



*Bertini, Jorge R.*



## El diagnóstico psicológico en la clínica psiquiátrica

---

### Revista de Psicología

1981, vol. 8, p. 16-21.

Este documento está disponible para su consulta y descarga en [Memoria Académica](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar), el repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata**, que procura la reunión, el registro, la difusión y la preservación de la producción científico-académica editada e inédita de los miembros de su comunidad académica. Para más información, visite el sitio

[www.memoria.fahce.unlp.edu.ar](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar)

Esta iniciativa está a cargo de BIBHUMA, la Biblioteca de la Facultad, que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados. Para más información, visite el sitio

[www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar](http://www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar)

#### Cita sugerida

Bertini, J. R. (1981) *El diagnóstico psicológico en la clínica psiquiátrica*. [En línea] *Revista de Psicología*, 8, p. 16-21. Disponible en: [http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.2356/pr.2356.pdf](http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2356/pr.2356.pdf)

#### Licenciamiento

Esta obra está bajo una licencia Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5 Argentina de Creative Commons.

Para ver una copia breve de esta licencia, visite

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>.

Para ver la licencia completa en código legal, visite

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/legalcode>.

O envíe una carta a Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

# EL DIAGNOSTICO PSICOLOGICO EN LA CLINICA PSIQUIATRICA

Jorge R. Bertini

---

El contenido de nuestro trabajo apunta mostrar las conclusiones más Sazonadas, que en el rol del psicólogo y en la tarea de diagnósticos psicológicos, tanto en el ámbito institucional (hospital psiquiátrico, clínicas psiquiátricas privadas) cuanto en el de consultorio privado, a que hemos arribado a lo largo de nuestra experiencia de colaboración con psiquiatras y psicoterapeutas.

La situación clínica en la que efectuábamos la tarea fue de dos tipos: 1) Pre-tratamiento; 2) Seguimiento de los pacientes, fuesen tratados farmacológica y/o psicoterapeuticamente.

Ilustraremos también sobre el esquema referencial utilizado así como sobre los instrumentos diagnósticos empleados para la lectura del fenómeno conductal.

En la consulta nos encontramos con un Otro, prójimo (de próximo), una existencia que padece la fractura de su *estar con*, el vacío de su *don*, que requiere nuestra compasión que se vehiculará a través de la presencia *junto* a El, destinatario de los actos inteligentes cuyo objetivo final es su re-apropiación personal. Este sería el marco general que informa la situación de entrevista como gestalt del encuentro bicorporal pero tripersonal, en el que tenemos acceso a tres niveles de las manifestaciones-conductuales: a) Fenoménico o apariencial, que incluye lo sintomático y lo presentacional; b) Interpersonal, que se traduce en el juego de roles, el tipo de vínculo y las modalidades comunicacionales que tienen lugar en la gestalt cambiante de la entrevista, 3) la fantasía, como el aspecto imaginario de la conducta, como una otra articulación del lenguaje que subyace al contenido ideológico del discurso, que cubre la desnudez de los deseos y temores del sujeto.

Además de la entrevista, como una situación clínica con predominio del intercambio comunicativo verbal, como instrumentos de investigación psicopatológica la Escala Wechsler-Bellevue de Inteligencia, el Test de Apercepción Temática y el Psicodiagnóstico de Rorschach.

Como podemos observar, dentro de un marco filosófico del existencialismo personalista, tratamos de integrar escuelas psicológicas como la teoría del campo, la psicopatología clínica, la teoría de la comunicación y el psicoanálisis. Somos del parecer que a esta altura del desarrollo de los conocimientos psicológicos ninguna teoría puede convertirse en "coto de caza" cerrado, inmune o inhábil para la discusión, el intercambio, la confrontación, pruebas a las que el conocimiento científico debe someterse, por otra parte. Igualmente, que ninguna teoría es abarcativa del total del Fenómeno Humano en

tanto conducta. En esta materia acechan dos riesgos 1) facultar a la propia teoría para explicar determinativamente todo acontecer, convirtiendo el propio corpus teórico en paradigma de la Verdad psicológica; 2) intentar una conciliación híbrida, falsa. Serían como el Scilla y Caribdis de una práctica psicológica que a la vez que se hiciera cargo de la especificidad de cada aporte teórico, no mostrase a ninguno como a "la" psicología, tratando de aprovechar los aspectos más vivos y perdurables de las diversas corrientes. Por ello creemos que es válido y útil el intento de un múltiple "approach" a la conducta humana, que para nosotros tiene siempre la condición de *drama*, es decir, la de estar encarnada en existencias concretas, en riesgo de ser y no-ser al mismo tiempo.

En distintos medios y por motivos diferentes se ha cuestionado la necesidad de un diagnóstico en general y del diagnóstico psicológico en particular. En un extremo una actitud epistemológica al modo positivista estaría en condiciones de percibir un "en sí morboso" de carácter endogenético, en el sentido de que lo detectado responde a la calidad de un objeto de la realidad. En el otro extremo (antipsiquiatría) se llega a postular que la enfermedad mental es un simple rótulo (nominalismo psicopatológico), adoptado socialmente en base al sistema de restricciones y censuras propias de una determinada cultura. Pero también, especialmente en algunas vertientes doctrinarias del psicoanálisis, el sujeto que padece no deberá ser pasible de un diagnóstico psicológico en virtud de: 1) el objeto de la psicología así concebida, el deseo y sus vicisitudes, tendrían como exclusivo y válido ámbito de conocimiento el de la situación psicoanalítica; 2) el diagnóstico sería parcial en tanto se tendría acceso a la fachada actual de la enfermedad, teniendo en cuenta que el solo devenir terapéutico pondría en juego otras instancias de la misma; 3) el diagnóstico efectuado por otra persona que el terapeuta y con recursos diferentes al de la escucha psicoanalítica complicarían el desarrollo de la transferencia; 4) el diagnóstico previo facilitaría un pre-juicio que obraría obstructoramente en la mente del analista, perturbando la escucha psicoanalítica.

Nosotros entendemos que toda operación inteligente del hombre tiene como supuesto el mejor conocimiento posible del objeto de su intervención, sobre todo cuando se trata de otro hombre cuyo *destino* roza el propio. Por otra parte, el conocimiento en psicopatología no lo entendemos sino en el marco del encuentro de dos existencias, donde una demanda y otra procura ciertas subsistencias necesarias a la vida. Por cierto entonces que todo lo que se procure tendrá la dignidad y la necesidad propias y ajenas a la conservación de la vida.

Somos conscientes de lo castrado de nuestro saber sobre el hombre, en última instancia siempre misterioso, tanto por lo oculto y esquivo de su Verdad, cuanto por la falibilidad de nuestros instrumentos, empezando por el operador mismo, Pero también del grado de validez y confiabilidad que alcanzan, gracias al método científico, las apreciaciones

sistemáticas, aun las mas expuestas a los avatares de los procesos intersubjetivos.

El conocimiento será pues necesario y previo para y/a la operación. Esta participa de la condición de *cuidado* por el Otro en el que mi negligencia puede ser iatrogénica. Tanto peor si tiene como causa y fondo un esquema referencial que impide o mutila el desarrollo de mi don. Por último, los esquemas referenciales son eso, nada mas, so pena de caerse en su reificación. Viene al paso recordar un caso mentado por Sacha Naght en *La presencia del psicoanalista*, una paciente depresiva a quien analiza largos años y finalmente da de alta al encontrar que los aspectos fundamentales de su neurosis habían sido comprendidos. A los seis meses se mataba. O el caso aludido por Conrad Stein en *La muerte de Edipo*, de una paciente cuyo tratamiento era asimismo seguido por un analista control, "el registro de cuyo deseo no incluía de manera alguna proceder como lo hizo", suicidándose.

Si a ello agregamos los limos heterodestructivos y los de descompensación psicótica, más la evaluación posible de los tratamientos tanto en su trayecto como en su final, pensamos abonar suficientes razones de la *prudencia humana* para la adopción, de ciertos recaudos que hacen al diagnóstico y pronóstico de la conducta.

El diagnóstico incluirá tanto "el clínico como el diferencial y el etiológico, consistiendo este tercer aspecto en la construcción de hipótesis explicativas relativas a la génesis de la enfermedad del sujeto" (A. Paineira: *El Caballero Inexistente, Estudio Clínico de una Caracteropatía*).

Como el mismo autor sostiene, "estas hipótesis serán de gran valor para establecer el pronóstico (según por ejemplo el valor relativo que le otorguemos a las series complementarias)" y para determinar el tipo de tratamiento a indicar (que será diferente en el caso de una psicosis procesual, un border-line, una neurosis descompensada depresivamente, una psiconeurosis típica, una neurosis terminal, una aneurosis de crisis vital, una neurosis traumática, una psicopatía del carácter a modo defensivo o una estructura psicopática).

La clínica de los tratamientos es muy rica en posibilidades, que si se embretan en la uniformidad haciendo pasar a todos los pacientes por el mismo tamiz, fármacos, psicoanálisis o psicoterapia, quizás no se responda al principio de economicidad en el esfuerzo productivo al que trata de responder toda actividad humana. En todo caso, debiera tratar de reducirse a niveles realísticos la omnipotencia y el "furor curandis" con que calla corriente pregona sus métodos, empezando a dialogar unas con otras, viendo en todas un genuino esfuerzo para elevar al hombre. Aún sospechando una raigambre última de la enfermedad en lo endogenético, es difícil sustraerse a la posibilidad de una comprensión biográfico-existencial de las vicisitudes del paciente. Aun abrevando una concepción histórico-cultural del conflicto, tampoco escapamos a veces a la aprehensión

de una secreta y tenaz fuerza que parece arrastrar al sujeto hacia su destrucción.

El diagnóstico personal (Lain Entralgo: "La relación médico-paciente", Revista de Occidente, 1962) "trata de reunir y jerarquizar todos los elementos biográficos, personales, familiares, psicológicos y sociales que codeterminan, condicionan o coparticipan de la enfermedad y que hacen de ésta un hecho, un acontecer personal de un sujeto dado y no una abstracción".

No hay comprensión posible de una persona sino en y por su acontecer personal en todas las áreas y facetas de la conducta. En este sentido creemos que privilegiar alguna de ellas en detrimento de las restantes como objeto de indagación, mutila nuestro acceso a la persona en una perspectiva totalizadora de su ser y hacer.

Por ello pensamos que la sola entrevista, con su riqueza abordajes, semiológico, comunicacional, simbólico, es insuficiente. La responsividad del sujeto frente a estímulos diversos aumenta cualitativamente sus posibilidades de expresión: la eforación de sus afectos, mundo imaginario, estilos de acción y reacción, capacidades cognitivas y creativas, así como su posición en el mundo, implícita en los valores que sustentan su vida, tanto por el modo de insertarse en ella cuanto por el proyecto que anima su vivir.

De allí que hemos de incorporar como atalaya de nuestra observación el instrumental de los tests, tan vana como rápidamente abandonados por los psicólogos tras la fascinación de otros objetos de prestigio y consumo. Involucran privilegiadas situaciones de observación sobre un segmento de conducta determinado, con registros computables y comparables de los distintos modos reaccionales, que pueden multiplicarse ante estímulos diversos y que acceden a diferentes estratos psicodinámicos de la personalidad (Abuchaen, Jamil: *El Proceso Diagnostico*). Así por ejemplo, un paciente puede mostrarnos en el T.A.T. sus defensas fóbicas en el área de los vínculos interpersonales, sus clisés obsesivos en las áreas del pensamiento y la acción en el Wechsler y sus ansiedades depresivas o núcleos melancólicos en el Rorschach.

Las pruebas psicológicas que utilizamos, ya mencionadas, tanto por la calidad de sus estímulos como por el periodo de retest que forma parte de su técnica, nos proporcionan valiosos indicadores que nos permiten reconstruir hipotéticamente el proceso de elaboración de la conducta, desde las ansiedades relativas a la constitución del objeto y del sujeto Basta los mas sofisticados productos del pensamiento y la acción consensuales.

Los múltiples registros, el de lo verbal, con los ingredientes discursivos (forma, contenido, afecto, fonología, curso secuencial, estructura sintáctica y semántica); la organización del espacio y el tipo de apropiación de los elementos que contienen las manchas Rorschach; su configuración temática y el contexto de las respuestas (también en el T.A.T.) en la serie de láminas; la formación y organización de los conceptos, su

retención, fijación y evocación; la resolución de problemas; la composición visual y su reversibilidad; la relación pensamiento-acción y la prospección visual y conceptual de la Escala Wechsler; todo ello en conjunto, en intersección con los procesos de las actitudes, pensamientos y afectos en el vínculo entablado y la anamnesis vital, constituyen una amplia fuente de posibilidades conductuales cuyo análisis nos puede dar pautas confiables acerca de las condiciones dinámicas subyacentes a la conducta personal, en las diferentes áreas del comportamiento.

Según nuestra experiencia, el aporte del diagnóstico psicológico en el ámbito de la psiquiatría clínica, se sitúa fundamentalmente a nivel del diagnóstico diferencial y la evaluación de la recompensación del paciente a lo largo de la cura.

En psicoterapias, coincidimos con Graciela Payrú y Fiorini (*Aportes Teórico-clínicos en psicoterapias*) en que el diagnóstico psicológico permite articular mejor los recursos técnicos a implementar. Así como el evaluar las mejoras o peorías experimentadas para disponer de índices sobre los elementos dinámicos a trabajar en las distintas etapas o momentos terapéuticos.

En lo relativo al psicoanálisis nos parece apropiada la opinión de S. Nacht y S. Levovici de que "la indicación de una cura psicoanalítica debe ser rigurosamente ponderada, ya que este tratamiento, que exige tantos sacrificios de tiempo y dinero, no puede ser aconsejado sino en caso que se reúnan dos condiciones: a) que se esperen resultados netamente superiores a los de toda terapéutica accesible y más simple, y b) que el balance de los criterios de curación exigibles mostrará la justificación de haber emprendido un tratamiento tan largo" (*El Psicoanálisis Hoy, Indicaciones, y contraindicaciones del Ps. en el adulto*)

A continuación expondremos la síntesis diagnóstica de casos escogidos, en virtud de la dramática particular que los caracterizara, donde las indicaciones diagnósticas y/o pronósticas tuvieron correlatos desgraciados en la vida real.

Señor Angel A., 23 años, empleado, estudiante del Profesorado de Escuelas Técnicas. Motivo de consulta: episodios homosexuales. Antecedentes: promiscuidad heterosexual entre los 18-20 años, después de ser expulsado de su casa por el padre alcoholista. Luego de una significativa relación con una mujer a título de "protegido", "trabajando" ella como prostituta y él encargándose del cuidado de una hijita de aquella y los quehaceres domésticos. Al círculo se integra después otro hombre que mantiene relaciones con la mujer. Modalidad presentacional: rasgos obsesivos. En el vínculo, con distancia fóbica, alguien que nos exige pero a la vez entrevemos muy dependiente de suministros afectivos. Núcleo familiar: un hermano menor "a quien le sonrió la vida" y una madre "sacrificada" que lo dio todo sin recibir nada. Todo lo persecutorio está puesto en el progenitor.

Escala Wechsler: buena performance en general. Vocabulario refinado. Dudas y vacilaciones pedantescas. Autocorrecciones. "Medido", resuelve bien las tareas a ejecutar pero mostrando indecisión, falta de espontaneidad, proponiéndose diversas alternativas, haciendo más difícil la solución. En Ord. de Fig. "Preso" antecede la serie de tarjetas. En ret. de dig. no supera tres y dos cifras, respectivamente.

T. A. T. Patrones recurrentes de los relatos: niños o jóvenes retraídos, incomunicados. Angustia, vergüenza, culpa, autorrechazo. L. III "un instante de angustia y desolación, en medio de esa incomunicación. Soledad y decepción. Los adolescentes son idealistas pero la vida no es así, porque se va destruyendo esa fantasía y esa pureza". Lam. IV: "un nitro herido, a que no se ha proporcionado una formación armónica; está, herido por resentimientos, es reaccionario, violento temperamental pero bueno". L. V: "Angustia de una madre que asiste con dolor ante una situación violenta por parte de él, que se halla excedido por un par de copas o con una chica". L. VI: "Arrepentimiento, dolor y promesa hecha al sufrimiento de una madre. Desprecio de si mismo, por ser como es". L. VII: "Quisiera ver el apoyo paterno, pero el gesto no es de atención, sino de desagrado, posiblemente apele a reproches. No, no, no me gusta (aparta la lámina)". L. VIII: (Indiscriminación entre una operación quirúrgica y la celda de una cárcel). L. XI: "Una senda difícil, escabrosa, que desemboca inexorablemente en la noche. Al lado un vaso de vino. Lo de noche puede ser sinónimo de muerte o locura".

*Rorschach*: Imágenes sangrientas en las manchas rojas, con movimiento abstracto y contenidos siniestros en I, IV, V y VI. "Animales en descomposición disolviéndose, "monstruo herido o que va a herir", contaminación entre los "garrones para el asador", el conejo y el murciélago, "animal antediluviano que ya se ha vuelto polvo", respectivamente. Escaso movimiento humano, ninguno animal pero bastante abstracto, *en determinante múltiple*, este último con color crudo y con C'.

Escribimos en su oportunidad: "Si hay un sadomasoquismo radical, es el de estos sujetos que se odian a si mismos y a los de en un circulo vicioso donde ambos odios 'se realimentan, lo que explica los frecuentes suicidios y homicidios en este tipo de personas. En la actualidad asistimos a un raro equilibrio, donde no sabemos por tensor a que se desmorone. El aislamiento entre lo intelectual lo afectivo, las formaciones reactivas y las idealizaciones lo preservan frágilmente del contacto tanto con su agresión como con sus núcleos abandónicos.

Post-facto el diagnóstico, ante la ruptura del vínculo con una novia, se mata frente a su casa, a escasos seis meses de nuestro informe.

Jorge R., 24 años, estudiante universitario. Motivo de consulta: brote ansioso posterior a una experiencia de laboratorio indicada por su terapeuta con objeto de movilizar sus mecanismos de control y rigidez caracterológicos.

Antecedentes: excelente estudiante, gran amante del automovilismo con pasión por la velocidad. Joven dócil, sin problemas aparentes en las relaciones familiares e interpersonales, salvo algún disgusto con el padre y quizá algún resquemor con una hermana.

Aproximación diagnóstica: una bouffe ansiosa con aspectos deliroides de humor maniaco, con núcleos melancólicos de base, existiendo asimismo rasgos de la serie esquizofrénica, que no resaltan en un primer plano.

Escribimos: "En este momento predominan los mecanismos maniacos de defensa, que tienen como contrapartida fuertes núcleos melancólicos que pueden desencadenar impulsos suicidas, que deben ser tenidos especialmente en cuenta. Nos llama la atención la cantidad de color acromático junto a la de color cromático y el movimiento abstracto en un protocolo donde predomina a nivel imaginario la persecución y el aniquilamiento. Los elementos Rorschach mencionados nos hablan de impulsos fuera del control del Yo que pueda dirigirse contra el Yo."

Con posterioridad la familia lo retiró del multitratamiento que seguía, encomendándole a otro profesional. Trató por su cuenta de reconectarse con su terapeuta, con quien había establecido un buen vínculo, reparatorio del existente con el padre. Pero su sujeción era muy grande. El segundo de dos intentos fue exitoso: se mató.