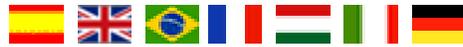


EL DIAGNÓSTICO DINÁMICO Y LA DINÁMICA DEL DIAGNÓSCO.



J. L. Rubio Sánchez

La presente comunicación es resultado de la interpretación de observaciones realizadas en cuatro fuentes diferentes: la actividad diagnóstica personal, las sesiones clínicas, la formación de residentes y el tratamiento de algunos colegas. Aunque corresponde principalmente a la clínica psiquiátrica, también abarca el enjuiciamiento por otros médicos, no psiquiatras, de otros enfermos en los que los factores psicológicos juegan un papel importante en la enfermedad. Y conviene reconocer desde el principio que, aunque el objetivo de este trabajo es contribuir al conocimiento del diagnóstico, de ninguna manera se han despreciado datos referentes a los otros juicios clínicos, tanto por la relación que con ellos guarda el diagnóstico (separarlos sería un alejamiento de la realidad al establecer soluciones de continuidad artificiosas), como por el enriquecimiento que a nuestro propósito aportan. Por otro lado, este trabajo es expresión de una vieja preocupación ya expuesta en otros anteriores (4, 13, 14, 15, 16) y con ellos forma parte de una de las líneas de investigación del Área Docente y del Departamento de Psicología Médica y Psiquiatría de la Universidad de Valladolid. La tercera y última aclaración previa se refiere a que, al interesarnos por el diagnóstico dinámico, no nos referimos al que realiza el psiquiatra dedicado al psicoanálisis o a una psiquiatría de orientación dinámica y suficientemente formado, sino al que con mayor o menor intención y extensión realizan numerosos psiquiatras que pretenden ser eclécticos, y hasta médicos no psiquiatras con actitudes psicósomáticas y conocimiento psicodinámicos.

En nuestro propósito exponer algunos de los aspectos del proceso dinámico (dinámica del diagnóstico), intencionalmente cognoscitivo pero que implica la participación de las esferas afectiva y conativa, que se produce en el médico, especialmente psiquiatra, cuando se siente exigido a responder al interrogante que para él supone la enfermedad del paciente, y todo ello en una situación concreta que se da en un tiempo determinado y en un cierto marco. Tal proceso adquiere unas características más acusadas cuando la actividad diagnóstica traspasa lo nosológico, que es teórico (la enfermedad es un concepto), investiga en lo clínico (realidad del enfermo) y se acerca a lo dinámico-profundo.

Lo que viene entendiéndose como diagnóstico dinámico, puede considerarse como un saber aislado, cuando quien lo elabora limita su interés a las dimensiones que el calificativo supone o integrado en una actitud diagnóstica más amplia como pretende ser la del médico que busca conocer la enfermedad individualizada en todos los niveles del hombre que la padece. En nuestra opinión, el ideal diagnóstico es un conocimiento ambicioso acerca de la realidad del paciente en el momento del encuentro médico-enfermo y a lo largo de la relación que le sigue, alcanzado desde la realidad del médico. Si por diagnóstico médico entendemos el que hace el médico, sería ingenuo pretender que en él, como acción, y como efecto o resultado, el contenido, que es un complejo juicio, se refiriese únicamente a la realidad del paciente con y en su enfermedad, pues ello supondría una negación de elementos procedentes de la realidad del médico. Una orientación estructuralista de la realidad del enfermo (que es lo que con el diagnóstico se pretende conocer), al servicio de la enfermedad como estado, buscaría la experiencia (de la enfermedad) inmediata en la conciencia (del enfermo). Si fuera fenomenológica, se preocuparía por el conocimiento de lo que la enfermedad es, pero si se adopta una actitud existencial lo que atrae al conocedor es que la enfermedad es como una forma de existir del ser-ahí, con lo que lo afable se hace inefable.

Independientemente de que el diagnóstico dinámico sea el único, o se encuentre integrado con otros diagnósticos parciales, su meta es la misma: el conocimiento de los aspectos psicodinámicos de la realidad del paciente. El limitado conocimiento que tenemos de su extensión es uno de los determinantes de la variedad de dimensiones con las que se propone y propugna por quienes han tratado de esquematizarlo. No parece cuestión fundamental en este trabajo, dada su finalidad, el establecimiento de un modelo o la defensa de alguno de los existentes, pero sí es conveniente lo que en nuestro que hacer diagnóstico intentamos conocer, que es, de acuerdo con lo expuesto en otro lugar(16):

- 1) El equilibrio entre las funciones psíquicas conscientes y los factores inconscientes de la personalidad orientados hacia el conocimiento de la personalidad total, sus conflictos y posibilidades de adaptación.
- 2) Lo peculiar de las relaciones objétales.
- 3) El desarrollo de las funciones del yo y grado de vulnerabilidad yoica.
- 4) El tipo caracterial.
- 5) La frecuencia y cualidad de las conductas regresivas.
- 6) Los tipos y la frecuencia de los mecanismos de defensa del yo contra la angustia.
- 7) Las defensas frente a la enfermedad y médico.

Si de lo dinámico hacemos criterio, nuestra intención siguiente es aplicarlo en tres apartados, el de la enfermedad, el del enfermo y el de la relación médico-enfermo; tras apartados interdependientes que se relacionan con aspectos diferentes de la realidad: la realidad conceptual, la realidad física en un momento de su evolución y la realidad social.

Por otro lado, pensando ahora en el diagnóstico nosológico y partiendo de su fidelidad al positivismo, surge el siguiente planteamiento: cuando expresamos, tras haberlo elaborado, un diagnóstico concreto, debemos aspirar a que guarde una relación perfecta de designación (de acuerdo con las ideas de BUNGE,(2), con la enfermedad que es un concepto, y ambos, diagnóstico y enfermedad, de referencia con el problema que se da en la realidad bio-psico-personal y social que es el enfermo, que es observado, y de la que en la observación se recogen datos empíricos que serán el punto de partida de la construcción judicativa científica. Cuando lo que se pretende alcanzar es el diagnóstico dinámico, de la realidad mencionada sólo interesa lo psíquico, o, si se prefiere, lo psicológico, con algunas ramificaciones en lo personal y en lo social y delimitado según la personal aceptación por parte del observador, de una doctrina psicodinámica determinada. Diagnóstico, enfermedad diagnosticada y problema en y del enfermo, pertenecen a tres planos o niveles distintos y de diferente ubicación en el tiempo y espacio reales y virtuales: el diagnóstico, el lingüístico, que una vez expresado en la comunicación es común a paciente y médico; la enfermedad, al conceptual y al médico por considerarse en él la nosología y la patología como conjuntos de saber (conceptos, proposiciones y teorías); el problema designado, al nivel físico del enfermo (entendido como complejo de cosas, hechos, propiedades, conexiones, etc.)

Veamos ahora, según modelos harto diferentes, una aproximación a la dinámica del diagnóstico, entendido éste como conocimiento del problema que se da en el nivel físico del paciente.

Si se sigue el racionalismo cartesiano, el enfermo, en su existencia independiente, posee propiedades inmanentes que constituyen la base del perceptum que en el médico determinan una impronta y, consecuentemente, una conciencia del enfermo. Enfermo y diagnóstico pertenecen a dos espacios distintos y separados (res extensa y res cogitans) y, por lo tanto, hay entre ellos solución de continuidad.

Al aplicar al conocimiento que es el diagnóstico el idealismo trascendental, podríamos decir que sí comprende lo procedente de los objetos (enfermo), pero ordenado en un espacio y en un tiempo que no se hallan en el mundo objetivo (res extensa, nivel físico, problema del enfermo), sino que constituyen un a priori dado, independiente de la experiencia, inherente a la mente del médico(10), en la que además del espacio y del tiempo, hay otras categorías como la causalidad, la modalidad, la cantidad, la cualidad, etc. El diagnóstico que hace el médico será, pues, no información sobre la realidad de los problemas del enfermo, sino sobre su apariencia percibida a través del funcionamiento de nuestra mente y modelada según nuestros elementos cognoscitivos.

¿Cuáles son los elementos cognoscitivos? En dos obras fundamentales, FREUD(6y7) nos proporciona material que nos permite acercarnos a ellos. Cuando el médico, que se encuentra en ese estado de reposo que es equilibrio inestable, es estimulado por el enfermo, pasa a encontrarse en una situación de tensión para la que busca una salida que le lleve de nuevo a la situación anterior. El problema planteado por el enfermo es, en el fondo, una tensión semejante a la que se ocasiona en el médico (principios de la energía y de la constancia) y que en éste tiende a calmarse mediante la actividad diagnóstica. La existencia en ambos de unas tensiones detrás de las cuales está la misma energía, ocupa la solución de continuidad del esquema cartesiano. La comunidad que es continuidad permite comprender otras formas de interacción. De acuerdo con esta secuencia, en el médico se produce una triple huella o impresión: la de la tensión, que es necesidad de superarla, la correspondiente a la imagen del objeto de la satisfacción que es el diagnóstico y la de la vivencia de la satisfacción. En nuestra experiencia son más frecuentes las angustias del médico ante el diagnóstico que ante el tratamiento, y menos todavía ante el pronóstico, y la dependencia que se acentúa del primero, mayor que del segundo. Hace algunos años, nos interesamos por conocer qué opinaban los médicos en cuanto a las causas más frecuentes de petición de consulta, y en casi todos los casos se nos respondió que aclarar el diagnóstico más que el tratamiento. El interés por los hallazgos necróticos puede interpretarse también en este sentido. Tensión (displacer del médico ante el enfermo), objeto de la satisfacción (diagnóstico), y vivencia de la misma, quedan estrechamente asociadas de manera que al repetirse la tensión (ante un nuevo problema, ante un nuevo enfermo), según el postulado de la repetición-compulsión se tiende a repetir la búsqueda de la experiencia de la satisfacción. Según el psicoanálisis, el niño lo hace alucinando el objeto de la satisfacción porque está movido según el principio de placer, principio que queda en estado de latencia en el adulto al ser regido progresivamente por el de la realidad y que puede determinar la fantasía diagnóstica de algunos médicos.

Pero FREUD aún creía que la huella amnésica corresponde a las propiedades o características del objeto. Si tenemos en cuenta las aportaciones de la psicología de la forma no es así, sino que lo que el médico percibe del enfermo es aquello que de éste debe ser para satisfacer las condiciones de búsqueda, puesto que en ella hay una anticipación que define las condiciones del objeto que se hallará y corresponde a la relación imaginaria con el objeto, lo que se sitúa en el espacio de configuración de lo psíquico de PÉREZ PENA(12). Aplicando al proceso diagnóstico la idea de STERN(17), “no existe figura sin configurador”, el espacio entre enfermedad-cosa, enfermedad-concepto y diagnóstico se nos abre mucho más. La búsqueda del modelo psicoanalítico para dar salida a la tensión corresponde perfectamente a las palabras de BUYTENDIJK “sin espera no puede tener efecto ninguna percepción”(3), percepción que es base de la elaboración del juicio diagnóstico. Lo percibido, base del diagnóstico, no es una recepción-reproducción del enfermo en el médico, sino que implica una actividad psíquica del segundo, actividad que es búsqueda y se encuentra orientada según un esquema anticipador que permite interpretar la existencia de unas imágenes de búsqueda, preconscientes, que se materializan en el contacto con el mundo ambiente.

Todo esto nos lleva a plantearnos un interrogante acerca de las relaciones actividad diagnóstica/cosa que se diagnostica, y nos hace recordar un viejo chiste el que narra cómo, tras emitir un médico (antes de la era sulfamídica) el juicio diagnóstico “pulmonía”, un familiar del paciente preguntó asustado: “¿No se habrá equivocado Ud., doctor?” A lo que el médico respondió tajante: “Cuando yo digo pulmonía, el enfermo se muere de pulmonía”. Lo que en una medicina somática mueve a la sonrisa, en la medicina psicológica llama a nuestra atención hacia problemas para los que el proceso diagnóstico amplía sus límites. Cuando se trata de alcanzar un juicio diagnóstico-dinámico, imposible de sintetizar por el momento, como se ha hecho en el diagnóstico nosológico, en una o muy pocas palabras, y en él falta el apoyo que prestan los diagnósticos parciales como son (cuando son posibles) el anátomo-patológico, el fisiopatológico o el etiológico-material, la personalidad del médico se conmueve ante y con el enfermo de distinta manera, y es esa personalidad la que elabora el diagnóstico, que se articula con el pronóstico y el terapéutico, lo que no debe dejar de tenerse en cuenta puesto que el tercero generalmente tiene una mayor repercusión que el primero en el paciente. Evidentemente que el médico de nuestro chiste había cumplido al sentirse exigido y se había calmado con un diagnóstico, al mismo tiempo que su responsabilidad quedaba a salvo para el futuro, en ese caso concreto, puesto que la enfermedad era casi “mortal de necesidad” y la ciencia, madre-

ciencia, el nivel alcanzado por ella en aquel momento, le protegía. Pero la interpelación del familiar crea una nueva angustia al frustrarle. En su respuesta, la agresividad no deja lugar a dudas, y al mismo tiempo se autoafirma al ratificarse impidiendo la continuación del segundo estado angustioso y la que correspondería a una rectificación.

Parece fuera de toda duda que en la dinámica del proceso diagnóstico se moviliza mayor cantidad de angustia cuando se trata de alcanzar el clínico-dinámico que cuando no se pasa, o sólo se busca, el nosológico. Si tuviéramos que caracterizar a cada uno de ambos con un solo calificativo elegiríamos los de flexibilidad y rigor, respectivamente. En el segundo se trata de clasificar, y en el primero de individualizar. Clasificar es hacer clases de lo que llamamos realidad para designar a lo que nos rodea, lo que no es otra cosa que ejercer el control sobre lo clasificado, control que es la base del dominio, del poder y del conocer que es poseer, lo que proporciona una seguridad; en la dinámica de este enjuiciamiento parece encontrarse el desde de poder que puede ser creatividad y en el fondo agresividad. Los datos o notas de la realidad se seleccionan, y se utilizan como instrumentos los criterios, que son normas: los árboles de decisiones, con lo que decide el árbol, no el médico, y un creciente número de máquinas. Con esas notas, seleccionadas, se elaborará el juicio diagnóstico como hemos expuesto en otra ocasión(4), y el juicio diagnóstico debe cumplir con la lógica y la ontología al procurar ser correcto y verdadero.

En lo que se refiere a la dinámica del diagnóstico dinámico, se trata de alcanzar un juicio en el que, además de cumplirse con las condiciones anteriores, se procura que se haga también con la psicología mediante el mayor logro de la convicción. Si en el diagnóstico. noso-patológico se describe para después explicar, en el dinámico, sin dar tanta importancia a la descripción, se interpreta, y no sólo se procura alcanzar el conocimiento de lo bio-psíquico, sino que se tiene en cuenta lo personal, y tras la interpretación viene la comprensión. Escribimos en otro momento(16) que: "...la angustia profunda de todo hombre ante la muerte y, por lo tanto, ante su antesala que es la enfermedad, en el médico alcanza un nivel elevado, lo que puede ser reprimido y negado, pudiéndose entender la lucha contra la enfermedad como una forma de negación, como una defensa contra la propia muerte. En el caso de ese médico que es el psiquiatra, además de lo dicho, habría una defensa contra la forma de muerte que es la locura, en la oposición a la desintegración del yo-enfermo, puede entenderse un intento de fortalecimiento del yo-psiquiatra, pero al mismo en la constatación de la locura del otro hay una vía de proyección de la enfermedad temida en uno mismo".

Creemos que la dinámica del diagnóstico hay que situarla en el encuentro, seguido de relación médico-enfermo, que se da entre dos personas cuyas situaciones son harto diferentes. En un marco determinado por numerosos factores que van desde lo físico a lo cultural, en el que el psiquiatra deberá resolver el casi seguro conflicto entre dos tipos de roles que en otro momento(15) hemos señalado y denominado del médico y de médico; del médico que personalmente es, y de médico en una concreta sociedad y ante las expectativas de un paciente. La dinámica del diagnóstico dinámico no puede aislarse del tipo de relación psiquiatra-paciente que se establezca, en la que cada miembro tiene diversas expectativas, conscientes e inconscientes, y un determinado papel que para cada psiquiatra es el mismo, con posibilidad de variación lenta, pero diferente en los distintos enfermos que ve , a lo que puede añadirse, cuando la relación se da en el hospital general, el conjunto de consecuencia (verdaderas variables intervinientes) que se derivan de la burocratización e instrumentalización.

Psicoanalíticamente hablando, el juicio diagnóstico es función del yo, por lo que la dinámica del diagnóstico se encontrará condicionada por el grado de equilibrio del yo del psiquiatra en el que, por convenir en este momento, distinguimos con HARTMANN(8) cuatro dimensiones fundamentales: equilibrio entre individuo y ambiente (de ahí la importancia del marco de la relación señalado); entre los impulsos, entre las instancias de la personalidad y, del propio yo, entre sus funciones, de una manera especial , entre la función sintética y el resto. Al cambio que en el psiquiatra produce el encuentro seguirán los siguientes hechos: tensión, insatisfacción búsqueda en el bagaje de conocimientos de aquellos (huella mnésica) que permitan fijar la realidad perturbadora y restablecer el equilibrio y movilización de mecanismos de defensa, mas toda clase de factores hereditarios y ambientales que contribuyan a la propia seguridad, entre los

que tienen especial importancia los referentes a la autoridad ante el paciente que ya expuso FROMM-REICHMANN(5). Paralelamente a la elaboración cognoscitiva, el psiquiatra moviliza pulsiones que, si anteriormente fueron reconocidas y aceptadas, permitirán el camino hacia la comprensión a través de la interpretación dentro de la flexibilidad necesaria en diagnóstico dinámico; pero que, de ser negadas por inaceptables, la comprensión se dificulta y hasta se imposibilita. A la negación se añaden otros mecanismos de defensa principalmente proyectivos, de formación de reacción, intelectualización y sublimación, que serán matizadas por la contratransferencia y de ello se seguirán las conductas correspondientes en la relación y se perfilarán más los papeles del psiquiatra. Las reacciones contratransferenciales propias de cualquier tipo de relación médico- enfermo se intensificarán en la relación psiquiatra-enfermo y más cuando el primero extiende su actividad diagnóstica a lo dinámico sin haber alcanzado formación suficiente. Trabajos de BECKMANN y posteriormente del mismo autor con RICHTER y HEISING(1) mostraron las interesantes relaciones que se dan entre las características de la personalidad de los diagnosticadores, los diagnósticos realizados y los presumiblemente evitados. De acuerdo con los casos expuestos por BECKMANN nos permitimos añadir a ellos la siguiente observación sugerida de nuestro trabajo: el psiquiatra que fuerza su seguridad y niega tendencias depresivas, generalmente propenso a la polifarmacoterapia, emite con frecuencia diagnósticos dinámicos abundantes en palabras, pero escuetos en contenidos que además, se encuentran inconexos. Cuando estudiamos comparativamente varios de los diagnósticos emitidos por tales psiquiatras encontramos como denominador común la inadaptación, la debilidad del yo, la severidad del super-yo, la inestabilidad afectiva, la inseguridad, y la desestructuración de la personalidad, pero curiosamente no se menciona lo pulsional; propenden a unas formas de psicoterapia que denominan de apoyo, a veces explicativa, cargas de intenciones éticas y movilizadoras de sentimientos de culpa. Por otro lado, los diagnósticos de mayores pretensiones en cuanto a detalle y profundidad, plasmado ocasionalmente en esquema, suelen estar hechos por quienes menos ocultan su angustia ante el paciente, por ello, estamos de acuerdo con BECKMANN en la tendencia a la complementariedad que el psiquiatra busca en el diagnóstico.

El primero de los dos casos apuntados nos lleva de nuevo al rigor, pero aplicado al diagnóstico dinámico, con lo que éste deja de serlo. Y parece un rigor más peligroso puesto que pretende ocupar el terreno de la flexibilidad. De nuevo estamos frente al viejo empeño del hombre de lograr algo fijo sobre lo que poder estar más seguro. Fijar con rigor es seguridad, y lo contrario es la duda que supone peligro y angustia. Para aceptar la inseguridad de la angustia ante el conocimiento de las energías profundas del paciente, es necesario partir de alguna forma de seguridad, que para nosotros es precisamente la aceptación de la propia inseguridad y angustia, de una angustia doble, la personal procedentes de nuestro equilibrio inestable y la que procede de nuestra intuición de que por mucho que conozcamos nunca pasaremos del conocimiento de la realidad que no es más que, como expuso HEGEL(9), una realidad relativa a la conciencia, o, en el pensamiento de LACAN(11), realidad de conocimiento, pero nunca lo real hacia lo que nos mueve la impotencia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. BECKMANN, D.:** Relación médico-enfermo. En KEREKJARTO, M. V.: "Psicología médica". Científico-Médica. Barcelona, 1978.
- 2. BUNGE, M.:** La investigación científica. Ariel. Barcelona, 1976.
- 3. BUYTENDIJK, citado por LERSCH, Ph.:** La estructura de la personalidad Scientia. Barcelona, 1962.
- 4.- CONDE, V. y RUBIO, J. L.:** Conocer y comprender en la formación de los juicios clínicos. La autenticidad del médico. Actas del XVI Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Murcia, 27-30 de Mayo de 1985, en prensa.
- 5. FROMM-REICHMANN, F.:** Principios de Psicoterapia Intensiva. Paidós. Buenos Aires 1958.
- 6. FREUD, S.:** Proyecto de una Psicología para Neurólogos. Obras Completas, tomo III. Biblioteca Nueva. Madrid, 1968.
- 7. FREUD, S.:** La interpretación de los sueños. Obras Completas, tomo I. Biblioteca Nueva Madrid, 1948.

8. **HARTMANN, H.:** Ensayos sobre la psicología del Yo. Fondo de Cultura Económica. México, 1969.
9. **HEGEL, G. W.:** La fenomenología del espíritu. Fondo de Cultura Económica. México, 1966.
10. **KANT, I.:** Crítica de la Razón Pura. Alfaguara. Madrid, 1978.
11. **LACAN, J.:** Escritos I. Siglo XXI Editores, S.A. México, 1971.
12. **PÉREZ PEÑA, E.:** Lo real y la realidad. Rev. Psicoanal, 41, 6, pp. 1079-1094, 1984.
13. **RUBIO, J. L.:** Contratransferencia y diagnóstico, elementos fundamentales de la relación médico-enfermo, en interacción. Actas del XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría, Jaca 7-10 de Febrero de 1983, pp. 391-396.
14. **RUBIO, J. I.:** Algunos aspectos psicosociales de la personalidad del psicoterapeuta en relación con su capacidad como agente terapéutico. Actas del XVI Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Murcia 27-30 de Mayo de 1985. En prensa.
15. **RUBIO, J. L.; CONDE, V., y BALLESTEROS, M. C.:** Interacción de los roles de médico y de paciente. Actas del XVI Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Murcia 27-30 de Mayo de 1985. En prensa.
16. **RUBIO, J. L.:** El diagnóstico dinámico en patología psicosomática y en psiquiatría. En "Inform. Psiquiatra.", 108, pp. 109-122, 1987.
17. **STERN, W.:** Psicología General. Paidós. Buenos Aires, 1957.

J. L. Rubio Sánchez. Catedrático de Psicología Medica. V. Condelopez. Catedrático de Psicología Universidad de Valladolid.

En: <http://www.alsf-chile.org/articulos-clinicos.html>

Volver a Artículos Clínicos

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.