abordar comorbilidad y heterogeneidad, siempre que su incorporación sea prudente y no derive en nuevas formas de reduccionismo.

En definitiva, la psiquiatría del futuro probablemente se fortalecerá menos por reemplazar sistemas diagnósticos y más por articularlos: sostener la utilidad pragmática del DSM para comunicación e investigación, ampliar su horizonte con enfoques dimensionales y neurobiológicos cuando aporten valor, y recuperar la psicopatología descriptiva y la fenomenología como herramientas indispensables para comprender y tratar a personas.

Referencias bibliográficas

1. **Kendler KS.** The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry.* 2016;15(1):5-12. doi: 10.1002/wps.20292
2. **Jablensky A.** Psychiatric classifications: validity and utility. *World Psychiatry.* 2016;15(1):26-31. doi: 10.1002/wps.20284
3. **Shorter E.** A History of Psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac. Wiley; 1997.
4. **Wilson M.** DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. *Am J Psychiatry.* 1993;150(3):399-410. doi: 10.1176/ajp.150.3.399
5. **Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB.** The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I. History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49(8):624-9. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820080032005
6. **Mayes R, Horwitz AV.** DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci.* 2005;41(3):249-67. doi: 10.1002/jhbs.20103
7. **Cooper R, Blashfield RK.** Re-evaluating DSM-I. *Psychol Med.* 2016;46(3):449-56. doi: 10.1017/S0033291715002093
8. **Kendell RE.** Psychiatric diagnosis in Britain and the United States. *Br J Psychiatry.* 1975;Spec No 9:453-61. PMID:1102040.
9. **Rosenhan DL.** On being sane in insane places. *Science.* 1973;179(4070):250-8. doi: 10.1126/science.179.4070.250
10. **Kirk SA, Kutchins H.** The selling of DSM: the rhetoric of science in psychiatry. Aldine de Gruyter; 1992.
11. **Hale NG.** From Berggasse XIX to Central Park West: the Americanization of psychoanalysis, 1919-1940. *J Hist Behav Sci.* 1978;14(4):299-315. doi: 10.1002/1520-6696(197810)14:4<299::aid-jhbs2300140402>3.0.co;2-c
12. **Ellenberger HF.** The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry. New York: Basic Books; 1970.

13. **Berrios GE.** The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University Press; 2011.
14. **Harrington A.** Mind fixers: psychiatry's troubled search for the biology of mental illness. Norton & Company; 2019.
15. **Houts AC.** Fifty years of psychiatric nomenclature: reflections on the 1943 War Department Technical Bulletin, Medical 203. *J Clin Psychol.* 2000;56(7):935-67. doi: 10.1002/1097-4679(200007)56:7<935::aid-jclp11>3.0.co;2-8
16. **Jones E, Wessely S.** Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War. Hove, UK: Psychology Press; 2005. doi: 10.4324/9780203086827
17. **Grob GN.** From asylum to community: mental health policy in modern America. Princeton University Press; 1991.
18. **Mechanic D, McAlpine DD, Rochefort DA.** Mental health and social policy: beyond managed care. Pearson; 2014.
19. **Scull A.** Madness in civilization: a cultural history of insanity, from the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine. Princeton University Press; 2015. doi 10.2307/j.ctvc77hvc
20. **Gottesman II.** Schizophrenia genesis: the origins of madness. W. H. Freeman; 1991.
21. **Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Munoz R.** Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry.* 1972;26(1):57-63.
22. **Parnas J, Zahavi D.** The role of phenomenology in psychiatric diagnosis and classification. *Psychiatric Diagnosis and Classification.* Washington (DC): IEEE Computer Society Press; 2002, pp. 137-62. doi: 10.1002/047084647X.ch6
23. **Casarotti H.** Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug.* 2007;71(2):153-63.
24. **Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB.** The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49(8):624-9. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820080032005
25. **First MB.** Paradigm shifts and the development of the diagnostic and statistical manual of mental disorders: past experiences and future aspirations. *Can J Psychiatry.* 2010;55(11):692-700.
26. **Kendler KS, Zachar P, Craver C.** What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychol Med.* 2011;41(6):1143-50. doi: 10.1017/S0033291710001844
27. **Krueger RF, Eaton NR.** Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry.* 2015;14(1):27-9.
28. **Frances A.** Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life. Harper-Collins; 2013.
29. **Parnas J, Sass LA, Zahavi D.** Rediscovering psychopathology: The epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull.* 2013;39(2):270-7. doi: 10.1093/schbul/sbs153.
30. **Conrad P.** The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Johns Hopkins University Press; 2007.
31. **Ey H.** Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Masson; 1965.
32. **Pilgrim D.** Key Concepts in Mental Health. 4th ed. London: SAGE Publications; 2019.
33. **Insel TR, Cuthbert BN.** Brain disorders? Precisely. Precision medicine comes to psychiatry. *Science.* 2015;348(6234):499-500. doi: 10.1126/science.aab2358
34. **Cuthbert BN, Insel TR.** Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med.* 2013;11:126. doi: 10.1186/1741-7015-11-126
35. **Kotov R, Krueger RF, Watson D.** A paradigm shift in psychiatric classification: the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry.* 2018;17(1):24-5. doi: 10.1002/wps.20478
36. **Shatte AB, Hutchinson DM, Teague SJ.** Machine learning in mental health:

- a scoping review of methods and applications. *Psychol Med.* 2019;49(9):1426-48. doi: 10.1017/S0033291719000151
37. **Shepherd AM, Laurens KR, Matheson SL, Carr VJ, Green MJ.** Systematic meta-review and quality assessment of the structural brain alterations in schizophrenia. *Neurosci Biobehav Rev.* 2012;36(4):1342-56. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.12.015
 38. **Caspi A, Houts RM, Belsky DW, Goldman-Mellor SJ, Harrington H, Israel S, *et al.*** The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clin Psychol Sci.* 2014;2(2):119-37. doi: 10.1177/2167702613497473
 39. **Fernandes BS, Williams LM, Steiner J, Leboyer M, Carvalho AF, Berk M.** The new field of 'precision psychiatry'. *BMC Med.* 2017;15(1):80. doi: 10.1186/s12916-017-0849-x
 40. **Stanghellini G, Broome MR.** Psychopathology as the basic science of psychiatry. *Br J Psychiatry.* 2014;205(3):169-70. doi: 10.1192/bjp.bp.113.138974
 41. **Ghaemi SN.** The rise and fall of the biopsychosocial model: reconciling art and science in psychiatry. Johns Hopkins University Press; 2019.
 42. **Widiger TA, Mullins-Sweatt SN.** Five-factor model of personality disorder: a proposal for DSM-V. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:197-220. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153542