

**Trabajo Final de Integración**  
**Licenciatura en Psicología**

**Caso C: Diagnósticos múltiples y  
tratamientos interrumpidos en el Hospital .**

**Autor: Mariano Martelletti**

**Tutora: Lic. María C. Vieyra**

## Índice

1	INTRODUCCIÓN.....	4
1.1	Objetivo General.....	4
1.2	Objetivos Específicos.....	5
2	MARCO TEÓRICO.....	5
2.1	Nociones generales.....	5
2.2	Diagnóstico descriptivo y diagnóstico explicativo.....	8
2.3	Diagnóstico sincrónico y diagnóstico diacrónico.....	10
2.3.1.	Tipos de diagnósticos sincrónicos.....	11
2.3.2.	El diagnóstico diacrónico.....	12
2.4	Relación entre diagnóstico y tratamiento.....	13
2.4.1.	¿Se trata un paciente o un sistema de interacciones?.....	13
2.4.2.	El diagnóstico en psiquiatría: una mirada crítica.....	14
2.4.3.	La teoría sistémica y la psicopatología.....	15
2.4.4.	Entender el problema del paciente como metáfora.....	17
2.4.5.	Analogía entre enfermedad mental y el problema planteado.....	18
2.4.6.	El fin perseguido por la terapia psicológica.....	20
3	DESARROLLO.....	20
3.1	Definición del tipo de estudio.....	20
3.2	Participante.....	20
3.3	Instrumentos.....	21
3.4	Procedimiento.....	21
3.4.1.	Historia de vida de C.....	22
3.4.2.	Análisis de hipótesis diagnósticas y tratamiento.....	23
3.4.2.1.	Tratamiento con Profesional “X” (psicóloga).....	23
3.4.2.2.	Análisis de la hipótesis diagnóstica: retraso mental.....	25
3.4.2.3.	Análisis del tratamiento con profesional “X”.....	25
3.4.2.4.	Tratamiento con profesional “Y” (psiquiatra).....	27
3.4.2.5.	Análisis de hipótesis diagnóstica.....	28
3.4.2.6.	Análisis de tratamiento con profesional “Y”.....	30
3.4.2.7.	Tratamiento con profesional “Z” (psicóloga).....	31

3.4.2.8.	Análisis de diagnóstico presuntivo.....	32
3.4.2.9.	Análisis del tratamiento con profesional “Z”.....	33
3.4.2.10.	Tratamiento con el Profesional “B” (psiquiatra).....	34
3.4.2.11.	Análisis del tratamiento con el Profesional “B”.....	35
3.4.3.	Informe psicodiagnóstico generado en base a los tests administrados.....	35
3.4.4.	Interpretación del material Obtenido.....	37
3.4.5.	Conclusiones y Relación con las Técnicas Administradas.....	38
3.4.6.	Breve descripción del tratamiento con Profesional “B”.....	39
3.5	Presentación de resultados.....	42
3.5.1.	Diagnóstico descriptivo nuevo.....	42
3.5.2.	Pautas para un nuevo diagnóstico. Criterios del CIE-10.....	42
3.5.3.	Diagnóstico diacrónico evolutivo original breve.....	43
3.5.4.	Lineamientos para un tratamiento nuevo.....	45
4	CONCLUSIONES.....	46
4.1	Consideraciones acerca de los objetivos.....	47
4.2	El proceso diagnóstico en un hospital público.....	48
5	BIBLIOGRAFÍA.....	51

## **INTRODUCCIÓN**

La Práctica Profesional fue realizada en un hospital público. La residencia se extendió por un total de 320 horas. Entre las actividades complementarias surgidas a partir de la clínica se destaca el armado de informes psicodiagnósticos, tabulación de datos de encuestas, participación en ateneos clínicos y discusión con profesionales acerca de temas relacionados con la práctica.

La actividad clínica en el Hospital tuvo lugar los días miércoles de 8 a 12 horas, transcurso dentro del cual se entrevistaba entre 5 y 9 pacientes, según la concurrencia. La actividad como residente consistió en observación participativa y toma de notas mientras se presenciaban entrevistas. En adición a esto, el doctor derivaba a los pacientes en condición de primera consulta al equipo de residentes para la administración de una batería psicodiagnóstica.

En el curso de la Práctica Profesional emergió un paciente, en adelante C, que se destacó por la dificultad en su diagnóstico y por la cantidad de tiempo que había pasado en el Hospital con un número de profesionales diferentes, todos con hipótesis diagnósticas dispares. El caso clínico de C será objeto de análisis y exposición en el presente trabajo de investigación final. Se pretende abordar un estudio de la historia clínica de C, revisar las hipótesis diagnósticas que surgieron en su curso, y proponer un diagnóstico nuevo que permita trabajar con él.

### **Objetivo General**

Describir el proceso de tratamiento de un paciente que a lo largo de tres años ha recibido diferentes diagnósticos en el Hospital, sin mostrar hasta el momento cambios en la sintomatología inicial.

### **Objetivos Específicos**

- Describir las diferentes hipótesis diagnósticas surgidas en los tres años de tratamiento

- Analizar el tipo de tratamiento recibido en función de cada hipótesis diagnóstica
- Proponer un diagnóstico alternativo en base a una nueva evaluación del paciente
- Plantear posibles estrategias de tratamiento a partir del nuevo diagnóstico

## **MARCO TEÓRICO**

### **Nociones generales**

El presente marco teórico abordará primero cuestiones atinentes a la práctica clínica general para luego hacer hincapié en ciertos conceptos provenientes de la terapia sistémica que permitirán una mejor comprensión de los fenómenos a abordar en el desarrollo.

#### 2.1.1. Diagnosticar en psicología clínica

La actividad del psicólogo clínico comienza con la evaluación de un paciente en el proceso diagnóstico, por el cual se asigna una serie de atributos clínicos a una categoría de un sistema de clasificación vigente (Belloch, 1995). En la base de este proceso, ateniendo al campo de la semiología, se ordenan signos y síntomas clínicos por grupos o tipos de significación (Frazier, 1992). La nosología, por su parte, refiere a entidades propias de cuadros patológicos; en el contexto de la psiquiatría, comprende el dominio de trastornos y enfermedades mentales (Belloch, 1995).

El diagnóstico en psicología clínica puede resultar una actividad complicada. Un primer problema que merece mención es que la realidad clínica no parece ajustarse muy bien a los modelos que la respaldan (Belloch, 1995). En la presencia de casos complejos, resulta difícil no participar en la irónica observación de Hegel que afirma que ante la ocasión en que los hechos no se ajusten a la teoría que los debería sustentar, tanto peor para ellos (Nardone & Watzlawick, 1995). Esto puede deberse a que la manera usual de proceder del profesional puede generar situaciones oscuras (Lunazzi, 1992), en las cuales resulta insatisfactoria la explicación elegida por no ampliar cuidadosamente los conceptos con los cuales se trabaja.

A pesar de contar con representaciones nosológicas no del todo certeras, la psicología clínica se sirve del proceso diagnóstico como una actividad fundamental, ya que influye directamente sobre las cuestiones relacionadas con la etiología, el tratamiento y la prognosis (Sandler, 1977). Además de su valor clínico, el diagnóstico sirve como recurso para fines comunicativos y estadísticos, contribuye a la interpretación de la enfermedad, y puede dar las bases para determinar medidas de prevención positivas (Frazier, 1992). Algunos autores (Kernberg, 1990) indican que su relevancia es aún mayor, ya que permite confirmar las predicciones del profesional, medir el efecto de la técnica empleada y realizar una investigación del tratamiento. Por su parte, Napolitano (2007) sostiene que muchos terapeutas no pueden operar sin contar con un diagnóstico ya delineado, mientras que otros rehúsan de usarlo en absoluto.

#### 2.1.2. Algunas problemáticas referidas al proceso diagnóstico

La dificultad en el diagnóstico puede obedecer a múltiples causas, entre ellas, el problema de la confiabilidad. Kaplan (1995) hace mención de tres tipos de problemas de confiabilidad en el diagnóstico. El primero es llamado varianza de criterio, y ocurre por la diferencia en la interpretación y comprensión de los signos y síntomas presentes durante la entrevista diagnóstica. La varianza de información ocurre por la disponibilidad de datos obtenidas en la entrevista, dependiendo de la disposición del paciente, el tiempo empleado, el modo de preguntar, etc. Por último, la parcialidad del observador refiere a las interpretaciones que hace el clínico de las respuestas con respecto al cuadro general o preguntas de la entrevista.

Los signos y síntomas psiquiátricos se presentan de manera inespecífica, no en forma de cuadro sino de manera dispersa. La semiología es propensa a ser interpretada de múltiples formas, remitiendo a categorías diagnósticas en las cuales son agrupados en lapsos específicos (Kaplan, 1995). La presencia de manifestaciones patognomónicas, es decir, que se presentan en un determinado trastorno de manera exclusiva, permite cierta certeza diagnóstica, pero dichas manifestaciones son escasas, o inexistentes. En otras palabras, las

descripciones psiquiátricas son siempre inespecíficas, ya que se pueden encontrar múltiples signos y síntomas comunes en un gran número de trastornos.

El sistema de clasificación de uso corriente es el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (1995), que se compone de cinco ejes, los cuatro primeros agrupando trastornos clínicos, trastornos de la personalidad y retraso mental, enfermedades médicas, y problemas psicosociales, mientras que en el último se dictamina una evaluación de la actividad global. El manual sirve de guía para el clínico, y es cada vez más aceptado por la comunidad científica como una valiosa herramienta pragmática, aunque no ha logrado acallar del todo voces críticas (Sandler, 1977). El DSM está elaborado de manera que los cuadros nosológicos no se solapen, es decir que existe un orden jerárquico por el cual ciertas categorías han de ejercer primacía sobre otras de características similares, a la hora de diagnosticar. El diagnóstico diferencial es el proceso mediante el cual se busca distinguir una nosología particular de entre múltiples cuadros con atributos compartidos. El manual contempla la posible confusión que implica la cualidad inespecífica de los síntomas en la clínica y provee al profesional de lineamientos para establecer diagnósticos diferenciales con seguridad.

Retomando el problema de la confiabilidad, el procedimiento de diagnóstico a través de las categorías del DSM-IV resulta confiable —es decir, genera resultados constantes— en circunstancias óptimas, pero esto no siempre se equipara con las vicisitudes de la práctica clínica habitual. Kaplan (1995) reconoce la confiabilidad interobservador de la mayoría de los síntomas de las afecciones del eje I del DSM-IV, pero no así con los de trastornos de personalidad, o ciertos síntomas específicos. Esto significa que se puede predecir que frente a la presencia del mismo conglomerado de signos y síntomas, existirá acuerdo entre clínicos sobre la existencia de un determinado cuadro del eje I, pero cuando se trate del eje II, el diagnóstico dependerá en mayor medida del criterio subjetivo del profesional. Otros autores (Belloch, 1995) incluso llegan a afirmar que casi todos los manuales de psicopatología describen perspectivas teóricas propias sobre la conducta anormal, en cierto grado irreconciliables entre sí.

A pesar de sus clasificaciones descriptivas basadas en semiología inespecífica, el DSM (APA, 1995) otorga predominancia en el diagnóstico a los llamados criterios de significación clínica, que hacen referencia a un deterioro o malestar significativos, sobre todo en la actividad social, laboral, o en otras áreas importantes en la actividad del sujeto. El cumplimiento de este criterio es difícil de definir con precisión, y en general depende del juicio personal que puede hacer el profesional en el momento de la entrevista; por esta razón es conveniente, para lograr un cierto grado de seguridad, basarse en informaciones sobre la actividad del paciente —además de aquellas recabadas en la entrevista— provenientes de otras fuentes, tales como su familia u otros terceros. En ciertos casos cobran más importancia los criterios de significación clínica que la presencia de signos y síntomas propiamente psiquiátricos — como serían la ansiedad, las alucinaciones, o la depresión — y esto puede dar la pauta para orientar el tratamiento de una manera singular, estableciendo la preservación de la vida social y laboral del paciente como foco de trabajo.

### **Diagnóstico descriptivo y diagnóstico explicativo**

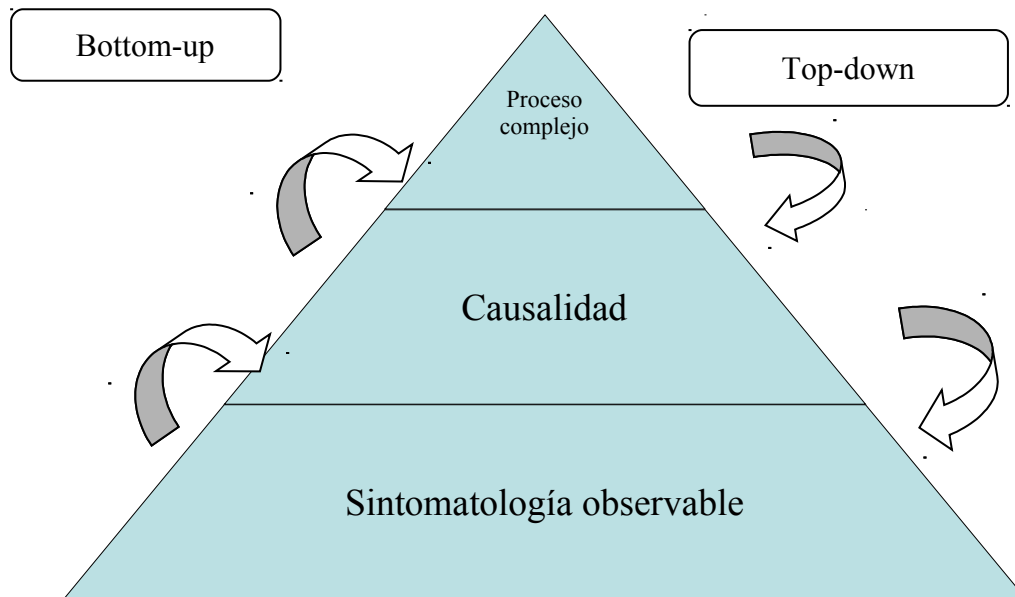
En función de lo antedicho, y en relación a los cuadros psicopatológicos, existen dos puntos de vista diferentes para evaluar un trastorno mental y operar sobre él (Jaicovsky, 2006):

- 1 Reconocer al cuadro estatus de fenómeno en sí mismo, atendiendo a sus aspectos constitutivos.
- 2 Concebir al fenómeno como parcialidad dentro de un sistema que lo contiene, en el cual el síntoma constituye sólo uno de los tantos términos pertenecientes a un todo, y en el que ejerce una función en relación a los otros términos.

A grandes rasgos, la primera perspectiva se llama diagnóstico descriptivo nosológico y el segundo diagnóstico explicativo procesal. Balbi (1994) hace referencia al diagnóstico descriptivo, propio del método deductivo-racionalista, como un proceso *bottom-up*, ya que parte de la sintomatología observable para inferir la presencia de un cuadro psicopatológico al que se le atribuye causalidad. Paralelamente, el enfoque explicativo constituye un proceso *top-down*, que busca primero las ocurrencias complejas que funcionan como causa,



para luego apreciar su incidencia en la manifestación sintomática específica que se ha de atender.



*Figura 1*

Como señala Jaicovsky (2006), el diagnóstico explicativo procesal y el diagnóstico descriptivo nosológico no son entidades antagónicas, sino que funcionan como recursos complementarios. Para abordar al fenómeno con un esquema integral, se deben considerar ambas dimensiones como irreductibles y a la vez interdependientes en relación a un mismo objeto. Un tipo de diagnóstico es tan importante como el otro.

La fase diagnóstica descriptiva cumple con la función de identificar aquello presente en la conducta del paciente que se acerca al polo de la enfermedad (Guidano, 1991), aquello que es reconocible como un factor que afecta la salud del individuo y limita su bienestar. Sin esta identificación, el proceso explicativo no puede tener utilidad ya que no cuenta con un fenómeno que exija una etiología. Quien pretenda realizar una evaluación procesal de los cuadros clínicos, deberá tener presente que aquello que ocurre en el momento de la

observación no posee relevancia para comprender el problema, sino para denunciarlo (Jaicovsky, 2008).

Para una mejor comprensión, se puede afirmar que el diagnóstico descriptivo se utiliza para definir *qué* es lo que está ocurriendo, mientras que al diagnóstico explicativo le corresponden cuestiones referentes a *cómo* es que ocurre (Watzlawick, 1992). Por último, para poder entender a fondo el sentido del síntoma a tratar, se le impone al clínico la necesidad de avanzar hasta una tercera instancia que responda al *para qué* ocurre el síntoma. Esto quiere decir que se ha de comprender su funcionalidad dentro del contexto en el que ocurre.

<b>Tipo de diagnóstico</b>	<b>¿A qué responde?</b>
Descriptivo	¿Qué ocurre?
Explicativo	¿Cómo ocurre?
Hermenéutico	¿Qué sentido tiene?; ¿Para qué ocurre?

*Tabla 1*

### **Diagnóstico sincrónico y diagnóstico diacrónico**

Regresando a las distinciones anteriores, se resume que el enfoque descriptivo contempla al síntoma como un fenómeno estático, mientras que el enfoque explicativo supone la existencia de una sucesión de eventos relacionados de un modo determinado, concibiendo al síntoma como parte y producto de una totalidad dinámica en la cual el estado o cuadro psicopatológico observado ocupa un lugar específico en la secuencia. Se podría decir entonces que la temporalidad es un factor clave que se introduce en el enfoque explicativo (Jaicovsky, 2008), que reconoce un momento pre-mórbido y luego supone el acontecer de un evento generador de conflicto.

#### 2.3.1. Tipos de diagnósticos sincrónicos

El diagnóstico sincrónico ha sido definido como aquel que opera en un corte transversal de la historia del individuo, compilando los elementos presentes en un momento dado y asignándole una tipología prefijada general. Siguiendo este criterio, los diagnósticos son múltiples, variados, y con funciones divergentes. Los tipos de diagnóstico a enunciar se realizan siempre al comenzar el proceso terapéutico para evaluar las condiciones que tendrá la terapia y establecer un pronóstico y curso de tratamiento. De acuerdo a sus rasgos constitutivos y su naturaleza de descripción, se pueden enunciar cinco clases de diagnósticos del tipo descriptivo (Napolitano, 2007):

El *diagnóstico semiológico* es el más básico. Se realiza a través de la observación por parte del clínico de los signos y síntomas presente en el paciente, los cuales luego se compilan de manera ingenua.

El *diagnóstico nosológico* concierne a la correspondencia de grupos semiológicos con cuadros armados por especialistas y compilados en manuales oficiales. Ejemplos son el DSM-IV y CIE-10.

El *diagnóstico de defensas* parte de la teoría freudiana en base a la cual el sujeto se vale de ciertas estrategias defensivas para hacer frente a la angustia y mantener fuera de la conciencia contenidos reprimidos (Napolitano, 2007). El DSM-IV (APA, 1995) define al mecanismo de defensa como un proceso psicológico automático que protege al individuo de la ansiedad y de la conciencia de amenazas o peligros externos o internos. Los mecanismos de defensa mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante las amenazas externas. Algunos mecanismos de defensa —por ejemplo, la proyección, dicotomización y *acting out*— son casi siempre desadaptativos. Otros, como la supresión y la negación, pueden ser adaptativos o no en función de su gravedad, inflexibilidad y el contexto en el que ocurran.

Napolitano (2009) indica que este diagnóstico es el más influyente a la hora de formular una estrategia terapéutica. En el DSM-IV TR se pueden apreciar una lista de mecanismos de defensa con su respectiva explicación.

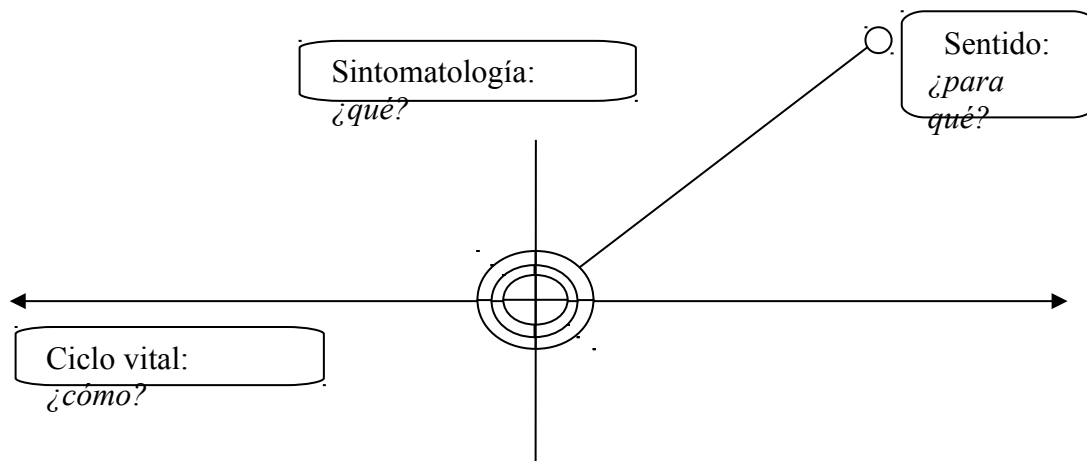
El *diagnóstico situacional* refiere por una parte al discernimiento de los roles, tramas vinculares, y estilos comunicativos en las que se halla inmerso el paciente, sumado al momento y la manera en que atraviesa el ciclo vital. Por otra parte, corresponde a la evaluación de la situación vincular entre terapeuta y paciente, es decir, de los procesos de transferencia y contratransferencia que pueden surgir en el curso de la relación terapéutica. Incluido en este encuadre clínico está la evaluación de la capacidad de *insight* del paciente, sumado a su disposición de generar un vínculo genuino con el profesional.

El *diagnóstico caracterológico* es la apreciación del carácter o la personalidad de una persona. Esto ha de entenderse como una estructura básica en el que se identifican conjuntos de rasgos organizados y estables en el tiempo como configuraciones funcionales, o Gestalten. Este tipo de diagnóstico está contenido, por ejemplo, en el eje II del DSM-IV, en su aspecto de anormalidad; sin embargo, vale destacar que es necesaria la evaluación no sólo de rasgos patológicos sino también de aquellos pertenecientes al ámbito de la normalidad —como pueden ser evaluados con el MIPS.

### 2.3.2. El diagnóstico diacrónico

Los sucesos diacrónicos —aquellos que ocurren en el tiempo— siempre tienen carácter de accidental y particular. Esto significa que no son previsibles y por lo tanto no existe una intencionalidad en los mismos, por lo que nunca podrían ser categorizados ni generalizados (Jaicovsky, 2008). No podría decirse, por ejemplo, que todos los sujetos sufrirían un ataque de pánico frente a una situación de pérdida o que todos los sujetos desarrollarían un trastorno de la conducta alimentaria en determinada etapa del desarrollo. Por otra parte, al ser accidentales, son particulares, no en el sentido de ser personales, sino que los mismos ocurren siempre sobre un elemento específico de la totalidad y nunca sobre el bloque. Debido a esto, se oponen a la regularidad de las descripciones de estados.

En la figura 2 se pueden apreciar las diferencias entre los tipos de diagnóstico, ubicados en un esquema de coordenadas temporales.



*Figura 2*

### **Relación entre diagnóstico y tratamiento**

#### 2.4.1. ¿Se trata un paciente o un sistema de interacciones?

Siguiendo el curso de lo expuesto, es necesario describir las consecuencias terapéuticas de cada concepción de patología y diagnóstico. Esto permitirá apreciar luego el sentido de las intervenciones en el caso en cuestión, y facilitará la comprensión de la evolución del caso. La primera diferencia a destacar es la que existe entre contemplar un cuadro psicopatológico como una entidad real que acompaña a la persona en el tiempo, y muchas veces durante toda la vida —de sustrato material, y sobre todo biológico— y concebirlo como un conjunto de conductas que son agrupadas en un determinado momento bajo un rótulo descriptivo y obedecen a leyes de tipo procesales y dinámicas.

En el caso primero, lo más probable es que el terapeuta logre asignar un cuadro general a la conducta del paciente, para comparar sus potenciales y limitaciones con otros sujetos que han sido diagnosticados del mismo modo. De esta manera establece una terapia personalizada que busca flexibilizar lo más posible la actividad del paciente dentro de los límites de su “patología de base”, sin pretender sobrepasarlos. Podría decirse que, en gran medida, tal tratamiento tiene como objetivo incrementar la calidad de vida del paciente.

Por otra parte, si el diagnóstico se entiende como una perturbación relacional, en el marco de un proceso sistémico, entonces la cura también operará en el mismo dominio relacional. Para lograr la remisión de los síntomas, se buscará lograr un cambio dentro del sistema, que luego se traducirá en una manifestación menos patológica en el paciente en cuestión. En este caso, los límites del cuadro no están en la persona misma sino en un modo relacional particular; en consecuencia las manifestaciones del cuadro patológico varían con la dinámica interaccional del sistema en el que se halla.

#### 2.4.2. El diagnóstico en psiquiatría: una mirada crítica

El modo que el terapeuta tiene de entender las clasificaciones de nosología psiquiátrica – y por lo tanto de encarar la clínica – descansa sobre una conceptualización teórica particular relacionada con un determinado abordaje de la psicopatología, y en términos más generales, de su concepto de salud. Es decir que para poder trabajar, el clínico se vale de una referencia teórica que pretende explicar la forma en que los cuadros psicopatológicos se generan, se mantienen en el tiempo, y luego desaparecen. En el contexto de la psicoterapia, la etiología es perseguida con el objetivo de lograr la remisión sintomática (Guidano, 1991).

Históricamente, los intentos por diseñar nosologías psiquiátricas que permitan crear clasificaciones aplicables a la clínica han tenido como base el modelo médico de enfermedad (Sandler, 1977). Este modelo, de una amplia tradición, tiene como pauta un esquema taxonómico que identifica síntomas y síndromes y los correlaciona con un agente causal puntual. Las enfermedades descritas por la medicina clínica siguen un curso generalmente lineal y predecible, se generan por la presencia de una causa particular y remiten con su extirpación. Si bien en el campo de la medicina este esquema resulta ser meritorio, las actuales clasificaciones de la psicopatología no guardan una relación invariable con la etiología (Frazier, 1992), lo que significa una mayor ambigüedad en el tratamiento y pronóstico.

Según indica Watzlawick (1992), la praxis en la psiquiatría, como en cualquier otra disciplina, descansa en la imagen científica del mundo que tiene su época, con la particularidad de que esta disciplina parece estar siempre algo retrasada con respecto a las demás. La imagen del hombre que tiene la psiquiatría contemporánea es determinista y biologicista, lo que significa que en sus explicaciones, los procesos a nivel molecular que ocurren en el cerebro gozan de un mayor nivel de incidencia causal en la conducta humana que sus contrapartes psicológicas o sociales. Este sesgo de causalidad lineal y material no es compartido por la totalidad de la comunidad científica y ha sido materia de controversia durante décadas entre representantes de disciplinas aparentemente incompatibles. Desde la perspectiva sistémica procesal que se adopta en el presente trabajo, los factores biológicos son sólo una parte de un sistema multicausal de carácter circular, en el que todos los elementos del sistema operan tanto como causa y como efecto. Por lo que respecta a factores fisiológicos, metabólicos o endocrinológicos, son concebidos como circuitos reguladores, de los que no se puede decir con seguridad si los procesos fisiológicos tienen consecuencias afectivas o si por el contrario lo psíquico condiciona los procesos fisiológicos.

Por consiguiente, en el campo de la psiquiatría no siempre da resultado el fenómeno causal clásico reduccionista: la reconducción de los fenómenos a una causa material concreta. Lo que pudiera ser considerado como una enfermedad determinada de una determinada psique, en las categorías de la nueva imagen del mundo que tiene la ciencia, se concibe como el resultado de complejos modelos de interacción entre personas, y como uno de los muchos resultados posibles de la causalidad circular de un sistema que, precisamente debido a su carácter circular, no tiene un punto de partida o un punto final. En ella cualquier causa tiene un efecto y cualquier efecto es una causa. (Watzlawick, 1992).

#### 2.4.3. La teoría sistémica y la psicopatología

La psicología sistémica nació con la unión de la teoría general de los sistemas, la cibernética y la teoría de la comunicación humana, aplicadas al estudio de la conducta humana. La terapia sistémica se sirve de tales elementos teóricos para intervenir en grupos

de personas y resolver conflictos de relación. Tales problemas son usualmente rastreados y corregidos a través de cambios en modalidades disfuncionales de comunicación. Como eje cardinal entonces, la psicología sistémica se vale de la pragmática de la comunicación; produce cambios en un sistema determinado a través de la reorganización de los estilos comunicativos existentes. Esto se transfiere al consultorio en la serie de mensajes que se producen entre paciente y terapeuta.

Para apreciar las consecuencias de una mirada sistémica de la clínica, se puede imaginar el caso de un clínico que se enfrenta a un paciente sintomatizado. Al aproximarse al síntoma psicopatológico, si el profesional se preguntase “¿por qué el paciente en cuestión se comporta de esta manera extraña e irracional?”, seguramente supondrá la existencia de un desajuste de base al cual le atribuye causalidad, y de esta manera resolver el enigma. Sin embargo, esta actitud deja al síntoma desprovisto de todo sentido y lo convierte en algo accidental y absurdo, y participa en el error epistemológico, como lo habría llamado Gregory Bateson, de partir de la teoría y forzar al fenómeno a adecuarse a ella (Nardone & Watzlawick, 1995). Un ejemplo de este error es aquel que menciona Guidano (Balbi, 1994): en la psiquiatría clásica, el cuadro estructural del paciente dependía del grado de comprensibilidad que ofrecía su discurso al terapeuta. Si el clínico entiende todo lo que dice, es normal; si entiende sólo una parte, entonces será neurótico; y si no entiende nada, será psicótico. Aunque no lo defina de manera explícita, este modo de operar ubica a la característica esencial del síntoma en la mirada del observador.

Como alternativa, y para salir de la posición de observador objetivo, el clínico puede dejar de atenerse al mensaje incomprensible y la conducta extraña que presenta un paciente. En su lugar, es más provechoso preguntar acerca del síntoma en cuestión: ¿en qué clase de situación este comportamiento asume su sentido y es, quizás, el único comportamiento posible? (Nardone & Watzlawick, 1995).

#### 2.4.4. Entender el problema del paciente como metáfora



Según Watzlawick (1981), la comunicación humana tiene un aspecto digital y un aspecto analógico. Aquello relativo al contenido se transmite de forma digital, y opera a través de significados. En este tipo de comunicación, un símbolo tiene generalmente una relación unívoca con aquello que denota. En cambio, el aspecto relacional del mensaje se transmite de forma analógica, contexto en el cual una cosa puede significar una multiplicidad de otras, ya que opera a través de analogías. Ambos tipos de comunicación ocurren simultáneamente, y muchas veces pueden contradecirse (Haley, 1976).

En la práctica clínica, ocurre frecuentemente que el cliente acude al terapeuta con una formulación digital de su problema, es decir, una expresión literal de la manera que entiende su conflicto. Sin embargo, un terapeuta con ojo bien entrenado puede entrever un mensaje analógico discrepante con la formulación digital del paciente. Haley (1976) sugiere pensar al problema del paciente como una metáfora que comunica relaciones que no están a la vista del cliente.

Si el terapeuta toma la comunicación que emite el paciente como una enunciación digital sobre su situación – por ejemplo: “no puedo conseguir trabajo” – probablemente devolverá una respuesta digital: “usted sí podrá conseguir trabajo”. Sin embargo, es igualmente posible interpretar la comunicación que da el paciente en un sentido analógico: como una formulación que significa algo con respecto a otra cosa. Se le puede hacer una serie de preguntas para recoger información atinente a aspectos de su vida que guarden relación analógica con el problema planteado. La clase de analogías que interesen al terapeuta dependerá de su teoría particular sobre la *causa* de los problemas que se le presentan al paciente, e incluso sobre los eventos que derivaron en tal formulación específica del problema – y sobre todo la llamada *queja*.

Existen supuestos que postulan a las quejas como un medio para la *no- construcción* de problemas en psicoterapia (de Shazer, 1995). Uno de estos supuestos manifiesta que las quejas se mantienen por la idea que tiene el cliente en cuanto a que lo que él decidió hacer para encarar la dificultad original es lo único correcto y lógico que puede hacerse. En consecuencia, los clientes se comportan como si estuvieran atrapados en la alternativa

de continuar con sus soluciones fallidas en tanto han rechazado o se han prohibido un camino intermedio entre esto y aquello (Watzlawick et al 1974). En terapia breve es lo que se llama *más de lo mismo* (de Shazer, 1995). Cada cliente parece tener un factor o factores favoritos que elige subrayar en la descripción del problema, y del mismo modo, los terapeutas ordenan el material clínico y elaboran hipótesis empleando categorías similares, ateniéndose a su propio juicio y con un grado de parcialidad en cuanto a la importancia relativa de los elementos.

#### 2.4.5. Analogía entre enfermedad mental y el problema planteado

Volviendo a las comunicaciones provistas por los pacientes en el consultorio, se pueden describir varios modelos de enfrentar la terapia en función de la analogía que el profesional considere existe entre la comunicación provista por el paciente y los elementos no comunicados que lo sostienen. Esto constituye una mirada particular a través de la cual la teoría sistémica define aquello que siempre ocurre en una consulta clínica, más allá del tipo de modelo particular de adscripción del terapeuta involucrado.

Como ejemplo, se puede suponer que los terapeutas psicodinámicos y los conductuales probablemente se interesarán por las metáforas referentes al pasado, pues suponen que los traumas del pasado son causantes de las actuales dificultades. Como consecuencia terapéutica, un profesional conductual intentará revertir los múltiples condicionamientos a los que fue sujeto el paciente en el curso de su vida, y desarrollaron como resultado una conducta disfuncional. El psicoanalista se preguntará sobre el modo en que el paciente haya resuelto el complejo de Edipo, para posibilitarle revivenciar el conflicto inconsciente a través del proceso transferencial. El síntoma remitirá cuando, a través de dicho proceso, el deseo sofocado por la represión pueda encontrar un cause normal.

Un terapeuta cognitivo, por su parte, buscará identificar las distorsiones en las creencias del paciente que dieron lugar a la formulación de un problema que evidencia un desajuste entre su cognición y la realidad. Presupondrá la existencia de una personalidad de

base que se manifiesta en ciertas creencias centrales o nucleares – de difícil acceso y modificación – y centrará su labor clínica alrededor de la flexibilización de las creencias más susceptibles a ser modificadas. Como estrategia predilecta, se procede a cambiar dichas cogniciones mediante su contraste con la realidad objetiva.

El terapeuta directivo con orientación sistémica supondrá que la formulación del paciente sobre su condición guarda analogía con su situación relacional actual. Se interesará sobre las relaciones que mantiene con sus vínculos significativos, y ponderará acerca de la vida familiar y laboral de la persona, con la presunción de que ésta se organiza en torno a su analogía o supuesto problema. En otras palabras, el problema expresado por el paciente, interpretado como una analogía, le dará sentido a su manera de relacionarse con los demás. En psicoterapia sistémica no se diagnostica un individuo sino un sistema de relaciones. No se busca el origen de una patología en un elemento – es decir, en una persona puntual – sino en un patrón relacional. El tratamiento está orientado a cambiar la interacción a través de modificaciones en la comunicación.

A grandes rasgos, según la psicología humanística, la psicopatología ocurre cuando las potencialidades de una persona son obstaculizadas. La autorrealización, concebida como meta natural en la vida de la persona, puede ser trabada debido a la incongruencia que ocurre cuando la estima positiva de una persona es condicionada por agentes externos. Se puede suponer entonces que el mensaje del paciente remitirá a aquellas condiciones de estima positiva que le impuso su contexto social a lo largo de su vida. Para permitirle al paciente cambiar su metáfora acerca de sí mismo, se le ofrece apoyo incondicional, se genera un clima de comprensión en el consultorio, en el que se opera con autenticidad.

Para finalizar, retomando el concepto de enfermedad de la psiquiatría contemporánea, se puede decir que la clínica psiquiátrica se basa en una analogía presupuesta entre la sintomatología y el desajuste neuroquímico dentro del cerebro. Debido a la naturaleza biológica de la enfermedad, la psicopatología puede remitir con un tratamiento farmacológico adecuado, mediante el ajuste estratégico de las variables neuronales a su estado normal.

#### 2.4.6. El fin perseguido por la terapia psicológica

El objetivo del terapeuta en toda terapia, según este enfoque, es el de cambiar la metáfora que trae el paciente al consultorio por una más funcional. Para lograrlo, se propone cambiar la situación real del paciente y su relación con el terapeuta. No se puede cambiar su manera de expresarse trabajando sobre su comunicación, sino únicamente modificando la organización de la situación a la que se está adaptando. Los modelos teóricos que se han expuesto poseen diversas estrategias y técnicas para lograr tal objetivo. En base a la forma de concebir la situación real que causa la disfunción, cada terapeuta centrará sus esfuerzos sobre los elementos particulares que juzga que tienen mayor incidencia en el fenómeno.

## **DESARROLLO**

### **Definición del tipo de estudio**

El tipo de estudio es descriptivo. El trabajo se expondrá al modo de caso único, tomando como participante al paciente C.

### **Participante**

El participante único de este trabajo es C., de 35 años de edad. El motivo de consulta registrado al comienzo de la terapia es de ánimo depresivo e incapacidad de inserción laboral. En la consulta también manifestó disconformidad con los profesionales anteriores y necesidad de establecer una terapia sostenida. A la fecha contaba con más de tres hipótesis diagnósticas establecidas en distintos momentos por diversos profesionales. Hasta la fecha ha sido tratado por más de seis profesionales del servicio de psiquiatría del hospital en el curso de tres años; aún se hallaba desocupado y con medicación psiquiátrica.

## **Instrumentos**

Como instrumentos fueron utilizadas la historia clínica del participante, las entrevistas clínicas llevadas a cabo en el hospital y los tests administrados durante la residencia. Dichos tests son:

- 1) el Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI), que evalúa la presencia de síntomas psicopatológicos y trastornos de personalidad en función de los ejes I y II del DSM-IV
- 2) la escala de Calidad de Vida, que mide la calidad percibida por el paciente en diez aspectos de su vida al presente
- 3) El inventario de depresión de Beck, que mide depresión clínica.
- 4) El Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA), que evalúa los principales modos de valorar y afrontar situaciones estresantes.

## **Procedimiento**

El procedimiento consistió en la observación participativa de 10 entrevistas psiquiátricas, sumado a 5 encuentros psicodiagnósticos con el participante, y 5 encuentros de discusión con profesionales para esclarecer el proceso diagnóstico. Para lograr mayor claridad fueron analizadas las diferentes hipótesis diagnósticas surgidas en el curso de su tratamiento, proceso en el cual emergió una hipótesis diagnóstica alternativa generada en el curso de la residencia.

A continuación se hará una transcripción de los aspectos más relevantes de los datos registrados en las entrevistas con C, su historia clínica, y los resultados de los tests administrados en los encuentros psicodiagnósticos. En función de los objetivos planteados, se presentará un análisis de las hipótesis diagnósticas de cada profesional y el tratamiento correspondiente, para luego proponer un diagnóstico nuevo y pautas para un posible tratamiento.

### 3.4.1. Historia de vida de C

Nació en provincia de Buenos Aires, donde vivió hasta los dos años. Luego se mudó donde vive hasta la fecha. Los padres se casaron hace 40 años y continúan juntos. Luego C se cambió de un colegio privado a una escuela pública por voluntad propia. Manifiesta que su motivo fue el de ahorrarles dinero a los padres, ya que “no son millonarios”. Por otra parte sentía que las exigencias de conducta en el colegio privado eran muy estrictas. Repitió un año. Terminó el secundario a los 20 años de Bachiller contable. Refiere que mientras iba al colegio no tenía tendencias depresivas.

La primera depresión fue al haber terminado el colegio, con 20 años. Hizo psicoanálisis durante dos años y medio. Seis meses luego de haber finalizado el tratamiento, recae en depresión. Con 22 años comienza el CBC a distancia por haber pasado fecha para inscripción de cursado regular. Abandona al poco tiempo. Al otro año comienza a estudiar relaciones laborales, hasta que una compañera le manifestó que era “una carrera difícil”, ante lo cual siente miedo y abandona la carrera.

Ante este nuevo abandono comienza terapia con orientación Gestáltica para buscar solucionar problemas personales. Luego de unos meses el hermano mayor le insiste que abandone la terapia porque le “estaban lavando el cerebro”. Abandona la terapia al poco tiempo. Luego comienza terapia con una psicóloga y grafóloga, bajo la sugerencia de un compañero de estudios.

Cursó la carrera Agente de Viajes, influido por una sugerencia de su madre de que ella misma hubiera querido ser agente de viajes. Luego de recibido, C nunca pudo ejercer. Manifiesta que ante tantos intentos fallidos de ubicarse en un puesto de trabajo, se siente bloqueado. Sólo pudo trabajar informalmente, como promotor, cadete, repositor, etc. “Hasta el día de hoy tengo serios problemas de atención. No puedo ver una película si no está en castellano. Mi viejo dice que es de vago”.

Luego fue admitido al servicio de psiquiatría del hospital , y desde entonces ha sido tratado por más de 6 profesionales, en forma más o menos sucesiva. Lo que se repitió en casi todas las terapias es una fuerte frustración por parte del terapeuta debida a la falta de cambio en la sintomatología, más allá de las múltiples estrategias utilizadas. Al tratarse de un paciente difícil y poco receptivo al tratamiento, C sufrió una derivación prematura en varias ocasiones. Dado que muchos de estos profesionales trataron a C de forma transitoria (menos de 4 meses), se expondrán los casos de cuatro de ellos que merecen mención: Profesional “X”, Profesional “Y”, Profesional “Z”, y el profesional “B”.

### 3.4.2. Análisis de hipótesis diagnósticas y tratamiento

#### 3.4.2.1. Tratamiento con Profesional “X” (psicóloga)

Fecha de tratamiento y duración: (11 meses)

Diagnóstico: retraso mental

	<b>Historia clínica</b>	<b>Intervención</b>	<b>n°</b>
	“Quiero perdonarme el pasado”; “Mis padres son retenedores”	Se establece objetivo principal de promover su independencia.	1
	“Siento que no me quieren en casa”	Se establece objetivo secundario de mejorar la relación con sus padres.	2
	C comienza trabajo como casero. Abandona al poco tiempo.	Diálogo socrático acerca de la dificultad de conseguir empleo.	3
	“Tengo autoestima baja.”; “¿Por qué mi viejo no me acepta?”; “Lo mío es un problema afectivo.”	Fortalecimiento de autoestima.	4
	Refiere tener problemas con la medicación. “Me llenaron de culpa mi familia toda la vida”.	Tarea para el hogar: armar una lista de cosas positivas en su vida. Sacar atención de la culpa.	5
	“Quisiera ser el chico ideal”. Solicita ayuda para encarar al año .	Se habla la posibilidad de hacer cursos de formación profesional, y de poner más esfuerzo en sus actividades.	6
	Manifiesta que su hermano mayor le	Tarea para el hogar: armar un CV y	7

	presentó un plan para encontrar trabajo. C se enfada porque no quiere que su hermano se ponga en rol de padre.	traer para próxima entrevista.	
	No pudo mandar CV porque no le funcionó la PC. Refiere “querer salir a la calle y salir de mi mundo”	Insistir en preparar CV. Tarea para el hogar: armar lista de cosas positivas acerca de sí mismo. Se refuerza positivamente su deseo de independizarse.	8
	Entrevista de trabajo.	Repartir CV en múltiples empresas para mejorar posibilidades.	9
	Refiere haber conocido una mujer por Internet.	Iniciativa para socializar fuera de su casa. Aprendizaje de habilidades sociales.	10
	“Estoy con culpa y vergüenza desde que empecé el tratamiento porque no mejoro.”	Corrección de distorsiones cognitivas.	11
	“Por mi autoexigencia no puedo decidir ni empezar a disfrutar”	Corrección de pensamientos automáticos.	12
	“A veces me siento paralizado”		13

### 3.4.2.2. Análisis de la hipótesis diagnóstica: retraso mental

De acuerdo al DSM-IV (APA, 1995), la característica diagnóstica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio (criterio A) que se acompaña de limitaciones significativas de actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos humanitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad (Criterio B). Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad (Criterio C). El retraso mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central.



El criterio que se ajusta al caso es el *Criterio B*, ya que C de hecho presentó limitaciones significativas en casi todas las áreas de habilidades enunciadas. Se destaca la falta de aseo personal, la vida doméstica, aspecto laboral y habilidades interpersonales. Sin embargo, no se cumple el *criterio A* por dos razones: primeramente, el haber completado una carrera terciaria es un indicador de que posee recursos intelectuales, y los resultados de tests de coeficiente intelectual realizados al ingresar al hospital indican una capacidad levemente inferior a la media. El *criterio C* queda sin confirmar, ya que si bien los problemas de C comenzaron al terminar el secundario, cabe la posibilidad de un rendimiento escolar pobre que no fue referido por el paciente.

Se concluye que los criterios no se cumplen, con lo cual el diagnóstico queda descartado. Aún así, las serias limitaciones englobadas en el *criterio B* denuncian algún tipo de enfermedad mental, por lo cual queda pendiente la necesidad de buscar un diagnóstico alternativo apropiado.

#### 3.4.2.3. Análisis del tratamiento con profesional “X”

El profesional “X” centró la terapia con C alrededor de una estrategia dirigida a promover su independencia en aspectos múltiples de su vida. Se puede entender a esta maniobra como un intento de ayudar a desarrollar recursos personales que, dentro de las limitaciones de un supuesto retraso mental, podrían ser de gran utilidad para el paciente. Es probable que la vida que llevaba C, y su modo de comportarse, se atribuyesen a una traba en su desarrollo normal, ya que correspondían con lo esperable de un adolescente de 18 años. El cuadro de retraso mental indica una incapacidad constitutiva para desarrollar plenamente las habilidades sociales e intelectuales de un adulto normal, lo que explicaría las faltas en el ámbito laboral e interpersonal.

Aunque cuente con cierto grado de congruencia, un retraso mental no explica las dificultades afectivas del paciente, su baja autoestima, y el empeño un poco encubierto que puso el paciente por hacer imposible su independencia de manera efectiva. Este tipo de conducta corresponde a lo definido como *queja del paciente* (Shazer, 1995): el supuesto retraso mental de C es incongruente con su habilidad de dirigir la atención del terapeuta hacia su modo preferido de plantear el problema. Es decir, a pesar de los múltiples intentos

por parte de los terapeutas de transformar su queja en un problema con una posible solución, C logró imponer su visión del problema para lograr más de lo mismo; es decir, la idea de que la sintomatología remitiría únicamente gracias a la práctica de una actividad laboral fue producida por el paciente, y no al revés. Para lograrlo, C presenta un discurso complejo y ambiguo que lo pone en rol de víctima y perpetúa el funcionamiento del circuito.

A pesar de que el profesional entendiera que el problema de C tuviese origen en factores que van más allá de lo ocupacional – es decir, su modo de comportarse no se debía a la falta de trabajo – su disposición a asistirlo en la búsqueda laboral lleva implícito el siguiente mensaje: “usted sí puede conseguir trabajo”. Al no responderle como un incapaz *real*, su comportamiento comunicativo le indica al paciente que él está equivocado (Haley, 1976), en el sentido de que su problema remite a una cuestión de voluntad, esmero, o suerte.

Las técnicas terapéuticas básicas empleadas para promover la independencia del paciente fueron: 1) Reestructuración cognitiva centrada y focalizada en el cambio de creencias; 2) Técnicas para fortalecer la autoestima y de asertividad; y 3) Tareas para el hogar. Estas técnicas consisten básicamente en la detección de creencias erróneas, y su sometimiento a prueba, para lograr que el paciente genere a través del proceso una imagen de sí mismo más funcional y desarrolle las habilidades necesarias para poder sostenerlas en la vida real.

C refiere haber construido un vínculo sólido con el terapeuta “X”. “Ella sí estaba capacitada. Me decía de entregar currículum y anotarme en *match.com*. Compraba diarios, me anotaba en todos lados. Ella me tranquilizaba. Me decía que no me castigara tanto.” Las técnicas cognitivas y emocionales utilizadas tuvieron el resultado de generar una búsqueda laboral activa, aunque acotada, gracias a la cual C obtuvo empleo, el cual abandonó al poco tiempo. No se cuenta con datos acerca del motivo del abandono.

## 3.4.2.4. Tratamiento con profesional “Y” (psiquiatra)

Fecha y duración del tratamiento: (11 meses)

Diagnóstico presuntivo: Trastorno Obsesivo de la Personalidad

<b>Fecha</b>	<b>Historia clínica</b>	<b>Intervención</b>	<b>n°</b>
	Paciente con rumiaciones obsesivas. Refiere haber realizado terapias anteriores y tomar clonazepam.	R(x) paroxetina 10mg. D(x) presuntivo: trastorno de la personalidad de tipo obsesivo.	14
	Paciente presenta relato de características dilemáticas. “Mi padre es dominante y loco”; “Mi familia no favorece mi independencia”	Se intenta lograr pautas de iniciativa para desarrollo en aspectos laboral y social. Paroxetina sube a 20 mg. diarios.	15
	Concurre sin turno. Presenta rumiación obsesiva en relación a medicamentos.	Cambio en la medicación: wash-out de paroxetina para reemplazar por fluoxetina.	16
	Racionaliza sus reacciones a cierta posición de espectador omnisciente y sus proyectos son presentados como imposibles.	Fluoxetina 20 mg. diarios.	17
	Episodio de retraimiento que se vincula con mecanismo dilemático autocomplaciente y que tiende a la inacción, y aumenta su rol como víctima familiar.	Se dialoga sobre las ventajas secundarias de su cuadro que le posibilitan vivir en su casa. Sube fluoxetina.	18
	Paciente distímico reagudizado en sus síntomas de retraimiento y conducta evitativa. Rumiación ideativa de	Cambio en farmacología. 40 mg. de fluoxetina. 5 mg. Diazepam	19

	índole obsesiva que no remite.		
	Desafectación de su discurso. Presenta pensamiento minucioso victimizante.	Sugerencia de modificar es esquema farmacológico y cambiar de psiquiatra.	20
	<u>Nota del terapeuta:</u> No he podido luego de 11 meses de tratamiento modificar pautas de iniciativa. Mantiene rumiación ideativa.	Profesional deriva paciente porque “no cumple con objetivos terapéuticos pautados”.	21

#### 3.4.2.5. Análisis de hipótesis diagnóstica

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, surge al poco tiempo de empezar el tratamiento el diagnóstico presuntivo de “trastorno de la personalidad de tipo obsesivo”. El DSM-IV (APA, 1995) indica los siguientes criterios diagnósticos para el antedicho trastorno:

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

(1) preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad

(2) perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas)

(3) dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes)

- (4) excesiva terquedad, escurpulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión)
- (5) incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental
- (6) es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas
- (7) adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras
- (8) muestra rigidez y obstinación

Una lectura minuciosa de los criterios diagnósticos permite ver que el cuadro no es apropiado para el sujeto en cuestión. El criterio 2, de perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas, se ajusta por momentos a ciertas manifestaciones del paciente, quien indica ser demasiado exigente consigo mismo, y quisiera siempre cumplir con sus deberes de manera ideal, hasta el punto de no terminarlos. Sin embargo, como respuesta utiliza casi exclusivamente una estrategia evitativa, pocas veces destinada a alcanzar un rendimiento óptimo que satisfaga sus exigencias. Esto concuerda con ciertos relatos del paciente referidos a instancias de su trabajo en las que, por no poder cumplir a la perfección una tarea asignada, se resigna fácilmente y abandona la actividad. Por otro lado, el criterio 8, de excesiva obstinación y rigidez, se puede considerar como presente, sobre todo respecto a las rumiaciones que refiere el paciente que gobiernan su vida, y también en relación a la exigencia que se impone para con sus relaciones interpersonales.

Como eje central del cuadro, el perfeccionismo y la preocupación por el orden y el control mental no están presentes en C. Se puede apreciar la ausencia total de orden y control en la mayoría de los aspectos de la vida del paciente, incluyendo horarios – es usual que el paciente falte sin aviso o asista tarde a la entrevista – y también aseo personal, control en las relaciones interpersonales, etc.

Cabe concluir que por lo visto, y con las aclaraciones antes mencionadas, el cuadro de trastorno de la personalidad de tipo obsesivo queda descartado.

### 3.4.2.6. Análisis de tratamiento con profesional “Y”

El tratamiento con el profesional “Y” se puede describir como eminentemente psiquiátrico. La actividad del terapeuta parece estar centrada en la descripción minuciosa de la semiología presente durante las entrevistas, para traducirlo a un lenguaje biológico, en el que la psiquiatría pueda encontrar soluciones. En cuanto al diagnóstico, en el primer mes de tratamiento se elabora un diagnóstico presuntivo de trastorno de la personalidad de tipo obsesivo, que en el curso del tratamiento es descartado sin ser sustituido. En base a comunicaciones personales establecidas con el profesional en cuestión, se supo que hacia el final del tratamiento, debido a la falta de cambio a pesar de los intentos terapéuticos, la hipótesis diagnóstica se centraba en la falta de esmero y pereza del paciente.

C refiere que el psiquiatra culminaría la terapia con el siguiente mensaje: “Yo trato de cumplir con mis objetivos, y necesito que mis pacientes también intenten cumplir los suyos. Te voy a tener que derivar.” Llama la atención que como técnica terapéutica, el psiquiatra haya decidido dialogar con C acerca de los beneficios secundarios que obtiene con su problema. No es propio de un profesional – aunque haya ocurrido en múltiples ocasiones en el caso C – atribuir el deterioro del paciente a pereza constitucional, como si el paciente pudiese producir el cambio con la facilidad que el terapeuta lo imagina. En muchas ocasiones la conducta disfuncional es la mejor reacción que el sujeto puede ejercer en una determinada situación (Nardone & Watzlawick, 1995).

### 3.4.2.7. Tratamiento con profesional “Z” (psicóloga)

Duración de tratamiento: (13 meses)

Diagnóstico presuntivo: personalidad inmadura de rasgos obsesivos y modalidad vincular tipo dependiente.

Fecha	Historia clínica	Intervención	n°
	Paciente globalmente	Planteo de contrato terapéutico.	22

	orientado, logorreico, con discurso pueril. Niega ideas auto y hétero-agresivas. Paciente identifica ideas intrusivas.		
	“La cama me quita fuerzas, es como una droga.” Refiere no poder concentrarse.	Se establece objetivo: dejar de centrar atención en el pasado y en los demás.	23
	“En mi casa me siento un defecto, un estorbo”.	Se trabaja la posibilidad de no quedarse en la queja, de trabajar para sentirse bien.	24
	Refiere tener miedo de salir a trabajar y “relacionarse con la gente”.	Se trabaja su papel y responsabilidad en ambas cuestiones.	25
	“Me mata la pasión por conseguir trabajo y una mujer.”	Se le propone bajar sus expectativas y asumir responsabilidades.	26
	“A veces siento que mi inconsciente dice que mi destino es lo que los demás piensan que sea.”	Psicodiagnóstico de Rorschach (transcripción a continuación)	27
	“Estoy cansado de que me dejen de lado”; “Me anticipo a todo, todo va a salir mal y no permito que me vaya bien”.	Continuación de tratamiento psicoterapéutico de apoyo.	28

### **Psicodiagnóstico de Rorschach.**

- Fijación anal. Ansiedad anticipatoria.
- Impulsividad.
- Inteligencia término medio bajo.
- Conservada capacidad de insight.

- Pronóstico favorable.

**Diagnóstico presuntivo:** personalidad inmadura de rasgos obsesivos y modalidad vincular tipo dependiente.

#### 3.4.2.8. Análisis de diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo de “personalidad inmadura de rasgos obsesivos y modalidad vincular tipo dependiente” no forma parte de un sistema de clasificación psiquiátrico del tipo DSM, sino que proviene de la interpretación del test de Rorschach administrado. El test de Rorschach es una técnica proyectiva creada por Hermann Rorschach que consta de diez láminas con manchas de tinta que se le presentan al sujeto evaluado para interpretar aquello que percibe en las mismas. El diagnóstico obtenido es un *diagnóstico caracterológico*. La interpretación del diagnóstico de Rorschach y su vinculación con la teoría que lo respalda es una empresa que escapa los límites de este trabajo, aunque se hará breve mención de los datos conclusivos de dicho estudio.

Lo que vale destacar de la transcripción de los resultados del test de Rorschach es la alusión a una “modalidad vincular de tipo dependiente”. Dicho modo de relacionarse es coherente con las múltiples rumiaciones y dudas que aquejan al paciente, y lo incapacitan para tomar decisiones de manera autónoma y definitiva. Por otra parte, la modalidad vincular es fundamental en el caso C, porque permite ver más allá del discurso del paciente, quien manifiesta sentir “pasión por conseguir una mujer y un trabajo”, pero a la vez no parece capaz de pasar por un período de transición necesario – un período en el que lograse la suficiente autonomía como para encontrar y entablar una relación con una mujer de la cual puede depender – y por tanto alimenta su circuito problemático: volver a sus vínculos familiares, por más disfuncionales que sean.

Este dato nada desdeñable indica que buscar la independencia del paciente es un despropósito, ya que por naturaleza es una persona que busca activamente la dependencia y sólo puede subsistir en ella. Por cuestiones fortuitas – o quizás por su natural tendencia a generar rechazo o aburrimiento en sus relaciones sociales, incluyendo las terapéuticas – C



nunca ha podido forjar un nuevo vínculo que le permita seguir dependiendo, pero de un modo adulto, es decir: fuera de la casa de sus padres.

#### 3.4.2.9. Análisis del tratamiento con profesional “Z”

Siguiendo el patrón de las terapias anteriores, el profesional “Z” dirige sus esfuerzos a la emancipación del paciente, a través de intervenciones destinadas a promover recursos personales que le permitan asumir responsabilidad y modificar su posición como agente. A pesar de este intento de persuasión, los síntomas parecen subsistir, aún cuando C está convencido de la conveniencia de la adopción de esta nueva perspectiva que lo convierte en protagonista de su vida. El terapeuta intenta sacar al paciente de su rol de víctima para posibilitar el surgimiento de un nuevo rol más funcional.

El terapeuta “Z” le sugiere al paciente no quedarse en la queja y hacer un esfuerzo activo para sentirse bien. El paciente, en la consulta, dice entender la practicidad del consejo, y se propone lograrlo de manera definitiva. Este dato ha sido confirmado a través de comunicaciones personales, por todos los profesionales que trataron a C: él manifiesta su deseo de cambiar, incluso reconoce su responsabilidad en el problema y establece un plan de acción; pero su discurso dilemático y victimizante regresa a la entrevista siguiente.

#### 3.4.2.10. Tratamiento con el Profesional “B” (psiquiatra)

Fecha y duración de tratamiento: (5 meses)

Diagnóstico: Esquizofrenia simple

<b>Fecha</b>	<b>Historia clínica</b>	<b>Intervención</b>	<b>n°</b>
	Paciente logorreico. 60 mg. de fluoxetina por día.	Disminuir fluoxetina gradualmente.	29
	Problema en trabajo (en la casa) porque se peleó con un compañero de trabajo. No pudo dejar de pensar en eso.	Corrección ideas distorsionadas.  40 mg. De fluoxetina.  Diazepam 10 mg.	30

	“Necesito que me hagan entender que no estoy en el horno”	Reestructuración cognitiva. Indica clonazepam en gotas.	31
	“Me siento un hijo de puta”	Fortalecimiento de autoestima	32
	Paciente estable sin cambios significativos.	Proscripción de buscar trabajo.	33
	Refiere estar preocupado por no saber qué celular comprar para su cumpleaños.	Recomendación de que no busque reforzamiento para tomar decisiones en el afuera.	34
	Paciente tranquilo, sin actividad laboral. Llegó tarde porque se quedó dormido.	“¿Vos querés ser gerente?” Cuestionamiento del discurso.	35
	“No puedo dejar pasar por alto el tema de la medicación”	Bajar fluoxetina a 20 mg. diarios	36
	“Quiero tener sesiones más cortas”	Se propone hacer cambios en la medicación.	37
	“Necesito seguridad. Me falta fuerza para tomar decisiones.”	Dialogo socrático acerca de la autonomía.	38
	Asiste tarde sin aviso.	Eliminación de diazepam. Fluoxetina en 30 mg. Diarios.	39
	“Me matan los fines de semana porque los días no son programados.”	Tarea para el hogar: armar lista de pensamientos intrusivos que ocurren durante actividad en casa.	40

#### 3.4.2.11. Análisis del tratamiento con el Profesional “B”

A continuación se realizará una compilación de los datos obtenidos durante la práctica profesional, en una secuencia lógica y cronológica desde el momento de la primera entrevista hasta el presente, repasando las hipótesis diagnósticas y las intervenciones correspondientes, surgidas en los cinco meses de tratamiento.

### 3.4.3. Informe psicodiagnóstico generado en base a los tests administrados

El siguiente informe fue generado en base a las entrevistas realizadas con C en el curso de la residencia. Los resultados del informe tuvieron una incidencia parcial e indirecta sobre el diagnóstico definitivo al cual arribó el equipo terapéutico. Los datos personales fueron cambiados para preservar la identidad del paciente.

***Paciente:*** C.

***Edad:*** 35

***Estado Civil:*** Soltero

***Ocupación:*** Desocupado

Motivo de Consulta: Solicitud de evaluación para elaboración de informe psicológico por parte del Profesional “B”.

Entrevista: El paciente refiere tener problemas con terapeutas anteriores y por tanto solicita la consulta con el Profesional “B”. Hace varios años que se atiende en el hospital, por su incapacidad para resolver problemas propios de la etapa del ciclo vital que atraviesa. Manifiesta tener dificultades para sostener un trabajo y a su vez para establecer relaciones sociales con mujeres y armar una red social propia. Se presenta a la entrevista en un estado efusivo, con verborragia, no termina las oraciones y se ríe de manera nerviosa. El paciente indica que puede ser por la medicación (60 mg. Fluoxetina, 10 mg. Valium).

Familia: Vive con sus padres. Refiere tener antecedentes familiares de depresión: un abuelo con tendencias depresivas y una tía depresiva que se suicidó cuando C era niño.

Antecedentes de la Enfermedad Actual: Tratamiento interrumpido con por lo menos cinco profesionales del hospital, por los mismos problemas que los actuales, sumado a depresión.

Antecedentes Psiquiátricos: Depresión, ansiedad.

Actividades: Trabaja ocasionalmente en la empresa familiar donde funde hierro en su casa pero de manera interrumpida. No estudia.

Técnicas Administradas: BECK, STAI, CV, IVA, MCMI-III.

Actitud general y conducta durante la administración de las técnicas:

Entusiasmado y enérgico. Pregunta acerca de su tratamiento y diagnóstico.

#### 3.4.4. Interpretación del material Obtenido

Inventario de depresión de Beck: Los 22 puntos dan cuenta de una depresión moderada.

#### Índice de Calidad de Vida

La media obtenida por la paciente es de 5,5 (regular), mientras que su percepción global es de 5 (regular). Los puntajes más bajos corresponden a Funcionamiento ocupacional (1), Bienestar Psicológico (4) y Cuidado Personal y funcionamiento independiente (4). Los puntajes más altos a Apoyo estatal y de servicios (9) y Plenitud espiritual (8).

#### IVA (Inventario de Valoración y Afrontamiento)

La situación problemática escogida por el paciente fue una pelea que ocurrió en el trabajo con un “chico conflictivo”.

C percibe la situación como Amenazante (3,16), por sobre Desafiante (2,6) e Irrelevante (0,66). El afrontamiento cognitivo dirigido a la situación (3) se destaca levemente por encima del afrontamiento cognitivo de la emoción (2,83). A su vez, se destaca levemente el afrontamiento motor de la situación (3,33) sobre el afrontamiento motor de la emoción (3). En el paciente prevalece el estilo de afrontamiento Evitativo (4) como preferido, por sobre el pasivo (2,5).

#### MCMI-III

La escala Dependiente supera el punto de corte con 78 puntos. Las escalas Depresivo (92) y Pasivo-agresivo (91) indican la posible presencia de un trastorno de personalidad.

**Las personas con este perfil no suelen tener amigos íntimos y tienden a estar desvinculados y aislados. Se ven a si mismos como débiles, inferiores, sin recursos propios y sin ningún atractivo. Aunque tienen una gran necesidad de que los demás les aprecien, el temor a ser rechazados les hace mostrarse muy tensos, susceptibles y muchas veces hasta hostiles en las situaciones sociales, viviéndolas muy negativamente. Su vida es un constante conflicto entre el intento por desarrollar relaciones sociales, y el refugio en la insatisfactoria seguridad de su aislamiento. Aunque en general son personas sensibles y empáticas, también pueden mostrarse nerviosas, incómodas, desconfiadas y aisladas.**

**Dentro del Eje I, se destacan síntomas de Ansiedad (82). En el eje de trastornos clínicos severos, Trastorno delirante obtuvo un puntaje elevado de 83.**

- EJE I: Trastorno de ansiedad; trastorno delirante.
- EJE II: Trastorno de personalidad depresivo; trastorno de la personalidad pasivo-agresivo.

#### 3.4.5. Conclusiones y Relación con las Técnicas Administradas

C es una persona que se molesta fácilmente por las cosas que salen mal, y que suele enfocarse en los problemas que tiene. Muy difícilmente se siente satisfecho con sí mismo, y evalúa que su vida se caracteriza por el fracaso, sobre todo en el sentido laboral. Presenta una depresión moderada al momento de la evaluación – Abril 2009 – y parece ser una persona con tendencias depresivas y personalidad de base ansiosa.

Su funcionamiento ocupacional es muy pobre, y su bienestar psicológico percibido es bastante malo. A la vez, tiene problemas con su cuidado personal y funcionamiento independiente. Percibe un alto grado de plenitud espiritual. Su imagen de su calidad de vida

es regular, tiene una cierta conciencia de enfermedad, y suele usar la evitación como estrategia de afrontamiento preferido. Tiende a percibir situaciones problemáticas como amenazantes, en lugar de contemplarlas como desafíos o de restarles importancia. Parecería estar siempre oscilando entre una imagen de sí mismo agradable y protegida, a una de inutilidad y desprecio.

Se puede apreciar que preocupaciones y decepciones de escasa importancia logran perturbarlo con facilidad. C se caracteriza por poner poco empeño en dirigir o modificar su vida. Generalmente reacciona ante los acontecimientos acomodándose a las circunstancias creada por otros. C se caracteriza por ser pasivo-agresivo, y rara vez se siente satisfecho. Sin embargo, por momentos tiene algunos rasgos que lo hacen parecer simpático y maleable. Su ajuste psicológico está por debajo de la media y conforma población en riesgo.

Posibles diagnósticos provisionarios según los resultados de las técnicas:



- ❖ EJEI: Depresión moderada; ansiedad elevada
- ❖ EJEII: Trastorno de la personalidad de tipo depresivo
- ❖ EJEIII: s/d
- ❖ EJEIV: Incapacidad de sostener trabajo y armar una red social más allá de su familia de origen
- ❖ EJEV: EEAG 50 (sin amigos, incapacidad para mantenerse en un empleo)

En cuanto al diagnóstico multiaxial establecido a partir de las técnicas administradas, no corresponde con un diagnóstico clínico completo sino a una primera aproximación que le da la pauta al clínico para indagar en ciertas áreas generales y luego lograr un diagnóstico acabado. Por tanto, no se expondrán los criterios clínicos de depresión ni trastornos de la personalidad del DSM debido a que dichos cuadros no fueron considerados como válidos debido a la presencia de un trastorno más amplio que explicaría mejor la sintomatología. Dicho cuadro será expuesto y analizado en el apartado de resultados.

### 3.4.6. Breve descripción del tratamiento con Profesional “B”.

El paciente arriba a la primera entrevista logorreico, con un discurso poco inteligible. Tiene dificultad para definir su motivo de consulta. La primera tarea terapéutica consistió en la organización del material que comunicaba C para definir un problema a resolver. El problema acordado fue “conseguir empleo para independizarme de mis padres”.

Lo que con el tiempo se pudo apreciar es que el paciente busca atrapar al terapeuta en su queja – puntualmente su indefensión contra su familia y su incapacidad de conseguir empleo – y a partir de esa información se identificó un ciclo repetitivo que persistió durante por lo menos tres años, dentro y fuera del consultorio. Dicho circuito fue definido como el siguiente:

<b>Dentro del consultorio</b> 	 <b>Fuera del consultorio</b>
Manifiesta haber sido persuadido por el terapeuta, se propone objetivos personales y se arma de seguridad bajo la tutela del terapeuta. A la siguiente entrevista regresa con sus rumiaciones, dudas e inseguridades.	Realiza algún tipo de actividad en pos de su independencia laboral y emocional, y lo sostiene durante un corto tiempo. Luego abandona y generalmente termina en la cama deprimido.

Como estrategia terapéutica se buscó cuestionar su discurso a través de intervenciones como las siguientes:

En un momento de distimia y apatía, en la que C exhortaba su permanente autocrítica y culpabilidad con respecto a su vida, se le indicó que su incapacidad de conseguir trabajo no responde a un defecto propio, sino que responde a una serie de factores estresantes que le pueden “pasar a cualquiera”. Como intervención se le prescribe *no* buscar trabajo, ya que es una tarea muy difícil que sería postergada para otro momento. La siguiente sesión llegaría entusiasmado con la idea de estudiar una carrera universitaria para realizar su potencial.

Como segundo intento de cuestionar su discurso, y ante sus múltiples fracasos en entrevistas laborales, se le prescribe abandonar las aspiraciones por lograr un puesto de

trabajo como Agente de Viajes. Incluso se le hace la siguiente pregunta: “¿Vos querés ser gerente?”; ante lo cual el paciente no sabe responder. Como alternativa, se le sugiere vender revistas en la calle, ocupación para la cual C está ciertamente calificado y ante la cual hay poca posibilidad de fracasar. Ante la directiva, C respondió con sorpresa, miedo y nerviosismo. Al ser interrogado, manifestó sentir incertidumbre y rechazo frente a dicha idea.

En un tercer momento, C arribó a la consulta con una preocupación dilemática acerca de su regalo de cumpleaños. Refería contar con dinero que deseaba destinar a la compra de un teléfono celular. Se enfrentaba al problema de elegir entre un modelo de su preferencia y otro modelo que le había sugerido comprar, con supuesta autoridad, su hermano mayor. A pesar de reconocer la exagerada influencia de una opinión ajena sobre su conducta, C buscaba resolver esta cuestión a través de una autoridad nueva, a saber: el terapeuta. Como intervención se le sugirió tomar la decisión sin recurrir a una fuente externa, ya que esta actitud reforzaría su dependencia del juicio de los demás. La renuencia por parte del equipo terapéutico a impartir un consejo le resultó molesto y poco comprensible.

En función de lo expuesto, la posibilidad de colaborar con C en su búsqueda de independencia quedó descartada, y en su lugar, se procedió a intentar comprender la dinámica de la vida de C para construir una solución más adaptativa que le incrementase su calidad de vida.

Como consecuencia, luego de haber dejado de lado la preocupación por obtener empleo de forma inmediata, C comenzó a describir su vida cotidiana y sus preocupaciones más triviales. Manifestó que los fines de semana le resultan tediosos y difíciles de atravesar, debido a que no tienen actividades programadas de antemano. A su vez, refirió tener contacto esporádico con amigos y conocidos, muchos de los cuales compartían rasgos excéntricos con el paciente y también llevaban una vida poco organizada. En cuestiones relativas al empleo del tiempo, el paciente manifestó pasar gran parte del día dudando acerca de las actividades que habría de realizar, y dedicando mucha energía y tiempo a cuestiones ociosas como ver televisión, jugar al tenis, etc. Asistir al hospital era una de las pocas actividades programadas que cumplía en el curso de la semana.



## Presentación de resultados

### 3.5.1. Diagnóstico descriptivo nuevo

Para seguir con la línea discursiva de los tratamientos anteriores, se plasmará un nuevo diagnóstico descriptivo que parece ser más apropiado para el paciente en cuestión. Luego, y en función de lo expuesto en el marco teórico, se delinearán un diagnóstico explicativo diacrónico y una explicación sistémica funcional, acompañados por las pautas para un nuevo tratamiento.

La información antedicha condujo al descarte de los diagnósticos de depresión y trastornos de la personalidad para considerar un diagnóstico estructural de tipo psicótico. Ante la imposibilidad de arribar a un diagnóstico más preciso, ya que el caso C no se adecúa a los tipos de esquizofrenia descritos en el DSM-IV, se optó por el diagnóstico de Esquizofrenia Simple (F20.6 en el CIE- 10). Esta categoría diagnóstica ha sido descartada por la A.P.A. por ser considerada demasiado ambigua, aunque el DSM-IV Companion contiene criterios para un prospectivo *trastorno deteriorativo simple*, homologable a la esquizofrenia simple (Spitzer, 2003).

El CIE-10 (OMS, 1992) describe la esquizofrenia simple como un trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social, y de una disminución del rendimiento en general. En una gran cantidad de casos, tal empobrecimiento social conduce a una vida de vagabundeo, y hace que los enfermos se vuelvan ociosos y pierdan sus objetivos.

Esta descripción parece ajustarse perfectamente al caso C. Sumado a la semiología observada en la clínica, se puede afirmar con suficiente certeza que de no contar con una red familiar que lo sostenga, C estaría en situación de vagabundeo.

### 3.5.2. Pautas para un nuevo diagnóstico. Criterios del CIE-10

Los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia simple son: un desarrollo progresivo durante un período de tiempo superior a un año de los síntomas negativos característicos de la esquizofrenia residual, sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado, con cambios significativos en la conducta personal manifestados con una marcada pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.

Todos los criterios se cumplen de manera patente. El aplanamiento afectivo propio de una esquizofrenia residual está presente aunque no exacerbada, y la ociosidad y aislamiento social parecen dar la pauta para concebir este diagnóstico como definitivo. Aún así, la literatura indica que la esquizofrenia simple puede ser un diagnóstico difícil de establecer. Whitwell, Bramham & Mariarty (2005) declaran que este es un diagnóstico controversial que ha de ser tomado con cautela.

### 3.5.3. Diagnóstico diacrónico evolutivo original breve

Según Guidano (1994), la única comprensión explicativa aceptable de un síntoma obedece las leyes de una psicopatología del desarrollo, valiéndose de una reconstrucción de las experiencias transformadoras del ciclo vital que han generado los modos de organizar la experiencia que presenta el paciente en la actualidad.

Para poder realizar una psicopatología del desarrollo, es fundamental destacar que los síntomas de C comenzaron a manifestarse al año luego de terminar el colegio. Este año coincide con el primer momento en la vida en que tuvo que tomar una decisión en pos de su independencia. Durante estos primeros años, C no presentaba el deterioro anímico y funcional del presente: asistía a la facultad regularmente, interactuaba con pares, y tenía vaivenes emocionales ocasionales. Sin embargo, manifiesta haberse sentido perdido, sin un grupo de pares al cual pertenecer, y con un ánimo depresivo general.

La sintomatología propia de la esquizofrenia comenzó a manifestarse cerca de los 20 años, y se desarrolló gradualmente durante la tercera década de vida, como suele ocurrir en casos de esquizofrenia en varones (Kaplan, 1995). Se puede afirmar con suficiente seguridad que existió desde ese momento una fuerte relación entre la presión por alejarlo

del seno familiar y la sintomatología emergente. Más allá de haber vivido situaciones de mayor o menor libertad, se puede decir que el funcionamiento del sistema familiar de C ha permanecido igual a pesar del paso de los años.

Al transitar la adultez temprana, C fue sumando muy de a poco recursos para independizarse, pero sin poder librarse de las opiniones y juicios de su contexto. Su modalidad vincular dependiente – particularmente de su familia de origen – se evidenció en el curso de su desarrollo en momentos como los siguientes:

- Estudió la carrera de “Técnico superior en turismo” por un comentario de su madre.
- Se enfada con sus hermanos cuando le ofrecen ayuda en su vida laboral, ya que no quiere que ellos se pongan en “rol de padre”.
- Deja de tomar decisiones personales para no entrar en conflicto con las expectativas de los demás.
- Abandona el tratamiento psicológico con orientación Gestáltica porque su hermano le advierte que le “lavan la cabeza”.
- Manifiesta tener miedo a salir al mundo.

Cabe concluir que, más allá de sus constantes quejas y su victimización, la inserción laboral de C significaría un problema más que una solución para él, ya que lo sacaría de su posición de indefensión y por tanto de su modalidad vincular dependiente. Por otro lado, el continuar en su casa le hace sentir un estorbo, y le genera una sensación de culpa significativa, según lo que refiere el paciente, porque su padre es “dominante y loco”. Las permanentes rumiaciones le permiten evitar el problema de forma directa y buscar volcar su dificultad social y afectiva en el terreno del pensamiento, que es la única área donde tiene autonomía.

La situación ideal para C sería aquella en la que recibe la protección y el nivel de atención que en este momento les prestan sus padres, pero en una ambiente en el que no se tenga que enfrentar a las presiones por conseguir trabajo que lo aquejan en el presente. Resulta casi imposible concebir una situación tal, salvo alguna posibilidad de que su

dependencia se volcara en una figura fuera de la familia. Sin embargo, difícilmente encuentre tal apoyo, ya que las recaídas depresivas y las rumiaciones mentales del paciente no le permiten establecer redes sociales nuevas.

#### 3.5.4. Lineamientos para un tratamiento nuevo

Como primera indicación de un tratamiento nuevo, se le puede *proscribir* al paciente iniciar una nueva búsqueda laboral, para cortar rápidamente con las soluciones fallidas y generar *menos* de lo mismo. Durante los últimos tres años de tratamiento, es evidente que los esfuerzos por independizarse no hicieron más que mantener inmutable la situación (Nardone & Watzlawick, 1995); por tanto, como primera estrategia es conveniente interrumpir dichos esfuerzos.

La consigna de un nuevo tratamiento es la de abandonar soluciones antiguas y generar una nueva, que posibilite un cambio real y corte el circuito repetitivo. La implementación del nuevo diagnóstico es una vía posible para lograr tal cambio, debido a que, en primer lugar, le quita toda responsabilidad al paciente, y por tanto hace que toda acusación de pereza constitucional o falta de iniciativa carezca de sentido. En segundo lugar, puede posibilitar una reorganización en el círculo familiar, en función de que ahora cuentan con un paciente psiquiátrico incapacitado como miembro y deben plantear en consecuencia su futuro.

El Profesional “B” asegura que el nuevo diagnóstico nosológico explica la dificultad en el tratamiento del paciente y su falta de cambio. Como pronóstico y curso de un nuevo tratamiento, se ha de tener en cuenta que el cuadro esquizofrénico de base es permanente y estructural, e implica una barrera definitiva a su potencialidad y desarrollo. Por lo tanto, como objetivo terapéutico se puede pretender disminuir el sufrimiento del paciente, posiblemente a través de la farmacología apropiada y con estrategias destinadas a mejorar su calidad de vida.

Sin embargo, se debe tener mucho cuidado al elegir, interpretar, y comunicar el diagnóstico de esquizofrenia ya que su función principal es la de interrumpir los circuitos

disfuncionales que existieron durante años al tratar al paciente como una persona normal que solamente prescindía de recursos para independizarse de su familia. Más allá de la decisión de transmitirle a C su nuevo rótulo – que puede resultar innecesario – se le ha de comunicar que posiblemente nunca abandone el hogar de sus padres, con la reserva de que dicha posibilidad sigue dependiendo de su voluntad, pero sin la presión de cumplir con lo esperable de un adulto sano de su edad.

Sumado a lo antedicho, se sugiere realizar entrevistas estructurales que involucren a los padres de C

, con la propuesta del nuevo diagnóstico, y el objetivo de proponer una solución adaptada a las posibilidades del paciente.

## CONCLUSIONES

El presente trabajo puede pecar de una ambición que no le corresponde, ya que en su núcleo está cuestionada la noción de misma de diagnóstico, constructo que constituye la base de la tarea clínica y elemento de comunión entre especialistas de lo más diverso. Aún así, el mismo DSM-IV (APA, 1995) establece la advertencia de que los criterios diagnósticos y categorías nosológicas son sólo el resultado del consenso entre especialistas, y no incluyen la totalidad de situaciones que pueden ser objeto de tratamiento. Esto da la pauta para creer que el arte de diagnosticar, para decirlo de algún modo, tiene un largo camino por recorrer hasta lograr una validez disciplinaria real.

La falta de ortodoxia en el proceso de diagnóstico y tratamiento remite a un problema radical, que puede ser rastreado hasta la concepción general de salud. El criterio de salud de la OMS (1992) es el de un estado de completo bienestar físico, mental y social. Si uno tuviese que valerse de esta definición para lograr una interpretación satisfactoria de una enfermedad mental, probablemente terminaría enredado. Esta ambigüedad en la definición de salud se manifiesta consecuentemente en la práctica clínica, ámbito en el cual, desde el momento en el que no se puede responder al *cómo, qué, y para qué* de la sintomatología, difícilmente se pueda trazar un plan de tratamiento adecuado.

A pesar de esta problemática, y tomando una perspectiva práctica, se puede decir que si se cuenta con una comprensión lo suficientemente profunda de la salud mental, es posible llevar a cabo un tratamiento eficaz sin necesidad de arribar a un diagnóstico definitivo. Para lograrlo, es necesario plantear adecuadamente el problema dentro de la consulta – el caso C sirve como claro ejemplo. Concebir a la enfermedad mental como un proceso que obedece leyes de un orden único y prefijado, detectables sólo en un cuadro nosológico, puede considerarse una actitud poco científica (Nardone & Watzlawick, 1995). Incluso se puede afirmar que el supuesto dogmático de que el descubrimiento de las causas reales del problema actuales una *coditio sine qua non* para cambiar, da origen a lo que Karl Popper ha llamado un enunciado que se autoinmuniza, es decir, una hipótesis que se legitima tanto con su cumplimiento como con su fracaso, convirtiéndose por lo mismo en un enunciado no falseable (Nardone & Watzlawick, 1995).

Sumadas a las observaciones anteriores, es necesario advertir que el tratamiento con C únicamente puede considerarse un logro si se tienen en cuenta las indicaciones desarrolladas en el trabajo que pretenden quitar al clínico de una posición de mero observador cuya función es la de reconocer un fenómeno ante su presencia. Jorge Saurí (1994) contempla a la tarea diagnóstica como un trabajo activo de discernimiento y de decisión. Esta posición busca desnaturalizar la idea de que el psicólogo es sólo un espectador que da cuenta de la presencia de un cuadro clínico objetivo. El diagnóstico, en caso de ser realizado, constituye el primer acto del tratamiento, ya que fija una dirección predeterminada para el trabajo terapéutico. En el diagnóstico mismo, entonces, queda prefigurada la forma de tratar. Por esto mismo, se insiste sobre la implementación del diagnóstico como una estrategia terapéutica y no como una mera explicación.

### **Consideraciones acerca de los objetivos**

En función de los objetivos planteados al comienzo del trabajo, se puede concluir que la descripción las hipótesis diagnósticas y el tratamiento de Cristian, aunque escuetos, fueron expuestos de manera satisfactoria. Dicho esto, es necesario volver al diagnóstico nuevo de esquizofrenia simple para agregar una serie de observaciones adicionales.

Guidano (1991) advierte que rotular al paciente con una categoría diagnóstica estática reificada puede resultar en una actitud metodológica desorientadora a largo plazo, ya que le obliga a atravesar la vida con la certidumbre de que su sintomatología conforma un rasgo estructural permanente. En el caso presente este descuido podría significar buscar una solución definitiva en un nuevo tratamiento farmacológico con antipsicóticos, una internación en un neuropsiquiátrico, etc. Esta actitud, llevada a cabo con un paciente que de antemano presenta rumiaciones obsesivas con respecto a la medicación, puede generar más problemas de los que resuelve. Tales intervenciones pueden resultar innecesarias, ya que dentro del marco de una psicosis, C ha permanecido lo suficientemente estable como para tener un contacto apropiado con la realidad; nunca generó síntomas positivos, y por lo tanto posiblemente no requiera un abordaje farmacológico especial.

Cabe concluir que la principal ventaja – e inclusive la razón de ser – de la elección del diagnóstico de esquizofrenia simple es sencillamente el efecto de atribución que generaría en la familia y en el contexto social de C, de manera que su rol de *chico maladaptado* se convierta en *adulto con dificultades mentales*. De esta manera la presión por independizarse disminuiría, y posiblemente con ella el sufrimiento del paciente.

### **El proceso diagnóstico en un hospital público**

El caso C puede no ser representativo de la actividad clínica en general; la dificultad en el tratamiento de este paciente particular puede hacer que sea un caso excepcional. Sin embargo, se pueden plantear una serie de cuestiones referentes a la práctica clínica para generar una crítica reflexiva sobre aquello que ocurre fuera de los libros, en el ámbito del hospital público.

Con respecto a lo observado en el curso de la residencia, sumado a aquello que se puede apreciar en la lectura del historial clínico, es posible afirmar con seguridad que el proceso de establecer un diagnóstico está lejos de ser una actividad normalizada y eficaz en el contexto de un hospital público. Primeramente, los diagnósticos registrados son casi

siempre presuntivos, y la producción de un diagnóstico definitivo parece ser aplazado por defecto, o por lo menos cuando es producido, deja de ser registrado. Sumado a lo antedicho, a pesar de la multiplicidad de tipos de diagnósticos existentes, es común limitarse únicamente al diagnóstico descriptivo, más precisamente a un diagnóstico semiológico o nosológico con reservas. El material recopilado por este tipo de diagnóstico responde a cuestiones que son, en primer lugar, visibles a primera vista, como pueden ser los signos y síntomas recopilados en la entrevista, y en segundo lugar, requieren un grado casi nulo de interpretación por parte del profesional. Es decir, en su afán por lograr cierta objetividad en su práctica, el profesional opta por atenerse a los datos menos ambiguos – a la vez los más superficiales – y mantener en secreto las hipótesis subjetivas que ocurren durante el curso del tratamiento.

El caso C es una muestra clara de la inconveniencia de dicha práctica a la hora de derivar un paciente, ya que sólo provee al nuevo profesional de material que no se atiene a cuestiones explicativas: generalmente acompaña al nuevo paciente información sobre su farmacoterapia, su sintomatología inicial y actual, y eventualmente alguna hipótesis diagnóstica de tipo nosológica.

Más allá de la falta de homogeneidad en la praxis, también llama la atención la ausencia de trabajo interdisciplinario en el hospital. Las comunicaciones entre profesionales se establecen de manera informal y reservada, incluso en un caso de semejante complejidad como es el caso C. En investigaciones futuras se puede indagar acerca de los motivos de elección de un tipo de diagnóstico sobre otro, y sobre todo en la posibilidad de comunicación entre profesionales de disciplinas diferentes. El DSM-IV indica que usualmente el diagnóstico principal constituye el objeto cardinal de atención por parte del clínico, lo que convierte a esta materia de estudio en un tema interesante y con repercusiones considerables.

Para finalizar, se remarca la posibilidad de ampliar los recursos utilizados corrientemente en el diagnóstico y tratamiento para lograr una práctica clínica integral, ya



que este es el mejor modo de aproximarse al fenómeno humano en toda su complejidad (Bulacio, 2004).

## BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson

Balbi, J. (1994) *Terapia Cognitiva Posracionalista: Conversaciones con Vittorio Guidano*. Buenos Aires: Biblos

Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Buenos Aires: McGraw-Hill

Bulacio, J. (2004). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. Buenos Aires: Akadia

de Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Bacerlona: Paidós

Frazier, S. y Carr, A. (1992). *Introducción a la Psicopatología* (2ª ed.). Buenos Aires: El Ateneo

Guidano, V. (1991). *El sí-mismo en proceso*. Barcelona: Paidós

Haley, J. (1976) *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu

Jaicovsky, G. (2008, mayo). *Diagnosis Multidireccional. Evaluación sincrónica y diacrónica del fenómeno clínico*. Trabajo presentado al VII Congreso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas, realizado en Montevideo del 8 al 10 de mayo de 2008.

Jaicovsky, G. (2006, septiembre). *Nuevas consideraciones acerca de la diagnosis*. Trabajo presentado al Congreso de actualización en psicoterapia cognitiva posracionalista, realizado en Buenos Aires el 8 y 9 de septiembre de 2006.

- Kaplan, H y Saddock, B. (1995). *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Intermédica
- Kernberg, O. (1990). Entrevista a Otto Kernberg. *Psicoanálisis*, 12 (1), 2-3.
- Lunazzi, H. (1992). *Lectura del Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- Napolitano, A. (2007). *Diagnosticar en Psicoterapia. ¿Qué, cómo, para qué?* Manuscrito no publicado.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (1995) *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Sandler, J. (1977). *Psicopatología*. México: Trillas.
- Saurí, J. (1994). *Diagnosticar en Psiquiatría*. Buenos Aires: Bonum.
- Spitzer, R. (2003) *DSM-IV-TR libro de casos. Compañero del DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Watzlawick, P. (1992). *La coleta del Barón de Münchhausen*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1981) *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Whitwell, Bramham & Mariarty. (2005) ¿Esquizofrenia Simple o síndrome desorganizativo? Un estudio de caso y repaso de la literatura. En *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. II, 398-403