

LA EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA ESTRUCTURAL. EL ESTATUTO CLÍNICO PSICODINÁMICO

Juan Manzano Garrido*

INTRODUCCIÓN

Voy a mantener aquí la concepción relacional de la psicopatología y de su evolución. Sé que este punto de vista es conocido y compartido por muchos colegas, pero creo que es necesario precisarlo frente a una nueva/vieja ola de lo que considero una psiquiatría reduccionista y simplificadora y en última instancia tecnológica y deshumanizante.

Sin embargo, debo igualmente señalar que estos últimos años nos encontramos en presencia de una nueva consideración y cuestionamiento en el interior mismo de esta tendencia.

El título de un libro aparecido recientemente es significativo: "Relational mental health: beyond evidence-based interventions" (Guimón, 2003).

Por relacional entiendo un modelo, un punto de vista, sobre la psicopatología que se basa en el hecho de que el niño, desde el nacimiento, es un organismo; constituye un conjunto de elementos en interacción relativamente estable; es pues un sistema o una estructura viva.

En términos psicodinámicos dispone desde el nacimiento de una parte organizada de la personalidad (un yo), con una cierta representación de sí mismo y la expectativa de un objeto diferente de él (madre o equivalente) con quien interactuar: hay pues también una forma de relación de objeto.

* Psiquiatra. Psicoanalista.

En términos psicobiológicos, podemos decir que el sistema nervioso central (el cerebro) del recién nacido humano está “programado” para desarrollarse y entrar en relación con las personas que están a su alrededor y seguidamente con el mundo en general. Llega “programado” para “reprogramarse” en función de la relación. El desarrollo es concebido aquí como la modificación adaptativa del programa innato al contacto con el otro. El concepto de Freud de una evolución que va del funcionamiento regido por el principio del placer al que es dirigido por el principio de realidad, sigue manteniendo su valor.

Los trastornos psicopatológicos son consecuentemente desviaciones, o alteraciones, de este desarrollo sean cuales sean las causas: conflictos, contradicciones internas, lesiones somáticas internas o genéticas y acontecimientos externos. Los trastornos no son únicamente simples expresiones de estos factores, sino reajustes, reorganizaciones de la estructura para que los objetivos del desarrollo puedan seguir adelante, a pesar de las alteraciones. Los objetivos pueden resumirse en una palabra: vivir, lo que implica mantener la unidad del organismo, estar en relación con los otros, adaptarse y reproducirse. Los Trastornos psicopatológicos son pues la expresión del sistema que se ha reorganizado de esta manera. En mi opinión, todos estos enunciados son compatibles con los conocimientos actuales en neurobiología.

Las reorganizaciones patológicas de la personalidad siguen “patterns” (modelos), preformas de organizaciones tipo. La expresión de estos “patterns” son las estructuras psicopatológicas de base: trastornos reactivos, neurosis, trastornos de la personalidad y psicosis.

Se concibe que la psicopatología estructural, tanto en la evaluación como en la clasificación y el tratamiento, considera la persona como un todo que no es la suma de partes y plenamente individualizada, con un contexto familiar, social y una historia que son únicas. Por tanto, no es nunca exclusivamente una enfermedad, un síntoma o un conjunto de síntomas desla-

bazados. Se tratará no sólo de describirla, sino de comprenderla. En consecuencia, nuestros modos de evaluación, de clasificación y de tratamiento se hacen sobre una base relacional, incluso cuando comprenden diferentes técnicas psicológicas y farmacológicas.

La psicopatología estructural se distingue pues, de otras concepciones de la psicopatología, especialmente de las aproximaciones del DSM o ICDM. Estas aproximaciones presentan un interés por su carácter internacional y su simplicidad de criterios que permiten un uso general no exigiendo una importante formación previa. A pesar de eso, para nosotros esta aproximación sólo puede ser complementaria y jamás central en la práctica.

Voy a permitirme recordar la diferencia esencial entre la aproximación estructural y la DSM:

1. En lo que concierne a la **clasificación**, nuestra aproximación presupone la existencia de una teoría del funcionamiento psíquico normal, estando constituida la psicopatología por las desviaciones de dicho funcionamiento normal: se trata de la psicología clínica, en nuestro caso la psicología analítica del desarrollo que comprende fundamentalmente los conceptos de inconsciente, organización de la personalidad y la existencia de conflictos internos. Por el contrario, la DSM no presupone la existencia de psicología y considera esencialmente la patología mental como un trastorno fisiológico real o supuesto.

En nuestra clasificación, lo que se valora no es un signo o un conjunto de signos, como en la DSM, sino una estructura, un conjunto de elementos relativamente estables entre ellos. Buscamos pues organizaciones globales teniendo en cuenta todos los elementos posibles.

2. En cuanto al **tratamiento**, es necesariamente relacional. Puede comprender medidas farmacológicas, psicológi-

cas, sociales y educativas, pero conserva siempre como objetivo fundamental el establecimiento de una relación y la garantía de su continuidad el tiempo necesario. El tratamiento puede hacerse en Centro de Día o su equivalente y en particular gracias a la psicoterapia. La experiencia clínica acumulada nos permite hoy ampliar las formas de aplicación de la psicoterapia adaptándola a diferentes indicaciones –de grupo, familia–, psicoterapias breves y consultas terapéuticas. Se trata de apoyar las demandas de ayuda sobre las situaciones reales.

3. En cuanto a nuestro tema, la **evaluación**, presupone la observación de la relación del niño o adolescente con su terapeuta. A diferencia del DSM, no se trata de un método digital –presencia/ausencia– de un signo, sino de percibir y registrar todos los aspectos del funcionamiento tanto normales como desviados, orgánicos y sociales y construir una síntesis única, incluyendo lo que no está todavía formalizado ni descrito. Nuestro modelo de evaluación, de comprensión y de tratamiento exige, como consecuencia, una formación. Quizás desde este punto de vista no somos competitivos con otras concepciones. Pero lo que es seguro, es que nuestra formación es más interesante. La evaluación psicopatológica es una relación que enriquece también al terapeuta y le permite continuar su propio desarrollo a todos los niveles (psicológico, introspectivo, intelectual, existencial, humano).

UN MODO DE EVALUACIÓN ESTRUCTURAL

Me propongo presentar aquí brevemente nuestro modelo de evaluación. Es practicado en Ginebra desde hace 30 años en los Servicios Universitarios. Es específico, implica la noción de conjunto, de síntesis de todos los factores del funcionamiento psíquico.

Nuestra evaluación consta de una a tres entrevistas clínicas “clásicas”, caracterizadas por una posición general del terapeuta de “neutralidad activa” siguiendo y participando en la relación, pero sin introducir ningún elemento personal en la medida de lo posible. El objetivo del encuadre (setting) es facilitar al niño o al adolescente el máximo de asociaciones libres posible, expresadas según la edad, en juegos espontáneos en los que participa el terapeuta; en dibujos, verbalizaciones, expresiones de afectos, sueños y fantasmas. Generalmente al concluir la primera entrevista el terapeuta, en función del material presentado por el niño, introduce algunas cuestiones abiertas sobre los temas que el niño no ha explicitado suficientemente. Conciernen a las actividades escolares, sociales y de tiempo libre, los proyectos futuros, la vida familiar, los temores y angustias y los sentimientos de tristeza. No se trata en ningún modo de seguir una lista de items, como si fuera un cuestionario.

Nuestra tabla de evaluación deriva del perfil psicoanalítico elaborado por A. Freud y constituye un corte transversal del mundo psíquico del niño tal como se percibe en un momento dado y en circunstancias estandarizadas: su valor clínico se completa naturalmente con su puesta en relación con la anamnesis y las informaciones familiares y escolares. No se trata solo de describir la patología, sino igualmente todos los aspectos positivos y sanos. Nuestra tabla es capaz de señalar con objetividad, en la medida de lo posible, las diversas facetas de la personalidad del niño considerando las variaciones de lo normal y el punto de partida de la patología como un umbral a la vez cuantitativo y cualitativo.

El objetivo de tal evaluación, es permitir al clínico clarificar el justo valor y el lugar de los elementos que forman parte del conjunto de la vida del niño. Estos elementos, que el clínico aprecia en el curso de su evaluación se refieren a diferentes niveles de la personalidad del niño, orgánicos, psíquicos... Establecer el diagnóstico teniendo en cuenta, de la manera más integradora posible, los diferentes componentes, fuertes y

débiles de la personalidad del niño, el lugar de la sintomatología en el conjunto de su funcionamiento en este momento concreto de su desarrollo, las consecuencias de estos trastornos sobre su vida, los recursos y las demandas de su entorno, las manifestaciones transitorias o permanentes de estos trastornos,...

Esto permite decidir si se debe o no emprender un tratamiento y determinar las mejores formas de terapia a proponer. La tabla puede servir por fin para una sistematización más rigurosa de los hechos clínicos de un historial médico, a fin de ser utilizado de manera óptima en eventuales investigaciones, cara a clarificar más el proceso del desarrollo mental del niño. Viene a ser finalmente un útil de cierto valor para los psicoterapeutas, principiantes o no, permitiéndoles afinar su sentido de observación del niño y distinguir las manifestaciones de naturaleza patológica de las normales en un niño de la misma edad.

LA TABLA DE EVALUACIÓN (ESTADO MENTAL)

Se compone de un número de parámetros que permiten al final de cada entrevista recoger los diferentes aspectos del funcionamiento de la personalidad del niño.

Estos items me parecen suficientemente conocidos y no los describiré aquí de manera profunda.

La tabla comprende esquemáticamente los parámetros siguientes (podrían nombrarse y ser colocados de manera diferente):

1. **Impresión general** (las características más destacables que diferencian al niño de otro de la misma edad; actitud dominante y/o cambio en el transcurso de la entrevista.

Apariencia en función de la edad. Aspecto físico y signos observables que eventualmente puedan ser asociados a una afección orgánica.)

Ejemplo: Aislamiento relacional, reservado, poco comunicativo, temeroso, desafiante, complaciente, vivo, demasiado familiar, agresivo, hiper/hipoactivo, sumiso, muestra clara rivalidad, controlador,...

2. **Relación de objeto** (tipo de relación establecida con el terapeuta, personas investidas).

Ejemplo: Como habla de las relaciones con sus padres; modo de separación; como vive la relación con el terapeuta: con reserva, distancia, familiaridad, frialdad, control, sumisión, persecución, seducción excitación, necesidad de ser estimulado, necesidad de un intermediario, oposición, ...

Concepción del Self (da una imagen coherente de sí mismo).

Ejemplo: Sentimiento de sí mismo integrado, disociado, desvalorizado. Grandioso, omnipotente, cómo se ve él, a qué se compara, claramente diferenciado de otros.

Identificaciones (aspecto maternal /paternal asimilado, a qué imagen maternal/paternal podría identificarse).

Ejemplo: Identificación masculina/femenina fuerte, débil, dañada, omnipotente, confusión de sexos, tiene una identidad autónoma.

3. **Funciones del Yo.**

a) Autónomas.

Inteligencia (orientación, percepción, juicio, razonamiento, producciones simbólicas)...

Ejemplo: Tiempo, espacio, cronología, cuestionamiento, curiosidad, iniciativas,...

Lenguaje (ritmo, fluidez, defectos).

Ejemplo: Lacónico, breve, económico, dependiente de sollicitación, tendencia a la logorrea, lapsus, seseo, tartamudeo,...

Motricidad global y fina (habilidad, actividad).

Ejemplo: Rígido, contenido, minucioso, hiperactividad, descarga motriz, gestos...

- b) Test de realidad y conciencia de los problemas (distinción entre mundo externo y mundo interno).

Ejemplo: Globalmente conservado; sin ser puesto en cuestionamiento, puede estar a veces alterado, patinazo, delirio, alucinaciones, confusión deseo/realidad, imaginación consciente, capacidad de nombrar sus miedos, de expresar sus problemas...

- c) Mecanismos de defensa (cómo el Yo se defiende para evitar sentir angustia de castración, fragmentación, depresión, separación,...).

Ejemplo: Desplazamiento, proyección, regresión, represión, formación reactiva, racionalización, sublimación, contrainversión, aislamiento de los afectos, identificación con el agresor, defensas maníacas, renegación, negación, escisión, identificación proyectiva...

4. **Afectos** (son deducidos de sus signos externos y se diferencian de lo que nos hace sentir).

Ejemplo: Presentes, expresados, variados, adecuados, modulados, monótono, controlados, inhibidos, ansiedad, tristeza, euforia,...

5. **Pulsiones. Vida fantasmática** (a través de juegos, dibujos, deseos, sueños).

Libidinales (interés, placer sobre sí mismo y/o el mundo externo).

Agresivas (hostilidad, objetivo: destrucción del objeto).

Ejemplo: Presencia/ausencia, control, fantasmas de muerte de un tercero, fantasmas de destrucción,...

6. **Superyo** (manifestaciones de prohibición, juicio, censor frente al Yo, conciencia moral, auto-observación, formación de ideales).

Ejemplo: Internalizado/no internalizado, severo, crítico, perseguidor,...

Valores e Ideal del Yo (lo que se quiere ser, ideal para sí mismo).

Ejemplo: Profesión, modelos,...

Yo ideal (Yo escindido, no integrado, ideal de omnipotencia narcisista).

7. **Formulación diagnóstica** (clasificación francesa).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Añadiría que la utilización durante 30 años de este modo de evaluación y esta tabla diagnóstica se han mostrado satisfactorias, en opinión de todos los colaboradores, notablemente por las razones siguientes:

Su fiabilidad: estudios repetidos de fiabilidad “interjueces”, de un nivel homogéneo de formación, ha obtenido porcentajes muy altos, entre 85 y 95 %. Este porcentaje es más elevado aún en los estudios de fiabilidad “intrajuez”.

Su enseñanza clínica se ha convertido para nosotros en un pilar en la formación de especialistas. Practicamos seminarios completos “a ciegas” (se trata del examen clínico de un niño por un terapeuta, observado en directo-TV por los estudiantes en otra sala): ninguno de los asistentes ni el terapeuta didacta que conduce la entrevista conoce el caso, ni la edad, ni el sexo, ni el motivo de consulta. Al final de la entrevista y siempre sin información, cada estudiante, así como el terapeuta rellenan su tabla de evaluación que, seguidamente, es leída por un miembro tomado al azar y discutida abiertamente. Por último, el didacta lee su propia tabla y la persona que ha atendido previamente al niño y a sus padres en consulta –y que no ha participado en el ejercicio– hace un resumen del caso.

Esta formación abre progresivamente la vía a la psicopatología, a la relación y a la comprensión psicoterapéutica.

El instrumento ha demostrado su eficacia igualmente en investigaciones clínicas como la que describe, desde la conflictividad depresiva subyacente, diferentes estructuras (Palacio y Dufour) hasta toda una serie de estudios epidemiológicos sobre la continuidad y la discontinuidad de la psicopatología a través de las edades (Manzano y Col).

Por último, como hemos señalado anteriormente, la práctica clínica estructural, comprendida así, permite al terapeuta continuar su propio desarrollo psíquico a través de esta relación íntima con el paciente.