

# Hacia una práctica diagnóstica positiva y contextualmente sensible

Susana Verdinelli\*,

Carlos M. Díaz-Lázaro\*\*

## Resumen

El terapeuta que practica desde las conceptualizaciones de la psicología positiva, las teorías constructivistas y las teorías enfocadas en las fortalezas, comprende la importancia de considerar a los seres humanos desde la salud psicológica y la adaptación. Los individuos y sus relaciones, cultura y contexto dan forma a múltiples maneras de definir la realidad. Por el contrario, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), considera los problemas humanos como déficit patológicos desde una única realidad singular y compartida. El DSM constituye progresivamente el principal discurso dominante en el tratamiento de los problemas psicológicos. ¿Cómo se negocian estas diferencias en la práctica y en la teoría? ¿Cuál es la perspectiva del terapeuta que practica considerando las ideas de fortalezas, contexto, posibilidad, sistema, y poder sobre el rol del DSM en la terapia? En este trabajo, se presentarán las estrategias colaborativas necesarias para acortar esas distancias, se discutirá la necesidad de incorporar un diagnóstico basado en las fortalezas y los recursos ambientales, y se hablará de la importancia de incluir al paciente en el proceso diagnóstico.

**Palabras Clave:** Diagnóstico – DSM – Fortaleza Humana

---

• Doctora en Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. E-mail: verdines@hotmail.com  
•• Doctor en Psicología, Walden University. E-mail: carlos\_diaz\_lazaro@yahoo.com

## **Abstract**

The therapists who endorse positive psychology, constructivist theories and strength-based ideas understand how important it is to consider psychological health and adaptation. The people and their relationships, culture, and context shape multiple ways of defining reality. On the contrary, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) considers human problems as pathological deficits from a single shared reality. The DSM is becoming increasingly the dominant discourse in the treatment of psychological problems. How are these differences negotiated in theory and practice? What is the perspective of the therapist who practices in the light of ideas such as: strength, context, possibility, systems, and power over the role of the DSM in therapy? The collaborative strategies needed to bridge this gap will be presented in this paper. The need to incorporate a diagnosis based on human strength and environmental resources and the importance of including the patient in the diagnostic process will be discussed.

**Key Words:** Diagnosis – DSM – Human Strength

## **Hacia una práctica diagnóstica positiva y contextualmente sensible**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2000) es ampliamente aplicado en la práctica clínica y es académicamente visto como un documento empírico y objetivo. El DSM conceptualiza a los desórdenes mentales como entidades objetivas que ocurren naturalmente y que son sujetas a investigación empírica. El modelo salutogénico, las teorías constructivistas y las teorías enfocadas en las fortalezas rechazan la concepción de objetividad que el DSM posee porque ésta ignora al individuo y el contexto socio-cultural en el proceso de construir la definición y el significado de lo que es un desorden psicológico. Contraria a la concepción del DSM, la Psicología Positiva ofrece una reorientación hacia la salud psicológica y la adaptación humana. A pesar de que ambas posturas son teórica y epistemológicamente incompatibles, es evidente que a menudo deben cohabitar en el nivel de la práctica clínica, ya sea el caso de la terapia realizada en hospitales, el uso de obras sociales o como forma legitimadora de entender los problemas mentales.

Distintas respuestas al problema de la categorización diagnóstica han surgido. Existe un rango de opiniones que van desde la posición de rechazar cualquier categorización diagnóstica (Gergen, Hoffman y Anderson, 1996); a otras posiciones más estructuradas y organizadas de recolectar información de los pacientes y usar algún tipo de diagnóstico (Wynne, 1987; Tomm, 1991; Johnson, Pfenninger y Klion, 2000). En este trabajo, presentamos una evaluación crítica sobre el modelo de diagnóstico DSM y proponemos estrategias para adaptar este modelo de diagnóstico a la influencia de conceptualizaciones provenientes de la psicología positiva, constructivista, y sociocultural.

## **Posibles escenarios en el uso del diagnóstico en la práctica clínica**

La práctica clínica exige el uso del DSM o similares categorías diagnósticas en muchos espacios institucionales lo cual dificulta el uso de formas alternativas. El sistema de obras sociales y prepagas también constituye un desafío. Para manejar las discrepancias entre la realidad del profesional que necesita usar una forma categorial y que a su vez desea realizar una práctica diagnóstica contextualmente sensible se propone el siguiente mapa de decisiones clínicas en el uso del diagnóstico. Este modelo responde a una adaptación del trabajo de Kenneth E. Major (2006) (Fig.1).

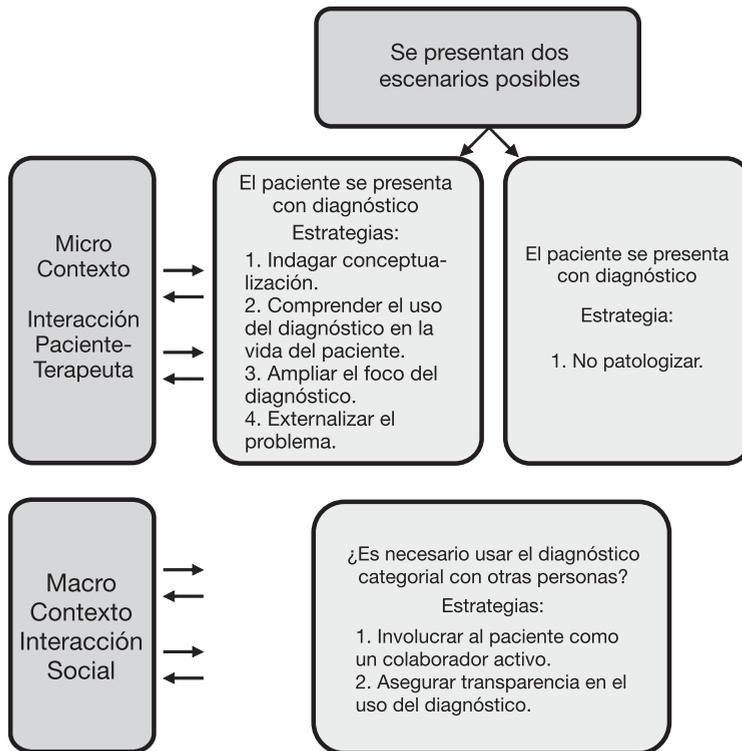


Fig. 1 | **Mapa de decisiones clínicas potenciales en el uso del diagnóstico. Cuadro modificado de Major (2006).**

Para poder entender los procesos que influyen en la psicoterapia se requiere comprender los sistemas de creencias tanto del paciente como del terapeuta. De la misma forma que el terapeuta tiene una conceptualización pre-establecida sobre los factores que generan cambios en el comportamiento, el paciente tiene sus propios modelos de creencias. Estas creencias son influenciadas por un número de factores, entre ellos, experiencias personales, el modelaje a través de experiencias vicarias, o información aprendida de los medios de comunicación masiva, entre otras. Existen dos posibles tipos de creencias que trae el paciente a la terapia en cuanto al diagnóstico. En primera instancia, el paciente puede llegar con la creencia de que la situación o problema que lo trae a la terapia tiene nombre y apellido; o sea una etiqueta que identifique el por qué de esta situación o problema. Para un profesional de la salud mental, esto implica un tipo de diagnóstico categorial pre-establecido. Es factible que aquellas personas que llegan con un diagnóstico previo hayan escuchado este diagnóstico a través de los medios de comunicación masiva (un anuncio, un programa de televisión, diarios o revistas) o a través de personas

allegadas, como otros profesionales o amigos (Major, 2006). Ese diagnóstico pudiera o no coincidir con el diagnóstico categorial que el terapeuta clínico asignaría; sin embargo, la importancia de elaborar la comprensión que la persona tiene de este diagnóstico y el impacto que el mismo tiene en su vida resulta fundamental. La segunda posibilidad de creencias que podría traer el paciente es una que no incluya un diagnóstico pre-establecido. En este caso, el paciente podría obviamente identificar el tener un problema o situación que requiera ayuda profesional. Sin embargo, esa identificación de un problema o situación de ayuda, no va ligada a una etiqueta específica. No significa esto que el paciente no tenga unos presupuestos en cuanto a lo que causó su problema, lo que lo mantiene, y lo que podría contribuir a su erradicación; simplemente que estos supuestos no están ligados a un nombre y apellido que identifique este problema.

#### a) Cuando el paciente llega con un diagnóstico

**1- Indagar la conceptualización diagnóstica según el consultante.** La primera estrategia para desentramar el uso diagnóstico durante el proceso terapéutico es indagar qué sentimientos, percepciones o pensamientos alberga el paciente acerca del diagnóstico. Esto resulta fundamental porque la persona puede sentirse apesadumbrada por el diagnóstico o bien aliviada por encontrar una explicación a su sufrimiento. Al realizar esta indagación, el terapeuta debe usar el lenguaje que el paciente usa para describir su malestar. Por ejemplo, si María llega a la consulta y dice: “Lo que pasa es que soy borderline”, o “Soy bipolar”, o “Estoy deprimida”, el terapeuta puede comenzar preguntando: ¿Cómo llegó Ud. a pensar que es bipolar (o borderline)? ¿Dónde escuchó ese nombre? ¿Cuándo comenzó a sentirse borderline? ¿Cómo Ud. se da cuenta de que es bipolar? ¿De qué manera lo afecta estar deprimido? ¿De qué manera le impacta el pensar que es bipolar? ¿Cuáles cree Ud. que son las características de una persona que es bipolar? ¿Ud. cree que estas características se aplican a su persona y a su vida? Una vez que el terapeuta estima que comprende el significado del diagnóstico asumido por el paciente, un segundo nivel de indagación, es comprender cómo impacta el diagnóstico en la vida relacional y social del paciente.

**2- Comprender el uso del diagnóstico en la vida del paciente.** Resulta importante saber cómo el diagnóstico está inserto o contextualizado en la historia mayor de la vida del paciente. Se debe preguntar acerca de cómo la familia o amigos reaccionan al diagnóstico auto impuesto por el paciente. Por ejemplo, se puede preguntar: ¿Su familia piensa que Ud. es borderline? ¿Su esposo piensa que Ud. está “loca” y está de acuerdo en llamarla “bipolar”? ¿Quién más la llama así? El fin de indagar qué opinan sobre este diagnóstico quienes están alrededor del paciente tiene como objetivo considerar las múltiples perspectivas del significado del

diagnóstico. Se considera que el significado que las personas le atribuyen al mundo es derivado de la interacción social. El énfasis está puesto en cómo las personas crean conocimiento y comprensión de su entorno (Gergen, 1985; Guerin, 1992).

Si el paciente se siente atrapado en un entramado social y cultural en el cual este diagnóstico es una fuente de opresión, es momento de que el terapeuta haga emerger otras realidades en torno a la vida del paciente y al hacer esto contribuya a la creación de nuevas formas de comprensión y nuevas avenidas de pensamiento acerca del paciente. El terapeuta puede preguntar: ¿Quién de sus amigos o familiares no cree que Ud. es borderline? ¿Qué otra explicación encontraría Ud. a su malestar? Preguntar por quiénes no consideran al paciente depositario de ese diagnóstico abre un abanico de posibilidades y transmite la concepción de que no existe una sola realidad o una única y “correcta” manera de pensar o comportarse (O’Hara & Anderson, 1991).

**3- Ampliar el foco del diagnóstico.** Para obtener una comprensión más rica del paciente y constituir realidades clínicas que se desarrollen en conversaciones más que en codificaciones estáticas, es preciso perseguir información extradiagnóstica. Esto completa el espacio de la nomenclatura descontextualizada del lenguaje usado en el DSM. En ese momento, el terapeuta debe alentar al paciente a descubrir sus propias fortalezas individuales y familiares (Lee, 2001; Simons & Aigner, 1985). Para realizar esto, el terapeuta debe mantener como eje de trabajo descubrir: ¿Qué fortalezas ha usado este paciente para lidiar efectivamente con sus problemas? (Seligman, 1991).

Se puede definir fortaleza humana como aquella que ayuda a la persona a enfrentar las vicisitudes de la vida o aquello que hace la vida más satisfactoria para sí mismo y para otros. Las fortalezas no son características estáticas de la personalidad sino que se desarrollan a través de un proceso dinámico y contextual anclado en la propia cultura (Aspinwall & Staudinger, 2003). Peterson y Seligman (2004) desarrollaron un manual diagnóstico de fortalezas que como discutimos más adelante, podría ser utilizado junto al DSM para medir el nivel individual de auto-actualización o crecimiento positivo en la vida (Smith, 2006).

¿Cómo busca el terapeuta las fortalezas en el paciente? El terapeuta busca lo que el paciente tiene más que lo que no tiene, lo que puede hacer más que lo que no puede hacer, y cómo ha llegado a sobrevivir a pesar de las circunstancias más que por qué ha fallado. Se considera al paciente como un sobreviviente y no como una víctima. Buscar las fortalezas implica preguntar al paciente qué cosas positivas suceden actualmente en su vida o en sus relaciones y qué le gustaría que siguieran sucediendo. (Berg, 1994; De Shazer, 1985, 1988, 1994). Focalizar en lo que funciona bien en la vida del paciente crea un ambiente o un escenario en donde el paciente se siente competente. El terapeuta puede preguntar: ¿Cómo ha podido

sobrevivir a lo que le ha pasado? ¿Qué dice otra gente de cómo Ud. me describe que salió adelante? ¿Qué cosas le salen bien o puede hacer bien? A pesar de todas las dificultades que atraviesa, ¿Cómo hace para levantarse cada día y salir a la calle? ¿Qué características existen en Ud. que lo hacen seguir a pesar de la adversidad?

**4- Ser vs. Tener: Externalizar el problema.** Cuando el paciente se siente apesadumbrado por creer que lleva consigo un diagnóstico que considera intrínseco a su personalidad se puede aplicar la estrategia de externalización (White & Epsom, 1990). La manera en que el terapeuta usa el lenguaje resulta fundamental. Por lo general, los pacientes expresan su malestar como si fuera una condición interna, por ejemplo diciendo “soy depresivo”. El terapeuta mueve al paciente de esta verbalización hacia la de “tener depresión”. De esta manera, el problema es concebido como una entidad externa a la persona. En contraste, el DSM considera el desorden en la persona misma. A través de la conversación terapéutica, la externalización del problema puede aliviar a los pacientes de pensar que algo interno está mal con ellos. Para generar esta concepción de que el problema está separado de la persona, el terapeuta puede preguntar: ¿De qué manera la depresión toma control de la persona que es? ¿En qué momento de la semana pasada pudo echar a la depresión de su vida? ¿Qué mecanismo usó para burlar a la depresión el sábado pasado? ¿Cuáles son los primeros indicadores que le indican que la depresión está queriendo volver?

b) El consultante se presenta sin diagnóstico previo: evitar “patologizar”

Cuando el consultante se presenta a la terapia con un determinado malestar o sufrimiento psicológico, pero no necesariamente con un diagnóstico categorial, el terapeuta debe mantener separados el lenguaje profesional del lenguaje que usa con el consultante para describir su problema (Major, 2006). Las percepciones y descripciones del consultante sobre su propio malestar no se tiñen con el uso del lenguaje extraño de ningún sistema categorial de clasificación. El terapeuta debe buscar una descripción lo más acertada posible del malestar del consultante en los propios términos y lenguaje del consultante, evitando así, poner etiquetas o nombres ajenos a la realidad de la persona.

## **Macro contextos: cuando es necesario usar el Diagnóstico Categorial**

En algunas situaciones el terapeuta se ve enfrentado con la necesidad de usar el diagnóstico categorial fuera del contexto de la relación paciente-terapeuta. Ya sea que el consultante se presentó con un diagnóstico pre-establecido o no, o que el

terapeuta quiera o no asignar un diagnóstico categorial, los contextos sociales más amplios así lo exigen. En estos casos, el terapeuta debe usar dos estrategias fundamentales: involucrar al paciente como un colaborador activo y asegurar transparencia en el uso del diagnóstico.

## 1- Involucrar al paciente como un colaborador activo en el proceso diagnóstico

Las preocupaciones sobre el impacto nocivo del etiquetamiento son neutralizados cuando el paciente y el terapeuta eligen el diagnóstico del DSM que mejor se ajusta a las descripciones del problema del paciente (Raskin & Lewandowski, 2000). Juntos interpretan el significado y la relevancia de ese rótulo dentro de un contexto más amplio y alentando la consideración de múltiples modos de explicación. El DSM se transforma en una auto-construcción significativa e ideográfica. Revertir el proceso típico del diagnóstico poniéndolo en manos del paciente responde a una posición más simétrica en la relación paciente-terapeuta. El paciente no se vuelve un receptor pasivo del experto que determina el nombre de su malestar sino que asume control del proceso de diagnóstico y participa activamente con el terapeuta comentando sobre los criterios, síntomas y variedad de diagnósticos (Major, 2006). En este caso, el terapeuta puede, literalmente tomar el DSM del estante de su consultorio y ver junto al paciente qué diagnóstico se aplica a su descripción del malestar. Aún, cuando el terapeuta sea quien finalmente decida sobre el diagnóstico, el DSM se convierte en un instrumento para discutir de qué manera tales criterios se aplican a la vida del paciente y generar conversaciones significativas en el contexto de su experiencia.

## 2- Asegurar transparencia en el uso del diagnóstico

Resulta importante considerar que aún cuando el paciente y el terapeuta pueden usar el DSM como una construcción local para entender una situación clínica específica, el terapeuta o el paciente no pueden controlar el acceso al diagnóstico del paciente una vez que el diagnóstico es dado a una compañía de seguros médicos, obra social o prepaga. Aquellos que manejan la compañía de seguros médicos y la sociedad en general, no saben sobre el significado re-construido del diagnóstico. El paciente necesita ser consciente e informado de ese tema cuando decide usar su compañía prepaga (Major, 2006). Contando con estas estrategias, el terapeuta debe ahora enfocarse en poder realizar un diagnóstico más completo e integrador de la vida de su paciente.

## ¿Qué áreas de la vida del paciente debería evaluar un terapeuta que busca realizar un diagnóstico positivo y contextualmente sensible?

El terapeuta debe realizar un diagnóstico que balancee aspectos internos y externos del paciente. Contra la tendencia a evaluar los problemas de las personas como rasgos internos o dinámicas de personalidad subyacentes, resulta necesario también considerar los factores, situaciones o ambientes envueltos (Snyder et al., 2003). Wright y López (2005). Se propone una aproximación de cuatro frentes en la evaluación del paciente: (a) deficiencias y características detractoras de la persona, (b) fortalezas y bienes de la persona, (c) privaciones y factores destructivos en el ambiente, y (d) recursos y oportunidades en el ambiente (Fig. 2).

	<b>Persona</b>	<b>Ambiente</b>
<b>Aspectos Negativos</b>	Limitaciones de funcionamiento.  Desconexión social  Afecto negativo  Síntomas  Patrones disfuncionales de pensamiento y comportamiento.	Vivir en barrios en donde la criminalidad es muy alta.  Poseer bajos recursos económicos.  Red de apoyo social pobre.  Experimentar peleas familiares.  Estar expuesto a violencia emocional o física.
<b>Aspectos Positivos</b>	Expectativas sobre el futuro.  Estrategias de afrontamiento Sentido en la vida, objetivos.  Poseer una buena nutrición.  Hacer ejercicio  Tener auto disciplina	Poseer amigos, familia y un entorno social adecuado.  Poseer recursos económicos suficientes.

Figura 2 | Aspectos negativos y positivos a indagar de la persona y de su ambiente. Cuadro modificado de Snyder et al., 2003.

El clínico puede usar este tipo de grilla para evitar que los aspectos positivos queden sumergidos en los negativos. Es altamente probable que al principio el terapeuta encuentre mayor cantidad de factores negativos relativos a la persona ya

que su entrenamiento profesional ha sido orientado en esta dirección. Completar las celdas de la grilla que indican factores positivos ambientales y personales puede ser un desafío. Wright (1991) sugiere que el clínico haga un esfuerzo por encontrar un número similar de factores positivos y negativos al realizar un diagnóstico o al escribir un reporte psicológico. Respetar esta regla de igualdad tendería a asegurar la importancia dada a todos los factores.

## **Factores positivos y negativos**

Factores negativos, son aquellos que incrementan la posibilidad de que una persona experimente daño personal (Resnick, Harris & Blum, 1993; Rhodes & Brown, 1991). Algunos factores negativos incrementan la posibilidad de que las personas sufran trastornos mentales, se vuelvan violentas o tomen drogas (Dryfoos, 1997). Algunos factores ambientales negativos pueden ser: vivir en ciudades grandes o vivir en barrios en donde la criminalidad es muy alta, ser miembro de una familia de bajos recursos económicos, experimentar peleas familiares o estar expuesto a violencia emocional o física, entre otros (Druian & Butler, 1987). Algunos factores negativos internos que probablemente van a estar ligados a los externos pueden ser: mostrar limitaciones de funcionamiento psicológico, desconexión social, poseer afecto negativo, distintos síntomas, tener patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales, tener patrones relacionales disfuncionales, tener habilidades académicas pobres, o poseer baja motivación, entre otros.

Para indagar los aspectos positivos y las fortalezas de las personas, el terapeuta puede descubrir fortalezas biológicas tales como descansar bien, tener una buena nutrición, realizar ejercicio, usar el tiempo libre en actividades satisfactorias. Descubrir las fortalezas psicológicas implicaría hablar de: a) las habilidades cognitivas tales como habilidades para resolver problemas, b) habilidades emocionales tales como poseer buena auto estima, optimismo, habilidades de afrontamiento y auto disciplina así como también poseer expectativas y un plan en la vida (De Jong & Miller, 1995). Asimismo, los aspectos positivos ambientales incluyen poseer una red social y tener amigos, familia o mentores; factores económicos, como tener y mantener un empleo, tener suficientes recursos económicos y un lugar adecuado para vivir (Smith, 2006). Otra manera de ayudar al terapeuta a obtener un diagnóstico integral en donde los factores positivos tengan tanto peso como los negativos es considerar que el DSM debería incluir dos ejes más, uno que incluyera la evaluación del contexto socio-cultural y otro que incluyera las fortalezas y virtudes de las personas.

## **Ejes de contexto socio-cultural y fortalezas**

El DSM consta de 5 ejes de diagnóstico. Estos son: 1) problemas clínicos y otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica, 2) desórdenes de personalidad y retraso mental, 3) desórdenes físicos o condiciones médicas generales que estén presentes en adición al desorden mental, 4) problemas sociales y del medio ambiente, y 5) índice de funcionamiento global. Este modelo diagnóstico está basado en conceptualizaciones patológicas y organicistas. Por lo tanto, si nos basamos en el modelo de diagnóstico DSM tendremos una visión incompleta del funcionamiento y potencial del paciente. Nuestra visión sería una sesgada hacia el lado negativo o problemático de la balanza. Aunque este modelo de diagnóstico tiene la ventaja de identificar detalladamente los problemas del paciente, no nos dice nada de los recursos que posee y que podrían ser claves en la generación de los cambios que busca el mismo. Tampoco nos dice nada el modelo de diagnóstico del DSM en cuanto al contexto socio-cultural que lo influye. Sin tomar en cuenta estas influencias socio-culturales, nuestra evaluación será una sin lugar a dudas enfocada en el paciente mismo como origen y mantenimiento de estos problemas. Como lo hemos planteado anteriormente, este análisis a-social y a-contextual del paciente nos lleva a culparlo por los problemas que trae y a depender del terapeuta para la solución de los mismos. La psicología clínica tradicional, basada en un modelo médico centrado en la patología, como es aparente en el DSM, comete el error de atribución fundamental. La psicología clínica adjudica los fracasos y debilidades de los pacientes a sus propios factores internos. Sin embargo, atribuye las fortalezas y cambios a factores externos: principalmente a las estrategias generadas por el terapeuta. Muy conveniente para la autoestima profesional de los psicólogos, pero no tan conveniente para la salud mental de los pacientes que se encuentran en un ciclo vicioso de internalización y culpa reforzada por nadie más que por nosotros mismos, los profesionales que en teoría deberíamos ayudar.

Muchos terapeutas no tienen conciencia de la forma en que contribuyen al mantenimiento de los problemas a través de adscribir a un sistema incompleto y sesgado de diagnóstico. El primer paso entonces, es concientizar a los terapeutas del rol que juegan en mantener a los pacientes oprimidos por la internalización de sus problemas. Como parte de este proceso de tomar conciencia, debemos evaluar críticamente este modelo de diagnóstico, pero no debemos quedarnos ahí. También debemos generar alternativas. Es muy fácil ser partido político de oposición cuando no se tiene que asumir posturas y generar alternativas reales. Aunque muchos argumentan que tendríamos que rechazar de raíz este modelo de diagnóstico, al menos a corto plazo, para muchos terapeutas no es viable. Entonces, mientras se trabaja para el advenimiento de un nuevo paradigma en la psicoterapia, debemos generar

cambios dentro del paradigma tradicional. Una forma de generar esos mismos cambios dentro del paradigma actual es a través de la creación de ejes adicionales al DSM con el propósito de establecer un modelo alternativo y progresista. Proponemos entonces la adición de dos ejes que sirvan para fundamentar el contexto social y cultural en el que vive el paciente y para identificar los recursos y fortalezas que trae el mismo a la terapia. Esta no es una idea nueva, pero sí una a la cual no se le ha dado la debida atención. Para lograr este objetivo de crear estos ejes adicionales, es importante prestar atención al trabajo de Hays (2008) y Peterson y Seligman (2004). Hays (2008) ha desarrollado un sistema de clasificación de influencias sociales y culturales. Peterson y Seligman (2004), por su parte, crearon un sistema de clasificación de fortalezas y virtudes. Explicaremos brevemente estos modelos y discutiremos su uso clínico.

## **Eje VI: Contexto social y cultural**

La idea de un eje basado en las influencias socio-culturales surgió, del grupo de trabajo sobre cultura y diagnóstico del DSM-IV-TR (Hays, 2008). La idea fue rechazada a favor del bosquejo para la formulación cultural, la cual se esperaba fuese presentada al comienzo del DSM, lo que no sucedió (Lewis-Fernández, 1996). Lewis-Fernández (1996) ha indicado que un eje adicional puede presentar el problema de añadir otra lista más de descriptores esencialistas y por lo tanto puede haber un potencial real de que se utilice erróneamente. Hays (2008), sin embargo, hace hincapié en que si los terapeutas han pasado por el proceso de auto exploración sobre las influencias sociales y culturales de sus propias vidas y tienen una perspectiva de mejoramiento profesional continuo en estas áreas, no deberían tener problemas en utilizar apropiadamente este tipo de eje socio-cultural. El modelo de Hays está basado en las siglas en inglés *ADDRESSING*, el cual incluye las siguientes influencias: 1) edad e influencias generacionales, 2) discapacidades del desarrollo, 3) discapacidades adquiridas más tarde en la vida, 4) orientación religiosa y/o espiritual, 5) identidad étnica y racial, 6) estatus socio-económico/clase social, 7) orientación sexual, 8) origen nacional, y 9) género. Para contextualizar el modelo proponemos la sigla **CREDOS** (**C**lase social, **R**aza, **E**tnia, **D**iscapacidad, **O**rientación Espiritual/Religiosa, **S**exualidad y **G**énero).

Lo que se busca a través de este eje es el identificar influencias en las distintas áreas sociales y culturales que se han sugerido. Esta sería información que recopilaría a través de documentación general y entrevistas clínica al inicio del proceso de la psicoterapia. Hay que recalcar que lo importante es obtener información sobre los valores, creencias, y experiencias de vida del paciente para contextualizar tanto áreas problemáticas como fortalezas y virtudes. Iría en contra del propósito nuestro el que tome la información para darle pie a presunciones y

estereotipos basados en membresía grupal. Por lo tanto, es importante que los terapeutas tengan entrenamiento no sólo en la conceptualización de cómo factores sociales y culturales influyen en el comportamiento humano sino, en cuanto a reconocer estas influencias en su propia vida. En adición a esto, es clave un proceso de auto-reflexión sobre las actitudes y creencias que se tiene sobre temas tales como las relaciones de género, orientación sexual, inmigración, al igual que sesgos en contra de exogrupos específicos.

## **Eje VII: Fortalezas y virtudes**

Peterson y Seligman (2004) han desarrollado, sin lugar a dudas, uno de los aportes más significativos en cuanto a diagnóstico positivo. Recalcando que el DSM solamente se enfoca en los problemas que aquejan a los seres humanos lo que es una perspectiva acotada e incompleta, los autores proponen su trabajo como un manual de “sanidades” en contraposición al DSM, un “catálogo de comportamientos problemáticos”. Peterson y Seligman escriben: “Desaprobamos del modelo de enfermedad como explicación del carácter, y enfatizamos que las fortalezas humanas no son secundarias, derivativas, ilusorias, epifenomenales, parasitarias de lo negativo, o de otra forma sospechosa” (p. 4), continúan: “dicho de una forma positiva, creemos que las fortalezas de carácter son el fundamento de la condición humana y que las actividades congruentes con las fortalezas representan una ruta importante para la buena vida psicológica” (p. 4). El manual de clasificación propuesto consta de 24 fortalezas de carácter agrupadas en seis de virtudes. Tanto las fortalezas como las virtudes fueron seleccionadas por un criterio específico y detallado para salvaguardar la integridad científica del sistema de clasificación. Aunque una descripción y crítica detallada de este manual de clasificación está más allá de los objetivos de este manuscrito, sí nos gustaría brevemente identificar estas virtudes y fortalezas de carácter, e indicar cómo se pueden evaluar o medir las mismas.

El primer grupo de fortalezas está ligado a la virtud de *Sabiduría y Conocimiento*, y éstas son creatividad, curiosidad, apertura de mente, amor al aprendizaje, y perspectiva. El segundo grupo de fortalezas se clasifica bajo la virtud de *Coraje* a saber: valentía, persistencia, integridad y vitalidad. La *Humanidad* es la virtud que lidera este tercer grupo en el cual encontramos las fortalezas de amor, bondad e inteligencia social. La cuarta virtud es la *Justicia*. Fortalezas de Justicia son la ciudadanía, imparcialidad, y el liderazgo. El quinto grupo consiste en la fortaleza de *Moderación* (virtud) en las que tenemos al perdón y la misericordia, humildad y modestia, prudencia, y auto-regulación/control. Finalmente, tenemos a las fortalezas de *Transcendencia* las cuales son: la apreciación por la belleza y la excelencia, gratitud, esperanza, humor y espiritualidad.

Este esquema de clasificación comprensivo que han desarrollado Peterson y Seligman (2004) nos da una excelente oportunidad de incluir en la psicoterapia información específica sobre recursos que el mismo paciente aporta y los cuales se podrían desarrollar para el beneficio del mismo. Para evaluar estas fortalezas es muy recomendable utilizar alguna prueba psicológica que directamente evalúe estos recursos. Aquí recomendamos el uso del *Values in Action Inventory of Strengths* (Valores en Acción: Inventario de Fortalezas).

## **Pasos a seguir en el diagnóstico de Ejes Múltiples**

Sugerimos que el terapeuta comience el proceso de diagnóstico contextualizando social y culturalmente al paciente; o sea completando primero el Eje VI (Contexto social y cultural). De esta forma, se establece desde temprano que el paciente no está apartado de las influencias de su entorno. Las creencias, valores, y actitudes del mismo son importantes y deben tenerse en cuenta en el momento de identificar problemas de atención y desarrollar un plan de trabajo. Estas creencias, valores, y actitudes van a ser influenciadas por las experiencias individuales, pero éstas siempre están ligadas al entorno social y cultural. De acuerdo a Pedersen (2000), el comportamiento se genera desde un espacio social y cultural específico, es interpretado desde otro espacio social y cultural. Por lo tanto, debemos ser conscientes de estas diferencias en el contexto en que se generan y se interpretan.

Luego de completar el Eje de Contexto Social y Cultural, se debe llenar el Eje de Fortalezas y Virtudes. Se lo evalúa entonces desde un modelo salugénico donde se busca utilizar los recursos del propio paciente para resolver los problemas que éste quiere tratar. Es importante recalcar el significado de completar un eje como el de fortalezas y virtudes antes que uno de desórdenes o problemas. No solamente esta acción envía al paciente un claro mensaje sobre el tipo de terapia que se pretende llevar a cabo, sino más importante es el mensaje que nos enviamos a nosotros mismos como terapeutas. Es esencial que los terapeutas tengamos una evaluación completa y no sesgada de nuestros pacientes. Cuando el primer y único lente por el cual evaluamos y los etiquetamos es uno basado en déficit, corremos el riesgo de caer en errores de confirmación. Cuando priorizamos en nuestra mente los problemas y el diagnóstico tradicional DSM interpretamos entonces el comportamiento del paciente como atribuido a esta etiqueta diagnóstica. No solo eso, sino que corremos también el riesgo de descartar información que contradiga este diagnóstico categorial (Rosenhan, 1973). Este es un sesgo sin lugar a dudas muy importante cuando se toma en cuenta que debemos colaborar con el paciente para ayudarlo a resolver ese problema o situación que lo inquieta, pero al mismo tiempo, estamos contextualizándolo sólo o principalmente desde el paradigma del

déficit. Al obligarnos a evaluar primero las fortalezas y virtudes de nuestros pacientes, internalizamos el mensaje de que lo que tenemos enfrente no es una etiqueta patológica sino un ser humano con recursos propios los cuales tenemos que tomar muy en cuenta en nuestras intervenciones.

Luego de contextualizar social y culturalmente a nuestro paciente y de identificar sus fortalezas y virtudes, seguimos entonces completando el Eje de Problemas Sociales y del Medio Ambiente. Es importante aquí hacer una diferenciación entre el Eje Socio-Cultural y el de Problemas Sociales y del Medio Ambiente. El Eje de Problemas Sociales y del Medio Ambiente es uno que, como el mismo nombre lo sugiere, está basado en un modelo de déficit. Se busca las dificultades sociales por las cuales pueda estar pasando el mismo. Sin embargo, el Eje Socio-Cultural no identifica problemas como tal, sino que contextualiza al paciente en base a su identificación y membresía en un número de grupos sociales y culturales. Se busca entonces desarrollar hipótesis en cuanto a creencias, valores, y experiencias particulares que puedan influenciar su relación tanto con el problema o situación que lo trajo a la terapia, como a su relación con el terapeuta. Más aún, en línea con un enfoque salugénico, Hays (2008) ha listado un número de posibles fortalezas basadas en experiencias o procesos sociales y culturales, tales como el orgullo en la propia cultura, estar activo en grupos de acción social, destrezas biculturales o bilingües, y la fe religiosa o espiritual.

Para concluir con el proceso de diagnóstico multi-eje, seguimos llenando información diagnóstica con el Eje III o de Desórdenes Físicos y Condiciones Médicas Generales; luego identificamos los desórdenes clínicos mediante el Eje I, el Eje II o el de Desórdenes de Personalidad y Retraso Mental, y finalizando con el Eje V o Índice de Funcionamiento Global. Es importante recalcar que el terapeuta debe considerar el tipo de entorno en el que trabaja y el tipo de pacientes y situaciones que suele presentarse en su práctica. Por ejemplo, distintas instituciones en las cuales se trabaja podría requerir la consideración de otros factores en el diagnóstico. En la misma línea, es posible que muchos clínicos no comprendan o simplemente no estén ideológicamente de acuerdo con un modelo salugénico de salud mental, y por lo tanto, se debe de esperar resistencia en la implementación de estas prácticas. Trabajar desde este modelo puede implicar ser agentes de cambio dentro de los sistemas de los cuales participamos.

## **Conclusiones**

La última década ha visto un surgimiento significativo en el impacto de la psicología positiva en la práctica de la profesión. La Psicología Positiva, al igual que otras perspectivas como las psicologías constructivistas y socioculturales, ha desafiado la hegemonía de un modelo déficit y a-contextual del diagnóstico

tradicional DSM. En este trabajo, hemos realizado una crítica al modelo de diagnóstico DSM y presentado prácticas clínicas alternativas al mismo. A nuestro entender, es cuestión de tiempo para que un nuevo paradigma liderado por el movimiento de Psicología Positiva se imponga al modelo tradicional. Aún así, nos queda la difícil tarea de transicionar de un paradigma a otro. Podemos contribuir al nuevo orden diagnóstico al integrar activamente las estrategias que hemos presentado en este trabajo. La literatura actual es rica en estrategias que están al alcance de la profesión. Depende de nosotros el aplicar éstas a nuestro trabajo clínico y contribuir al desarrollo de este nuevo paradigma.

## Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.), text revision. Washington DC: Author.
- Aspinwall, L. G., & Staudinger, U. M. (2003). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Berg, I. K. (1994). *Family-based services: A solution-focused approach*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- De Jong, P., & Miller, S. D. (1995). Interviewing for client strengths. *Social Work, 40*, 729-736.
- Druian, G., & Butler, J. (1987). *Effective Schooling Practices and At-risk Youth: What the Research Says*. Portland, OR: Northwest Regional Educational Laboratory.
- Dryfoos, J. G. (1997). The prevalence of problem behaviors: Implications for programs. En R. P. Weissberg, T. P. Gullotta, R. L. Hamilton, B. A. Ryan, & G. R. Adams (Eds.), *Healthy Children 2010: Enhancing Children's Wellness* (pp. 17-46). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist, 40*, 266-275.
- Gergen, K. J., Hoffman, L., & Anderson, H. (1996). In F. W. Kaslow. *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (pp. 102-118). New York, NY: Wiley & Sons, Inc.

- Guerin, B. (1992). Behavior analysis and the social construction of knowledge. *American Psychologist*, 47, 1423-1432.
- Hays, P. A. (2008). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis, and therapy (2nd Ed.)*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Johnson, T. J., Pfenninger, D. T. y Klion, R. E. (2000). "Constructing and deconstructing transitive diagnosis". En: R. A. Neimeyer & D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 145-174). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lee, J. A. B. (Ed.). (2001). *The empowerment approach to social work practice*. New York: Columbia University Press.
- Lewis-Fernandez, R. (1996). Cultural formulation of psychiatric diagnosis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20, 133-144.
- Major, K. (2006). Learning to live together: Constructivist therapies and the 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'. *Dissertation Abstracts International*, 67, 1707.
- Pedersen, P. (2000). *A handbook for developing multicultural awareness (3rd Ed.)*. Alexandria, VA, US: American Counseling Association.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Character strengths and virtues: A handbook and classification. *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington DC: American Psychological Association
- Raskin, J. D., & Lewandowski, A. M. (2000). The construction of disorder as human enterprise. En: R. A. Neimeyer & J. D. Raskin. *Constructions of disorder. Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 15-40). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Resnick, M. D., Harris, L. J., & Blum, R. W. (1993). The impact of caring and connectedness on adolescent health and well being. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 29, 83-89.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Rhodes, W., & Brown, W. (1991). *Why some children succeed despite the odds*. Westport, CT: Greenwood.
- Seligman, M. E. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Smith, E. J. (2006). The strength-based counseling model. *The Counseling Psychologist*, 34 (1), 13-79.

Snyder, C. R.; Lopez, S.J.; Edwards, L. M.; Pedrotti, J.; Prosser, E. C.; Walton, S.; Spalitto, S. V.; Ulven, J. C. (2003). Measuring and labeling the positive and the negative. En S.J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 21-39). Washington, DC, US: American Psychological Association

O'Hara, M. & Anderson, W. (1991). Welcome to the postmodern world. *Family Therapy Networker*, 15(5), 19-25.

Simons, R. L., & Aigner, S. M. (1985). *Practice principles: A problem solving approach to social work*. New York: Macmillan. Tomm, K. (1991). Beginning of a "HIPs" and "PIP's" approach to psychiatric assessment. *The Calgary Participant*, 1, 21-24.

White, M. & Epton, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

Wright, B. A. (1991). Labeling: The need for greater person-environment individuation. En C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology* (pp. 469-487). New York: Pergamon.

Wright, B. & Lopez, S. (2005). Widening the diagnostic focus. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of Positive Psychology* (26-44). Oxford University Press.

Wynne, L. C. (1987). A preliminary proposal for strengthening the multi-axial approach of DSM-III: Possible family-oriented revisions. En G. L. Tischler (Ed.), *Diagnosis and classification in psychiatry: A critical appraisal of DSM III*, 477-488. Cambridge: Cambridge University Press.