

Vázquez, C. (1991). Las unidades de análisis en el estudio de la conducta anormal: ¿Signos, síntomas, o categorías?. En J. Buendía (Ed.), Psicología Clínica y Salud: Desarrollos actuales (pp. 17-39). Murcia: Publicaciones de la Universidad de Murcia.

**LAS UNIDADES DE ANALISIS DE LA PSICOPATOLOGIA:**

**¿SINTOMAS, CONDUCTAS, O CATEGORIAS?**

---

**Carmelo Vázquez**

**Profesor de Psicopatología**

**Facultad de Psicología**

**Universidad Complutense**

**28223-Madrid**

**cvazquez@psi.ucm.es**

«Los animales se dividen en: a) que pertenecen al *Emperador*, b) embalsamados, c) domesticados, d) cochinitos, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros en libertad, h) incluidos en la presente clasificación, i) que se agitan como locos, j) innombrables, k) dibujados con un pincel muy fino de pelo de camello, l) etcétera, m) que acaban de romper el cántaro, n) que de lejos parecen moscas.»

J.L. Borges ("Cierta Enciclopedia China")

La intención de este capítulo es efectuar una reflexión sobre algunos elementos previos a la investigación en Psicopatología. En este libro se ofrece al lector una perspectiva actualizada sobre diversos problemas clínicos relacionados con el ámbito de la clínica. Sin embargo, la propia vorágine de la investigación empírica de los fenómenos clínicos impide consideraciones más profundas sobre los presupuestos en que se basa el quehacer empírico.

¿Cuál es la unidad de análisis propia de la Psicopatología: los síntomas, las conductas aisladas, los síndromes? ¿Se justifica que investiguemos la "depresión", la "ansiedad", u otros *constructos* o, por el contrario, debemos proponer el empleo de unidades de análisis más ligadas con lo observable? Los psicopatólogos, y los psicólogos clínicos en general, debemos afrontar este problema pues las respuestas que durante años se han creído firmes<sup>1</sup>, en la actualidad parecen bastante endeble e ingenuas.

La perspectiva que aquí se defiende es la utilidad, al menos en la investigación básica, del empleo de sistemas formales de clasificación y diagnóstico. Sin embargo, no expondremos las características de sistemas de clasificación particulares (Vázquez, 1990 a,b), sino las bases epistemológicas que amparan la legitimidad de esta posición. Es bien conocido el rechazo turbulento, y plenamente justificado, que los sistemas diagnósticos "psiquiátricos" han tenido en el seno de la Psicología. Sin embargo, creemos que ha llegado la hora de efectuar un análisis crítico no tanto sobre las insuficiencias de los sistemas de diagnóstico *de facto* sino sobre las características que pudieran justificar el uso de *cualquier* esquema diagnóstico implícito o explícito. Esto es lo que

---

<sup>1</sup>Recordemos las formulaciones algo simplistas y trasnochadas que sobre la etiología de problemas psicopatológicos se ofrece desde los modelos conductuales.

desarrollaremos a continuación, intentando diseccionar los tópicos y lugares comunes que infestan algunos enfoques de la Psicopatología.

Paul Meehl, un admirable psicólogo clínico, señalaba en su corrosivo estilo habitual que a los estudiantes de Psicología se les suele repetir machaconamente, a lo largo de la carrera, determinadas ideas-eslógan que se asumen, a modo de mantras, sin análisis más profundos. A tópicos tan manidos y difundidos como el de, por ejemplo, "correlación no implica causalidad", también se le une el de "el diagnóstico psicopatológico no es fiable ni válido" (Meehl, 1973).

Estas frases, escuchadas una y otra vez en nuestras Facultades, no dejan de ser estereotipos. En efecto, como las ecuaciones estructurales ponen de manifiesto, la correlación sí puede indicar nexos causales (Jöreskog, 1985; Bentler, 1986); por otro lado, el diagnóstico no es necesariamente poco fiable y, además, su utilidad puede ser valorada de diversos modos. Intentaremos en las páginas siguientes ofrecer algunos puntos de interés que contribuyan a ese necesario análisis al que alude Meehl.

## **LAS UNIDADES DE ANALISIS DE LA PSICOPATOLOGIA**

### **El fenómeno de la covariación.**

La actividad clasificatoria es posible, en principio, por la asunción de que el conjunto de conductas y/o cogniciones que manifiesta un individuo presenta ciertas interconexiones entre sí. En otras palabras, se asume que las conductas *covarian* ofreciendo un patrón identificable que caracteriza diversos subgrupos de individuos. Este es, en nuestra opinión, uno de los ejes cruciales de la justificación teórica del diagnóstico psicopatológico.

La covariación supone, en definitiva, una relación *probabilística* entre diversos síntomas. Esta relación hace posible, efectuar análisis bayesianos sobre la relación estadística entre un síntoma dado (ej.: despersonalización) y un determinado grupo diagnóstico (ej.: esquizofrenia).

El fenómeno de la covariación plantea multitud de incógnitas para las que aún no tenemos respuesta. Los teóricos del aprendizaje han asumido tradicionalmente que una

determinada *constelación* de conductas alteradas obedecía, sin más, a patrones de reforzamiento de conductas aisladas o, en último caso, a "cadenas" de conducta. Sin embargo, esta concepción simple y lineal ha sido puesta en duda por autores tan significativos como Kazdin (1983; 1985) o Kanfer (1985).

El fenómeno de la covariación es una incógnita teórica pero sin duda es un fenómeno clínica y estadísticamente verificable (Andreasen et al., 1988; Klerman, 1988). Una explicación estrictamente basada en principios de aprendizaje pudiera dar cuenta, en último caso, de la covariación idiosincrática (Taylor, 1983) o intraindividual en un individuo concreto<sup>2</sup> pero, en nuestra opinión parecen poco eficaces para explicar las *covariaciones interindividuales*. Es decir, ¿por qué podemos identificar grupos de sujetos que muestran de un modo bastante uniforme un patrón conductual similar? Responder a esta pregunta requiere un enfoque holístico de la conducta humana y su interacción con el medio.

Muchas de las críticas que, durante los años 60 fundamentalmente, se dirigían al diagnóstico resaltaban el hecho de que los problemas concretos que presentase un individuo debían considerarse en sí mismos, sin necesidad de trascender a ninguna categoría diagnóstica (Fester, 1965; Ullman & Krasner, 1969), insistiendo así en el carácter idiográfico de la conducta humana. Sin embargo, si bien esta perspectiva puede ser deseable en un contexto *terapéutico*, tiene un escaso valor para la formulación de teorías etiológicas en Psicopatología.

Como han señalado Robins & Helzer (1986) existen «correlaciones no triviales» entre síntomas que en modo alguno parecen predecibles. De este modo, por ejemplo, y siguiendo un esquema conductual sencillo, no habría razón para predecir que en la depresión, el insomnio se asocia más con la pérdida de peso, como *de hecho* sucede, que con la fatiga. En realidad no disponemos de ningún argumento que *a priori* permita predecir tal correlación peculiar. Estas covariaciones, observadas en muchos casos, son un importante indicio de la validez de una clasificación.

---

<sup>2</sup>Si bien estas explicaciones conductuales adoptan, en muchos casos, un reprochable carácter "post hoc".

Algunos autores han propuesto que la covariación interindividual tiene su origen en el hecho de que los seres humanos participamos de las mismas estructuras anatómicas, fisiológicas, y también experienciales<sup>3</sup>. Esta «disposición biofísica» (cf. Millon, 1987) posibilitaría que las reacciones de los seres humanos ante experiencias similares, sean bastante uniformes. No obstante, no disponemos actualmente de principios topográficos o funcionales que nos permitan explicar adecuadamente las relaciones de covariación entre conductas. Estamos plenamente de acuerdo con Kazdin (1985) cuando afirma que «...las bases de la conexión entre [dos o más] respuestas no son obvias ni predecibles por las teorías actuales de la conducta» (p. 38).

Desde aproximaciones etológicas, por ejemplo, se han propuesto fascinantes hipótesis sobre determinados aspectos de la conducta alterada (Corson & O'Leary, 1980; Cornes, 1987) que podrían ayudar a explicar las covariaciones sintomatológicas interindividuales. Así, por ejemplo, se ha sugerido mecanismos evolutivos para explicar las conductas catatónicas (Gallup & Maser, 1983), o los patrones generales de conducta de inhibición/activación que se observan básicamente en la depresión y la manía, respectivamente (Fossi et al., 1984)<sup>4</sup>. Desde una perspectiva similar, los estudios de los límites biológicos del aprendizaje (Delprato, 1980; Öhman et al., 1985) inciden, de nuevo, en el hecho de que las conductas no emergen *aleatoriamente* y, por tanto, no es admisible la tradicional concepción de la arbitrariedad de las denominadas cadenas de conductas. Asimismo, las complejas interacciones entre los diversos *sistemas* biológicos también puede dar cuenta de ese fundamento *común* biofísico que antes hemos señalado.

Sería ingenuo pensar que tenemos una respuesta aceptable para este hecho crucial. Sin embargo, lo importante es que nos planteemos al menos la pregunta. En el contexto clínico, habitualmente se ha olvidado que las conductas que se seleccionan para su

---

<sup>3</sup>Se podría apelar asimismo a la teoría de la arborificación de las emociones (véase Pinillos, 1975) y las conductas (Millon, 1981) para apoyar esta idea.

<sup>4</sup>Sin embargo, en una pequeña encuesta realizada por L. Fernández (1988) a autores (sociobiólogos en su mayoría) como Bowlby, Ghiselin, Wilson, etc. éstos son muy poco optimistas sobre la posibilidad de que tales aproximaciones etológicas generen propuestas específicas de intervención en el terreno de la «salud mental».

cambio terapéutico pueden ser parte de una *constelación* mayor. Como de nuevo nos advierte Kazdin (1985), «...La selección de una conducta concreta puede hacer ignorar completamente el síndrome mayor del que forma parte» (p. 37).

Este hecho plantea, desde el punto de vista de la aplicación clínica, importantes retos en cuanto a los métodos de evaluación que se han de elegir y la selección adecuada de problemas-objetivo. Además, una comprensión adecuada de cómo covarían los síntomas puede facilitar la identificación de pasos o *vías críticas* en el tratamiento de una determinada alteración (ej.: Ochoa & Vázquez, 1989). Pero dicha comprensión plantea aún retos más cruciales en la construcción teórica de la Psicopatología y, en definitiva, de la *explicación* del comportamiento anómalo (véase, por ejemplo, Cloninger, 1988).

### **Modelos de organización taxonómica.**

La covariación de repuestas conduce inevitablemente a un problema íntimamente relacionado que no se suele discutir: la *jerarquía* de repuestas. ¿Son todas las conductas alteradas igualmente relevantes? ¿Tienen todas el mismo rango de prominencia o, por el contrario, existe una jerarquía intrínseca?<sup>5</sup>.

Se pueden distinguir al menos dos tipos diferentes de aproximación al problema de las relaciones de covariación. El enfoque más sencillo propone una relación *lineal* entre las conductas. Este modelo horizontal estaría representado, por ejemplo, por el enfoque del condicionamiento operante, según el cual las conductas-problema se establecen por las específicas relaciones de reforzamiento de cada una de ellas con el entorno. Principios de generalización estimular o de respuesta podrían explicar la concurrencia de ciertas conductas (Ullman & Krasner, 1969; Sandler & Davidson, 1977). Sin embargo, este es un modelo en buena medida obsoleto (Kanfer, 1985) y los intentos de explicación de síndromes complejos como los observados en la esquizofrenia (ej.: Ayllon & Haughton, 1964) han sido claramente insatisfactorios y fragmentarios (Kazdin, 1985).

---

<sup>5</sup>Más adelante veremos cómo este concepto se aborda en el contexto del diagnóstico clínico tradicional (i.e., DSM-III y DSM-III-R).

Un segundo enfoque asume la existencia de algún tipo de *jerarquía* en los patrones conductuales. Las conductas alteradas se organizarían en niveles de diferente importancia. Esta aproximación tiene una gran relevancia teórica en la investigación etiológica en Psicopatología. Lo más relevante de este modelo es que se asumen nexos temporales y/o causales entre las conductas y tales nexos se erigen en criterios jerárquicos. Así, por ejemplo, el modelo de la indefensión aprendida considera que la «expectativa de incontrolabilidad» constituye el elemento causal fundamental de muchas depresiones (Vázquez & Polaino, 1982; Alloy, 1988), de modo que otros elementos -conductuales o cognitivos- serían consecuencia más o menos directa de aquélla o, en el peor de los casos, serían simples epifenómenos. En este caso, la jerarquía vendría dada por el carácter antecedente, o decididamente causal, de algunos de los elementos que configuran el patrón de conducta del sujeto. Por tanto, los modelos jerárquicos, a diferencia de los lineales, plantean la existencia de una dimensión de "generalidad" (cf. Kanfer, 1985) a lo largo de la que se situarían las diferentes conductas relevantes analizadas.

Un tercer tipo de enfoque, que combina características de los dos anteriores, estaría constituido por aquellas teorías de sistemas o, en términos del propio Kanfer (1985), «teorías de control», que conciben los seres vivos como sistemas en íntima interacción constante con su entorno interior y exterior. Si bien tales aproximaciones tienen un carácter más bien especulativo, tienen cierto atractivo pues se intenta configurar un enfoque dinámico de la acción humana. En este contexto, la covariación conductual se concibe de modo horizontal; es decir, las conductas no se relacionan en niveles diferentes, sino que forman parte de complejas redes caracterizadas por la existencia de contínuos procesos de feedback. Existirían, sin embargo, nodulos críticos dentro de la red cuyo cambio tendría más repercusiones en el resto del sistema.

### **Unidades de análisis**

Cualquier clasificación emplea elementos observables como unidades de análisis. Sin embargo, los elementos no directamente observables son, asimismo, necesarios en

cualquier nosología. Como discutiremos a continuación, una clasificación basada únicamente en conductas o *signos* directamente observables no nos parece viable.

Sin retomar la ya clásica discusión sobre la naturaleza de los constructos (Cronbach & Meehl, 1955; Silva, 1989), parece obvio que existen diversos niveles de análisis y de observación que difieren en su grado de abstracción. Un sistema nosológico basado exclusivamente en conductas específicas, observables, conduciría por reducción al absurdo a definir series de atributos *ad infinitum*<sup>6</sup>. Aunque esta perspectiva atomizadora estaba presente en la mayor parte de las teorías conductistas de la anormalidad hasta la década de los años 70, como se puede apreciar, por ejemplo, en el manual de Sandler & Davidson (1973), el panorama ha dado muestras de cambio en esta década. De hecho, H. Eysenck, en defensa de su aproximación al estudio de la conducta anormal, afirma que la evaluación conductual ha "(re)descubierto" recientemente la consideración de que ciertos problemas como la asertividad, los miedos, etc. pueden entenderse como dimensiones semejantes a rasgos (Eysenck et. al., 1983).

Sin embargo, tales elementos no observables -o «conceptos abiertos» (cf. Pap, 1953)- han de ligarse a elementos específicos medibles pues, de otro modo, no tendrían ninguna relevancia científica. Así, por ejemplo, como ha puesto de manifiesto Grünbaum (1984) en su brillante trabajo epistemológico, el elevado grado de abstracción de la mayoría de los conceptos del Psicoanálisis convierten a éste en una teoría difícilmente verificable.

Por tanto, esta orientación teórica, que queda bien ejemplificada en los procedimientos de la llamada «validez de constructo», puede ser un instrumento fértil en el desarrollo de un sistema clasificatorio científico. De nuevo, la teoría de la indefensión aprendida proporciona un ejemplo que ilustra este principio. El «estilo atribucional» se supone que es uno de los antecedentes inmediatos de la depresión y a la vez se proporcionan medios que permitan *evaluar* dicho constructo (Peterson & Seligman, 1984).

El método de medida de esos constructos no está exento de problemas. Con demasiada frecuencia, y frivolidad, se apela al socorrido argumento de las "definiciones

---

<sup>6</sup>La tarea de describir la conducta humana exclusivamente por sus atributos, sin efectuar ningún proceso de *abstracción* adicional, nos recuerda la jocosa historia de cómo un grupo de ciegos, empleando sus manos, describiría un elefante.

operativas" (Bridgman, 1927) para calificar la necesidad de evaluación cuantitativa. Sin embargo, la medición directa de una determinada categoría o constructo plantea problemas singulares. Por ejemplo, la medición de la depresión con un determinado índice (normalmente puntuaciones en escalas y/o repertorios de conducta) conlleva tanto el empleo de un criterio *selectivo* como el supuesto previo necesario de cierta *generabilidad* de ese criterio a otras personas o situaciones. La cuantificación, u "operativización", no resuelve en modo alguno el problema teórico de la evaluación. Por otro lado, el anclaje no realista a criterios empiricistas puede ser muy limitador y poco fructífero teóricamente (Leahey, 1980; Millon, 1987). Como han analizado Hogan & Nicholson (1988), en la investigación psico(pato)lógica se incurre en muchas ocasiones en insustanciosos operacionismos que dejan de lado las necesarias operaciones que validen el constructo subyacente.

La relación dialéctica entre empírico vs. concepto abierto nos lleva a una distinción de rango más elevado entre clasificaciones empíricas y teóricas y, en último término a la distinción entre epistemologías empiristas vs. racionalistas<sup>7</sup>. Quizás sea pronto, no obstante, para una clasificación teórica en Psicopatología. De hecho, clasificaciones como el DSM-III pretenden superar la carga prematura teórica de clasificaciones anteriores (Vázquez, 1990b). El problema con la Psicopatología no es tanto el de no haber dispuesto de clasificaciones teóricas sino que justamente las teorías que las sustentaban no estaban respaldadas empíricamente.

La Psicopatología utiliza fundamentalmente dos unidades básicas de información: los *signos* y los *síntomas*. Estos dos términos, de obvia resonancia médica (Mischel, 1977)<sup>8</sup>, señalan los dos principales indicadores que disponemos para el análisis de cualquier problema. Los signos son las conductas manifiestas, directamente observables (ej.:

---

<sup>7</sup>El debate entre realistas e idealistas sobre la "realidad" de los conceptos se plantea de un modo aún mucho más directo y controvertido en las Matemáticas (véase Gardner, 1987, Cpts. 2 y 24).

<sup>8</sup>Thomas Sydenham (1624-1663) ya consideró que las alteraciones mentales debían conceptualizarse de modo semejante a las alteraciones orgánicas y consecuentemente, deberían analizarse en términos de síntomas y síndromes (agrupaciones de síntomas) y, además, también se debería efectuar el tradicional análisis del inicio, curso, y resultado de la enfermedad (McGuire, 1973).

conducta catatónica) mientras que los síntomas denotan experiencias personales internas del sujeto (ej.: quejas somáticas). Esta distinción es, además, útil para comprender las dificultades de análisis que tiene la Psicopatología.

Las covariaciones cuasi-sistemáticas de signos y síntomas se denominan *síndromes*<sup>9</sup>. Estas constelaciones no son necesariamente características de cuadros clínicos específicos sino que pueden observarse en diversos cuadros (ej.: el síndrome confusional).

Por último, el conjunto de signos y síndromes se agrupan formando *categorías diagnósticas*. Estas son etiquetas, cuya función es reducir la información sobre el sujeto y destacar sólo los aspectos clínicos más relevantes del mismo. Naturalmente, existe una fuerte tensión dialéctica entre la alternativa de proporcionar el máximo de información específica e idiosincrática sobre el sujeto y la reducción de elementos irrelevantes (Vázquez, 1990a).

En definitiva, y sin caer en el debate escolástico sobre si las categorías son entidades "naturales" o "artificiales", las clasificaciones han de proporcionar constructos hipotéticos *verificables*. El hecho de que una categoría sea considerada un constructo con un determinado nivel de abstracción mayor que los elementos observables en los que se apoya, en modo alguno cuestiona su validez potencial (Meehl & Golden, 1982; Meehl, 1986; Widiger & Frances, 1987).

Además de la definición de las unidades de análisis, un sistema de clasificación ha de establecer determinadas reglas sintácticas que definan el modo en que tales elementos se relacionan entre sí para formar categorías.

### **Modelos de medida. Categorías y Dimensiones**

Uno de los puntos más conflictivos en la actividad diagnóstica es el de la disyuntiva entre los tradicionales diagnósticos categoriales o tipológicos y los diagnósticos dimensionales. Los diagnósticos tradicionales han sido tachados de "etiquetas" estáticas y de ser categorías falsamente dicotómicas.

---

<sup>9</sup>Una historia de este concepto puede hallarse en Weber & Scharfetter (1984).

Dado que en Psicopatología no existen tests biológicos o psicológicos que determinen categorialmente la existencia de una alteración, se puede conceptualmente apelar a una concepción dimensional. Más aún, como afirman Robins & Helzer (1986), el diagnóstico psicopatológico *siempre* se efectúa sobre una base dimensional conceptual de partida. La diferencia entre los sistemas llamados categoriales y los dimensionales residiría, por lo tanto, en que los primeros denotan categorías sin determinar de modo explícito y/o empíricamente determinado el punto de corte. En otras palabras, el diagnóstico de "depresión" efectuado por un clínico tradicional se efectúa inevitablemente mediante el empleo implícito de algún tipo de dimensión (ej.: "¿se encuentra *muy* triste esta persona?").

El modelo médico tradicional ha considerado que existen estados mentales patológicos más o menos fácilmente reconocibles y distintivos (Strauss, 1975). Por otro lado, la perspectiva dimensional ha estado fundamentalmente auspiciada por psicólogos especialistas en análisis estadísticos multivariados (Feighner & Herbstein, 1987) que han criticado la existencia de categorías estancas y perfectamente definidas.

Esta polémica se inscribe en un debate de más largo alcance sobre la distinción cuantitativa-cualitativa de lo patológico (McGuire, 1973). Así, según el modelo médico, la existencia de tipologías psicopatológicas estaría apoyada por el hecho de que determinados procesos "continuos" (ej.: el deterioro tisular) pueden dar lugar, una vez traspasado cierto umbral, a *entidades* cualitativamente distinguibles (ej.: síntomas clínicos de Alzheimer).

En realidad la categoría diagnóstica consiste justamente en un producto terminal supuestamente definitorio de las conductas, emociones, y cogniciones de un individuo. Sin embargo, en nuestra opinión, esta dicotomía «categoría vs. dimensión» se puede situar en *múltiples* niveles de análisis.

Para ilustrar esta idea, consideremos, como ejemplo paradigmático de esta aproximación, la concepción de "Neuroticismo" (N) en la obra de Eysenck (Eysenck, 1967; 1981). Este ejemplo pone de manifiesto justamente la multiplicidad de niveles de análisis a

la que hacemos referencia. En efecto, si bien Eysenck plantea que el N constituye una *dimensión* continua a lo largo de la cual se puede situar cualquier individuo, las personas "neuróticas" se caracterizan por sobrepasar un límite arbitrario -establecido estadísticamente- dentro de esa dimensión. De este modo, como puede apreciarse, dos estrategias aparentemente antagónicas se combinan dentro de una misma perspectiva. El sofisticado modelo psicométrico de conducta anormal de H.A. Skinner (1981, 1984), basado en las puntuaciones del MMPI, se basa igualmente en este criterio mixto.

El debate sobre una eventual elección de una opción categorial o dimensional requiere responder a la pregunta de en cuáles de los niveles se implantaría la dimensionalidad. ¿En el sintomatológico? ¿En el sindrómico? ¿En el del cuadro? ¿Podrían coexistir ambas estrategias? ¿Qué medidas se deberían emplear en cada uno de los casos? De este modo, la discusión se puede trasladar tanto a las unidades de análisis como a las categorías, siendo la decisión de medida, en cada uno de los casos, *independiente* una de otra:

a) *Unidades de análisis*. En efecto, éstas pueden, por ejemplo, evaluarse dimensionalmente (mediante el empleo de criterios cuantificadores) y, a su vez, esta dimensionalidad se podría "categorizar" empleando un criterio dicotomizador, de tal modo que, una vez el sujeto obtiene una determinada puntuación en el continuo, se considera que el síntoma está *presente*. Este es, en concreto, el típico método empleado en las entrevistas estructuradas psicopatológicas actuales (véase Vázquez, 1990a).

b) *Categorías*. Una posible segunda fase consiste en el método de medida de las categorías. Como ya hemos señalado, éstas normalmente se evalúan categorialmente. De la combinación, mediante reglas más o menos precisas, de una serie de unidades se determina la presencia/ausencia de la categoría. Sin embargo, el proceso no tiene porqué detenerse aquí. Si bien este sistema puede ser de utilidad para adscribir sujetos a categorías homogéneas, parece más bien pobre para evaluar la intensidad y variedad

sintomatológica del individuo. Así, por ejemplo, en el ámbito de la investigación terapéutica resulta obligado proporcionar información categorial de los pacientes pero, *sobre todo*, información dimensional. Es decir, no sólo basta con determinar el tipo de paciente (ej.: depresivo bipolar) sino que se hace necesario evaluar la intensidad de sus síntomas en un continuo (ej.: mediante el empleo de un inventario o escala de síntomas).

En el terreno de la teoría clínica, esta polémica está muy viva en áreas como la depresión (Beck, 1976). Para muchos autores, la depresión o la ansiedad han de concebirse como una dimensión que oscila, en un continuo, entre la normalidad y los estados patológicos. Kendell & Gourlay (1970), por ejemplo, han demostrado, mediante técnicas de análisis discriminante, que bajo la clásica distinción «depresión psicótica vs. neurótica» en realidad subyace una distribución unimodal basada en la gravedad sintomatológica (Vázquez, 1990c).

El problema teórico dimensional-categorial no está resuelto ni se puede reducir a una decisión simplista (Grayson, 1987). Nos parece ingenua la pretensión de dar una respuesta única. El uso de técnicas multivariadas y de programas comprensivos de validación creemos que ayudarán a dar respuesta a este dilema. Es posible que determinadas subclasificaciones, como la «depresión unipolar vs. bipolar» puedan concebirse más adecuadamente como auténticas categorías con un más que aceptable grado de homogeneidad (Andreasen et al., 1988) o bien que en determinadas áreas -como la personalidad- una perspectiva dimensional sea más adecuada que una categorial (Lang, 1978; Frances, 1982). Asimismo, como hemos indicado, ambas aproximaciones pueden ser *complementarias* tanto en el contexto de la práctica clínica como en la formulación de modelos *teóricos* (Maxwell, 1972; Skinner, 1981).

Si el proceso diagnóstico y terapéutico es, en último término, un proceso complejo de toma de decisiones (Kanfer, 1985), parece bastante evidente que se vería simplificado con una estrategia dimensional (Robins & Helzer, 1986). Un sistema dimensional obviaría el problema de los diagnósticos "probables", o "atípicos", pues se proporcionaría una puntuación en un continuo. Asimismo, el problema de las jerarquías de respuestas y/o

categorías se minimizaría pues cada sujeto podría recibir una puntuación en las categorías fundamentales que le afectasen.

Sin embargo, es posible que la adopción de un sistema dimensional de las categorías tenga importantes limitaciones prácticas (Spitzer, Skodal & Williams, 1981). Así, por ejemplo, se debería tomar constantemente la decisión de asignar pesos específicos a los síntomas y esto no es en modo alguno sencillo (véase Zimmerman et al., 1986). Además, las tomas de decisiones diagnósticas y/o terapéuticas deberían basarse en los puntos de corte determinados empíricamente y esto supondría tener que efectuar, a la postre, decisiones dicotomizantes (Finn, 1982).

La potencial ventaja de un sistema dimensional residiría, no obstante, en la adopción de diversos puntos de corte que se podrían determinar matemáticamente con el fin de maximizar las relaciones, por ejemplo, entre diagnósticos falsos positivos y falsos negativos, o bien con el fin de tomar decisiones en diferentes ámbitos. Una estrategia de este tipo permitiría disponer de tablas coste-beneficio respecto a diferentes tomas de decisiones y en base a diferentes puntos de corte (Sackett et al., 1985; véase Robins & Helzer, 1986). En cualquier caso, la utilidad de estos puntos dicotomizadores debería determinarse siguiendo los mismos pasos y procedimientos que los utilizados para evaluar un sistema categorial.

Siguiendo esta especulación sobre un diagnóstico dimensional, creemos que incluso se podría emplear el concepto del prototipo, o caso ideal (Cantor et al., 1980). En definitiva, empleando la estrategia de la denominada «validación de criterio» (Zwick, 1983) se podría medir el grado de parecido entre la persona que estamos evaluando y dicho caso prototípico, a lo largo de una dimensión de *similitud*.

Esta es una discusión de cierta importancia pues, en último término, nos retrotrae al viejo debate entre aquéllos que defienden que la anormalidad es un estado cualitativamente diferente al de la normalidad (Jaspers, 1958), frente a aquéllos otros que consideran que la anormalidad o bien está arbitrariamente definida (Kanfer & Saslow, 1965) o bien es el extremo de un contínuo (Beck, 1976; Eysenck et al., 1983).

Las clasificaciones psicopatológicas actuales (RDC, DSM-III, DSM-III-R, etc.) son decididamente categoriales. Es decir, el empleo de una serie de criterios explícitos y razonablemente bien definidos conduce a un diagnóstico categorial de «todo o nada»<sup>10</sup>. Y esto es así por razones no tanto epistemológicas, como pragmáticas. Como hemos señalado, la adopción de un sistema dimensional exigiría la selección de *instrumentos* de medida y, normalmente, de modelos teóricos específicos. En el estadio actual del desarrollo científico de la Psico(pato)logía, ésta es una tarea sumamente improbable si bien creemos positiva esta "tensión" dimensionalizadora, especialmente en categorías diagnósticas que, como las alteraciones de la personalidad, están deficientemente establecidas.

#### **Modelos de agrupación de unidades: Politéticos versus monotéticos**

El proceso básico de toda taxonomía consiste en agrupar determinadas características en entidades más generales. El primer paso, por lo tanto, consiste en la observación y recogida de datos brutos. El segundo paso del proceso consiste en la *agrupación* de dichos elementos, o atributos clínicos, en categorías homogéneas.

Anteriormente señalamos que parece difícil no emplear ciertos procesos inferenciales a no ser que se asuma el riesgo seguro de incurrir en un descriptivismo esterilizante. Incluso nos parece poco probable la posibilidad de efectuar observaciones "ateóricas". En efecto, en el proceso de selección de un observable, éste es elegido porque se supone que es un buen *signo* de un constructo superior (ej.: "ansiedad").

Dado el carácter racionalizador que se le supone a todo sistema de clasificación, éste debe permitir dividir a los sujetos en grupos homogéneos. No obstante, los criterios de homogeneidad pueden entenderse de modos diversos (McQuitty, 1961; Blashfield & Draguns, 1976a):

1) que los miembros de la categoría sean más semejantes al menos a un miembro de la misma, que a cualquier miembro de otra categoría;

---

<sup>10</sup>No obstante, los criterios diagnósticos RDC, por ejemplo, aún dentro de este enfoque dicotómico, permiten una valoración probabilística de los síntomas o categorías diagnósticas.

2) que los miembros de la categoría sean más semejantes a todos los miembros de la misma que a todos los miembros de cualquier otra categoría; y

3) que los miembros tengan una mayor semejanza media a todos los miembros de la misma que a todos los miembros de cualquier otra categoría.

Esta diversidad plantea, evidentemente, la posibilidad de emplear *diversos* criterios de "ajuste" en el proceso de validación de un sistema clasificatorio. Es importante advertir que cada uno de estos procedimientos puede que emplee diferentes presupuestos teóricos, estrategias de investigación, y unidades de análisis. Por otro lado, ninguna de éstas opciones tiene claras ventajas respecto al resto (Millon, 1987). La utilidad de cada criterio deberá establecerse de modo empírico siguiendo un proceso de validación global (Skinner, 1981).

Desde la perspectiva del proceso de agrupamiento, un sistema clasificatorio óptimo debería satisfacer una serie de requisitos que, en su conjunto, harían de él un instrumento eficaz e inequívoco. Kendell (1975) señaló algunos de estos criterios<sup>11</sup>:

1. Las categorías deberían ser mutuamente exclusivas y conjuntamente exhaustivas. Es decir, no debería haber la posibilidad de solapamiento diagnóstico de modo que cada individuo sería clasificado en sólo una categoría y, por otro lado, en el conjunto de categorías diagnósticas debería tener cabida cualquier individuo.

2. Todos los miembros de una clase deberían poseer las características definitorias de una clase y de sólo una de ellas.

3. Las características definitorias nunca deberían estar presentes parcialmente (i.e., clasificaciones *politéticas*) sino que deberían estar, dicotómicamente, presentes o ausentes (i.e., clasificaciones *monotéticas*). Como ya hemos señalado en la discusión sobre dimensiones vs. categorías, este principio no se cumple en los sistemas nosológicos en Psicopatología y, en realidad, en casi ningún sistema clasificatorio.

---

<sup>11</sup>Criterios antitéticos, por cierto, a los comprendidos en el pasaje de J.L. Borges con que abríamos este capítulo.

Una nosología monotética supondría que todos los sujetos de una categoría dada compartirían *exactamente* los mismos atributos clínicos. Blashfield & Draguns (1976), en reacción contra el tópico de que la ausencia de principios monotéticos es un grave problema de las clasificaciones en Psicopatología, sostienen que las clasificaciones politéticas son más útiles pues permiten acoger más adecuadamente la variabilidad del comportamiento (patológico) humano. De otro modo, se necesitarían categorías excesivamente restrictivas en las que se aumentaría la validez interna a costa de una pérdida de validez externa o generabilidad.

En muchas ocasiones (ej.: Labrador & Mayor, 1983) se ha criticado el hecho de que las categorías psicopatológicas no obedezcan a principios *monotéticos*. Sin embargo, éstos apenas existen, incluso en las ciencias de la naturaleza. Por el contrario, son las clasificaciones *politéticas*, como el DSM-III, las más frecuentes. En estas clasificaciones existe una flexibilidad diagnóstica, de modo que personas con *diferentes* agrupaciones de síntomas pueden todas ellas recibir la misma etiqueta y, a pesar de todo, formar un grupo diagnóstico relativamente homogéneo siguiendo los mencionados principios de Blashfield & Draguns (1976a).

Sin embargo, en la teoría de las clasificaciones no se considera que ésto sea necesariamente una limitación de un sistema nosológico dado. Dada la variabilidad molecular de la conducta humana, resulta casi imposible observar patrones de conducta perfectamente idénticos. En Psicopatología la mayoría de los sistemas de clasificación tienen este hecho en cuenta. Así, dos individuos pueden pertenecer a la misma categoría (ej.: esquizofrenia) a pesar de que no compartan los mismos *tipos* de síntomas. Esta característica del sistema permite una mayor flexibilidad diagnóstica y reconoce la intrínseca variabilidad interindividual del comportamiento. No obstante, como hemos demostrado matemáticamente en otro lugar (Vázquez, 1990b), en algunos «trastornos de personalidad» del DSM-III-R (APA, 1987) cabe la ridícula posibilidad de que más de 2.000 patrones de conducta diferentes reciban la *misma etiqueta diagnóstica*.

### **Métodos de agrupación de unidades: Clínicos versus empíricos**

El proceso inductivo diagnóstico puede efectuarse siguiendo diversos procedimientos. Tradicionalmente, el método de agrupación empleado ha estado basado en la experiencia clínica. Al menos desde la Medicina hipocrática éste ha sido el modelo básico de funcionamiento, con todos los sesgos obvios a los que el clínico está expuesto cuando realiza dicha actividad.

El nivel de análisis del tradicional método clínico observacional sólo permite efectuar relaciones entre elementos en el nivel más bien superficial. Sin embargo, a veces la covariación entre determinados atributos clínicos entre sí o la relación entre éstos y determinados factores etiológicos no es tan obvia<sup>12</sup>. Frente a la alternativa clínica existen métodos multivariados de clasificación que permiten formar grupos en base a las covariaciones estadísticas de las unidades de análisis elegidas. De este modo, las "taxonomías numéricas" multivariadas (cfr. McGuire, 1973) pueden ser de gran utilidad.

Otra obvia ventaja de los métodos numéricos taxonómicos es la posibilidad de introducir en el análisis multitud de variables *simultáneamente*. Mientras que la capacidad de los seres humanos de manejar información es bastante limitada (Vázquez, 1985), las técnicas de computación permiten la entrada potencialmente ilimitada de información y, además, pueden descubrir covariaciones sutiles (Andreasen & Grove, 1982; Blashfield, 1984).

Los procedimientos multivariados son también importantes en el proceso de *validación* (ej.: Zubin et al., 1975; Andreasen et al., 1988). Así, técnicas como el análisis discriminante permiten comprobar la adecuación del uso de un criterio de clasificación determinado (ej.: Zabala et al., 1986). Por otro lado, técnicas más modernas y complejas, como las ecuaciones estructurales (Bentler, 1986; Jöreskog, 1985) permiten descubrir nexos *causales* entre diversas variables, lo que puede tener una extraordinaria relevancia en la investigación etiológica<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup>El descubrimiento de la patogénesis de la "Parálisis General Progresiva" ilustra cómo la observación de la covariación clínica no basta para el análisis causal.

<sup>13</sup>Un análisis más detallado de éstas y otras técnicas, como los MANOVA, análisis log-linear, etc. puede encontrar en diversas fuentes específicas (ej.: Blashfield, 1984; Grove & Andreasen, 1986; McGuire, 1973; Everitt, 1980; Harman, 1976; Kendell, 1975; Comrey, 1988).

Las técnicas matemáticas de clasificación más habitualmente empleadas son el análisis factorial (AF) y el análisis de *clusters* (AC). Mientras que el AF permite el agrupamiento de *síntomas* en síndromes y, eventualmente, en cuadros psicopatológicos, el AC es empleado fundamentalmente para clasificar *sujetos*. En ambos casos, no se presupone ningún tipo de clasificación apriorística sino que el propio procedimiento las "descubre". Esta característica permite que procedimientos como el AC sean adecuados en estudios exploratorios de clasificación (ej.: Mezzich, 1978, 1984b).

Cada uno de estos métodos se puede llevar a cabo siguiendo diversas técnicas (Sprock & Blashfield, 1984). Así, el AC engloba procedimientos estadísticos como el método de Ward, el análisis factorial inverso, etc. -véase Everitt, 1980-. En el AF se distinguen dos procedimientos básicos. El «análisis factorial» propiamente dicho intenta desvelar la estructura subyacente de los datos intentando hallar los factores que explican la interrelación entre las *variables*; es decir, se intenta formar combinaciones de variables que expliquen tanta varianza como sea posible. A menudo los factores resultantes se rotan, lo que intrínsecamente conlleva un problema conceptual (Gould, 1984). Además, la elección del número de factores puede dar diferentes soluciones factoriales para un mismo conjunto de datos, lo que añade cierto grado de arbitrariedad al AF. Por otro lado, el procedimiento de «componentes principales» consiste en hallar un conjunto mínimo de variables que explique, en conjunto, el máximo de varianza. Esta distinción en procedimientos es importante pues, como puede apreciarse, los supuestos teóricos en que se asientan son diferentes.

En definitiva, mientras que el AC organiza a los sujetos en categorías descriptivas o *clusters*, *identificando subpoblaciones*, el AF, aproximándose más a una concepción *dimensional* (cfr. Sprock & Blashfield, 1984), organiza las variables en síndromes o grupos de datos correlacionados, *identificando dimensiones* o *factores* a lo largo de los cuales se pueden situar los sujetos.

Sin embargo, el uso de técnicas multivariadas no resuelve por sí sólo el problema de la clasificación. Creer lo contrario es un espejismo ya advertido por Moore (1929) en el primer

trabajo en el que se utilizaron técnicas factoriales en la clasificación psiquiátrica. Las técnicas estadísticas dependen básicamente de la *elección previa* de observables. Así pues, el uso de éstas técnicas no exime de efectuar una labor previa de análisis y, además, los resultados dependerán en buena medida de esta tarea.

Por otro lado, se corre el riesgo de reificar los factores obtenidos y otorgándoles una existencia real que a veces está bastante lejos de la naturaleza real de los datos que sirvieron como punto de partida. Asimismo, como ha señalado Gould (1984) en su fascinante libro, las técnicas factoriales en sí mismas pueden ser excesivamente artificiosas. Otro problema es el de la diversidad de soluciones factoriales que pueden obtenerse a partir de un mismo conjunto de datos (Sprock & Blashfield, 1984), así como la notable variabilidad en los resultados que pueden introducir pequeñas variaciones en el tamaño de las muestras y/o tipo de medidas empleadas (Kendell, 1975; Comrey, 1988).

Por último, Millon (1987) ha efectuado una aguda observación teórica al señalar que a veces puede ser antitético el modelo teórico subyacente al empleo del análisis factorial y el modelo implícito de Psicopatología que se está asumiendo. Así, por ejemplo, mientras que los factores son *independientes* entre sí, parece poco probable que las entidades clínicas sean ortogonales *en realidad*. Asimismo, el AF asume un modelo *aditivo* respecto a las relaciones entre las variables, lo que no se corresponde necesariamente con el comportamiento real de las variables psicológicas.

### **CATEGORÍAS CERRADAS Y ABIERTAS. LOS PROTOTIPOS.**

Una de las objeciones contra los sistemas clasificatorios ha sido el considerar que las categorías diagnósticas psicopatológicas, a diferencia de lo que sucede en otros ámbitos científicos, no son categorías *cerradas*. Es decir, no es necesaria la posesión de una determinada característica irrenunciable para que un individuo sea incluido en una categoría diagnóstica. Esto hace que el sistema de clasificación sea mucho más abierto de lo que se supone tendría que ser un sistema de clasificación científico.

Según este frecuente tipo de críticas, un sistema de clasificación debería ser exhaustivo, con criterios mutuamente exclusivos, y cualitativamente diferentes (Sprock & Blashfield, 1984; Robins & Helzer, 1986). Sin embargo, como sugerimos al distinguir clasificaciones politéticas de las monotéticas, es posible que las clasificaciones naturales no tengan que satisfacer necesariamente estos requisitos para tener naturaleza científica.

La investigación sobre *conceptos naturales* es un importante punto de referencia para ilustrar adecuadamente esta disputa (ej.: Belloch & Baños, 1986). A mediados de los años 70 se inició una importante serie de investigaciones en Psicología sobre cómo clasifican las personas objetos en categorías. Es decir, se pretendía estudiar el tipo de de categorías, implícitas o no, que la gente utiliza para ordenar los objetos del entorno.

En estos estudios experimentales se demostró de que las categorías naturales no son categorías cerradas sino que tienen ciertas zonas de *incertidumbre*. Así, por ejemplo, una categoría aparentemente clara como la de "animal", no permite identificar elementos-límite como los virus. En definitiva, el concepto platónico de categorías ideales perfectamente cerradas no se corresponde adecuadamente con el funcionamiento real cognitivo de los seres humanos.

Se ha propuesto el término *prototipos* para señalar justamente este tipo de categorías flexibles (Rosch, 1978). Ahora bien, podemos preguntarnos si este tipo de de categorías abiertas existe también en las clasificaciones científicas. Es posible que, como Cantor et al. (1980) señalaron en su ya clásico estudio, las críticas al uso contra los sistemas diagnósticos están fundadas en una concepción clásica de lo que es la actividad clasificatoria. Esta visión clásica del diagnóstico conlleva, de modo implícito, una teoría sobre la naturaleza de las categorías diagnósticas en Psicopatología. En efecto, estas categorías se habrían de caracterizar por estar compuestas de elementos *definitorios* individuales necesarios y, en su conjunto, suficientes para determinar si un miembro determinado pertenece a la categoría (Morey & McNamara, 1987). Esto supondría, obviamente, que la categoría tiene límites claramente definidos de modo que, idealmente, no permitiese la existencia de casos fronterizos o ambiguos. Por otro lado, y esto tiene una

gran importancia para la Psicopatología, el conjunto de miembros incluidos en una categoría dada habría de tener una gran homogeneidad de características puesto que pertenecen a la misma categoría (Cantor et al., 1980).

Muchas de las recomendaciones normalmente efectuadas para mejorar los sistemas diagnósticos (ej.: Eysenck et al., 1983) apelan a un mayor esfuerzo en la determinación de características que reúnan condiciones de suficiencia y necesidad y, por tanto, apelan al mencionado modelo tradicional del diagnóstico.

Sin embargo, esta visión clásica de la clasificación tiene serios problemas epistemológicos. Como indicó Wittgenstein (1953) la pertenencia de un miembro dado a una categoría se basa *en cada caso* en un conjunto peculiar de características. Trasladando esta observación al diagnóstico psicopatológico, supone afirmar que diferentes sujetos con el mismo diagnóstico no han de presentar necesariamente el mismo número y/o tipo de síntomas. La mayor parte de las clasificaciones naturales parecen ajustarse adecuadamente a este principio *abierto*. Por tanto la ausencia de características definitorias es una característica esencial de una categoría no sólo en el marco de la lógica formal sino también para la Psicología y las actividades taxonómicas en general.

Una *perspectiva prototípica* de la clasificación asume justamente que apenas existen características definitorias de los miembros pertenecientes a la categoría. Es decir, es difícil que *todos* los miembros de la categoría compartan las mismas características (Rosch & Mervin, 1975). Sin embargo, algunas características poseen una asociación más estrecha que otras con la pertenencia a esa categoría; así, tener plumas es más definitorio de la categoría "Pájaro" que la característica de "volar". Determinados miembros de la categoría poseen un mayor número de estas características y, por lo tanto, pueden denominarse *prototipos* o, en otras palabras, *casos ejemplares*. Esta concepción ontológica de la clasificación plantea serias dudas, por consiguiente, respecto a la existencia de "tipos diagnósticos puros".

Por otro lado, la fiabilidad diagnóstica de un caso dado va a estar muy afectada por el número de características prototípicas que ese caso en concreto posea. Así, cuanto más

típico o, empleando la terminología de Amos Tversky (1977), cuantas más características de familiaridad posea ese caso, más precisa será su adscripción diagnóstica. Es interesante, en nuestra opinión, señalar que esta aproximación prototípica al diagnóstico también está en cierto modo contemplada por Grove et al. (1981, p. 411) cuando plantean el interesante argumento de que, en investigaciones sobre fiabilidad, ésta será mayor cuando el conjunto de casos bajo estudio no sean de alta dificultad -o, vale decir, confusos- sino "casos de libro". De hecho, como ha observado Woods (1979) el problema de fiabilidad diagnóstica se suele establecer cuando se evalúan casos límite. En este caso es cuando el empleo de reglas diagnósticas estrictas puede ser más útil.

Cantor et al. (1980) han indicado que los sistemas diagnósticos psicopatológicos poseen las mismas características que los sistemas naturales de clasificación de objetos:

- a) se carece de características *definitorias* en sentido estricto;
- b) existe una gran diversidad entre los miembros adscritos a una categoría, de modo que existen casos-límite de difícil ubicación;
- c) los miembros poseen el mismo número de características fundamentales; y,
- d) no se da una jerarquización perfecta.

Estos autores proponen que tales sistemas diagnósticos pueden concebirse, en realidad, como sistemas de prototipos más que sistemas tradicionales, sin que ello suponga menoscabo alguno para su viabilidad.

¿En qué consiste la concepción prototípica del diagnóstico? El punto básico de esta perspectiva diagnóstica es que no todas las características de la categoría son condiciones necesarias y suficientes para la pertenencia a la misma sino que *correlacionan*, en mayor o menor grado, con la categoría (Cantor & Genero, 1986). Por otro lado, como señalan Eysenck et al. (1983), al depender conceptualmente de la correlación entre características, el DSM-III se aproxima conceptualmente a los modelos psicométricos tradicionales y las dimensiones del análisis factorial.

Lo llamativo de esta interpretación del diagnóstico es que sistemas como el DSM-III y el DSM-III-R en realidad se ajustan a este principio clasificatorio abierto. En efecto, baste contemplar, por ejemplo, que la definición de "depresión unipolar" el individuo bajo estudio debe manifestar, por ejemplo, al menos *cinco* síntomas de un total de nueve posibles (ej.: insomnio o hipersomnio, fatiga, pensamientos suicidas, ideas de culpa, anhedonia, etc.), siendo sólo necesario que manifieste al menos uno de los siguientes: estado de ánimo deprimido, o una marcada pérdida de placer (DSM-III-R, 1987). Incluso, en la versión futura de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10), cada categoría diagnóstica probablemente irá acompañada de una descripción prototípica del cuadro en cuestión (Vázquez, 1990b).

Estas clasificaciones abiertas tienen obvias ventajas para entender de modo flexible los problemas clínicos (Blashfield et al., 1985; Cantor et al., 1980; Horowitz et al., 1981) y, además, se ajustan bastante a lo que es la actividad cognitiva del clínico. No obstante, como hemos indicado, este isomorfismo entre los conceptos prototípicos y la actividad cognitiva humana no basta por sí solo para refrendar la validez de dicha aproximación. De hecho, como señalan el criterio definitivo sobre la configuración de un concepto psicopatológico ha de venir determinado empíricamente, es decir, en último término la determinación de si un concepto "clásico" es válido o no dependerá del análisis psicométrico que se efectúe del mismo.

## **RESUMEN**

La crítica a la actividad clasificatoria ha estado repleta de tópicos. La clasificación diagnóstica se fundamenta en la existencia, todavía no explicada adecuadamente, de covariaciones probabilísticas de conductas en los seres humanos. Ahora bien, la verificación de la validez de las etiquetas o constructos clasificatorios ha de ser siempre sometida a un escrupuloso análisis empírico. Este será el criterio definitivo y único para contrastar su validez (Morey & MacNamara, 1987; Silva, 1989). Aunque en el contexto terapéutico puede ser admisible el rechazo a las categorías diagnósticas como unidad de

análisis, éstas son imprescindibles para la investigación y el avance teórico de la Psicopatología. Por otro lado, una aproximación categorial al diagnóstico no es excluyente de una aproximación simultánea dimensional (por ejemplo, tras efectuar un diagnóstico de "depresión unipolar", podemos efectuar un análisis cuantitativo sistemático de todas aquellas variables que consideremos de interés). En cuanto a la medida de las propias unidades de estudio (signos, síntomas, o categorías) los procedimientos clínicos siguen siendo imprescindibles; los métodos multivariados, como el análisis factorial, pueden ser una herramienta auxiliar en el proceso de validación de un sistema nosológico, aun reconociendo las limitaciones que imponen sus problemas conceptuales y metodológicos.

Aunque una crítica tradicional a los sistemas diagnósticos ha sido la de que permiten una gran heterogeneidad en los miembros pertenecientes a una categoría. Sin embargo, las investigaciones recientes de la Psicología cognitiva sobre la formación de conceptos, en realidad avala la legitimidad y utilidad de una perspectiva clasificatoria prototípica.

### **BIBLIOGRAFIA**

- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., & Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. [Trad. esp. en Masson, 1983]
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed. Revised)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. [Trad. esp. en Masson, 1988]
- Andreasen, N.C., & Grove, W. (1982). The classification of depression: A comparison of traditional and mathematically derived approaches. *American Journal of Psychiatry*, 139, 45-52.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Belloch, A., & Baños, R.M. (1986). Clasificación y categorización en psicopatología. En A. Belloch & Barreto, M.P. (Eds.), *Psicología clínica: Trastornos bio-psico-sociales*. Valencia: Promolibro.

- Bentler, P.M. (1986). *Theory and implementation of EQS: A structural equations program*. Los Angeles, CA: BMDP Statistical Software, Inc.
- Blashfield, R.K. & Draguns, J.G. (1976a). Evaluative criteria for psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 140-150.
- Blashfield, R.K. & Draguns, J.G. (1976b). Toward a taxonomy of psychopathology. *British Journal of Psychiatry, 42*, 574-583.
- Blashfield, R.K. (1984). *The classification of psychopathology: Neokraepelinian and quantitative approaches*. New York: Plenum.
- Blashfield, R.K., Sprock, J., Pinkston, K., & Hodgin, J. (1985). Exemplar prototypes of personality disorder diagnosis. *Comprehensive Psychiatry, 26*, 11-21.
- Cantor, N., & Genero, N. (1986). Psychiatric diagnosis and natural categorization: A close analogy. En T. Millon & G. Klerman, *Contemporary directions in Psychopathology : Towards the DSM-IV*. New York: Guilford.
- Cantor, N., Smith, E.E., French, R., & Mezzich, J. (1980). Psychiatric diagnosis as prototype categorization. *Journal of Abnormal Psychology, 89*, 181-193.
- Cloninger, C.R. (1988). Overview and importance of comorbid symptoms for theories of psychopathology. En J.D. Maser & Cloninger, C.R. (Eds.), *Comorbidity in anxiety and mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Comrey, A.L. (1988). Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 754-761.
- Cornes, J.M. (1987). Enfoque biológico-evolutivo de la enfermedad mental. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 14*, 219-230.
- Corson, S.A., & O'Leary, E. (Eds.). (1980). *Ethology and nonverbal communication in mental health*. Oxford: Pergamon.
- Cronbach, L.J., & Meehl, P.E. (1955). Construct validity in psychological tests. *psychological Bulletin, 52*, 281-302.
- Delprato, D.S. (1980). Heredity determinants of fears and phobias: A critical review. *Behavior Therapy, 11*, 79-103.
- Everitt, B.S. (1980). *Cluster analysis*. London: Halstead Press.
- Eysenck, H.J. (1981). *A model for personality*. Berlin: Springer.
- Eysenck, H.J., Wakefield, J.A., & Friedman, A.F. (1983). Diagnosis and clinical assessment: The DSM-III. *Annual Review of Psychology, 34*, 167-193.
- Feighner, J.P., & Herbstein, J. (1987). Diagnostic validity. En C.G. Last & M. Hersen (Eds.), *Issues in diagnostic research*. New York: Plenum.
- Fernández Ríos, L. (1988). Modelos biológico-evolutivos de la enfermedad mental: ¿Para qué? *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 15*, 143-151.

- Finn, S.E. (1982). Base rates, utilities, and DSM-III: Shortcomings of fixed-rule systems of psychodiagnosis. *Journal of Abnormal Psychology, 91*, 294-302.
- Fossi, L., Faravelli, C., & Paoli, M. (1984). The ethological approach to the assessment of depressive disorders. *JNMD, 172*, 332-341.
- Frances, A. (1982). Categorical and dimensional systems of personality diagnosis: A comparison. *comprehensive Psychiatry, 23*, 516-527.
- Gallup, G.G., & Maser, J.D. (1983). Catatonia. En J.D. Maser & M.E.P. Seligman (Eds.), *Modelos experimentales en Psicopatología*. Madrid: Alhambra. (Orig. 1977).
- Gardner, M. (1987). *Orden y sorpresa*. Madrid: Alianza.
- Gould, S.J. (1984). *La falsa medida del hombre*. Barcelona: Orbis. (Orig., 1981).
- Grayson, D.A. (1987). Can categorical and dimensional views of psychiatric illness be distinguished?. *British Journal of Psychiatry, 151*, 355-361.
- Grove, W.M., & Andreasen, N.C. (1986). Multivariate statistical analysis in psychopathology. En T. Millon & G. Klerman, *Contemporary directions in Psychopathology: Towards the DSM-IV*. New York: Guilford.
- Grove, W.M., Andreasen, N.C., McDonald-Scott, P., Keller, M.B., & Shapiro, R.W. (1981). Reliability studies in psychiatric diagnosis: Theory and practice. *Archives of General Psychiatry, 38*, 408-413.
- Grünbaum, A. (1984). *The foundations of psychoanalysis: A philosophical critique*. Berkeley: University of California Press.
- Hogan, R., & Nicholson, R.A. (1988). The meaning of personality test scores. *American Psychologist, 43*, 621-626.
- Horowitz, L.M., Wright, J.C., Lowenstein, E., & Parad, H.W. (1981). The prototype as a construct in abnormal psychology: 1. A method for deriving prototypes. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 568-574.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry, 12*, 529-538.
- Kanfer, F.H. (1985). Target selection for clinical change programs. *Behavioral Assessment, 7*, 7-20.
- Kazdin, A.E. (1983). Psychiatric diagnosis, dimensions of dysfunction and child behavior therapy. *Behavior Therapy, 14*, 73-99.
- Kazdin, A.E. (1985). Selection of target behaviors: The relationship of the treatment focus to clinical dysfunction. *Behavioral Assessment, 7*, 33-47.
- Kendell, R.E. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- Kendell, R.E., & Gourlay, J. (1970). The clinical distinction between psychotic and neurotic depressions. *British Journal of Psychiatry, 117*, 257-266.

- Klerman, G.L. (1988). Approaches to the phenomena of co-morbidity. En J.D. Maser & Cloninger, C.R. (Eds.), *Comorbidity in anxiety and mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Klerman, G.L., Endicott, J., Spitzer, R.L., & Hirschfeld, R.M. (1979). Neurotic depressions: A systematic analysis of multiple criteria and meanings. *American Journal of Psychiatry*, 136, 57-61.
- Lang, P.J. (1978). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J.M. Schlien (Ed.), *Research in psychotherapy. Vol. 3*. Washington: American Psychological Association.
- Leahey, T. (1980). The myth of operationism. *Journal of Mind and Behavior*, 1, 127-143.
- Maxwell, A.E. (1972). Difficulties in a dimensional description of symptomatology. *British Journal of Psychiatry*, 121, 19-27.
- Mayor, J. & Labrador, F.J. (1985). Fundamentos teóricos y metodológicos de la modificación de conducta. En J. Mayor & F.J. Labrador (Eds), *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- McGuire, R.J. (1973). Classification and the problem of diagnosis. En H.J. Eysenck (Ed.), *Handbook of Abnormal Psychology*. San Diego, CA: EdITS.
- McQuitty (1967). A mutual development of some typological theories and pattern-analytic methods. *Educational and Psychological Measurement*, 17, 21-46.
- Meehl, P. (1973). *Selected papers*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Meehl, P. (1986). Diagnostic taxa as open concepts: Metatheoretical and statistical questions about reliability and construct validity in the grand strategy of nosological revision. En T. Millon & G. Klerman, *Contemporary directions in Psychopathology : Towards the DSM-IV*. New York: Guilford.
- Mezzich, J. (1978). Evaluating clustering methods for psychiatric diagnosis. *Biological Psychiatry*, 13, 265-281.
- Mezzich, J. (1984). Multiaxial diagnostic systems in psychiatry. En H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry (4ª ed.)*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1987). On the nature of taxonomy in psychopathology. En C.G. Last & M. Hersen. (Eds.), *Issues in diagnostic research*. New York: Plenum.
- Mischel, T. (1977). The concept of mental health and disease: An analysis of the controversy between behavioral and psychodynamic approaches. *Journal of Medicine and Philosophy*, 2, 197-220.
- Moore, T.V. (1929). The empirical determination of certain syndromes underlying praecox and manic depressive psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 9, 719-738.
- Morey, L.C., & McNamara, T.P. (1987). On definitions, diagnosis, and DSM-III. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 3, 283-285.

- Ochoa, E.F. & Vázquez, C. (1989). Modelo de vulnerabilidad y esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría*, 1, 1-8.
- Öhman, A., Dimberg, U., & Lars-Göran, Ö. (1985). Animal and social phobias: Biological constraints on learned fear responses. En S. Reiss y R.R. Bootzin. (Eds.), *Theoretical Issues in behavior therapy*. Orlando: Academic Press.
- Pap, A. (1953). Reduction-sentences and open concepts. *Methods*, 5, 3-30.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression. Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Robins, L.N., & Helzer, J.E. (1986). Diagnosis and clinical assessment: The current state of psychiatric diagnosis. *Annual Review of Psychology*, 37, 409-432.
- Rosch, E. & Mervis, C.B. (1975). Family resemblances: Studies in the internal structure of categories. *Cognitive Psychology*, 7, 573-605.
- Rosch, E. (1978). Principles of categorization. En E. Rosch & B.B. Lloyds (Eds.), *Cognition and categorization*. Hillsdale, New Jersey: LEA.
- Sackett, D.L., Haynes, R.B., & Tugwell, P. (1985). *Clinical epidemiology: A basic science for clinical medicine*. Boston: Little, Brown.
- Sandler, J. & Davidson, R.S. (1977). *Psicopatología*. México: Trillas. (Orig., 1973).
- Silva, F. (1989). *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid: Pirámide.
- Skinner, H.A. (1981). Toward the integration of classification theory and methods. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 68-87.
- Skinner, H.A. (1984). Models for the description of abnormal behavior. En H.E. Adams & P.B. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology*. New York: Plenum.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., & Skodol, A.E. (1980). DSM-III: The major achievements and an overview. *American Journal of Psychiatry*, 137, 151-164.
- Sprock & Blashfield (1984). Classification and nosology. En M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook*. New York: Pergamon.
- Strauss, J.S. (1975). A comprehensive approach to psychiatric diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1193-1197.
- Taylor, C.B. (1983). DSM-III and behavioral assessment. *Behavioral Assessment*, 5, 5-14.
- Tversky, A. (1977). Features of similarity. *Psychological Reports*, 84, 327-352.
- Ullman, L.P. & Krasner, L.A. (1969). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: LEA.
- Vázquez, C. (1985). Limitaciones y sesgos en el procesamiento de la información: Más allá de la teoría del «hombre como científico». *Estudios de Psicología*, 23-24, 111-133.
- Vázquez, C. (1990a). Fundamentos del diagnóstico y la clasificación. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.). *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría*. Madrid: McGraw Hill.

- Vázquez, C. (1990b). Sistemas de clasificación en Psicopatología. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.). *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría*. Madrid: McGraw Hill.
- Vázquez, C. (1990c). Trastornos del estado de ánimo (I): Aspectos clínicos. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.). *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría*. Madrid: McGraw Hill.
- Vázquez, C., & Polaino, A. (1982). La indefensión aprendida en el hombre: Revisión crítica y búsqueda de un algoritmo explicativo. *Estudios de Psicología, 11*, 69-90.
- Weber, A.C. & Scharfetter, C. (1984). The syndrome concept: History and statistical conceptualization. *Psychological Medicine, 14*, 315-325.
- Widiger, T.A., & Frances, A. (1987). Definitions and diagnoses: A brief response to Morey and McNamara. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 3, 286-287.
- Woods, D.J. (1979). Carving nature at its joints? Observations on a revised psychiatric nomenclature. *Journal of Clinical Psychology, 35*, 912-920.
- Zabala, M.O., Abada, M.A., & Nieto, J. (1986). Análisis discriminante entre dos criterios diagnósticos de la neurosis. *Psiquis, 7*, 115-121.
- Zimmerman, M., Coryell, W., Corenthal, M.A., & Wilson, S. (1986). A self-report scale to diagnose major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 43*, 1076-1081.
- Zubin, J., Salzinger, K., Fleiss, J.L., Gurland, B., Spitzer, R.L., Endicott, J. & Sutton, S. (1975). Biometric approach to psychopathology. *Annual Review of Psychology, 26*, 621-671.
- Zwick, R. (1983). Assessing the psychometric properties of psychodiagnostic systems: How do the Research Diagnostic Criteria measure up?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 117-131.