

## FICHA CLÍNICA Nº 2. EL DIAGNÓSTICO.



### INTRODUCCIÓN.

Etimológicamente la palabra “Diagnóstico” proviene del griego *Ida*, a través, y *Gnosis*, conocer, o sea lo que es “capaz de conocer”, o más apropiadamente “conocer lo que atraviesa o transcurre”. Así, pues, en términos generales, un diagnóstico se refiere a la formulación de un juicio, en cuanto a la inclusión o exclusión dentro de una categoría, al cual se accede a través de la valoración de la información obtenida a; analizar a un determinado sujeto. Esta acción presupone la existencia de un conjunto de categorías que discriminen, diferencien y delimiten la naturaleza de un estado anómalo, a partir de la observación y la interpretación exacta de los signos y síntomas que le son propios, y, por otro lado, un fundamento teórico que dé cuenta del origen, naturaleza y función de dichas categorías.

De este modo un diagnóstico alude al ordenamiento de signos y síntomas, a indicaciones de etiología, a posibilidades pronosticas, a terapéutica indicada y evolución del cuadro, así como indicadores diferenciales y criterios de alta terapéutica.

La optimización de los juicios diagnósticos de pende de lo que en definitiva consideremos “normalidades” fisiológicas o psicológicas, lo que pasa por el difícil esfuerzo de ponerse de acuerdo en lo concerniente a criterios de normalidad - anormalidad (estadística, valorativa o ideal, fenoménica, etc.), clasificaciones (nomenclatura a usar, ordenamiento lógico y/o jerárquico de las clasificaciones, etc.), procedimientos (uniformidad o contrastabilidad de la metodología de observación y recolección de información), definiciones en las terminologías a usar, etc. En resumen, responder a una serie de cuestionamientos necesarios para el logro de un lenguaje común y consensual que permita a clínicos e investigadores operar en pos de un ámbito fenoménico homogéneo y claramente delimitado.

### RESEÑA HISTÓRICA

La siguiente es una reseña histórica del diagnóstico psicopatológico elaborada a partir del Capítulo 14 (Clasificación en Psiquiatría) del “Tratado de Psiquiatría” de Freedman, Kaplan y Sadock.

Al parecer, la primera- alusión específica a una enfermedad mental ocurrió en el año 3000 a. de C., una descripción de un deterioro senil atribuido al príncipe Ptah-hotep. En el 2600 a. de C. se describieron síndromes de melancolía e histeria en la literatura sumaria y egipcia. En el papiro de Ebers (1500 a. de C.) también aparecen descritos el deterioro senil y el alcoholismo. Pero se considera a Hipócrates (460/377 a. de C.) como el introductor del concepto de enfermedad psiquiátrica en medicina. En sus escritos describe trastornos mentales agudos con fiebre (tal vez síndromes cerebrales orgánicos agudos), trastornos mentales agudos sin fiebre (probablemente análogos a las psicosis funcionales, pero llamadas manía), trastornos crónicos sin fiebre (llamados melancolía), histeria (más ampliamente utilizado que en fechas posteriores) y la enfermedad de los escritos (semejantes al travestido).

Antes de la época del inglés Sydenham (1624-1663), todas las enfermedades, a pesar de las diferencias aparentes entre los diferentes síndromes, eran atribuidas a un solo proceso patógeno, tanto un trastorno del equilibrio humoral como un trastorno de las tensiones de los tejidos sólidos. Sydenham creyó que cada enfermedad tenía una causa específica. Exigía el estudio de los procesos mórbidos y comparaba la investigación de la especificidad de las enfermedades con la investigación del botánico de las especies de plantas.

**Philippe Pinel** (1745-1826), médico francés, simplificó los complejos sistemas de diagnóstico que

existían hasta entonces, reconociendo tres tipos clínicos fundamentales: manía (condiciones con excitación o furia aguda), melancolía (trastornos depresivos y alucinaciones con temas limitados) y demencia (falta de cohesión en las ideas) e idiotismo (idiotéz y demencia orgánica). Pinel reaccionó así contra la tradición de entidad gnosológica específica de Sydenham y volvió al sistema de clasificación no complejo de Hipócrates. Todas las enfermedades mentales estaban dentro de una categoría de enfermedades físicas llamadas “neurosis”, que estaban definidas como “enfermedades funcionales del sistema nerviosos”, es decir enfermedades que no iban acompañadas de fiebre, inflamación, hemorragia o lesión anatómica.

Hacia el siglo XIX, la enfermedad mental empezó a ser considerada de forma coherente como la manifestación de una patología física, y los científicos investigaban las lesiones específicas conjuntamente con la investigación de las enfermedades corporales. **Benedict-Augustin Morel** (1809-1873) fue el primero en utilizar el curso de una enfermedad como base de clasificación. Su *démence précoce* no fue una entidad gnosológica, sino una forma particular del curso de la enfermedad mental.

**Karl Ludwig Kahibaum** (1828-1899), psiquiatra descriptivo alemán, predecesor de Kraepelin, introdujo los conceptos de complejo sintomático temporal opuesto a la enfermedad subyacente, la distinción entre la enfermedad mental orgánica y no orgánica, y considerando la edad del paciente al inicio de la enfermedad y el desarrollo característico del trastorno como bases de clasificación.

El descubrimiento realizado por **Beyle** (1822) de que la parálisis general progresiva era una enfermedad orgánica específica del cerebro, y el descubrimiento de **Paul Broca** (1861) de que algunas formas de afasia estaban relacionadas con lesiones precisas del córtex, aumentaron los intentos de basar todas las clasificaciones de los trastornos mentales en lesiones cerebrales demostradas o en un trastorno de la fisiología vascular o nutritiva. Esto llevó a **Wilhelm Greisinger** (1818-1868) a acuñar el eslogan “las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales”. Dado que el conocimiento de la patología cerebral era limitado, comprendió la necesidad de una categoría funcional provisional para las enfermedades mentales con una patología somática todavía desconocida.

En el censo de 1840, en EE.UU., surge por primera vez un sistema oficial de clasificación de trastornos mentales. Se utilizó, esa vez, una sola categoría diagnóstica: la idiocia. En el censo de 1880 los enfermos mentales fueron clasificados en siete categorías distintas (manía, melancolía, monomanía, parálisis, demencia, dipsomanía y epilepsia).

En las dos últimas décadas del siglo XIX, **Emil Kraepelin** (1856-1926) sintetizó tres enfoques: el clínico-descriptivo, el somático y la consideración del curso de la enfermedad. Consideró las enfermedades mentales como entidades gnosológicas orgánicas que pudieran ser clasificadas sobre la base del conocimiento de su etiología, su curso y su resultado. Junto los trastornos maníacos y los depresivos en una sola enfermedad, la psicosis maníaco-depresiva, y sobre la base de sus períodos de remisión la distinguió de la enfermedad crónica deteriorante llamada demencia precoz, que posteriormente Bleuler rebautizó como esquizofrenia. Kraepelin también reconoció como diferente a la paranoia de la demencia precoz, distinguió los delirios (síndromes cerebrales orgánicos agudos) de las demencias (síndromes cerebrales crónicos) y, por primera vez en un sistema de clasificación de las enfermedades mentales, incluyó los conceptos de neurosis psicógena y personalidades psicopáticas (el criminal patológico y los paranoicos litigantes).

Tal como han señalado Klein y Davis (1969), el enfoque básico de Kraepelin de la clasificación fue la investigación de la combinación de rasgos clínicos que produjesen mejor el resultado. Por el contrario, **Eugene Bleuler** (1857-1937) basó su sistema de clasificación en un proceso psicopatológico inferido, por ejemplo, un trastorno de los procesos asociativos en la esquizofrenia. La ventaja del enfoque de Kraepelin es que el pronóstico es un criterio comparable, mientras que un proceso psicopatológico inferido, como es un trastorno asociativo, no se puede evaluar directamente.

Los trastornos de personalidad fueron señalados por primera vez en la literatura psiquiátrica por **J. C. Prichard** (1835) con su introducción de los conceptos de locura moral e imbecilidad moral. August Koch (1891) acuñó las frases “personalidad psicopática” e “inferioridad constitucional psicopática”. Los conceptos dinámicos de Freud agrandaron los límites de lo que era considerado enfermedad mental, de tal manera que incluía las formas más leves de desviación de la personalidad.

Tal como señalaron **Akiskal y McKinney** (1973), a pesar de los avances en la comprensión de los trastornos mentales en los últimos cincuenta años, las categorías más importantes del actual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II) están basadas principalmente en los conceptos de Kraepelin (enfermedad maniaco-depresiva), de Bleuler (esquizofrenia) y de Freud (neurosis y trastornos de la personalidad).

En la primera mitad del siglo XX, el diagnóstico psiquiátrico cayó en descrédito, principalmente por el fracaso en encontrar etiologías biológicas específicas y tratamientos eficaces para las enfermedades mentales, como también por el auge del psicoanálisis como alternativa que ofrecía un modelo explicativo amplio de los desórdenes mentales con una terapéutica eficaz para lidiar con éstos.

En 1948, en su sexta revisión, la O.M.S., en su Clasificación Internacional de Enfermedades, incluyó por primera vez una clasificación de enfermedades mentales. Por lo insuficientes que resultaron las categorías diagnósticas del **ICD-6** para las necesidades norteamericanas, se decidió en ese país, en 1951, encargar a un grupo de trabajo, con representación de la American Psychiatric Association, el desarrollo de una alternativa a la sección de trastornos mentales del **ICD-6**. Basándose para su trabajo en el sistema de clasificación de la Veterans Administration, el cual se había desarrollado como una adaptación de un anterior sistema clasificatorio (utilizado para los censos de pacientes internados crónicos) a las realidades de los veteranos de la segunda guerra mundial, surgió en 1952 el Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders, DSM-I, de la American Psychiatric Association.

## **SEGUNDA PARTE**

### **INTRODUCCIÓN**

Desde los inicios mismos de la medicina se ‘han descrito “enfermedades” o padecimientos que se caracterizan por cambios en la manera de pensar, sentir o actuar de un determinado sujeto, y se ha buscado precisar el “origen” o la “causa” de ellos, dando origen al proceso Diagnóstico (Correo de Psicoterapia N° 12). De tal suerte, a lo largo de tiempo ha sido posible atribuir fidedignamente para ciertas expresiones psicopatológicas a un proceso fisiológico subyacente (delirio por fiebre, demencia senil, lesiones cerebrales, etc.), lo que ha permitido un consecuente conocimiento en cuanto a etiología, curso, pronóstico, tratamiento y prevención. Sin embargo también se han descrito otras constelaciones psicopatológicas (fobias, histeria, perversiones, trastornos de carácter, enfermedades psicosomáticas, esquizofrenia, psicosis, paranoia, enfermedad maniaco-depresiva, etc.); que también involucran cambios en la persona afectada o formas patológicas del Ser, a los cuales se le han atribuido diversas etiologías (psicógena, endógena, reactiva, etc.), algunas veces por ausencia de etiología biológica conocida y otras veces por presencia de indicadores fehacientes de etiología no biológica (por ejemplo, psicógena), lo cual, ha complejizado el espectro de las categorías y sistemas diagnósticos.

### **ESTADO ACTUAL**

Actualmente los sistemas diagnósticos de mayor uso (DSM-III-R, ICD-9) contienen, por un lado, categorías y cuadros clínicos (dentro del orden neuropsiquiátrico) de impecable descripción semiológica, con acertada información acerca de la etiología y el curso del cuadro, y de reconocida utilidad terapéutica y profiláctica. Pero, por otro lado, estos sistemas contienen otras clasificaciones y cuadros clínicos, de sobresaliente precisión descriptiva, pero que carecen de información relativa a la etiología y al curso o evolución del cuadro clínico, lo que redundará en un escaso valor práctico como vectores de las acciones curativas y preventiva.

Estos sistemas diagnósticos (ICD-9, DSM-III) contienen criterios de clasificación que constituyen una mezcla heterogénea de enfoques que no se insertan en una coherencia que los abarque, lo que a pesar de haber significado un aumento de la homogeneidad en la nomenclatura diagnóstica y un mejoramiento de la comunicación, ha redundado negativamente en la eficacia de la acción diagnóstica (alta frecuencia de sus pacientes diagnosticados en dos o más categorías disímiles; escasa información acerca de curso, de la etiología, etc.).

Esta situación indica un descuido o evitación de los aspectos concernientes a la etiología y comprensión funcional de los cuadros clínicos con manifestaciones psicológicas de etiología fisiológica no demostrada.

A la vez se han utilizado algunos criterios alejados de la búsqueda de la naturaleza, etiología o sentido de la patología como vectores de las clasificaciones, que más que clarificar la situación, la han complejizado. Esto se nota en la confusión de] “síntoma” con “enfermedad”, el equiparar complejos sindromáticos con “enfermedades”, el uso de respuestas a un factor farmacológico como criterio diagnóstico, etcétera.

Según Mezzlch (1988) algunos expertos han sugerido que todo lo que podemos decir acerca de las clasificaciones psiquiátricas es que son clasificaciones de tipos de problemas con los cuales actualmente los psiquiatras se ven enfrentados.

Desde otra perspectiva, en algunos casos, tales como en los desarrollos teóricos psicoanalíticos (neurosis y patologías caractereológicas), la aproximación a través de un modelo explicativo de orden psicológico (funcional y estructural) ha pretendido dar cuenta de la etiología y del “sentido” de algunas alteraciones psicopatológicas, pero al costo de un alejamiento de los criterios nosológicos clásicos de descripción y catalogación de signos clínicos y síntomas.

Es así como actualmente existen, por un lado, modelos diagnósticos de impecable precisión descriptiva y capacidad comparativa, pero que carecen de criterios que den cuenta del sentido de lo descrito dentro de un marco explicativo más amplio, y por otro lado, modelos diagnósticos basados en criterios dinámico-estructurales, de amplia capacidad explicativa pero escaso valor comparativo por carecer de marcadores semiológicos unívocos. En esta ocasión nos interesa referirnos a las concepciones psiquiátricas tradicionales en relación al tema del diagnóstico.

## CONCEPCIÓN PSIQUIÁTRICA DE DIAGNÓSTICO

El mayor desarrollo de los sistemas nosológicos psiquiátricos se basó en la aplicación de los principios de la nosología empírica de Kraepelin, quien con sus abordajes clínico-descriptivo, somático y de curso, se abocó a realizar descripciones conductuales cuidadosas de los pacientes, buscando semejanzas y diferencias sistemáticas para la configuración de las entidades clínicas”. Desde esta perspectiva se desarrollaron y organizaron las principales categorías diagnósticas en uso aún hoy en día. La investigación que ha pretendido validar estas “entidades clínicas” se ha orientado a constatar empíricamente el nexo existente entre los síntomas y signos clínicos que conforman estas “entidades” y el correlato anatómo-fisiológico que sustentaría tales manifestaciones.

La investigación de hipótesis en torno a la etiología anatómo-fisiológica subyacente a los cuadros clínicos descritos en la nosología psiquiátrica tradicional (Kraepelin, Bleuler) ha reportado escasos resultados positivos. Este fracaso relativo puede tener que ver con la forma en que se han propuesto las hipótesis - esperando encontrar un sustrato o elemento anatómo-fisiológico que de cuenta de procesos complejos en que varios sistemas se articulan- más que con la inexistencia de un sustrato anatómo-fisiológico. Pero a la vez, este estado de cosas tampoco se ha correlacionado con un aumento de la exploración de etiología no orgánicas, lo que ha dejado un panorama en que se ha exacerbado el desarrollo de los aspectos descriptivos y comparativos en la construcción de clasificaciones diagnósticas, en desmedro de una perspectiva que enfatice lo explicativo y comprensivo.

Es posible entender el estado actual del diagnóstico psicopatológico, como consecuencia de su proceso histórico - en un corte horizontal- proceso en que primero han surgido distintas concepciones y puntos de vista en torno a lo psicopatológico, y ante esta proliferación, se ha hecho necesario delinear lo común, lo que entrecruza a estas distintas concepciones, en un esfuerzo por integrar, homologar y sistematizar los distintos aportes, enfoques y clasificaciones existentes en este campo.

Actualmente, tanto el capítulo para trastornos mentales del ICD-9 de la Organización Mundial de la Salud, como el D.S.M.-III-R, de la American Psychiatric Association (APA), con sus clasificaciones nosológicas multiaxiales, glosarios y reglas para el diagnóstico, representan los mayores esfuerzos hacia la fiabilidad y concordancia del diagnóstico entre las distintas escuelas y países.

Lo cierto es que el modelo de diagnóstico actualmente utilizado en psiquiatría proviene esencialmente del modelo fisiopatológico de diagnóstico, en el cual se identifican los signos y síntomas presentes en un enfermo para acceder, a través de su interpretación correcta, a la determinación del agente etiológico y el



mecanismo etiopatogénico que explique la enfermedad, y en base a ello construir un sistema clasificatorio.

“Clasificación es el proceso por el cual el hombre reduce la complejidad de los fenómenos agrupándolos en categorías y siguiendo unos criterios establecidos con uno o más propósitos” (Freedman, Kaplan y Sadock, 1982, p. 924).

“Una clasificación de las entidades de enfermedad en medicina se llama nosología, de las palabras griegas nosia, enfermedad, y logia, estudio. Los términos específicos utilizados para identificar las categorías se llama nomenclatura” (op. cit. p. 924).

Así, el signo clínico se refiere a cualquier dato de la observación sensorial que permita al clínico obtener, fundamentadamente, una imagen parcial del estado funcional o estructural en que se encuentra el enfermo en el momento de la exploración. “Lain Entralgo, define el signo clínico como todo dato espontáneo o provocado que muestra al médico la existencia de una lesión determinada o un trastorno funcional en el paciente” (Barcia y Pozo, en Cruz Roche, Rafael et al., 1988, p. 36), en tanto que el síntoma se refiere a cualquier expresión de alteraciones de las funciones básicas (vómito, ahogo, ansiedad), siendo más inciertos desde el punto de vista diagnóstico.

“... los síndromes son agrupamientos recurrentes de síntomas. El concepto de síndrome es el que incluye muchos procesos específicos y diferentes que pueden estar implicados en la producción del trastorno” (op. cit. p. 928).

Hasta este punto no se distinguen mayores diferencias en cuanto al proceso diagnóstico mismo en la fisiopatología de la psiquiatría: los signos clínicos, los síntomas y la nosología como componentes estructurales del proceso son los mismos, lo que varía en el ámbito de la psicopatología son los fenómenos y el orden fenoménico aludido.

Sin embargo, esta diferencia es esencial para comprender las dificultades que se han generado en la aplicación de este modelo diagnóstico dentro de la psicopatología. Básicamente porque el sujeto paso en el proceso diagnóstico, cual es la interpretación correcta de los signos y síntomas, presupone la existencia de un modelo explicativo del funcionamiento general del individuo, dentro del cual esta interpretación cobre sentido. Este paso es el que pretende proporcionar una relación de significado a las manifestaciones observadas - en el ámbito de lo fenoménico- dentro de un marco teórico que dé cuenta de la existencia de ellas en un orden explicativo más general de funcionamiento normal y anormal (indicaciones de etiología, mecanismo etiopatogénico y proceso mórbido), lo que conlleve a la identificación de una enfermedad.

## **CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA DE DIAGNÓSTICO**

Por la vertiente psicoanalítica, los criterios reseñados esquemáticamente por S. Freud, sentaron los lineamientos dinámicos que sustentan el diagnóstico de orientación psicoanalítica, lo que actualmente permite diagnosticar las neurosis sintomáticas, trastornos de carácter, perversiones, psicosis, etcétera.

Freud (1908, 1931) y Abraham (1921, 1925) iniciaron una nosología psicoanalítica que relacionaba cuadros clínicos con las etapas de desarrollo psicosexual (motivaciones instintivas, libidinales y agresivas) a través de los mecanismos de fijación-regresión. Fenichel, posteriormente incorporando los hallazgos de W. Reich, propuso una clasificación caractereológica que combinaba aspectos dinámicos y estructurales, siendo la clasificación que “cuenta con la general aceptación de la teoría psicoanalítica actual” (Prenlinger et al., 1964, en Kernberg, 1989): neurosis traumáticas, psiconeurosis: histeria de angustia, histeria de conversión, neurosis obsesiva, conversiones, pregenitales, perversiones y neurosis impulsivas, depresión y manía, esquizofrenia, y todo el capítulo de los trastornos del Carácter: esquizoide, oral, anal, uretral, fóbico o histéricos.

Sin embargo, el diagnóstico psicoanalítico no se ha desarrollado como un sistema nosológico homogéneo que permita establecer una coherencia en los criterios y la capacidad de contrastarlos, esto debido a lo heterogéneo de las distintas concepciones dentro del modelo psicoanalítico (psicología de los impulsos, modelo estructural, psicología del sí-mismo) como también por el hecho de que, en general, éste es un modelo que no considera a las manifestaciones externas como signos unívocos, sino que enfatiza la aprehensión de lo dinámico-estructural subyacente en el individuo. En tal sentido cabe mencionar los esfuerzos de Otto Kernberg por zanjar las diferencias entre los modernos sistemas nosológicos psiquiátricos y los postulados dinámico-estructurales del psicoanálisis en lo que se ha llamado el Diagnóstico Estructural.

El psicoanálisis se desarrolló construyendo modelos explicativos de la conducta. De esta manera, desde esta perspectiva diagnóstica, los síntomas se equiparan a contenidos manifiestos, que pueden interpretarse de distinta manera según el funcionamiento estructural del individuo; es así como una fobia puede ser entendida como una “enfermedad” (neurosis sintomática) en una estructura psíquica sana o normal, o puede ser un síntoma indicativo de una descompensación funcional en una estructura neurótica de carácter. Por tanto, la presencia de síntomas, desde esta perspectiva, no es indicio unívoco de normalidad o anormalidad, localizándose el énfasis en la significación de las manifestaciones en relación a la estructura psíquica más que en las manifestaciones mismas (pudiendo darse procesos mórbidos con o sin síntomas). Es así como “lo aparente” o “lo manifiesto”, criterio central tácito tanto en la posología psiquiátrica como en la perspectiva conductista, adquiere valores relativos desde esta perspectiva.

En líneas generales, podría decirse que en base al concepto de desarrollo psicosexual y las fijaciones que podrían configurar al individuo en tal proceso, se postula un continuo representado en un extremo por la salud, y que transcurre hacia la patología por las neurosis sintomáticas, las neurosis de carácter, los trastornos limítrofes de personalidad y la psicosis. Esta visión de continuo contrasta con la perspectiva Kraepeliana de “entidades clínicas” independientes, con suposición de etiologías independientes, característica en la nosología psiquiátrica.

Uno de los primeros criterios diagnósticos que fue utilizado por el psicoanálisis es el criterio de “analizabilidad”. Según este criterio, se distinguían las neurosis, en las cuales se desplegaba la transferencia en la relación con el analista (por lo tanto analizables) y las neurosis narcisistas o psicosis, en las que no se desplegaba la transferencia (por lo tanto no analizables). Este criterio ha cambiado a la par que la teoría y la técnica psicoanalíticas, distinguiéndose en la actualidad transferencias neuróticas, narcisistas, perversas, limítrofes y psicóticas. Pero más allá de estos cambios, el criterio que se ha mantenido es que la acción diagnóstica está ligada a la determinación de la acción terapéutica.

Para su formulación, el diagnóstico dinámico depende en mayor medida de la práctica y los conocimientos técnicos de quien diagnostica, o sea, las variables que intervienen en el proceso son más complejas en contraste con el diagnóstico nosológico, en el cual se pretende simplificar la operación diagnóstica, para hacerla más expedita, asequible y uniforme.

## **CRITERIOS Y CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS EN PSICOANÁLISIS**

El panorama general refleja la existencia de una gran variedad de criterios y clasificaciones que varían entre las distintas escuelas y autores existentes en la orientación psicoanalítica. Es un espectro muy rico clínicamente, donde se percibe la dinámica de evolución y maduración en la comprensión y utilización del modelo teórico clásico del psicoanálisis, pero a la vez refleja una carencia en la sistematización y utilización unívoca del vocabulario, criterios y clasificaciones psicopatológicos. Sin embargo, en la revisión de los trabajos de ciertos autores modernos (Kernberg, Kohut, Hernández Espinoza, Ruiz Ogare, Rudio Sánchez, etc.) se nota un esfuerzo hacia lo sintético y contrastable, no sólo entre las distintas perspectivas psicoanalíticas, sino también en relación a otras aproximaciones teóricas hacia lo psicopatológico.

Los siguientes son algunos criterios y clasificaciones que no agotan la variedad de perspectivas que sobre el tema existe en la literatura psicoanalítica, pero que -a nuestro juicio- resultan adecuadas muestras de los aportes que de esta vertiente teórica han surgido.

### **EN EL DIAGNÓSTICO DINÁMICO SE INTENTA CONOCER:**

- a.-** El equilibrio entre las funciones psíquicas conscientes y los factores inconscientes de la personalidad total, sus conflictos y posibilidades de adaptación.
- b.-** Lo peculiar de las relaciones objetales.
- c.-** El desarrollo de las funciones yoicas y grado de vulnerabilidad yoica.
- d.-** El tipo caracterial.
- e.-** La frecuencia y cualidad de las conductas regresivas.

f.- Los tipos y la frecuencia de los mecanismos de defensa del yo contra la angustia.

g.- Las defensas frente a la enfermedad y el médico.

Otto Kernberg (1984) propone la existencia de tres organizaciones estructurales amplias correspondientes a la organización neurótica, límite y psicótica de la personalidad. Estos tipos de organización se reflejan en las características predominantes del paciente, particularmente en:

1.- el grado de integración de su identidad;

2.- los tipos de operaciones defensivas que habitualmente utiliza, y

3.- su capacidad para la prueba de realidad. Es así como, para él, la organización neurótica, a diferencia de las otras dos, presenta una identidad integrada y predominio de los mecanismos de defensa en torno a la represión, en tanto que la organización limítrofe como la psicótica presentan una deficiencia en la integración de la identidad (mayor en la psicótica que en la limítrofe) y un predominio de los mecanismos de defensa en torno a la escisión (también mayor en la psicótica que en la limítrofe). Por último, la organización psicótica presenta una ausencia de la prueba de realidad, a diferencia de las organizaciones neuróticas y fronterizas.

Kernberg considera a estas tres organizaciones amplias dentro de un continuo, en el cual cobran sentido entre sí las distintas organizaciones en virtud de las vicisitudes del desarrollo normal o patológico del aparato psíquico.

Kernberg (1987) propone la Entrevista Estructural como método para acceder a un “Diagnóstico Estructural”, que a través de la evaluación del grado de integración de la identidad, mecanismos de defensa preponderante, presencia o ausencia de juicio crítico de realidad, evaluación de funciones cognitivas, algunos indicadores de orden sintomatológico (ansiedad difusa, etc.) y caracterial (rasgos esquizoides, etc.), pretenden ubicar o clasificar a un paciente dentro de un continuo que va desde las neurosis (sintomáticas o de carácter), trastornos límite, “psicosis funcionales” hasta síndromes cerebrales orgánicos.

Heinz Kohut, más centrado en una psicopatología del sí-mismo, ya sea entendida como una estructura del modelo estructural, o como una categoría más amplia, núcleo central de su modelo, distingue los trastornos del sí-mismo: en primarios (del sí-mismo como aspecto central) y secundarios (o reactivos, neurosis estructurales), abocándose a los trastornos primarios distingue cinco entidades psicopatológicas:

I.- las psicosis (fragmentación permanente o prolongada, debilitamiento o seria distorsión del sí-mismo);

II.- los estadios fronterizos (fragmentación permanente del sí-mismo, recubierta por estructuras defensivas más o menos eficaces);

III.- las personalidades esquizoides y paranoides (organizaciones defensivas que emplean el distanciamiento: frialdad y superficialidad u hostilidad y suspicacia como protección a una fragmentación o debilitamiento del sí-mismo);

IV.- los trastornos narcisistas de la personalidad (debilitamiento temporario del sí-mismo a través de síntomas autoplásticos), y

V.- los trastornos narcisistas de la conducta (debilitamiento temporario del sí-mismo a través de síntomas alopásticos). (Ferenczi, 1930 en Kohut, 1980)

**(Extraídos de los Archivos Indepsi. Publicado en Correo de Psicoterapia n° 12 y n° 13, 1993)**

*Volver a Fichas Clínicas*

**PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE**

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

**Contacto: [alsfchile@alsf-chile.org](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).**