

Revista Clepios, Página 79, Número 2 vol XIII, Julio/Agosto 2007

En Clepios, tenemos una sección llamada Cadáver Exquisito en la que se pide a profesionales de la Salud Mental una opinión sobre algún tema específico. En este caso, el tema convocante es el de las NOSOGRAFÍAS EN SALUD MENTAL.

Entrevista Formulada por el Dr Javier Fabrissin.

Respuestas Pablo Gagliesi, médico.

¿Cuál debería ser el criterio ordenador para formular una nosología psiquiátrica? (ej. clínico-evolutivo, psicodinámico, neuropsicológico, neurorradiológico, endofenotípico, genético, terapéutico, etc).

Vamos hacia la construcción de entidades nosológicas más consistentes, paradójicamente más fluidas, pronto quizás podamos dar cuenta de lo que hacemos mejor, o cambiar nuestro hacer, en función de una genética, las neuroimágenes, las pruebas de laboratorio o la farmacogenómica.

Por ejemplo las investigaciones sobre la genética de la bipolaridad están reseteando- aunque nunca con un olvido completo - constantemente la clínica, proponiendo nuevos grupos diagnósticos fenomenológicos y la investigación básica sobre el efecto de los medicamentos acercando la posibilidad de la especificidad. El fenotipo orienta el genotipo y el genotipo afecta el fenotipo.

Si pudiera imaginarla sería postproducida: reciclaje como método, aceptación de una disposición caótica, abandono de antonimias degenerantes como la de singularidad/agrupabilidad, profundo/superficial. Un espacio donde converjan productos de diferentes procedencias a la espera de nuevos usos. Y en constante cambio.

-¿Considera apropiada la existencia de la noción de Trastornos de la Personalidad? ¿Considera válido el constructo "Trastorno Límite"? ¿Considera válidas las demás formas clínicas de los Trastorno de la Personalidad, teniendo en cuenta su menor utilización diagnóstica respecto del Trastorno Límite?

Evidentemente el diagnóstico de trastorno límite de personalidad es un diagnóstico residual de un modelo perimido. Hasta en los criterios usados en el mismo DSM IV pertenecen a ese modelo, centrado en el control de los impulsos, en la interpretación de fenómenos subjetivos y en la misoginia.

Pero las y los consultantes con esos problemas existen, y llevan pesadamente un diagnóstico que estigmatiza y lo que es peor, no explica su experiencia de sufrimiento.

La discusión actual sobre su forma como trastorno afectivo, estrés postraumático crónico complejo o desregulación emocional me parece más razonable, guía mejor la investigación, los ensayos clínicos farmacológicos y la psicoterapia.

Posiblemente este sea un ejemplo claro del estado confusional de nuestro trabajo: Pacientes que no responden a nuestra práctica acusados de no hacer demasiado o lo suficiente para cambiar, cuando en realidad no podemos rendirnos a las evidencias de las limitaciones de nuestro quehacer.

-¿Qué opina de la tendencia a "epidemiologizar" los datos y de las estadísticas aplicadas al campo de la psiquiatría?

Solo puede haber deconstrucción del sistema de poder si el conocimiento es democratizado. E inventariar el es primer ejercicio.

Y así iniciar el proceso por el cual los consumidores se adueñan de las prácticas, recordando que el consumo también es una forma de producción (Marx dixit).

En términos generales, somos un país que ha tenido una tradición de desprecio por las estadísticas. Quizás sea razonable, la violencia del Estado es una impronta fuerte.

Pero muy por el contrario la ausencia de datos deviene una forma de governancia y control social. Si nadie mide por lo tanto el problema no existe. No existe la pobreza, el número de muertos y las causas, los analfabetos, los suicidios, las crisis energéticas. Y no existen políticas que puedan ser demostradas como eficaces. Lo retórico con soluciones retóricas.

Por ejemplo el aborto ilegal no dimensionado (número reales de muertes, impacto económico) permite que el Estado pueda seguir penalizándolo, y resolverlo retóricamente: No hay conflictos con instituciones que ostentan poder, los ricos hacen lo que quieren, las pobres muertas no figuran.

Generando información podemos generar políticas. Si se quiere. Sino sólo resta la alienación.

-¿Considera que una clasificación de tipo categorial o una de tipo dimensional se corresponde mejor con la clínica?

Ambos sistemas son importantes para la clínica.

-¿Considera la existencia de un continuum entre el TBP y la EQZ? ¿Es posible hablar, como hace más de 150 años, de psicosis única?

Las evidencias refieren que no existe tal continuum. Es muy probable que parte de las serias dificultades en la clasificación, pronóstico y tratamiento del TBP sea resultado de esa conjetura.

Respecto de la segunda parte de la pregunta quizás no pueda responderla por que dentro de mis modelos de trabajo actuales no uso el concepto de psicosis como categoría diagnóstica.

-¿Qué opinión le merece el concepto de Comorbilidad en Psiquiatría?

Creo que el movimiento hacia la categorización iniciado con el DSM III ha dado como resultado una fabulosa base empírica para construir una nueva clasificación donde lo dimensional sea parte importante.

El concepto de comorbilidad ha sido sustancial para construir una racionalidad de las dimensiones. Sin esta etapa previa, las dimensiones sólo serían hoy una sumatoria de observaciones clínicas o intuiciones literarias como en los libros de psiquiatría de mitad del siglo pasado.

Por otra parte continúa siendo una forma interesante de aproximación a consultantes con clínica compleja, especialmente aquellos donde los modelos dimensionales no alcanzan a explicar la totalidad de la experiencia.

Sin esta etapa previa de los diagnósticos dimensionales, no hubiéramos juntado evidencia para formular los espectros sugeridos en el debate contemporáneo sobre la construcción del DSM V.

-¿Cree que los resultados terapéuticos pueden plantear reformulaciones nosográficas?

Es posible que la farmacología y la farmacogenómica comiencen a generar información vital para nuestros sistemas de clasificación. Los psicofármacos son instrumentalizados con una racionalidad, son medios.

De hecho existe un ajuste mutuo entre drogas, diagnósticos, intervenciones y enfermedad.

El fenómeno de los estudios genómicos es un ejemplo notable.

Así mismo, la utilización de los psicofármacos induce a pensar que la clasificación se vería afectada por el tipo de respuesta. Algunos pacientes comparten el fenotipo pero responden desigualmente al fármaco.

Como vemos todo el sistema taxonómico al que se le atribuyen características mecanoestáticas fracasa y deviene líquido e inestable.

-¿Cree que las Demencias deben pertenecer al acervo nosográfico de la Psiquiatría o de la Neurología?

Me parece que la distinción entre psiquiatría y neurología es demasiado obsoleta. Es resultado más de un grupo de intereses corporativos que de algo sustancial. Justamente una de las críticas más válidas para mí al DSM, y a diferencia del ICD, es que se aparta de las nosografías médicas.

Lo que más me incomoda quizás es lo poco que se de neurología o de endocrinología. A veces me tranquilizo pensando en que no puedo saber de todo, otras simplemente derivando y cuando puedo – rara vez – teniendo agotadores intentos para trabajar junto a otro colega de otra especialidad.

Pero ese no es un problema de los consultantes ni de los sistemas de

clasificación.

-¿Cree ud. que nosográficamente el Trastorno Bipolar representa una Psicosis o no?

Para mí la palabra Psicosis no es mucho más que un adjetivo. Un consultante puede tener trastorno bipolar y tener síntomas psicóticos, puede tener un diagnóstico de trastorno por estrés post traumático y tener síntomas psicóticos, puede tener una esquizofrenia y tener síntomas psicóticos.

Me pregunto si a lo que se llamaba psicosis en el trastorno bipolar entre los episodios hoy no lo llamaría dificultades en la memoria de trabajo y la atención.

El diagnóstico neurocognitivo tiene esa ventaja, decir exactamente dónde está la dificultad, y por lo pronto educar a familiares y consultantes para desarrollar habilidades compensatorias o tratar los déficits, con el principio de la rehabilitación, un concepto lamentablemente algo denostado en nuestra clínica cotidiana.

-¿Qué lugar le otorgaría al T. Obsesivo Compulsivo: t. de ansiedad, t. independiente?

Es probable que un lugar independiente. El espectro parece complejo, como los trabajos últimos de Hollander, encargado de la revisión de este trastorno indiciado por la APA.