



La construcción del diagnóstico psiquiátrico: Un análisis de los saberes y prácticas en juego en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires

María Jimena Mantilla

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales –
Universidad de Buenos Aires (IIGG-FSOC-UBA)
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET)
jimenamantilla@yahoo.com.ar

Resumen:

El objetivo de este artículo es describir y analizar la construcción de los diagnósticos psiquiátricos en un hospital psiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires. A través del análisis de material etnográfico propongo que la llegada al diagnóstico psiquiátrico es el resultado de procedimientos interpretativos que aplican los profesionales para dotar de sentido las experiencias de los pacientes. El diagnóstico no es un dato objetivo que habría que encontrar en el paciente sino el resultado de una activa práctica de construcción.

Palabras claves: diagnóstico psiquiátrico, hospital psiquiátrico, etnografía, procedimientos interpretativos

Abstract:

The construction of psychiatric diagnosis. An analysis of the knowledge and practices that are involved in a Buenos Aires City hospital

The aim of this paper is to describe and analyze the construction of psychiatric diagnosis in a psychiatric hospital in Buenos Aires city. Through the analysis of

ethnographic material I propose an approach to the diagnosis construction focused in the interpretive procedures used by professionals to decide it. Through the analysis I show that the diagnosis is not an objective fact which should be sought in the patient's experience but the result of an active construction practice.

Keywords: psychiatric diagnosis, psychiatric hospital, ethnography, interpretative procedures

Fecha de recepción: octubre 2010.

Versión final: marzo 2011.



Introducción

El objetivo de este artículo es describir y analizar los procesos de decisión y establecimiento de los diagnósticos psiquiátricos: cómo los psiquiatras deciden cuál es el diagnóstico de un paciente y cuáles son los procedimientos que utilizan para determinarlo. Para ello se utiliza material etnográfico de una investigación más amplia que aborda las prácticas y saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital monovalente de la ciudad de Buenos Aires utilizando una estrategia metodológica cualitativa. El material del artículo proviene de notas de campo, entrevistas, análisis de ateneos¹, historias clínicas y bibliografía especializada. Entre el 2005 y el 2007 realicé entrevistas en profundidad a profesionales de planta, residentes y pacientes. Además efectué observaciones participantes en la guardia del hospital, la sala de espera, las salas de internación, el parque, en un grupo terapéutico para pacientes externados, reuniones entre profesionales y supervisiones de casos.

El trabajo se inscribe en el enfoque de la psiquiatría cultural que estudia la "cultura profesional", y entiende que la psiquiatría como conjunto de saberes y prácticas es un "sistema cultural" (Geertz, 2005). Los profesionales se convierten en este tipo de investigaciones en objeto de estudio y, por tanto, en sujetos culturales del mismo nivel que pacientes y familiares. La etnografía, instrumento reflexivo, permite repensar la "cultura de la psiquiatría" (Martínez Hernaez, 2006).

El análisis propuesto se inspira también en los estudios sociales de la ciencia, en particular las etnografías de laboratorios². Siguiendo a Latour (1987), la ciencia sólo puede ser entendida a través de su práctica. Observar la actividad científica diaria es explorar un proceso de decisiones controvertidas que a través de procedimientos sociales se convierten en verdades científicas. Latour se focaliza en la retórica, proceso de transformación de las opiniones de los científicos en verdades científicas y analiza los procesos microsociales que construyen los enunciados científicos, es decir las operaciones prácticas que transforman los enunciados en datos. En este caso, el proceso de decisiones diagnósticas como una instancia de construcción microsocial puede compararse con la actividad de los científicos que estudia Latour. Los profesionales para llegar a un diagnóstico también transforman en verdades objetivas el análisis de las situaciones de los pacientes. Al igual que los científicos, los profesionales producen un orden explicativo: a través de sus prácticas interpretativas transforman las experiencias de los

¹ Los ateneos son trabajos escritos donde los profesionales presentan un caso clínico que luego se discute en forma grupal.

² A comienzos de la década de los 80' aparecieron diversos estudios que constituyeron investigaciones etnográficas de laboratorios. Los cuatro autores pioneros en este campo son Karin Knorr Cetina, Bruno Latour y Steve Woolgar y Michael Lynch.



pacientes en “casos clínicos”. El diagnóstico permite a los psiquiatras establecer un plan de tratamiento, se convierte en una guía que orienta los pasos futuros: las estrategias de intervención, las interpretaciones sobre el devenir biográfico de los pacientes y las decisiones farmacológicas, entre otras. El establecimiento del diagnóstico permite construir una mirada objetiva sobre el paciente psiquiátrico, racionaliza la experiencia de sufrimiento, desorden o incertidumbre que enfrentan los profesionales en su práctica clínica.

El artículo se divide en cuatro secciones. En la primera describo los criterios psiquiátricos que se utilizan para tomar decisiones diagnósticas. En la segunda analizo las formas de articulación de la psiquiatría y del psicoanálisis en el hospital. En la siguiente sección describo los problemas de la construcción práctica de los diagnósticos: las dudas, las diferencias de criterios, entre otras dimensiones que el análisis etnográfico permite develar. Finalmente, propongo un análisis de la construcción del diagnóstico que explica los procedimientos interpretativos que utilizan los profesionales. A través del análisis muestro que el diagnóstico no es un dato objetivo que habría que buscar en la experiencia del paciente sino el resultado de una activa práctica de construcción profesional.

1. Criterios diagnósticos

“Bueno, el DSM es como viste nuestro librito de criterios diagnósticos, que tendrá todas las falencias que uno quiera pero la verdad que homologa criterios, y para eso sirve. El paciente que cumple con uno, dos, tres, cuatro, está deprimido.” (Entrevista a psiquiatra residente, junio de 2005)

En medicina la identificación de marcadores biológicos (pruebas de laboratorio, radiografías, etcétera) es un aspecto central de la construcción de un diagnóstico, sin embargo en psiquiatría ni los análisis de sangre ni ningún otro tipo de estudio definitivo sirve como instrumento diagnóstico (Aguiar, 2004; Ortega, 2006). Al no haber un marcador biológico, el diagnóstico depende de la evaluación del médico que, a partir del relato del paciente, familiares y su propia observación interpreta los signos de una enfermedad o trastorno.

El principal instrumento diagnóstico psiquiátrico en la actualidad es el *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales* (DSM IV). Las primeras versiones del *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales* (DSM) reflejaron la influencia del psicoanálisis. Su primera versión, de 1952,³ presentaba “una conceptualización psicosocial de la enfermedad mental, en la cual es concebida como una reacción a problemas de la vida

³ En el mismo año se descubría la clorpromazina, primera droga antipsicótica.



cotidiana como lo ilustra el término "reacción esquizofrénica", es decir, la expresión de un conflicto individual a causa del medio social (Henning 2000, p. 124; Russo y Venancio 2006).

El lenguaje del DSM expresaba el uso frecuente de nociones psicoanalíticas como "mecanismos de defensa", "neurosis", "conflicto neurótico". En la versión del DSM-II, publicada en 1968, esa influencia fue más marcada: se abandona la noción de reacción y la concepción biopsicosocial de las enfermedades mentales, dando más énfasis a aspectos de personalidad individual en la comprensión del sufrimiento mental. Las perturbaciones mentales serían expresiones simbólicas de una realidad psicológica oculta a ser interpretada en el curso del diagnóstico y el tratamiento. El término neurosis es la mayor clase de perturbación presente en el DSM-II (Henning, 2000).

La emergencia de la tercera edición del *Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales*, el DSM-III en 1974, implicó el abandono de la perspectiva psicoanalítica como eje de la clasificación. A lo largo de las distintas versiones, el DSM pasó de doce diagnósticos en la primera a casi 400 en su versión DSM-IV. El salto se produjo en el DSM-III con 265 diagnósticos. Dos años después de su publicación era reconocido mundialmente y su emergencia marcó la internacionalización de la psiquiatría. A partir del DSM-III se produce un desplazamiento conceptual en que el énfasis en el proceso de sufrimiento y su relación con la vida del sujeto pasa a ser sustituido por un abordaje que prioriza la investigación objetiva de las enfermedades específicas. La posterior publicación del DSM-IV en 1994 dio continuidad a la perspectiva del DSM-III manteniendo una perspectiva descriptiva y ateórica y consolidando una ruptura con las descripciones psicoanalíticas. En ese movimiento -de la teorización psicoanalítica a la descripción sintomática- se produce la ilusión de acceder a un conocimiento objetivo sobre la enfermedad mental. El presupuesto empirista implicado en una posición ateórica pretende expresar una aceptación de múltiples teorías. Sin embargo evidencia la proximidad de este enfoque con una teoría física de los trastornos mentales. Los modelos biológicos buscan las causas de las enfermedades mentales en factores genéticos y bioquímicos y no en los sistemas simbólicos del sujeto (Horwitz, 2002). En este proceso se redefine radicalmente la actividad de diagnosticar: una interpretación de símbolos de sufrimiento es sustituida por una lectura de señales de enfermedad. Concretamente, la relación de los síntomas se desliga de la experiencia subjetiva del paciente.

Ahora bien, por un lado en la psiquiatría como disciplina a nivel mundial se produce esta mutación del modelo psicoanalítico al psiquiátrico que redefine la forma de clasificación de las patologías. Por otro lado, a nivel local, teniendo en cuenta la influencia del modelo psicoanalítico en Argentina, los contornos de la mutación son difusos y la impronta del DSM VI no implica un abandono de las categorías psicoanalíticas ni en los diagnósticos ni en los abordajes terapéuticos.



En el caso analizado, los psiquiatras, aún con diferentes orientaciones, se basan en el DSM IV a la hora de fundamentar sus evaluaciones diagnósticas. Al mismo tiempo, el hospital es uno de las instituciones referentes en psicoanálisis de orientación lacaniana, no sólo porque los psicólogos se forman en dicha orientación y los tratamientos a los pacientes son de orientación psicoanalítica sino también porque los psiquiatras en gran parte son psicoanalistas. No obstante, la orientación del DSM para efectuar diagnósticos se impone sobre un enfoque psicoanalítico en tanto homologa un lenguaje entre colegas médicos, permite comunicarse con otras instituciones y plasmar los diagnósticos en las historias clínicas. Basados en el DSM los diagnósticos son "sindrómicos", se realizan a partir de un razonamiento inductivo sobre un conjunto de síntomas más o menos visibles. Tal como explica Luhrman (2000), la mayoría de los diagnósticos son presentados como un *checklist* de criterios: para efectuar el diagnóstico basta con que el paciente tenga algunos de los ítems que están en la lista. Como lo sugieren las palabras de la psiquiatra al comienzo del apartado, el diagnóstico supondría la aplicación de un procedimiento que *a priori* se resuelve con la ayuda del DSM IV sin mediar ninguna dificultad. Sin embargo, el análisis etnográfico revela no sólo las dificultades sino la porosidad de las categorías diagnósticas que tornan la construcción del diagnóstico como un proceso relativo, cambiante y ligado a otros aspectos independientes de la aplicación de criterios psiquiátricos o psicoanalíticos.

Ambos enfoques (biológico y psicoanalítico) expresan distintos posicionamientos de la psiquiatría frente a un dualismo que ha sido constitutivo de la disciplina desde sus orígenes: la psiquiatría ha heredado el dualismo cartesiano mente-cuerpo. Mientras que la perspectiva psicoanalítica concibe a las enfermedades mentales como producto de la vida psíquica, la perspectiva biológica las concibe como cualquier otra enfermedad física. Ambas perspectivas involucran distintas nociones de persona, diferentes modelos de causalidad y diferentes expectativas de cómo un paciente puede cambiar a través del tiempo (Luhrman, 2000). La psiquiatría biológica toma como objeto al cuerpo, más precisamente al cerebro, lugar de desbalances químicos que produce la enfermedad. Por su parte, el psicoanálisis se dirige a la mente, más precisamente a la psiquis y aborda los conflictos del sujeto como producto del inconsciente. Según Scheper-Hughes y Lock (1987, p. 9): "El legado cartesiano produce visiones y prácticas dicotómicas y una tendencia a categorizar y tratar las aflicciones humanas como si fueran o totalmente orgánicas o totalmente psicológicas". No obstante, ambas posiciones han convivido en el campo psiquiátrico desde sus inicios y conviven en la actualidad, como indica el caso estudiado.

La perspectiva psiquiátrica enfatiza la enfermedad en un sentido biológico y subordina la experiencia de enfermedad a consideraciones orgánicas (Kleinman, 1988). Por su parte, la



perspectiva psicoanalítica coloca la experiencia de la enfermedad en el centro de su análisis pero enfatiza los determinantes intrapsíquicos en una mirada descontextualizada del paciente.

A continuación me detengo en la organización hospitalaria de los tratamientos y la articulación de ambas perspectivas en la práctica de los profesionales.

2. La articulación y desarticulación entre disciplinas y profesionales

“La Lic. M en el espacio psicoterapéutico y yo en el espacio psiquiátrico nos hicimos cargo del tratamiento de Gabriel. Y en este ámbito, surgirían también diferencias entre dos discursos, el psiquiátrico y el psicoanalítico, que sin embargo no se convertirían en un impedimento, sino en un motor para preguntarnos- una y otra vez- sobre la mejor manera de ayudar a nuestro paciente.” (Ateneo de psiquiatra residente, septiembre de 2005)

El “equipo tratante” comanda el tratamiento de un paciente en el hospital: integrado por una pareja de psiquiatra y psicólogo. Esta articulación permite visualizar diferencias entre los enfoques psiquiátrico y psicoanalítico que se manifiestan en las formas de intervenir. La construcción de un abordaje interdisciplinario en el campo de la salud supone, entre otras cosas, un cuestionamiento a los criterios de uncausalidad (Stolkiner 1999). Las prácticas institucionales apuntan a formar resistencias para el trabajo interdisciplinario. En los ambientes institucionales que influyen las culturas profesionales, los paradigmas de producción de conocimiento y las acciones basadas en dicha producción no necesariamente favorecen la solidaridad interpersonal o transdisciplinar (Oliveira y Dorneles, 2005, p. 20).

En el hospital, si bien los pacientes reciben la atención de un equipo tratante, eso no les garantiza *un* tratamiento combinado. Muchas veces tienen *dos o más* tratamientos, según cuántos profesionales estén interviniendo. La organización y modalidad de trabajo al interior de los equipos tratantes depende de cuestiones epistemológicas, teóricas y prácticas de los profesionales. Algunos equipos trabajan con reuniones o supervisiones en conjunto: se dividen tareas, comentan lo que pasa con el paciente, intentan delinear estrategias de intervención conjuntas. Otros funcionan de manera fragmentaria, con escasa comunicación entre sí. Las formas de concebir el padecimiento, tanto en su etiología como en su tratamiento marcan diferencias. Sin embargo, los espacios de articulación entre las disciplinas existen especialmente en la residencia, donde los profesionales comparten no sólo actividades asistenciales sino de formación, lo que favorece la articulación e intercambio. En algunos equipos, al estar ambos



integrantes formados en psicoanálisis, prevalece el acuerdo en los abordajes de las distintas disciplinas.

La fragmentación de los saberes y prácticas puede ser inadvertida para los pacientes, sus consecuencias nulas, pero también puede ocasionarles ciertas dificultades. Ejemplo de ello son las diferencias de criterios respecto a la externación. Los psiquiatras y psicólogos, según su formación -psicoanalítica o psiquiátrica-, tienen opiniones disímiles que se expresan en las formas de concebir la utilidad, pertinencia y plazo de una internación. Se producen tensiones y contradicciones que condicionan tanto los criterios de internación como los de externación, e incluso generan direcciones opuestas en un mismo tratamiento. En palabras de una psicóloga entrevistada:

El trabajo interno del equipo es muy importante porque a veces los objetivos no son los mismos, el trabajo con el paciente no es el mismo, cada uno termina haciendo su trabajo con el paciente y yo creo que eso es más complicado que un alta se demore por una cuestión institucional. Eso es menos complicado que cuando hay un desacuerdo en el equipo. Por ejemplo: hay un paciente deprimido, no se va a curar la depresión estando internado, entonces si el objetivo es que pase un momento de riesgo no tenés por qué dejarlo internado, hay criterios que no, que el paciente no se va de alta hasta que no esté en condiciones de irse curado por su depresión. (*Entrevista a psicóloga, febrero de 2005*)

No obstante, determinados aspectos de la intervención favorecen el intercambio entre los miembros del equipo tratante, una división de tareas que permite el trabajo en conjunto. Por ejemplo, los pacientes que llegan al hospital presentan "crisis de angustia" y "exaltaciones psicomotrices", condiciones en que el trabajo del psicoanalista se hace imposible. De aquí que sea necesario que un psiquiatra pueda medicar y "bajar al paciente". El uso de la medicación en el tratamiento facilita la tarea del psicólogo. Por otro lado, los aspectos más conflictivos como los efectos secundarios de la medicación, las dificultades que ocasionan en el desarrollo de la vida cotidiana y otras cuestiones que reclaman los pacientes, son derivados a la consulta con el psiquiatra. La división de tareas al interior del equipo tratante posiciona al psicólogo en un lugar más favorable que el psiquiatra, quien debe lidiar con las cuestiones señaladas. La medicación, instrumento fundamental de cualquier tratamiento psiquiátrico es -en teoría- competencia de la psiquiatría, aunque en términos prácticos se convierte también en un aspecto que posibilita la tarea del psicólogo, tal como señala Lakoff (2005).

A su vez se dan situaciones contrarias. Por ejemplo, que los pacientes estén "muy medicados", lo que dificulta el trabajo en la psicoterapia -pacientes muy sedados, o con escasa afectividad en virtud de los efectos de los psicofármacos-. Los pacientes que resisten la ingesta



de medicación desconfían por añadidura del espacio de terapia, entorpeciendo la posibilidad de la construcción de una relación terapéutica en dicho espacio. En suma, se dan diferentes articulaciones entre las disciplinas a partir de las formas de gestionar la medicación.

El espacio de discusiones de ateneos de residentes muestra las diferencias en los abordajes. Un ejemplo son las preguntas que surgen a partir de la discusión de un caso: los psiquiatras se interesan por el diagnóstico y la medicación, mientras que los psicólogos se preocupan más por aspectos de la historia biográfica del paciente, en especial por las percepciones de sus propios sufrimientos, vínculos, etcétera.

El formato y el modo de presentación del caso dificultan las más de las veces el intercambio con las otras disciplinas: cada uno escribe el ateneo más o menos orientado hacia la perspectiva que pertenece con lo cual brinda poca información de interés para el resto de las disciplinas. En algunos casos, psiquiatra y psicólogo presentan su ateneo sobre el mismo paciente, cada uno en diferentes encuentros. En una de esas ocasiones, una participante destacó que no parecía que estuvieran hablando del mismo paciente (haciendo referencia a que otro profesional había presentado la semana anterior el mismo caso pero con un recorte diferente), a lo que la jefa de residentes respondió: “no, sin duda, es que no se trata del mismo paciente”. Y a partir de allí surgió una breve discusión acerca de las diferencias de abordajes de los miembros del equipo tratante, así se trate de un mismo paciente. Al respecto, los psicólogos se inclinaban a aceptar con mayor facilidad este postulado (“no tenemos el mismo paciente”) e incluso no les parecía algo problemático.

La búsqueda de un abordaje compartido sustentado en criterios comunes no necesariamente forma parte de las prioridades e intereses de los profesionales. Desde la mirada psicoanalítica, las preocupaciones humanistas sobre los pacientes son consideradas asistencialistas, se juzga en forma dudosa el consuelo afectivo al que se denomina “palmoterapia”. Buscan la intervención del psiquiatra y del trabajador social como intervenciones que remueven obstáculos hacia la cura -sean descompensaciones, alucinaciones, delirio, o problemáticas socioeconómicas.

Los médicos tienden a pensar la realidad de sus pacientes a partir de una lógica de “factores de riesgo” que intervienen en las “descompensaciones”, tales como cuestiones sociales, familiares, ocupacionales, etcétera. Si bien valorizan la intervención farmacológica por encima de cualquier otra, abren su mirada hacia dicha multiplicidad de factores. De este modo hacen lugar a otras intervenciones con mayor predisposición. Los psicólogos, por su parte, tienden a ser un poco recelosos hacia la inclusión de otras profesiones en el tratamiento. La fascinación por “la cura por la palabra”, como denominan al tratamiento psicoanalítico, dificulta la capacidad de pensar en otras problemáticas susceptibles de no ser curadas mediante tal método. Además, los médicos, en especial cuando ingresan a la residencia, no tienen una idea



clara ni una formación sólida que les permita comprender e intervenir en el campo de las enfermedades mentales. En cambio, los psicólogos ya poseen una formación analítica y muchos de ellos han comenzado su propio análisis. Podría decirse que, aún sin experiencia clínica, llegan al hospital con mayores herramientas conceptuales, que en algunos casos dificultan la relación con otras disciplinas:

En Argentina y más precisamente en Buenos Aires, todo aquel que sostiene ser psicoanalista se conduce con la certeza de disponer de una concepción del mundo que desde su perspectiva asegura plenas garantías de validez, no mereciendo en ningún momento y bajo ninguna circunstancia la menor puesta en discusión. Toda interpretación alternativa, incluso de índole psicológica no es ni siquiera aceptada. (Visacovsky 2008, p. 106)

Con el paso del tiempo los psicólogos-psicoanalistas no reniegan de las intervenciones psiquiátricas, sino que utilizan el lenguaje psiquiátrico y hasta solicitan a sus compañeros de equipo que mediquen a los pacientes.⁴ Incluso algunos se disponen fácilmente al diálogo con otras profesiones como trabajo social o terapia ocupacional. Otros desarrollan una plasticidad para ocuparse por sí mismos de aspectos diversos tales como los sociales, ocupacionales, familiares, entre otros. También suele ocurrir que algunos profesionales de ambas disciplinas directamente se dedican a recetar psicofármacos o a escuchar a los pacientes sin mayores cuestionamientos teórico-prácticos a su especialidad.⁵

En la conformación del equipo tratante a veces se suman otras profesiones, en general un trabajador social, quien se ocupa de la cuestión social, que es concebida como subsidiaria de las dimensiones psicopatológicas. Las miradas psi del proceso salud-enfermedad-conceptualizan lo social en términos de factores de riesgo, vulnerabilidad asociada, etcétera. Esos modos de concebir a lo social en el proceso de salud-enfermedad-atención, lo ubican como un agente externo.

Las intervenciones de los trabajadores sociales son producto de la demanda de los profesionales superados por las problemáticas de los pacientes. Como rol de la intervención social esperan una resolución de los obstáculos sociales que impiden un tratamiento (por ejemplo, que el paciente no pueda llegar al hospital por falta de recursos económicos). Otras

⁴ Durante el periodo del trabajo de campo he documentado tres situaciones donde la psicóloga le pedía a su compañero que le aumente la medicación a un paciente en común.

⁵ Sin duda, el anterior es un panorama general de las tendencias que me fue posible captar tanto en mi experiencia como residente como durante el período de dos años de trabajo de campo en el que participé del seguimiento de las intervenciones de distintos profesionales y sus articulaciones con otras disciplinas.



veces, buscan que mediante las intervenciones sociales se resuelvan problemáticas inherentes a la integración social de los pacientes, tanto desde lo laboral y ocupacional como desde la asistencia del estado mediante pensiones y subsidios. En las salas de internación es muy frecuente que la visión del trabajo social sea la de aquel que se ocupa de la situación judicial del paciente.

En la división de tareas, las de menor reconocimiento son las de los enfermeros, a quienes les está vedada cualquier atribución terapéutica. Por el contrario, su función se asocia con uno de los aspectos más importantes pero menos valorados de la dinámica institucional: la vigilancia cotidiana de los pacientes. Y si bien son quienes comparten más tiempo con los pacientes no son incluidos en el delineamiento de estrategias terapéuticas salvo en raras excepciones (como me comentaba un residente psiquiatra que reconocía que los enfermeros de la sala sabían mucho más que él de su paciente y por lo tanto consultaba con ellos asiduamente).

En síntesis, la articulación de los profesionales de distintas disciplinas se expresa en formas heterogéneas y ello revela la variabilidad de intervenciones y el desdibujamiento de las especificidades clínicas.

3. La práctica de diagnosticar

Basados en el DSM IV, los diagnósticos psiquiátricos poseen una intencionalidad pragmática: definen una conducta farmacológica. Sería impensable la administración de determinados planes farmacológicos si no hubiera un diagnóstico que lo justifique. Establecer un criterio diagnóstico les permite pensar un tipo de pronóstico y pueden llegar a “estimar” un tipo de trayectoria psiquiátrica: cantidad de internaciones, recaídas, cantidad de años en los que tienen que tomar la medicación, etcétera. Es por ello que la apreciación diagnóstica así sea transitoria o cambiante construye un orden operativo para la intervención profesional.

Una de las primeras características del proceso de establecimiento del diagnóstico es la forma de obtener los datos. Los profesionales cuentan como fuente principal con los relatos de los pacientes y familiares, es decir la definición de los síntomas está mediada por las interpretaciones que efectúan familiares y pacientes. Por ejemplo, en ocasiones los familiares con la intención de que el familiar en cuestión sea internado, empeoran las problemáticas de los pacientes cuando son interrogados por los psiquiatras. Otras veces son los pacientes quienes buscan la intervención psiquiátrica y con el fin de obtener mayor medicación o ser internados, también recurren a empeorar o mentir sobre sus experiencias. Por el contrario, se dan situaciones donde los pacientes omiten informar sobre determinadas situaciones que podrían



conducirlos a un cambio en el tratamiento. Este proceso confuso se explica en las palabras de un psiquiatra entrevistado:⁶

“El problema es cuando la cosa viene como media sucia: cuando hay adicción, cuando hay abuso de sustancias, cuando hay familias complicadas que tratan de dar este lugar de enfermo al paciente y entonces cargan más síntomas, más lo que ellos ven como síntomas que los que son los síntomas reales del paciente, cuando el interrogatorio es difícil o cuando es difícil encontrar un familiar que te cuente o un amigo, cómo era el paciente antes de que empiece con esto. Pero en realidad hay diagnósticos que los podés hacer en una entrevista y el resto con el tiempo, por más que no tengas a nadie alrededor del paciente y sea sólo eso te vas dando cuenta, por la evolución, lo vas conociendo.”
(Entrevista psiquiatra de planta, enero de 2006)

En la misma línea, se encuentra la problemática del consumo de sustancias que complican la llegada a un diagnóstico psiquiátrico en tanto no permite distinguir los efectos del consumo de la problemática psiquiátrica en si misma:

“Hay pacientes que son muy fáciles, bueno, el ataque de pánico lo diagnostica cualquiera, pero hay pacientes con cuadros más complicados viste, sobre todo cuando hay consumo de sustancias que empastan mucho, entonces no sabes si en realidad se acelera por la cocaína o se acelera porque está hipomaniaco, y que deja de dormir o si consume porque en realidad estaba deprimido.” (Entrevista psiquiatra residente, febrero de 2006)

Una segunda característica es la *ambigüedad* de las categorías diagnósticas, el territorio abarcado por un tipo de diagnóstico psiquiátrico no presenta nunca fronteras delimitadas. Esto lleva a los médicos a aplicar un determinado diagnóstico, en gran parte efecto de la disponibilidad de los recursos terapéuticos que están a su alcance. La información etnográfica da cuenta de cómo los efectos de la medicación se interpretan como indicadores de posibles diagnósticos al mismo tiempo que se confunden con los síntomas y generan dudas acerca de si forman parte o no de los cuadros psiquiátricos, como lo expresan las siguientes citas:

“La evolución no me permitió aún despejar estas dudas diagnósticas. En primer término, remitió en forma simultánea la sintomatología psicótica y la afectiva. Por otra parte, su cambio de carácter podía pensarse como sintomatología depresiva residual o sintomatología negativa primaria o secundaria a la medicación, síndrome deficitario inducido por neurolépticos.” (Ateneo psiquiatra residente, agosto de 2007)

⁶ Tuve la oportunidad de acceder a esta información que me confiaron pacientes que realizaban un tratamiento ambulatorio con quienes durante dos años establecí un vínculo cercano.



“El haber tenido una respuesta “rápida e inmediata” a la administración de Tofranil mientras estaba medicada con halopidol, se puede interpretar como un probable switch.

¿Qué implicancia pudo haber tenido el retiro del Anafranil en la precipitación del cuadro?

¿Qué implicancia pudo haber tenido la introducción de la Sertralina en la rápida mejoría de la paciente? ¿Cómo podría estar condicionando el diagnóstico, el antecedente de diez años de antipsicóticos típicos?” (Ateneo de psiquiatra residente, junio de 2006)

Las características ambiguas del diagnóstico psiquiátrico son a veces reconfiguradas positivamente en la práctica clínica, como expresa el siguiente fragmento de un ateneo:

“Quizás sea más útil pensar al diagnóstico como algo evolutivo, dinámico, más que cerrado. Donde los elementos que lo componen pueden ir cambiando y determinando conductas terapéuticas distintas o no a cada paso más que enfermedades acabadas. Es fundamental no olvidar que trabajamos con diagnósticos sindrómicos. En este sentido, la esquizofrenia o el trastorno bipolar serían algo así como un abdomen agudo en el cual, aunque la etiología sea desconocida, existen indicaciones terapéuticas bien establecidas.” (Ateneo de psiquiatra residente, julio de 2003)

La propia noción de diagnóstico “sindrómico” les permite a los profesionales cierto dinamismo, plasticidad y posibilidad de cambiar sin entrar en contradicciones con su práctica profesional. En consonancia, una tercera característica es la *diversidad de interpretaciones teóricas* incluso para una misma categoría y en psiquiatras con la misma orientación. Veamos cómo esto se expresa en un ateneo:

“A esta altura creo que es imposible definirse por un diagnóstico (al menos lo es para mí). Lo que es indudable es la convivencia de síntomas de la esfera afectiva con síntomas propios de la esquizofrenia. Haciendo una breve revisión de la literatura me encontré con diversas hipótesis que intentan echar alguna luz sobre el síndrome clínico conocido como trastorno esquizoafectivo (TEA). Para algunos se trataría de la coexistencia de dos enfermedades: esquizofrenia y trastorno bipolar. Para otros autores, el TEA sería una variedad de la esquizofrenia. También están los que piensan que se trata de una variante de trastornos afectivos. El cuadro clínico sería expresión de una u otra enfermedad y su evolución en el tiempo nos orientarán hacia qué entidad decanta.” (Ateneo de psiquiatra residente, agosto de 2007)



Respecto a determinadas categorías diagnósticas es frecuente también encontrar perspectivas psiquiátricas contrarias: el trastorno borderline es para algunos parte del espectro de la bipolaridad mientras que para otros es una entidad en sí misma. Estas diferencias pueden ser errores para algunos psiquiatras, como me contaba un psiquiatra especialista en trastorno límite de la personalidad que le parecía un “error imperdonable” que se les de la misma medicación que a los bipolares, según él parte de los efectos colaterales era la esterilidad de las pacientes y no había ninguna evidencia científica de que la misma medicación funcione con ese tipo de pacientes. En cambio, para otra psiquiatra muchas veces las personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad eran “bipolares descompensadas”.

Dada la diversidad de opiniones respecto de las mismas categorías, cabe preguntarse por el lugar de la “evidencia”, largamente invocada por muchos profesionales psiquiatras que a la hora de apoyar sus evaluaciones y decisiones terapéuticas afirman basarse en *papers* y resultados de investigaciones que les permiten contar información sobre la eficacia de las intervenciones.

Las disquisiciones teóricas de una misma categoría evidencian la relatividad del proceso de definición diagnóstica. Por otro lado, las dudas, diferentes interpretaciones y diferencias de criterios que rodean al proceso de construcción del diagnóstico se materializan también en la variabilidad de diagnósticos observable en una misma trayectoria psiquiátrica. A modo de ejemplo, dos casos permiten visualizar este aspecto. A partir de las historias clínicas reconstruyo las variaciones en los diagnósticos recibidos por estos pacientes, información reseñada en los cuadros 1 y 2.

El paciente A muestra compatibilidad entre los diagnósticos que se van desplegando a lo largo de sus ocho internaciones dado que todos giran en torno a la esquizofrenia. En la tercera internación recibe el diagnóstico de hebefrenia (un tipo de psicosis que se manifiesta a temprana edad), lo cual da una idea de mayor gravedad en su padecimiento, correspondiéndose más adelante con el diagnóstico de esquizofrenia crónica.

Cuadro 1. Paciente A

Nº internac.	Fecha de ingreso	Diagnóstico
1º	28/09/1999	Síndrome de Inhibición psicomotriz - Trastorno esquizoafectivo
2º	26/04/2000	T. esquizoafectivo- T. explosivo intermitente
3º	29/01/2001	Hebefrenia



4°	15/02/2002	T. psicótico agudo
5°	02/09/2002	T. esquizoafectivo- Esquizofrenia
6°	06/01/2003	Esquizofrenia crónica
7°	24/02/2003	Esquizofrenia crónica
8°	07/07/2003	Esquizofrenia simple

El paciente B muestra una variabilidad mayor entre los diagnósticos que en el caso del paciente A. Al principio recibe el diagnóstico de trastorno de ansiedad pero su diagnóstico va cambiando hasta recibir un diagnóstico en el espectro de las psicosis (si bien el DSM, al establecer síndromes deja de lado la distinción entre neurosis y psicosis, el trastorno esquizoafectivo sería en términos psicoanalíticos un diagnóstico de psicosis). El pasaje del primer diagnóstico al último revela un proceso de transformación de un trastorno leve hacia un trastorno psiquiátrico severo.

Cuadro 2. Paciente B

Servicio	Fecha de ingreso	Diagnóstico
Consultorios externos	24/03/2000	Trastorno de ansiedad
Internación	28/05/2000	Trastorno esquizotípico de la personalidad
Consultorios externos	20/07/2000	Trastorno del estado del ánimo
Consultorios externos	18/02/2002	Trastorno esquizoafectivo

Como muestran los casos, a partir de la lectura de la historia clínica uno podría formarse una idea del tipo de paciente aún antes de establecer contacto con él. La información volcada en la historia clínica sedimenta una visión diagnóstica que luego influencia a los profesionales que buscan allí información del paciente.

Un cuarto aspecto que influencia en la definición de los diagnósticos es la *posición institucional de los profesionales*. Una de las diferencias sustantivas se da entre profesionales de planta o de residencia. Por ejemplo, la lectura de la historia clínica resuelve parcialmente la necesidad de pensar el diagnóstico de un paciente, en especial en el caso de los profesionales de planta. Estos realizan la evaluación diagnóstica a través de mecanismos informales y a partir de las impresiones y formas de presentación de los pacientes que rápidamente les dan la pauta de un diagnóstico u otro. El diagnóstico suele decidirse en unas pocas entrevistas, a lo que se suma la información que se transmite entre colegas que han atendido al mismo paciente. En general hay una menor problematización del diagnóstico y éste es utilizado como un criterio pragmático de intervención que guía las siguientes etapas del tratamiento. A diferencia de la



práctica privada, en la que tal vez podrían omitir o al menos dilatar el veredicto diagnóstico, en el caso del hospital, por el carácter institucional que asumen las intervenciones, los profesionales se ven obligados a emitir un juicio diagnóstico a fin de completar los documentos e informes que circulan en el hospital y otras instituciones ligadas al paciente.

De forma contraria, los residentes producto de la necesidad de incorporar y aprehender los criterios clínicos, dedican un tiempo de reflexión y supervisión específico para establecer el diagnóstico. En general la evaluación diagnóstica supone un proceso de construcción activo, donde la opinión de los supervisores es fundamental. Ocurre que cada supervisor posee un lineamiento conceptual, una trayectoria profesional propia y una concepción diferente acorde al momento histórico y sus modas diagnósticas. Un psiquiatra que supervisaba a los residentes me comentaba:

“Esta especialidad te da mucha libertad porque no hay cánones, entonces te podés manejar como querés, yo a los 24 años veía esta paciente como una hebefrenia, a los 50 te digo que es *borderline* y hoy que es bipolar, es según el diagnóstico que está de moda.” (Notas de campo, septiembre de 2006)

Los residentes suelen supervisar con diferentes profesionales en orden de obtener respuestas a sus dudas, lo que deviene en algunos casos en una mayor confusión con respecto al diagnóstico:

“Ansiosa porque me dieran la solución para mi paciente, dediqué los primeros meses del tratamiento a supervisar con todos los supervisores disponibles, que eran cuatro:

“Si la querían internar, ¿por qué la seguiste en ambulatorio?”

“Es una psicosis crónica..... Stelazine”

“Esquizofrenia paranoide..... Risperidona”

“Mandala a talleres o a hospital de día, la tenés que sacar un poco de la casa”

Etcétera, etcétera....

Realmente tantas supervisiones terminaron cansándome.” (Ateneo de psiquiatra residente, agosto de 2003)

La disparidad de criterios entre residentes y supervisores es un elemento frecuente de la práctica psiquiátrica. Como ejemplo es pertinente el caso de Lucrecia, una residente psicóloga que pensaba a su paciente como “una neurosis que aún no se había armado”: “es como que todavía no se hubiese abrochado, hay que esperar”, me decía. Se trataba de una paciente joven, estudiante de medicina, que tras un intento de suicidio había sido internada. La psicóloga, junto con el psiquiatra, había puesto interés en la mejoría de la paciente y



continuaron atendiéndola luego de la internación durante bastante tiempo. Lucrecia presentó a la paciente en un ateneo y cuando el comentador habló del caso se encontró con una lectura diagnóstica totalmente diferente. Interpretando a la paciente como una “psicótica”, el comentador tenía sus dudas acerca de la continuación de su carrera universitaria, y juzgaba de poco fértil las intervenciones de la psicóloga en ese sentido. No obstante, ella ya había supervisado con otro profesional y en virtud de ello se sentía autorizada a pensar a la paciente como una posible “neurosis”. Por su parte, el psiquiatra que atendía a la paciente la consideraba una “esquizofrenia”, probablemente un tipo específico denominado “hebefrenia”, que implica un temprano desarrollo de esa enfermedad. El caso ilustra la multiplicidad de criterios diagnósticos sobre un mismo paciente que hasta pueden ser contradictorios entre sí y requerir estrategias terapéuticas diferentes. El siguiente fragmento de un ateneo muestra el desencanto de una profesional después de varias supervisiones:

“No me servía demasiado tener un diagnóstico y, menos que menos, varios. Lo que a mí me importaba, que era qué hacer, qué decirle, cómo ayudarla... nadie me lo podía decir”
(Ateneo de psiquiatra residente, octubre de 2007).

El diagnóstico no resuelve los problemas de la intervención, sin embargo las expectativas acerca de los progresos de los pacientes, las mejorías, las capacidades y las responsabilidades sobre sus vidas, se ponen en juego con cada decisión diagnóstica e impactan en la relación terapéutica. La decisión sobre el diagnóstico implica un pronóstico, esto es, un cálculo de las posibilidades de los pacientes de mejorar en el futuro, las expectativas sobre el tratamiento y la calidad de vida de los pacientes en virtud de su gravedad. Si bien los profesionales suelen reconocer el valor de que ellos “apuesten al tratamiento”, su grado de implicación se vincula directamente con el diagnóstico del paciente. Veamos cómo expresa estas cuestiones la siguiente entrevistada:

“Sin duda, si uno está diciendo esto no va a andar afecta negativamente... uno la posibilidad la tiene que dar. Pero en este trabajo se puede mezclar la ingenuidad con la omnipotencia, porque hay límites que no dependen de lo que uno quiera apostar ahí o del esfuerzo que uno ponga. Hay pacientes que no tienen implicación y uno no puede apostar ahí. Pensemos en Ariel, no seamos ingenuos, el pronóstico del paciente es terrible, y ahora se nota, como está internado de vuelta, se critica la medicación, y el tratamiento de antes. Yo me acuerdo que la médica decía ‘yo no sé con qué darle a este paciente, probé todo’. En este pibe es la estructura lo que limita claramente. Nosotros apostamos ahí a que algo mejore a lo largo del tratamiento, no fue una apuesta loca, yo calculo que si



alguien le da la medicación y no le da pelota, el pronóstico es muy negativo.” (Entrevista a psicóloga residente, junio de 2005)

Las expectativas sobre los tratamientos se regulan a partir de un análisis de las posibilidades futuras que los profesionales imaginan para los pacientes. En ese proceso se construyen límites que recaen sobre diversas esferas de la vida de los pacientes. Por ejemplo, cuestiones del aprendizaje, de la vida cotidiana, del ámbito laboral, etcétera:

“Yo con Clara, con ésta que está gordita y qué se yo, cuando la supervisamos el tipo nos dijo ‘no esperen que esta mina tenga un trabajo, no esperen que pueda formar una pareja, esperen que por lo menos pueda sostener hospital de día’. Listo, apuntaremos a eso, que se compense, y a, en algún momento poder, que vaya a hospital de día. Y qué se yo, que aprenda macramé, aprenda lo que pueda y que en otro momento esté en externos vendiendo pulseritas. Entendés, pero hay que laburar con la tela que tiene el paciente.” (Entrevista a psiquiatra residente, agosto de 2007)

No obstante, “la tela que tiene el paciente” no es sólo una característica inmanente al paciente sino que es el resultado de la interpretación de los profesionales. El efecto de dicho juicio va a ordenar y guiar las intervenciones posteriores e impulsar, por ejemplo, a un paciente a que busque trabajo y a otro que apenas cumpla con el tratamiento. En el caso de los residentes, como están comenzando a adquirir los criterios de clasificación, tienen más expectativas sobre los pacientes, “apuestan más”, incluso en los casos de diagnósticos severos.⁷

El peso de estos factores sobre la construcción del diagnóstico se vinculan con la quinta característica: el peso de los *estereotipos* acerca de determinadas categorías en particular la “psicosis” que aún pese a la preeminencia de la clasificación según el DSM, ejerce una influencia en la perspectiva de los profesionales. Los estereotipos se construyen y transmiten a través de imágenes que organizan las percepciones de los profesionales. Formas prácticas de establecer un diagnóstico que en una sola mirada definen al paciente.

La imagen estereotipada proporciona los medios para lograr la distancia social entre profesionales y pacientes y la construcción de estereotipos antagónicos entre ambos grupos.

⁷ Las concepciones sobre las causas y el curso de la esquizofrenia sostenidas por algunos integrantes o grupos de la sociedad, entre ellos los profesionales de salud mental, afectan sus respuestas frente al enfermo mental, así como el comportamiento de éste. De esta manera dichas concepciones influyen directa o indirectamente en el curso de la enfermedad (Good, 1994).



Dos mundos social y culturalmente distintos, que tienen ciertos puntos formales de tangencia pero muy escasa penetración mutua (Goffman, 1984).

El siguiente fragmento de ateneo de una psiquiatra residente, muestra cómo a partir de una primera impresión se producen juicios diagnósticos apresurados que luego influyen en la forma de acercarse al paciente:

"Mi compañera me dijo: "Esto es un típico brote psicótico". Ante el desborde familiar y el estado de Analía, pensamos en la opción de internarla. Como no había camas, decidimos medicarla con Risperidona 1,5 mg. Y Trapax 2,5 mg. Y citarla al día siguiente por Guardia. Luego de unos días, la encuentro en Consultorios Externos, riéndose sola, junto con su madre. Para mi asombro, se acordaba de mí y me saludó amablemente. Le pido al psicólogo de planta participar en la Admisión con él. Cuando la ve sentada de lejos me dice convencidísimo: "Es una esquizo", y la primer pregunta que le hace es "¿Escuchás voces?" Analía le puso una cara como diciendo "¿Sos idiota o te hacés?" y no le contestó nada." (Ateneo de psiquiatra residente, junio de 2006)

Las imágenes estereotipadas que se transmiten en las "derivaciones" entre profesionales, también influyen en las intervenciones:

"Es una paciente tranquila. La hija estuvo internada en el servicio de adolescencia y ahí le recomendaron a ella empezar un tratamiento...La hija es border, parece que fue abusada por un abuelo, aunque ahora le han dado en otro lado el diagnóstico de hebefrenia. Está muy angustiada con la enfermedad de la hija, se siente culpable, se va a contar que su padrastro abusó de ella cuando era chica, no recuerda el hecho pero sabe que ocurrió... El marido es jugador compulsivo, ella está en terapia de grupo que inició por los problemas que tiene por esto... Hay días que viene muy armada y otros que parece que se ahoga en un vaso de agua... Sobre todo paciencia, a veces parece una nena haciendo pucheros... contención verbal, algunas indicaciones un poco más directivas y anda bien." (Ateneo de psiquiatra residente, noviembre de 2005)

En la cita, el autor reproduce las palabras del profesional que le derivó la paciente donde también se evidencia la diversidad de criterios diagnósticos. En este proceso de interacción entre los profesionales se construye el sentido de las intervenciones, cierta predisposición a intervenir de tal o cual modo, como lo expresa el mismo profesional más adelante:

"Siendo sincero, la paciente que se me proponía atender no me generaba demasiado entusiasmo. La veía quincenalmente y al principio me limitaba a sostener el plan de medicación tal como estaba al momento de la derivación (30mg/d de fluoxetina y 0.75



mg/d de clonazepam). Me resultaba muy difícil armarme una idea clara del motivo por el cual se había iniciado un tratamiento farmacológico.” (Ateneo de psiquiatra residente, agosto de 2007)

Las “derivaciones” configuran las intervenciones, en especial la de aquellos que tienen una larga trayectoria institucional. Es frecuente que el profesional que los recibe para hacerse cargo del tratamiento no sólo herede al paciente, el diagnóstico y el tratamiento farmacológico sin mayores cuestionamientos, sino también las imágenes construidas en torno a los pacientes.

Los comentarios que realizan los profesionales entre sí no refieren únicamente a las derivaciones. Es habitual que en escenarios informales se den otro tipo de conversaciones acerca de los pacientes. Comentarios de pasillo o en el comedor, las clasificaciones de “paranoide”, “maníaco”, entre otras, se utilizan para describir “lo loco que está el paciente”, “lo querellante”, etcétera. Si el paciente pide hablar con el equipo tratante insistentemente y establece algún reclamo (por ejemplo, hacia un profesional), el comentario de pasillo es: “El paciente está paranoide”. O en su defecto, si la actitud es un tanto acelerada, demandante, demasiado entusiasta, ocurre que el paciente “está maníaco”. Con esas frases se transmite una advertencia hacia los demás profesionales sobre ese paciente a quien conviene “tomar con pinzas”. En cierto modo, se genera un clima institucional de crítica hacia el paciente en cuestión, que lo acompañará en sus sucesivos pasos por la institución.

El efecto de la lectura sobre los síntomas, mediado por imágenes estereotipadas, es el desplazamiento hacia un tipo de degradación de la persona. En tanto enfermo mental, su palabra se encuentra deslegitimada por la misma enfermedad que impide un juicio razonable de su parte. Por ello, los comentarios y clasificaciones son un peldaño más en ese proceso de deslegitimación.

La categoría de psicosis actúa como una suerte de metáfora de las condiciones morales de los pacientes. Los pacientes considerados psicóticos pueden llegar a aparecer como deficientes o como peligrosos. En una oportunidad, le comenté a una psicóloga que una paciente con quien yo tenía un vínculo de amistad se había hecho la desentendida al encontrarme en el hospital luego de permanecer dos años sin vernos: “Es psicótica” me dijo en un tono de voz y con una expresión, que quería decir: “no esperes nada de ella”.

Una psiquiatra se refería al significado de la noción de psicosis:

“Es psicótica, entendés, no es tarada, es psicótica. Es decir, hay cosas que no puede hacer porque su cabeza no le da, pero no porque no le da porque tiene déficit cognitivo, es porque no puede pensar las cosas como la norma.” (Nota de campo, agosto de 2005)



Otras veces la imagen de la psicosis se asocia al peligro: “mirá que es un paciente psicótico”, me advirtió una psicóloga al verme caminar sola por el parque con uno de los pacientes. El criterio de peligrosidad, como analicé en el capítulo anterior, organiza las decisiones terapéuticas, pero también funciona como un organizador de las interacciones sociales creando impresiones e imágenes que condicionan las distancias y acercamientos entre pacientes y profesionales.

En suma, la evaluación diagnóstica no resuelve “qué hacer, qué decir y cómo ayudar al paciente”. Ni el diagnóstico, ni una teoría etiológica de la enfermedad mental (ya sea biológica o psicológica) resuelven el problema de la intervención con los pacientes. Es la interacción entre los distintos actores, fundamentalmente pacientes y profesionales, el escenario donde se producen las intervenciones y donde se espera del profesional una respuesta. Para ello, las concepciones teóricas que sustentan las perspectivas psi no cubren el espectro de situaciones en las que los profesionales deben intervenir, a veces conminados por su calidad de miembros de la institución, o por el valor que tiene su profesión frente a la mirada de los pacientes y familiares. El “qué decirle a los pacientes” se resuelve a través de una dinámica práctica donde se ponen en juego las formas de percibir, categorizar y explicar que conforman la mirada clínica, la posición institucional del profesional (sea de planta, residencia, entre otras), los aspectos institucionalizados de las prácticas⁸ y los recursos interpretativos que se despliegan en cada interacción social y que hacen a su vez comprensible el sentido social de las acciones.

4. El diagnóstico como un proceso de construcción argumentativa

Una vez descriptas las características del proceso de definición del diagnóstico, veamos cómo se produce el proceso de argumentación que fundamenta la decisión diagnóstica. Retomando la perspectiva de Latour (1987) el interés de este apartado es explorar cómo se transforman las opiniones y percepciones en verdades diagnósticas sobre los pacientes.

Al establecimiento del diagnóstico se llega a partir de un proceso de atribución de causalidad y a una serie de hechos que el psiquiatra busca hacer inteligibles mediante la aplicación de su conocimiento. Como toda actividad interpretativa se sitúa en el juicio de los profesionales, se trata de un proceso de clasificación dirigido a evaluar una conducta, un estado de ánimo o un conjunto de actitudes en una persona. Para el médico, las quejas del paciente deben ser traducidas en signos de enfermedad. Se trata de una actividad semiótica: un análisis

⁸ Los profesionales, en tanto agentes institucionales, miembros de la institución psiquiátrica, cumplen la función de actuar según las normas de la misma, y por ello requieren –al igual que los pacientes- un proceso de socialización institucional.



de un sistema de símbolos seguido por su transformación en otro (Kleinman, 1988, p. 16). La llegada al diagnóstico supone la transformación de una experiencia individual en un lenguaje universal a partir de las categorías de análisis del pensamiento psiquiátrico.

Este proceso implica la tarea de trasladar comportamientos específicos al lenguaje de la psiquiatría. El diagnóstico expresa la capacidad performativa (Austin, 1982) de la psiquiatría. Por un lado, los pacientes se convierten en tales a partir de recibir un diagnóstico y, por otro lado, la evaluación diagnóstica ordena, clasifica y direcciona la práctica clínica. Supone transformar el sufrimiento en una condición médica-psicológica.

A fin de ilustrar la construcción argumentativa analizo un caso de revisión del diagnóstico. El caso ilustra cómo se seleccionan y ordenan un conjunto disperso de informaciones que se producen en el contexto de las interacciones entre profesionales y pacientes. Se trata de Marina, una paciente que originariamente tenía el diagnóstico de esquizofrenia. Marina era atendida por el servicio social del hospital y realizaba tratamiento psiquiátrico y psicológico en otra institución. Luego de más de diez años de tratamientos psiquiátricos, a pedido de la trabajadora social que intervenía en el caso, comienza a ser atendida por un psiquiatra residente del hospital y abandona el tratamiento psiquiátrico anterior en otro hospital. La siguiente es la opinión del psiquiatra cuando la conoció:

“Se me presentaba Marina como una paciente social que estuvo internada la mayor parte del tiempo porque no tenía a donde ir. Contaba con una larga historia de internaciones psiquiátricas, con los vínculos sociales muy deteriorados y con aspecto crónico. Inicío el tratamiento en ese contexto, confieso que sin mucho entusiasmo.” (Ateneo de psiquiatra residente, junio de 2006)

Pese a las primeras impresiones, se compromete con el trabajo con la paciente y comienza a tener dudas sobre el diagnóstico. A continuación examino el proceso de revisión, en particular cada uno de los elementos que tiene en cuenta para modificar el diagnóstico: la historia clínica, las palabras de la propia paciente, las opiniones de la hija y las relaciones con los miembros del equipo tratante.

La historia clínica: La lectura de la historia clínica apunta a recabar los antecedentes de la paciente: los motivos de internación, el examen psiquiátrico de ingreso, el plan farmacológico durante la internación y el diagnóstico de egreso. El psiquiatra presta particular atención a los relatos sobre las descompensaciones anteriores.

Lo dicho por la propia paciente durante las entrevistas: El interrogatorio psiquiátrico apunta a recoger información biográfica. Este tipo de información incluye los eventos pasados:



“Según Marina, el comienzo de su historia psiquiátrica ocurre luego de separarse de su marido. Sobre la causa de este primer tratamiento dice ‘yo no quería hablar, estaba encerrada, me tomé dos frascos de Valium y una botella de whisky y fui a donde no me podían encontrar’”. (Ateneo de psiquiatra residente, junio de 2006)

El relato de la paciente sobre lo que ocurrió en aquel momento aporta a la construcción actual de su diagnóstico. Los recuerdos sobre su infancia, la relación con sus padres y algunas anécdotas van configurando elementos valorados en la mirada del médico como señales diagnósticas.

Opinión de la hija: La descripción de la hija se considera un dato sobre posibles antecedentes patológicos:

(...) “Trabajó en muchos lugares siempre relacionado con la pintura. Siempre dejaba los trabajos porque se peleaba con la gente”, continúa diciéndome: “lo más característico de mi mamá es su inestabilidad, un día te dice que quiere vender la casa y no para todo el día de buscar inmobiliarias y al otro día ya se olvidó”. (Ateneo de psiquiatra residente, junio de 2006)

Las relaciones con miembros del equipo tratante: En búsqueda de un patrón de comportamiento el psiquiatra destaca el comportamiento de la paciente con otros miembros del equipo tratante. Así lo explica:

“Desde el comienzo me llamaron la atención ciertas características de la relación que mantenía Marina con los distintos profesionales del equipo. Con la trabajadora social, la relación era muy afectuosa y demandante.” (Ateneo de psiquiatra residente, junio de 2006)

Cada uno de los aspectos mencionados tuvo un lugar en la construcción del diagnóstico psiquiátrico. A partir de esta información inicia un proceso de reflexión que va a dar lugar al cambio de diagnóstico:

“Bueno, considerando a Marina como una paciente *borderline* voy a tratar de evaluar los procesos de descompensación. La primer duda que se me presenta es si son reacciones paranoides (características de los *border*) o si son eminentemente procesos afectivos, es decir, episodios depresivos con síntomas psicóticos. A favor de esto último se podría argumentar que los síntomas de la esfera afectiva (humor triste, ideas de culpa, hipobulia, etcétera) siempre estuvieron presentes en sus descompensaciones. También es útil al respecto lo aportado por su hija respecto a que luego de la muerte de su padre, Marina



estaba cada vez más flaca y abandonada hasta que fue internada. Por otra parte, es característico que la depresión en estos pacientes se desencadene “luego de un factor precipitante como una separación o una pérdida”. En el caso de Marina pude rastrear en casi todos los episodios hechos de estas características, en relación a esto me pregunto qué implicancias tuvo en su descompensación, la partida de su hermana a Francia.” (Ateneo de psiquiatra residente, junio de 2006)

En el proceso de construcción argumentativa del diagnóstico, los dichos de la paciente, su hija, los profesionales que intervienen en otras instituciones y los profesionales que escribieron en la historia clínica, son utilizados como datos objetivos que informan al psiquiatra cuál podría ser el diagnóstico. Situaciones relatadas como eventos en el pasado cobran importancia en la opinión médica como factores explicativos de la conducta y personalidad de la paciente.

En el caso de Marina, el cambio de diagnóstico se constituyó a partir de una duda entre el trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad:

“Tratando de incluir a Marina, dentro de lo que hoy se denomina espectro de la bipolaridad podría mencionar ciertos datos clínicos: 1) El haber padecido reiterados episodios de depresión psicótica, la que es más frecuente en pacientes bipolares además de encontrarse ligada genéticamente a los mismos (es más frecuente en familiares de bipolares). 2) El ser borderline, algunos trabajos describen a estos pacientes como bipolares de ciclado ultrarrápido, esgrimiendo como argumento que muchos de ellos mejoran con los estabilizadores del ánimo.”

Como la acción de los psicofármacos tiene una amplia cobertura y las intervenciones psiquiátricas apuntan a modificar los síntomas, las dudas diagnósticas no obturan la capacidad de intervención farmacológica. En este caso, el psiquiatra opta por un fármaco conveniente en cualquiera de los dos diagnósticos: trastorno bipolar o trastorno límite de la personalidad:

“Por otra parte, este síntoma es central en la bipolaridad, sobre todo en episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos. Teniendo en cuenta la buena respuesta que ambos tipos de paciente tienen a los estabilizadores de ánimo, se podría pensar a este síntoma como parte de un mecanismo patógeno común a ambos trastornos.” (Ateneo de psiquiatra residente, junio de 2006)

El argumento principal que utiliza para justificar su explicación diagnóstica es la “labilidad afectiva”: “voy a hacer mención a un síntoma que me pareció fundamental en esta paciente.



Me refiero a la labilidad afectiva. Creo que esta puede explicar, al menos en parte, muchos de los síntomas que la definen como border” (Ateneo de psiquiatra residente, junio de 2006).

El síntoma más importante coincide con la imputación de la hija de Marina. Pero ¿cómo es posible que la labilidad afectiva sea un síntoma de relevancia cuando la información de primera mano se reduce a unas pocas situaciones? Para formar su opinión diagnóstica, el psiquiatra se inspira tanto en descripciones de segunda mano como en la descripción de otros (profesionales, la hija) y en los hechos registrados en la historia clínica.

Por último, a fin de fundamentar su opinión concluye en una explicación de la labilidad afectiva como efecto de un desorden químico. Se basa en los relatos que la paciente le prodigase respecto de episodios de maltrato en su infancia. En su explicación considera cuestiones biográficas como las experiencias traumáticas de la infancia articuladas a una visión biológica cuyo eje central es respuesta neurohormonal. Este tipo de articulación es frecuente en el discurso de la psiquiatría biológica, que incorpora factores psicosociales como estresores que transformarían condiciones neuroquímicas.

“Intentando hacer una aproximación desde la biología a las posibles causas de la labilidad afectiva me pareció muy interesante una serie de trabajos que probaban que “las experiencias traumáticas en la infancia, sobre todo aquellas relacionadas al descuido o mal trato parental producen alteraciones permanentes y a largo plazo en la respuesta neurohormonal al stress (hiperreactividad del eje HHA). Fundamentalmente a los estresantes relacionados con la sociabilización.” (Ateneo de psiquiatra residente, junio de 2006)

El análisis del caso evidencia el carácter relativo del diagnóstico. En primer lugar, la construcción del diagnóstico se apoya en información de segundo orden: los relatos de la paciente acerca de su pasado (que son versiones narrativas de sucesos improbables), de la hija acerca de la paciente, de otros profesionales que tratan con la paciente (por ejemplo, la trabajadora social de la Casa de Medio Camino). En el proceso de argumentación se asimila al carácter de datos objetivos un conjunto de relatos subjetivos.

Mediante dicho proceso la posición social de quien relata y la estructura situacional de la cual ese relato emerge quedan subordinadas. Con respecto al primer aspecto, tanto la paciente hablando sobre sí misma como la propia hija hablando de su madre, no reflejan una realidad, sino que producen una versión sobre la misma, un relato supeditado a sus respectivas posiciones: como hija y como paciente. Con respecto a la estructura situacional (Goffman, 1971) se desconoce el carácter productivo que la situación en sí misma provee al relato. El relato es creado en el contexto de la interacción profesional-paciente, profesional-trabajadora



social, profesional-hija. Se trata además de un tipo de relato que emerge a pedido del médico que indaga activamente para encontrarlo.

Cuando un profesional finalmente obtiene un diagnóstico, comienza a referirse al paciente con el nombre del diagnóstico en cuestión. El diagnóstico *pasa* al paciente y en consecuencia se desdibuja el proceso en el que surgió. Aparece como un dato objetivo, como si hubiese estado siempre en el paciente a la espera de que el médico lo descubra. Desandar el proceso de llegada al diagnóstico le devuelve su carácter interpretativo.

El caso reseñado da cuenta de la utilización de *recursos interpretativos*, es decir procedimientos mediante los cuales los profesionales dotan de sentido y racionalidad a sus decisiones y prácticas terapéuticas. En particular señalo dos tipos de recursos interpretativos: la utilización del método documental de interpretación y la construcción argumentativa del diagnóstico.

En primer lugar, la utilización del método documental de interpretación (Mannheim 1952, citado en Garfinkel 2006, p. 93), ilumina el proceso de atribución de significado que realizan los profesionales en virtud de llegar a un diagnóstico. En su práctica clínica, los profesionales efectúan una búsqueda por conectar, asociar, e identificar un patrón homogéneo en una serie de aspectos (situaciones, comportamientos) que forman parte de la vida de un paciente. Seleccionan y ordenan los relatos de los pacientes y de los familiares: sus narraciones del pasado y las descripciones de acontecimientos presentes. Los profesionales intentan desde la primera entrevista buscar un patrón que les permita leer las respuestas de sus pacientes. El diagnóstico funciona como un patrón y configura un elemento central en la transformación del paciente en un caso clínico. En el caso de Marina, el psiquiatra intenta a través de los relatos de la paciente y de su hija encontrar ejemplos de rasgos de impulsividad que le revelarían una asociación con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. En este caso, la impulsividad actúa como patrón subyacente que se transforma en la justificación del diagnóstico y, a partir de allí, se busca como dato confirmatorio en otros eventos (los relatos, el comportamiento de Marina, la historia clínica, etcétera). A través del trabajo documental se seleccionan y ordenan los acontecimientos de la vida de los pacientes otorgándoles una coherencia explicativa que permite fundamentar y orientar las intervenciones psi.

En segundo lugar, la *construcción argumentativa del diagnóstico* implica la transformación de un conjunto de relatos subjetivos (de pacientes y familiares) en datos objetivos. A través del análisis, mostré cómo se busca en la historia clínica y en los relatos de los pacientes, familiares y otros profesionales, un argumento empírico explicativo que organiza la lectura del caso. Es decir, los relatos subjetivos (escritos y verbales) son la fuente principal de construcción del diagnóstico.



Consideraciones finales

El análisis de los datos etnográficos revela que el diagnóstico se convierte en una categoría *cambiante* que se colma de contenidos en el transcurso de la trayectoria psiquiátrica del paciente. El uso del diagnóstico es *estratégico*, se utiliza a partir de determinadas necesidades pragmáticas de los profesionales, cuando requieren convencer al paciente de la necesidad de una conducta farmacológica, o cuando se ven obligados a presentar informes médicos para otras instituciones (juzgados, servicios de salud donde los pacientes podrían hacer tratamiento, entre otras). El diagnóstico también adquiere un sentido estratégico desde el punto de vista interno de la disciplina. Incluir al paciente en una descripción diagnóstica legitima el conocimiento psiquiátrico en tanto provee una explicación conceptual de los acontecimientos, reacciones, estados de ánimos y comportamientos pasados, presentes y futuros de la vida de un paciente psiquiátrico. Mediante el diagnóstico se materializa un esquema conceptual abstracto, se pone en ejercicio la mirada clínica.

Cómo se ha mencionado a lo largo del artículo, los profesionales enfrentan diversas dificultades al optar por tal o cual diagnóstico: las diferencias de criterios, los cambios de diagnósticos en un mismo paciente y las dudas, entre otras cuestiones que atraviesan la práctica de los profesionales. La variabilidad de perspectivas y los desacuerdos sobre un diagnóstico dan cuenta de que el saber psiquiátrico como forma de ver, categorizar, y explicar los padecimientos, se articula en la práctica concreta de múltiples formas.

La construcción del diagnóstico psiquiátrico es un proceso dinámico, por momentos contradictorio y cambiante que depende de múltiples factores: los abordajes conceptuales, las supervisiones, las imágenes estereotipadas y la multiplicidad de perspectivas en juego.

El diagnóstico no es un dato objetivo que habría que encontrar en el paciente sino el resultado de una activa práctica de construcción donde los profesionales aplican procedimientos documentales y argumentativos que justifican el razonamiento psiquiátrico.



Bibliografía

- Austin, J. (1982). *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós.
- Aguiar, A. (2004). *A psiquiatria no diva. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Berger, P. & Luckmann, T. (2008). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bonet, O. (2004). *Saber e Sentir: uma etnografia de aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Garfinkel, H. (2006). *Estudios en etnometodología*. Colombia: Anthropos.
- Geertz, C. (1994). *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Goffman, E. (1971). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1984). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Henning, M. (2000). Neuroquímica da vida cotidiana. *Cadernos IPUB*, 18, 123-131.
- Hortwitz, A. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.
- Latour, B. & Wolgar, S. (1997). *A vida de laboratório. A produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Latour, B. (1987). *Science in Action*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lakoff A. (2005). *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Lührman, T. (2000). *Of two minds. The growing disorder in American Psychiatry*. Nueva York: Alfred A. Knopf.
- Mannheim K. (1952). *Essay on the Sociology of Knowledge*. Londres: Routledge.
- Martínez- Hernández, A. (2006). Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. *Cad. Saúde Pública*, 22 (11), 2269-2280.



- Oliveira, W. y Dórenles, P. (2005). Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o diálogo com a vida da cidade. En Amarante, P. (Ed.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau.
- Ortega, F. (2006). O corpo transparente: visualização médica e cultura popular no século XX. *Historia, Ciências, Saúde, 13*, 89-107.
- Russo, J. y Venancio, A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., IX* (3), 460-483.
- Scheper Hughes N. y Lock M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly, 1* (1), 6-41
- Stolkner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista Campo Psi-Revista de Información especializada, Año 3* (10). www.campopsi.com
- Visacovsky, S. (2008). Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino. *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología, 6*, 91-111.

Notas

Este artículo forma parte de los resultados presentados en la Tesis de Doctorado titulada “De persona a paciente: las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital psiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires”. La investigación de la que este artículo se desprende fue posible gracias a una Beca de Postgrado Tipo I otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) para el periodo (2005-2010) y una beca Carrillo-Oñativía (2007). La autora desea agradecer el generoso apoyo financiero de estas instituciones, así como el invaluable aporte de las profesionales y pacientes que permitieron realizar el trabajo de campo.

Los participantes de esta investigación firmaron un consentimiento informado donde se les ponía al tanto de los objetivos, métodos y potenciales usos de la información recabada. Asimismo, la autora desea expresar la inexistencia de conflictos de interés que pudieran afectar la remisión del artículo.