
La exploración diagnóstica de la vivencia de enfermedad del paciente

Rosa Zytner¹
Ricardo Bernardi²
Delfina Miller³
Berta Varela⁴
Luis Villalba⁵

Resumen

El presente trabajo destaca la importancia clínica y terapéutica que posee la realización, en las primeras entrevistas, de una exploración cuidadosa de la vivencia de enfermedad del paciente, de sus creencias sobre el origen de sus problemas y sobre la forma de tratarlos, así como de los factores personales y del entorno, que constituyen los prerrequisitos de un tratamiento psicoterapéutico. Para ello se toma en cuenta la experiencia clínica psicoanalítica y se discute específicamente el aporte de tres sistemas de evaluación de la personalidad del paciente: el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2), segunda versión (2008), el Manual de Diagnóstico Psicodinámico (PDM, 2006), y el borrador en discusión del DSM-5 (American Psychiatric Association de 2010, texto actualizado al 21/6/2011). Estas distintas fuentes —en especial el OPD-2— ponen de manifiesto diversas dimensiones que permiten explorar mejor las expectativas del paciente y su visión del tratamiento, y a la vez, examinar los recursos y obstáculos tanto personales como situacionales que pueden favorecer o dificultar el tratamiento. El mirar cuidadosa y metódicamente la enfermedad y el tratamiento desde la perspectiva del paciente permite que la psicoterapia se desarrolle efectivamente como un trabajo entre dos.

Palabras clave: diagnóstico, psicoterapia, vivencia de enfermedad.

Abstract

This paper highlights the importance of exploring during the previous interviews the way the patient lives his/hers illness, its origins, consequences, and manners of managing with it. We take in account the psychoanalytic clinical experience and three diagnostic systems: the second version of the Operationalized Diagnostic System (OPD-2, 2008), Psychoanalytic Diagnostic Manual (PDM, 2006) and the actual version, in revision, of the DSM-5 (21/6/2011). These sources, specially the OPD, introduce different dimensions that allow us to explore better the patient expectations, his/hers ideas about psychotherapy, while examining personal or situational barriers that favor or hinder treatment. Looking carefully and methodically the disease and treatment from the patient perspective psychotherapy can effectively be developed as a two work.

Key words: Diagnosis, Psychotherapy, Experience of Illness.

-
- 1 Licenciada en Psicología. Profesora Agregada de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.
 - 2 Médico Psiquiatra y doctor de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
 - 3 Psicóloga. Magíster en Psicología Clínica. Profesora de Psicopatología de la Universidad Católica del Uruguay.
 - 4 Licenciada en Psicología. Profesora Agregada de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.
 - 5 Médico Psiquiatra. Psicoanalista. Profesor Adjunto de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Introducción

Nadie discutiría la afirmación de que un tratamiento psicoterapéutico o psiquiátrico debe iniciarse a partir del acuerdo y comprensión mutua entre el paciente y quien lo trata, acerca de qué es lo que necesita ser tratado y en qué consistirá el tratamiento. Esta es, por otra parte, la base del principio ético del consentimiento informado. Sin embargo, existen numerosas indicaciones de que la vivencia que el paciente tiene de su enfermedad, sus creencias y sus actitudes hacia ella no son suficientemente exploradas en la entrevista o al menos consignadas en los reportes científicos y en las publicaciones. Por lo común la indagación se limita a recoger el motivo de consulta del paciente, o sea, sus principales sufrimientos o síntomas, pero a partir de aquí, se pasa rápidamente a explorar las áreas que pueden esclarecer el significado inconsciente de estos síntomas (en el caso de los tratamientos psicoanalíticos) o su agrupación sindrómica (en el caso de los tratamientos psiquiátricos), sin que aparezca una exposición de la relación de este sufrimiento con el sistema de creencias del paciente y su forma de vida (a nivel consciente-preconsciente, pero con evidente significado inconsciente a ser esclarecido en el curso del tratamiento).

Este trabajo pretende mostrar la utilidad clínica y terapéutica de una exploración más cuidadosa de los aspectos relacionados con la vivencia de enfermedad del paciente, utilizando el aporte de nuevos encares en el área diagnóstica.

El campo del diagnóstico clínico, como primer paso para la formulación de un plan terapéutico informado y global, ha caído en cierto descuido debido a diversos factores. Actualmente, la Asociación Psiquiátrica Americana se propone una nueva versión del sistema diagnóstico, el DSM-5, que se anuncia como un «cambio de paradigma» que incluirá diagnósticos dimensionales junto con los categoriales clásicos. En otras palabras, en el campo de la personalidad esto supone evaluar no solo el tipo de trastorno sino también el nivel de funcionamiento de la personalidad, para lo cual se recurre a conceptos muy próximos a los psicoanalíticos. Mientras otros aspectos del borrador del DSM-5 están siendo ampliamente cuestionados y discutidos, este último aspecto, la evaluación del funcionamiento de la personalidad, constituye un avance indudable y un nuevo horizonte de diálogo entre el psicoanálisis y la psiquiatría.

En el campo del psicoanálisis, en algunos sectores existe un descrédito hacia la importancia del diagnóstico, que ha conducido a una búsqueda muy apresurada de significados inconscientes de fenómenos que previamente no habían sido adecuadamente indagados, eva-

luados y contextualizados. Para identificar estos fenómenos, hacia los cuales debe apuntar la interpretación, se recurre a metáforas o a conceptos metapsicológicos de alto nivel de abstracción, y, como cada escuela psicoanalítica tiene categorías metapsicológicas que le son propias, el resultado final es que la descripción del paciente se realiza en un lenguaje poco compartible, saturado teóricamente pero poco preciso clínicamente, que no permite ni una adecuada comunicación entre colegas ni una evaluación de los cambios en el tratamiento.

Este no fue el lugar original que ocupó la elaboración diagnóstica en el psicoanálisis. Si observamos la obra de Freud, vemos que para él los avances teóricos y los avances en las descripciones diagnósticas se acompañaban y nutrían mutuamente, como ya fue señalado (Wallerstein, 2006).

Actualmente existen dos propuestas de gran valor que procuran desarrollar sistemas diagnósticos de base psicoanalítica: el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD) —segunda versión (2008), desarrollado en Alemania— y el Manual de Diagnóstico Psicodinámico, PDM (2006) —desarrollado fundamentalmente por los grupos psicoanalíticos norteamericanos. Una discusión detallada de las similitudes y diferencias entre estos sistemas y de ambos con el DSM-5 (American Psychiatric Association), así como de las nuevas perspectivas que esto abre para el estudio de la personalidad y sus trastornos, puede encontrarse en un trabajo publicado por uno de nosotros (Bernardi, 2010).

El proceso diagnóstico implica identificar, mediante la observación y el análisis, fenómenos clínicos, de acuerdo a un sistema conceptual que es tomado como referencia. Diagnosticar no es etiquetar, sino conceptualizar. Etiquetar se limita a asignar rótulos a entidades individuales, mientras el proceso diagnóstico implica reconocer fenómenos particulares estableciendo correspondencias entre ellos y con categorías más generales. Cada uno de nosotros es sin duda único, pero no tanto como para no parecernos en nuestros gozos y sufrimientos, en lo que nos enferma o nos cura.

El OPD-2 explora cuidadosamente la vivencia subjetiva de la enfermedad, la forma de tratamiento que el paciente espera y los factores que favorecen o dificultan el cambio terapéutico. Esta dimensión diagnóstica —que también es tomada en cuenta por el PDM y, en menor medida por el borrador del OPD-5— será la que examinaremos a continuación, dejando el estudio de las otras dimensiones para futuras publicaciones.

Importancia del tema

Para el diagnóstico y la indicación de un tratamiento, sea somático o psicoterapéutico, la forma en que una persona vivencia la enfermedad o problemática, la comprende y la elabora es esencial, especialmente para la valoración de los factores favorables o desfavorables que incidirán en el futuro trabajo.

La necesidad de comprender cabalmente la idea que el paciente tiene de su enfermedad y de su tratamiento no proviene solo de consideraciones de principio, sino que se impone también por la fuerza de los hechos. H. Etchegoyen describe magistralmente la forma en la que no tomar en cuenta adecuadamente este aspecto en el tratamiento puede conducir a un fracaso del mismo a través del *acting out*, la reacción terapéutica negativa y/o la reversión de la perspectiva, impidiendo el inevitable dolor mental producido por el *insight*. Etchegoyen (2002) relata el caso de un paciente médico homeópata que solicita analizarse por síntomas neuróticos y crisis de ansiedad, que lo sometían a intensos estados de despersonalización con aparición momentánea de aspectos cuasi delirantes y/o alucinatorios. En las entrevistas iniciales el paciente plantea un asma bronquial, señalando que como homeópata trataba un alto porcentaje de pacientes asmáticos que se curaban en su totalidad con un tratamiento homeopático. Si bien él también había realizado, como paciente, dicho tratamiento, este no había dado resultado porque lo llevaba a importantes crisis de ansiedad, que le generaban un temor incontrolable. Su ansiedad le resultaba intolerable y temía enloquecer. Quería mantener el tratamiento homeopático en forma simultánea, lo que fue aceptado inicialmente por el analista. Manifiestamente, lo que buscaba era que el análisis resolviera su ansiedad y crisis de despersonalización, modificándole los factores psicológicos de su asma. Sin embargo, lo que en realidad quería era que lo analizaran para que él pudiera curarse por sí mismo, mediante el tratamiento homeopático, demostrando que la homeopatía superaba al psicoanálisis. Se dedicaba a proporcionar argumentos, que iban desde la ingenuidad al delirio, para probar que el mérito se lo llevaba la homeopatía. No pudo entonces tolerar unos meses de remisión del asma, ya que ello implicaba aceptar que el análisis podía haber sido la causa de esta remisión, en contra del tratamiento homeopático. Abandona entonces el análisis mediante un *acting out* (reversión de la perspectiva en este caso) recurriendo nuevamente al tratamiento homeopático, probando al analista que el mejor tratamiento era este último. Desde el inicio se instaló un acuerdo manifiesto y un desacuerdo latente entre

analista y paciente, que el analista no pudo ver en su momento y que condujo a este fracaso.

Despistar la vivencia de la enfermedad afina más el diagnóstico y muestra un camino para una mejor comprensión del paciente, posibilitando construir su demanda en el encuentro, en un entre-dos, de una manera procesal. La primera entrevista se constituye entonces en una herramienta princeps para co-construir dicha demanda y articularla con su problemática, fundamentalmente en las áreas de la mente, del cuerpo y del mundo externo conceptualizadas por Pichon-Rivière y Bleger (Bleger, 1971 y Pichon-Rivière, 1985, 1998). La presentación del paciente sirve para estos efectos como una evaluación inicial.

En nuestro medio, la comprensión de la visión que tiene el enfermo sobre su enfermedad y el problema de la reformulación del motivo de consulta ocupan un lugar importante en el abordaje de los pacientes en el campo de la Psicología médica y la Psiquiatría de Enlace. El psicoanálisis ha aportado en esta área, privilegiando la comunicación del paciente de su malestar, de sus síntomas y de su padecimiento, introduciendo de esta forma la perspectiva subjetiva en la medicina. Sin embargo, no es sino paulatinamente que otras ramas de la medicina comienzan a introducir esta perspectiva.

La vivencia subjetiva de la enfermedad contrapone la visión que tiene el médico de la misma con lo experimentado por el sujeto que la padece. Esta distancia entre la perspectiva del sujeto que consulta y de aquel que responde a este pedido se observa en el campo de las distintas prácticas médicas y en el de las psicoterapias.

En el campo de la Psicología médica, en especial en la interconsulta, por lo general no hay una demanda explícita del paciente de atención, sino que es el médico quien formula la consulta. Esta peculiaridad hace necesario un primer nivel de análisis de los múltiples motivos de consulta que pueden estar contenidos en uno. La solicitud del médico puede esconder una compleja trama relacional entre el paciente, el médico y la familia, de difícil manejo para este profesional. Ello se evidencia en la reacción contratransferencial (contra-actitud) a la demanda del paciente y con relación a la propia vivencia de enfermedad del paciente y el proceso de elaboración de la misma. La forma en que el paciente experimenta la enfermedad y su tratamiento dependerá de la interpretación que hace el sujeto de la misma, por la mediación de mecanismos de defensa y afrontamiento y de sus recursos personales y la presencia de soporte social. Por lo cual es necesario decodificar el o los motivos de consulta latentes en dicha interconsulta y, a través de la entrevista y el diálogo con el interconsultante, identificar el foco de la intervención.

A modo de ejemplo, introducimos el caso de un médico que realiza una interconsulta por una paciente a la cual se le había diagnosticado

un tumor, pero que presentaba un dolor psicógeno, ya que la intensidad del mismo no se correspondía con el cuadro médico, evidenciando un dolor crónico no sistematizable que hacía que se encontrara angustiada. La paciente venía de un peregrinar de consultas sin haber recibido un diagnóstico concreto, teniendo comprometida la marcha y padeciendo un dolor intenso. En un centro de atención se le realizó una resonancia magnética que evidenció un tumor del tipo «cola de caballo». La relación médico-paciente se deterioró cuando le indicaron antidepresivos, comenzando a mostrarse hostil con el equipo. La comunicación del equipo tratante con la paciente y su familia no mejoraba sino que parecía empeorar y había una reacción de molestia contra la invasión y excesiva demanda de los familiares. El equipo siempre parecía estar un paso atrás de la evolución de la paciente. Desde el lado de la paciente, una mujer de 65 años, observamos un curso de vida caracterizado por la carencia y abandono en los primeros años, y una estructuración de su vida en base a determinadas creencias que parecían sostenerla. La utilización de mecanismos primitivos de idealización y devaluación, la desconfianza en los cuidados que los otros pudieran brindarle y la identificación proyectiva de su propia hostilidad parecía ser la vía por la cual se perturbaba la relación con el médico y el resto del equipo.

En la entrevista con la paciente y su familia vemos un funcionamiento aglutinado y suspicaz, aun cuando el médico había podido instaurar un correcto diagnóstico y tratamiento. El psiquiatra, tratando de comprender la naturaleza del problema creado, realizó distintos diagnósticos para resolver la consulta. En un primer nivel se observa la reacción emocional del médico a la demanda de la paciente; en el segundo, la vivencia de enfermedad de la paciente y sus creencias con relación a los médicos y los cuidados que podía esperar; en un tercer nivel el funcionamiento familiar; en un cuarto se diagnostica el funcionamiento del equipo que actuaba algunas de las proyecciones de la paciente y en el propio interconsultante se genera una compleja reacción contratransferencial frente a una paciente que se había vuelto refractaria a todo intento de ayuda. En la paciente, el diagnóstico de la enfermedad y la necesidad de cuidados reactivaron episodios traumáticos de su vida y la expectativa de recibir solo lo peor. Sus temores aparecían puestos más en lo que se puede esperar de los otros que en la propia enfermedad. Sentía que cuando los médicos atendían a su estado de ánimo estaban poniendo en duda su dolor. Tampoco parecía importarle demasiado el diagnóstico médico. Lo que aparecía en primer lugar era la necesidad de demostrar y confirmar que había sido objeto de desatención; su enfermedad era el dolor y no le habían creído. ¿Por qué ponía esto en primer lugar?

Por su sistema de creencias los cuidados médicos ocupaban un lugar secundario frente a las fuerzas del destino y lo que ya estaba escrito y predeterminado para cada uno. Por lo tanto, buscaba cuidados tanto como los rechazaba y solo podía expresarse en términos de dolor físico. La sola mención de la palabra angustia por parte de los médicos perturbó aún más la relación ya que para ella era sinónimo de locura. No había una demanda de atención psicológica que permitiera una comunicación a este nivel, y menos aún la búsqueda de una ayuda terapéutica ni percepción o reconocimiento, por parte de la paciente, del malestar subjetivo. La acción terapéutica se dirigió en primer término a validar el dolor y a orientar a los médicos en la relación con la paciente. Medidas sencillas, como la sustitución del término «angustia» por «preocupación legítima» mejoró el *rappont* con la paciente. Se realizaron distintos diagnósticos situacionales en un corte transversal, lo cual permitió identificar el foco de las intervenciones y orientar la interconsulta hacia una resolución favorable.

Vemos pues cómo este caso muestra que el diagnóstico de la forma en la que la paciente vivía su enfermedad y el tipo de ayuda que esperaba permitió establecer la comunicación con ella y avanzar paulatinamente hacia una ayuda mejor recibida y por tanto más eficaz.

La perspectiva del paciente en los distintos sistemas diagnósticos

Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (T. F. OPD, 2008)

El OPD-2 utiliza el concepto de vivencia de la enfermedad (o del problema que lleva a la consulta) para enfatizar la relevancia de los procesos afectivos, ubicándolo en el eje 1, junto con los prerrequisitos para el tratamiento, donde se intenta mostrar la perspectiva del paciente sobre su sufrimiento y sus expectativas frente al tratamiento y al cambio. Para conceptualizar este eje, los autores suponen que la vivencia de la enfermedad y los prerrequisitos para el tratamiento provienen de los rasgos personales específicos de las variables psicosociales y de la relación clínico-paciente, por lo cual recurren también a conceptos psicodinámicos como los de «transferencia» y «contratransferencia».

Este eje describe detalladamente todo lo que incluye la experiencia concreta de la enfermedad y los aspectos de su elaboración que tienen relevancia para el cambio y para la indicación terapéutica. La vivencia de la enfermedad y expectativas de cambio se encuentran multideterminadas, incluyendo tanto los diversos recursos personales como los

factores del contexto psicosocial, que influyen e interactúan con ellos. Se refieren a procesos emocionales, cognitivos y conductuales que se interrelacionan entre sí, y que son diferentes en cada persona y entre distintas personas. Dentro de dichos factores mencionan: el tipo y gravedad de la enfermedad, la relación médico-paciente, las características de la personalidad del paciente, el contexto psicosocial y su motivación para el tratamiento. Se privilegian los aspectos vivenciales, las motivaciones y los recursos del paciente sobre la evolución de la enfermedad, así como específicamente la relación entre los factores estresantes y estos recursos.

Está construido en forma modular, abarcando las áreas física, psíquica y social, centrándose en lo observado, en el hallazgo que predomina sobre la posible psicopatología nosográfica. Tres módulos recorren la evaluación: el *módulo básico* (ítems sobre la gravedad actual y duración del trastorno, la vivencia de la enfermedad, las representaciones y conceptos que tiene de ella y los recursos, obstáculos e inhibiciones para el cambio), el *módulo de psicoterapia* (ítems que engloban el modelo para el cambio, los recursos y obstáculos para el mismo) y el *módulo forense* (si lo hubiere). Los distintos aspectos se investigan mediante una entrevista psicodinámica que proporciona los elementos que permiten la descripción, operacionalización y la valoración minuciosa de los distintos componentes de este eje. Se logra entonces un mapeo que abarca la vivencia de enfermedad, el grado de sufrimiento expresado, la capacidad de *insight* frente a los aspectos relacionales de los procesos de enfermedad, la motivación respecto a la consulta y el acceso a los recursos personales y sociales necesarios para ella y posibles tratamientos, etcétera. Recién a partir de este fundamento se podrá llegar a criterios relevantes de indicación e indicación diferencial.

Este enfoque posee gran relevancia clínica para la elección de un tratamiento, ya que permite despistar no solo la capacidad y disposición del paciente para embarcarse en una psicoterapia, sino también para instrumentar una estrategia de abordaje específica que apunte justamente a promover la motivación y/o elaboración.

Escapa a los límites del presente trabajo detenernos en el exhaustivo detalle del OPD-2, por lo cual remitimos al manual y a la tabla que se encuentra a continuación, mencionando brevemente lo que se evalúa y algún ejemplo que dé cuenta de alguno de los ítems. (Bernardi, 2011).

Eje i: Vivencia de la enfermedad

Evolución objetiva de la enfermedad

1. Gravedad (0 a 4) + gaf + eq-5d
 2. Duración y edad de comienzo
 3. Vivencia subjetiva de la enfermedad: padecimiento subjetivo (0 a 4); tipo de problemas: somáticos (0 a 4); psíquicos (0 a 4); sociales (0 a 4)
 4. Concepto de enfermedad: orientado a factores: somáticos (0 a 4); psíquicos (0 a 4); sociales (0 a 4)
 5. Concepto de cambio (0 a 4)
 6. Tratamiento deseado: -somático; -psíquico; -social
-

Módulo de psicoterapia

- Modelo de cambio
 - Recursos para el cambio
 - Obstáculos para el cambio (ganancia secundaria de la enfermedad, condiciones para el mantenimiento del problema)
-

Teniendo en cuenta esta tabla (OPD, 2008), mencionaremos solo algunos aspectos relevantes.

La *gravedad actual de la enfermedad/problema* se enmarca en una evaluación objetiva que observa la evolución y la evaluación del nivel general del funcionamiento global, en las áreas psíquicas, sociales y laborales (en enfermedades y/o problemas orgánicos y psíquicos), que se desarrollan en un continuo dimensional desde la salud psíquica hasta la enfermedad, mediante instrumentos que exploran la movilidad/flexibilidad, la calidad de vida, etcétera. Se evalúa también la edad en que se inició la enfermedad, su duración actual, etcétera.

La *vivencia subjetiva, presentación y concepto de enfermedad/problema* incluye aspectos de sufrimiento somático, psíquico y/o social que va de un anclaje muy alto hasta un anclaje ausente o apenas presente.

A modo de ejemplo de un padecimiento subjetivo ausente o apenas presente, una paciente joven consulta luego de una separación reciente con su novio, que coincide con un intento de autoeliminación de este. Plantea que ella no tiene nada que ver con lo sucedido, y que no entiende por qué su novio se separó de ella. Sus padres le dijeron que consultara para que le aconsejaran qué hacer, ya que desde que se separó ha adelgazado bastante, pero ella lo hizo solo para conformarlos, «porque el destino es así, y que por algo será...». Se muestra apática y frente a una pregunta dice que no está pudiendo conciliar el sueño pero que no confía ni en los médicos ni en los psiquiatras y mucho menos en tomar medicamentos, y que «ya va a pasar, es cuestión de paciencia...». También para el terapeuta, ya que es necesario partir

desde donde la paciente está y gradualmente ir viendo si es posible encontrar un interés común por lo que ocurre tanto en la mente de la paciente como en la de quienes la rodean: novio, padres, etcétera. Pero por más que el terapeuta esté interesado en la función reflexiva de la paciente, esta no aparece de por sí, por lo cual hay que ver primero si existe algún interés en mantener el vínculo terapéutico de parte de ella (y, si no es así, considerar si este es el mejor momento para intentar establecerlo). En ocasiones es mejor limitarse a plantear las posibilidades que ofrece la psicoterapia frente a los problemas que el paciente reconoce, y dejar la puerta abierta para el futuro, que forzar un trabajo que el paciente no entiende ni desea.

El *concepto de cambio y la estimación del tratamiento* deseado por el paciente (somático, psicoterapéutico y en el área social) se refiere a la comprensión que este tiene sobre su enfermedad y a qué la atribuye. Evalúa en cada área, si el paciente piensa que sus problemas son causados por factores psicológicos, interpersonales, somáticos o de su entorno social. Como ejemplo de este último, una paciente de unos cincuenta años, irascible, con «dolores de columna», ansiedad y dificultades de relacionamiento con su hijo mayor, consulta en un centro de salud mental porque la derivó su médico general, al cual acudió por palpitaciones. Luego de realizarse los análisis correspondientes, cuyos resultados estuvieron dentro de los valores normales, llega a la consulta diciendo que en realidad no había querido venir a la consulta, y que «la mutualista está cada vez peor», así que no confía en los resultados de sus análisis. A continuación, acusa a su suegra de desautorizarla frente a su hijo cada vez que tienen una discusión y de que lo pone en su contra, como a su marido. La única solución que encuentra a su situación es que su suegra se vaya de la casa. Ahí se van a acabar todos sus problemas. No confía en los psicólogos, sino «en la experiencia de la vida». Nuevamente, la pregunta relevante es si existe algún terreno común que permita establecer un vínculo terapéutico y desde allí co-construir un campo de trabajo. El vínculo terapéutico arranca a veces de un terreno común muy reducido (por ejemplo, el permitir a la paciente desahogarse y discutir con ella las consecuencias de sus posibles acciones) y solo a partir de allí es posible ir incluyendo nuevas metas psicoterapéuticas.

Los *recursos personales para el cambio y capacidad de mentalización* aluden a las posibilidades adaptativas actuales, los recursos de afrontamiento (*coping*) que tiene el paciente para enfrentar activamente su enfermedad y los estresores y sobrecarga cotidianos. Como ejemplo de un nivel alto de recursos para poder afrontar la enfermedad en forma constructiva, mencionamos un paciente que ha perdido su empleo recientemente y se siente disminuido en su autoestima, ya que

piensa que tiene que volver a empezar en un momento en que querría estar tranquilo. Ha consultado para poder ganar en seguridad, para no quedarse en la casa todo el tiempo y para volver a ser como antes, activo y con confianza en la vida. Piensa ir a unos cursos de reciclaje laboral en una institución estatal que le sugirió un amigo y «quiere salir de ese pozo en que se encuentra» por los hijos, que siempre lo admiraron como padre. Muchas veces había pensado en un tratamiento psicoterapéutico pero por motivos laborales nunca había podido concretarlo. Así que «no hay mal que por bien no venga», dice con una sonrisa apenada. Tiene confianza en sus posibilidades y en que va a salir de este mal momento. En este caso es importante que la ayuda psicoterapéutica acompañe y colabore con el trabajo de adaptación y cambio que el paciente está realizando por sí mismo, evitando una forma de relación terapéutica que haga sentir al paciente que lo que está realizando por sí mismo no tiene mayor valor y que solo es útil lo que se realizará en el marco de la psicoterapia.

El *apoyo psicosocial para el cambio* evalúa si el paciente puede percibir y hacer uso de su entorno social para utilizar los recursos que dispone en su entorno social. En el ejemplo previo se conjugan este ítem con el anterior, donde se muestra una situación que no es infrecuente, y que muchas veces se encara equivocadamente. Nos referimos a los pacientes que buscan ayuda en situaciones de crisis y que a veces el terapeuta se engaña al creer que justifican comenzar una psicoterapia de larga duración. En estos casos es fundamental diagnosticar en qué medida el sufrimiento del paciente está determinado por la situación estresante actual, que requiere una intervención en crisis (Defey, Montado y Rivera, 1994; Defey *et al.* 1995; Defey, Elizalde y Rivera, 2004 y Bernardi, Defey *et al.*, 2001) o una ayuda momentánea, y cuánto en realidad el problema actual, si bien es desencadenado por la situación de crisis, está sumado a patrones relacionales disfuncionales, a conflictos crónicos o a fallas estructurales en el funcionamiento mental que requieren un tratamiento de larga duración. La evaluación de los recursos de la personalidad es esencial para este diagnóstico. En el ejemplo anterior vemos que el paciente pudo buscar por sí mismo un soporte social y otros caminos para superar la crisis, que le permiten sacar provecho de ella, como él propone. Por lo tanto, llegar a entender qué le hizo pensar en una psicoterapia favorecerá que la ayuda ofrecida no coloque al paciente en la situación de desvalorizar lo que él puede lograr por sí mismo. Este «efecto adverso» del apoyo siempre tiene que ser tenido en cuenta y requiere el diagnóstico de sus recursos.

Los *obstáculos externos para el cambio* incluyen las variables contextuales. Entre ellas: el financiamiento de la psicoterapia, las condi-

ciones sociales básicas (la situación laboral, la actitud abierta de la familia y el entorno frente al diagnóstico y tratamiento psicosomático y/o psicoterapéutico, la accesibilidad real a los mismos, que algún familiar se encargue del cuidado de los hijos si ello es necesario, que exista un riesgo de perder el trabajo o que disminuyan las posibilidades de ascenso por la realización de un tratamiento, las estigmatizaciones por ello, etcétera). Su presencia o ausencia influye directamente en la motivación al cambio y en el inicio de una psicoterapia.

Los *obstáculos internos para el cambio* se refieren a los aspectos del desarrollo psíquico, comprendiendo los conflictos intrapsíquicos, características estructurales de la personalidad, etcétera, que pueden llevar a una dificultad del paciente para aceptar una psicoterapia, así como para cooperar en ella. A modo de ejemplo, una paciente con asma y taquicardia, que presenta una intensa angustia y el inicio de una fobia, limitada en sus recursos cognitivos y emocionales, con baja capacidad de introspección y dificultades de mentalización, quiere únicamente un tratamiento médico, ya que le teme a la locura y que la estigmaticen en su entorno, no pudiendo conscientizar sus problemas intrapsíquicos.

Para concluir con este apartado, mencionaremos brevemente otros obstáculos relevantes para el cambio, que se engloban dentro del *módulo de psicoterapia*:

- el *concepto que tiene el paciente sobre el cambio* (por ejemplo, que logre eliminar o reducir los síntomas, que le permita comprender motivos, conflictos y dificultades interpersonales);
- los *recursos para el cambio*, incluyendo la capacidad de introspección y mentalización con relación a su problemática;
- su *disponibilidad de comprometerse en una relación psicoterapéutica*;
- si prefiere un *apoyo emocional* —acompañamiento, contención o descarga afectiva— o un *apoyo activo-directivo* para resolver su problemática;
- su *ganancia secundaria de la enfermedad* (ganancia consciente o inconsciente de las ventajas ocasionadas por la enfermedad o sus consecuencias, que ocasiona que el paciente sostenga la enfermedad para beneficiarse con ella).

A riesgo de complejizar esta presentación queremos incluir algunos comentarios acerca de la vivencia de la enfermedad en los otros sistemas diagnósticos que hemos mencionado y finalizar con la evaluación en los niños.

Manual de Diagnóstico Psicodinámico (PDM)

El manual del PDM se propone profundizar —a partir de los diferentes trastornos— el análisis de la experiencia subjetiva que el paciente evidencia acerca de su sintomatología, poniendo el acento en los aspectos diferenciales, buscando comprender el modo en que cada uno experimenta sus trastornos. Para ello, se basa en la evaluación del funcionamiento mental, a partir del cual se establecen patrones de organización de la personalidad que podrán o no expresarse a través de síntomas, síndromes o trastornos, a los que considera como formas individuales de afrontamiento de la realidad. Profundiza asimismo en la cualidad y la intensidad con que cada sujeto los vive, focalizando en los estados afectivos, los patrones cognitivos, los estados somáticos y los patrones de relacionamiento, los que darán cuenta, en su conjunto, de las características específicas de la enfermedad.

En la consideración de los estados afectivos toma en cuenta el tipo de afecto predominante en el sujeto (positivo o negativo), su forma de reconocerlo y de expresarlo, así como la incidencia del mismo en el manejo de la sintomatología. Por ejemplo, frente a un trastorno de ansiedad se evalúa qué tipo de ansiedad experimenta ese sujeto (pérdida del objeto, pérdida del amor del objeto, pérdida de la integridad, de la regulación, etcétera), qué intensidad tiene, con qué humor la enfrenta, con qué otro afecto la contrasta.

Con respecto a los patrones cognitivos, propone la consideración de cómo el sujeto utiliza su capacidad de atención, procesamiento y resolución en referencia a su sintomatología. En el caso del trastorno de ansiedad se observa si logra reconocerlo, si focaliza su atención en causas y consecuencias, o si por el contrario no lo puede poner en el foco de su atención, evita reconocerlo, se confunde, no lo relaciona con nada específico y lo niega aun cuando se manifiesta.

Los estados somáticos están relacionados a la evaluación de la medida en que el síntoma se manifiesta físicamente o se relaciona con estados somáticos. Por ejemplo, tensión, taquicardia, sudoración.

Por último, el manual evalúa de qué forma la enfermedad incide en el relacionamiento del individuo. Por ejemplo, un sujeto ansioso puede establecer diferentes tipos de relaciones: de dependencia, de control, de huida, de rechazo, etcétera.

El objetivo de la consideración de la vivencia subjetiva será en parte determinar la manera específica en que está incidiendo en el paciente y a la vez las posibilidades y los mecanismos que serían deseables para realizar una intervención.

Un paciente ansioso puede ser abordado psicoterapéuticamente de diversas maneras. Si es consciente de su ansiedad, la relaciona a su

disminuida autoestima, a su culpa por sus fracasos, si expresa un fuerte temor a quedarse solo por todo esto y siente la tensión en su cuerpo, transpira y se sonroja, el encare nos ubicará en un lugar muy distinto de si estamos frente a quien, con el mismo grado y tipo de ansiedad no puede ni mencionar que la siente, aparece confuso y enojado, no comprende por qué genera rechazo y se aparta de los demás e inclusive de nosotros, rechazándonos.

Borrador del Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana-5 (DSM-5 y PROMIS)

El DSM-5 no plantea un eje específico para evaluar la experiencia subjetiva de los pacientes, como lo hacen el PDM y el OPD-2, lo que no estaba considerado en el DSM-IV-TR. La dimensión subjetiva es tomada en cuenta en la evaluación de los síntomas transversales en una segunda etapa que vamos a describir. La introducción de esta dimensión es novedosa y es una de las maneras de introducir lo dimensional en este sistema diagnóstico. Se eligen algunas áreas relevantes que permiten una evaluación inicial o el monitoreo de un tratamiento: humor depresivo, ansiedad, abuso de sustancias y problemas del sueño. Estas áreas pueden ser evaluadas por cuestionarios simples tanto autoaplicados como aplicados por diferentes profesionales. Si de esta evaluación inicial surge algún área especialmente afectada se pasa al segundo nivel de evaluación. Para este se plantea el uso del Sistema de evaluación del resultado de la información reportada por el paciente (PROMIS, por sus siglas en inglés).

El PROMIS surge de una iniciativa del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NHI) en el año 2002, cuando se proponen las líneas de investigación y desarrollo para el siglo XXI. Dentro del área de la Reingeniería de la investigación clínica, uno de los programas implicaba la evaluación dinámica de la información brindada por los pacientes con enfermedades crónicas. El desarrollo de la misma desembocó en la creación del PROMIS. Este integra el estudio de la investigación en cada área: tecnología de la información médica, investigación clínica e investigación cualitativa. Construye y valida instrumentos que miden sentimientos, funciones y percepciones aplicables a un amplio rango de pacientes. Permite la investigación clínica de los resultados relatados por los pacientes, utilizando una metodología rigurosa que toma en cuenta la validez y la fiabilidad de las medidas.

Estos cuestionarios se aplican mediante programas computarizados que el paciente va respondiendo. Hasta el momento se han desarrollado cuestionarios para depresión, ansiedad, ira y problemas del sueño.

Los miembros encargados de llevar adelante el nuevo DSM-5 ven como un desafío y una gran oportunidad trabajar en forma conjunta con los técnicos del PROMIS, incluyendo los temas de la salud mental en el amplio campo de la salud, junto a una organización de carácter nacional como el NIH. Algunos psicoanalistas y psiquiatras han expresado sus reparos a este tipo de registro de la información, considerando que simplifica lo propio y singular de cada situación y que permite que los sistemas de salud tengan un mayor control de los cambios que ocurren en las psicoterapias. La campana opuesta, que parece sonar en la dirección del futuro, dice que no es deseable frenar avances porque se pueda hacer un mal uso de ellos (también los medicamentos pueden hacer daño, pero nadie propone prescindir de ellos). Ofrecen en cambio, un testimonio útil y metodológicamente controlado, de los propios pacientes sobre los cambios que se dan en ellos y una medida valiosa de la efectividad de las psicoterapias.

Niños

En primer lugar debemos tomar en cuenta que los tres sistemas comparten los fundamentos para realizar la evaluación tanto de adultos como de niños. Las diferencias se encuentran en la operacionalización de dicha evaluación, ya que en el caso de los niños se hace un fuerte énfasis en el momento del desarrollo, en la historia de vida así como en el entorno. Igualmente los parámetros de la evaluación cubren los mismos aspectos afectivos, cognitivos, somáticos y sociales que en el caso de los adultos.

La primera cuestión a considerar en referencia a la vivencia de enfermedad se refiere a que quien consulta y decide acerca de la intervención no es el niño sino quienes están a cargo de él, es decir, que el motivo de consulta y la demanda podrán tener desde el comienzo dos expresiones: la de padres o maestros y la del propio niño, pudiendo ambas ser diferentes.

En el caso de padres y maestros es necesario basarse en la información obtenida a través de las entrevistas; en el caso de los niños se toma en consideración no solamente la expresión verbal sino también se infiere esta información a través de sus producciones gráficas, su juego y su actuación, teniendo en cuenta la alta dependencia entre lo externo, intersubjetivo y lo que se va internalizando y transformándose en intrapsíquico.

La vivencia de enfermedad del niño va a estar sumamente condicionada por la significación que padres y maestros den a sus síntomas así como por los mecanismos de afrontamiento que propongan e incentiven. Por lo tanto, más allá de que a partir de la teoría psicodi-

námica, la vivencia y la elaboración de la enfermedad pueden considerarse como una consecuencia de las características de la personalidad —específicamente de los recursos y limitaciones emocionales, cognitivos y conductuales— debemos considerar muy especialmente que en este caso nos encontramos con un sujeto dependiente del entorno, en desarrollo, y con altas posibilidades de cambio.

Es necesario entonces focalizar, en primer lugar, sobre la coincidencia de los motivos de consulta (si los padres consultan por enuresis el niño deberá de saberlo y evaluaremos hasta dónde lo considera un problema), sobre la demanda (el objetivo de los padres puede ser erradicar la enuresis y el niño a la luz de los beneficios secundarios que le aporta puede no desearlo), y a partir de allí evaluaremos la vivencia de cada uno al respecto tanto en lo afectivo, lo cognitivo, lo somático o lo social. Será así, por ejemplo, muy diferente si los padres lo ven como un problema grave y sin solución porque a ellos les pasó lo mismo, que si lo consideran un problema menor efecto de los celos del niño por su recién llegado hermanito o un problema de inmadurez física; y lo mismo sucederá si el niño lo considera como una afrenta a la valoración que necesita que los padres tengan de él que si lo considera como efecto de un defecto físico, o como un mecanismo exitoso para lograr desplazar la atención hacia él.

La consideración especial de estos aspectos no solamente favorecerá un diagnóstico más certero sino que resultará clave para definir la intervención.

Conclusiones

La evaluación de la vivencia subjetiva de la enfermedad constituye el primer aspecto que debe ser explorado cuidadosamente en toda entrevista diagnóstica que apunte a un tratamiento psicoterapéutico o psiquiátrico. En el caso de los tratamientos psicoanalíticos es fundamental no sustituir, con los significados inconscientes que el analista supone, las vivencias del paciente hasta haber logrado ponernos en su lugar, para mirar desde su perspectiva la forma en la que él está percibiendo su sufrimiento, a qué lo atribuye y qué piensa que puede ayudarlo. Esta evaluación diagnóstica va unida a la exploración de los recursos y dificultades para un cambio. Solo una vez que tengamos claras las propias estrategias del paciente para cambiar o no cambiar podremos formular con mayor claridad nuestra propia idea acerca de sus problemas y de sus necesidades de ayuda y encontrar el lenguaje común para el camino que nos planteamos recorrer.

¿Explorar cuidadosamente la vivencia subjetiva del paciente sobre su enfermedad significa dejar de lado los aspectos inconscientes? De ninguna manera. Lo que sí significa es valorar esta vivencia y las creencias y actitudes que la acompañan, pues esto implica reconocerle plenamente al paciente su lugar de interlocutor con derecho a tener su propia visión y perspectiva sobre su sufrimiento y sobre la forma de aliviarlo y de desarrollar su vida. Es en este marco de relación entre dos personas, cada una de las cuales tiene su propia perspectiva, que se desarrolla la exploración del inconsciente y no a la inversa. Desde esta perspectiva, el indagar y explicitar en el tratamiento la forma que el paciente ve su enfermedad, lejos de apartar del inconsciente abre nuevos caminos hacia su exploración. El sufrimiento subjetivo por el que consultan los pacientes y sus aspiraciones y recursos para un cambio son aspectos fundamentales de sus procesos de subjetivación e historicización. A través de ellos el paciente da expresión (pre)consciente a las vivencias más íntimas sobre lo que su mente y su cuerpo le permiten o no, sobre lo que lo hace sufrir o lo alivia, y sobre la forma en la que logró dar expresión a las capacidades y limitaciones, logros y fracasos, renuncias y aspiraciones sobre sí mismo a nivel de su cuerpo y de su mente. Nos habla precisamente de las zonas donde el yo se siente dueño de su propia casa y donde percibe y sufre porque no lo es. Este es un camino que sin duda nos conduce al inconsciente y también más allá: a la necesaria construcción de la nueva imagen sobre sí mismo y sobre sus vínculos que el paciente está necesitando.

Es también preciso tener en cuenta que la vivencia de la enfermedad, tanto en el OPD-2 como en el PDM, debe considerarse junto con los hallazgos de los otros ejes de la exploración diagnóstica (que incluyen dimensiones tales como el análisis de los vínculos, conflictos, defensas, problemas de integración estructural de la personalidad, tipo de trastorno, etcétera). La consideración de estos distintos ejes busca poner de manifiesto la forma en la que se intrincan los aspectos conscientes e inconscientes en la comprensión de cada situación individual.

Los sistemas diagnósticos mencionados y en especial el OPD-2 brindan, como hemos mostrado, una guía útil para explorar estos aspectos. Pero la idea que el paciente tiene de sus problemas y de su tratamiento no es solo el primer paso de un diagnóstico, sino también un punto al que hay que volver en el momento del cierre de la entrevista, la formulación del caso y la devolución al paciente. Plantear un tratamiento significa llegar a un acuerdo con el paciente, y esto supone compartir con él una cierta visión de sus problemas y del camino a seguir, así como abrir espacios donde otros aspectos deberán ser explorados y eventualmente reformulados.

La necesidad de partir de dos perspectivas, la del paciente y la del terapeuta, que en cuanto a su legitimidad se sitúan en pie de igualdad, más allá de la asimetría de funciones, ha sido fuertemente defendida por las corrientes intersubjetivas, relacionales e interpersonales que pueden observarse en otras regiones, especialmente en Estados Unidos. Estas corrientes consideran que la naturaleza relacional del psicoanálisis puede quedar encubierta por formulaciones metapsicológicas que llevan a plantear, en términos unipersonales, fenómenos que en realidad son de naturaleza vincular. Esta visión no es nueva en el Río de la Plata, donde hace ya muchas décadas se jerarquizó este carácter vincular del tratamiento y la existencia de fenómenos que solo podían ser comprendidos a partir de la noción de un campo psicoanalítico (Baranger y Baranger, 1961-1962) en el que se daban interacciones dialécticas entre analista y paciente.

Bibliografía

- Baranger, M. y Baranger, W. (1961-1962). La situación analítica como campo dinámico. En Baranger, W. y Baranger, M. *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargieman, 1969, pp. 129-164.
- Bernardi, R.; Defey, D. et al. (2001). Guía clínica para la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68(2), 99-145.
- Bernardi, R.; Defey, D. Garbarino A. Tutté, J.C. y Villalba, L. (2001). *Psicoanálisis. Focos y aperturas*. Montevideo: Psicolibros-Ágora.
- Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalíticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 74(2), 179-205.
- _____ (2011). *Curso de Diagnóstico*
- Bleger, J. (1971). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Defey, D.; Montado, G. y Rivera, J. (1994). El problema de la demanda. En *Congreso de Audepp, 2.º Intervenciones Psicoanalíticas* (pp. 557-562). Montevideo: Fin de Siglo.
- Defey, D; Elizalde, J. y Rivera, J. (eds.) (1995). *Psicoterapia focal*. Montevideo: Roca Viva.
- Defey, D. (comp). (2004), *Vidas en crisis. La técnica de la psicoterapia focal en vivo*. Pelotas: Ed.Educat.
- DSM-5 Task Force. American Psychiatric Association. DSM-5 Development. En <<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>>.
- Etchegoyen, R. H. (2002). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. 2.ª ed. Buenos Aires: Amorrortu.
- OPD-2 Grupo de Trabajo. (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado*. OPD-2. Barcelona: Herder.
- OPD, T. F. (2008). *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2. Manual of Diagnosis and Treatment Planning*. Cambridge, MA: Hogrefe y Huber.
- PDM. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pichon-Rivière, E. y Pampliega de Quiroga, A. (1985). *Psicología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1998). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Wallerstein, R. S. (2006). Psychoanalytically Based Nosology: Historic Origins. En *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)* (pp. 385-402); Alliance of Psychoanalytic Organizations