



CAPÍTULO 6

PSICODIAGNÓSTICO, JUICIO CLÍNICO Y CAMBIO PSÍQUICO

Ety Rapaport

La múltiple y compleja determinación de la conducta humana nos obliga a aunar todos los aportes de las distintas vertientes psicológicas, tanto en lo referido al desarrollo de la personalidad como a la organización y exploración de ella.

Es significativa la solidez actual del «constructo de personalidad» entendido como aquel referido a las características distintivas y duraderas de los individuos (Block, 1977; Epstein, 1977); entendido como el concepto que da cuenta de la “estabilidad” en el tiempo y de la “consistencia” de los comportamientos frente a las diversas situaciones. Considerada como la unidad coherente de los procesos psíquicos motivacionales, cognitivos, afectivos y conductuales, solo desagregados para su análisis particular (Bandura, 1977; Mischel, 1984). Visualizado como un sistema constituido por diferentes unidades: Yo, Superyó, Ello; las relaciones objetales (objeto-vínculo-sujeto); el consciente, preconsciente e inconsciente o por los procesos propios del fondo endotímico y de la supraestructura de la personalidad. Todas las unidades, como en todos los sistemas, mantienen una interrelación permanente y definida entre ellas siendo estimuladas por influencia externa y entregando en el comportamiento una expresión de ella.

La síntesis psicoanalítica-cognoscitiva (Blatt, 1979; Kernberg, 1975; Kohut, 1971) es notable en la integración estructural de los aspectos del pensamiento, de los procesos afectivos e interpersonales junto con la consideración de los niveles de conciencia. Así, la personalidad es entendida como la organización molar en la cual todos los elementos se integran de manera específica dando lugar a una matriz subyacente desde la cual se organiza y manifiesta el aparato psíquico (Kernberg, 1984).

La personalidad, como producto de la interacción entre el proceso madurativo-biológico-genético y el aprendizaje ambiental, rescata los diferentes modelos del desarrollo y los aspectos por ellos enfatizados. Es en este contexto que se hace especial énfasis a las descripciones de las etapas propuestas por Gessell, a las etapas del desarrollo psicosexual freudianas, al proceso de desarrollo objetal kleiniano, al desarrollo cognitivo de Piaget, al proceso de separación e individuación descrito por M. Mahler, al desarrollo emocional planteado por D. Winnicot, a las



organizaciones psíquicas propuestas por Spitz, a la teoría del apego de Bowlby y al proceso de integración del yo planteado por E. Erickson, por nombrar las contribuciones más centrales en el ámbito del desarrollo de la personalidad.

La personalidad, como un sistema dinámico, en su desenvolvimiento, está influida por las experiencias originando el surgimiento de modalidades normales o patológicas de organización.

La descripción y comprensión de los estilos de personalidad y su perturbación, históricamente ha ocupado una posición secundaria. En la actualidad, los trastornos de personalidad han sido incluidos en el Eje II del DSM-IV y en la sección de personalidad del CIE 10.

Cada estilo es un complejo de rasgos, entendidos como formas de vincularse consigo mismo y con la realidad, que incluye un particular estilo cognitivo y afectivo, un sentido propio de sí mismo y una manera de comportarse y de relacionarse. Cada estilo puede ubicarse en diferentes niveles de funcionamiento y adaptación, es decir, recorre el continuo desde la normalidad hasta la patología mayor y puede estar asociado y especificando cualquier tipo de síntoma y síndrome. Es decir, el estilo o trastorno de personalidad constituye un contexto característico, un patrón definido, un sesgo persistente que da coherencia, especificidad y sentido al funcionamiento normal o patológico.

En las últimas décadas, la exploración de la personalidad como un estudio sistemático y global ha alcanzado un importante desarrollo. En el decir de T. Millon, la larga sequía ha pasado y se está produciendo el renacimiento de la evaluación de la personalidad. Los conceptos de medición, evaluación y psicometría, saturadas negativamente, han dado paso al concepto de exploración de la personalidad y han rescatado, con nuevos bríos, el de psicodiagnóstico.

Diagnosticar implica describir y comprender; comprender es una palabra que se compone de “com” que significa compañía y de “prehendere” que significa abrazar, es decir, para diagnosticar hay que relacionarse cercanamente, lo que significa que el proceso diagnóstico debe ser, necesariamente, interaccional.

La proposición de un “diagnóstico en relieve” se opone al diagnóstico lineal, que hace uso de modelos puntuales, al focal, que se centra en aspectos parciales, al transversal que jerarquiza el aquí y el ahora, al longitudinal que se interesa por la historia biográfica y al sintomático que subraya las perturbaciones egodistónicas. El diagnóstico en relieve propone una exploración



clínica que conduzca a la construcción de un “juicio clínico” que incluya la realidad psicopatológica, la estructura mental y la dinámica conflictiva. Implica un acercamiento a la totalidad del sujeto y su situación, incluye un diagnóstico y una estrategia de intervención; considera un proceso que son los pasos seguidos para elaborar las hipótesis clínicas en las cuales se selecciona, jerarquiza, ordena, compara, relaciona e integra la información hasta llegar a una formulación coherente. El diagnóstico propuesto es entendido como un proceso en el cual hay un momento de devolución de la información y una planificación de las intervenciones psicoterapéuticas.

El “nivel descriptivo psicopatológico” se refiere a “qué es algo”, atiende a los signos de malestar tal y como lo experimenta la persona y tiene una conceptualización clara, estricta y rigurosa en el DSM-IV y CIE 10, para su categorización y clasificación, por ende, no requiere aquí de mayor explicitación.

El “nivel estructural de la personalidad”, como lo plantea D. Rapaport y R. Holt es fundamentalmente fijo, posee alta estabilidad o baja tasa de cambio y las unidades están organizadas y ordenadas jerárquicamente.

Las organizaciones estructurales han sido planteadas por diversos autores en el marco de perspectivas teóricas diferentes. Lo que se expone a continuación es una aproximación sintética, actual y especialmente concebida para la realización del psicodiagnóstico en relieve.

Estructura normal

En relación al primer criterio estructural propuesto por Kernberg, la estructura normal presenta una identidad integrada, estable, con claridad y definición en sus límites. El esquema corporal está integrado y la identidad sexual está definida. En esta organización la autoevaluación es objetiva y estable. En términos generales, presenta una identidad consolidada y unificada que es flexible en la adaptación a las diferentes tareas y exigencias de la realidad.

Las “relaciones interpersonales” son profundas, estables y empáticas para la totalidad del objeto, así como también responsables. Presentan variedad en el estilo relacional y una amplia gama de respuestas afectivas hacia el otro. La estructura normal muestra además una alta capacidad para tolerar la frustración y hostilidad en el ámbito interpersonal, capacidad que se relaciona con la plasticidad, fortaleza y autonomía del yo.



El “examen de la realidad” es predominantemente objetivo, hay una evaluación amplia y completa tanto de la realidad externa como interna.

En relación a los “mecanismos defensivos”, estos se centran principalmente en la inhibición de las fuerzas impulsivas, hay capacidad para la postergación de la satisfacción y para la tolerancia a la frustración. El yo tolera la ansiedad y no requiere del uso excesivo de defensas, utilizando la energía disponible neutralizada para el desarrollo mental.

En la personalidad normal el yo puede equilibrar las exigencias de las instancias (Superyó y Ello), tolerar la ansiedad y manejar adecuadamente los impulsos y conflictos. Este adecuado funcionamiento yoico da cuenta de buenos niveles de neutralización, sublimación y transformación de los impulsos, es decir, de desexualización y desgresivización. El Superyó está bien consolidado e integrado y es un Superyó exigente y normativo, que por el efecto de la culpa es capaz de gratitud, reparación y preocupación por los objetos necesitados y queridos.

Desde la perspectiva kleiniana la personalidad normal es conceptualizada a partir del predominio de la posición depresiva en la cual prima la preocupación por un objeto total e integrado, así como la culpa reparatoria y la utilización de mecanismos defensivos de alto nivel. Lo anterior implica que existe una capacidad para establecer y mantener relaciones vinculares de cuidado, protección y responsabilidad. En relación a la fantasía, la personalidad normal puede transformarla en deseos socialmente aceptados y así obtener placer y goce de lo disponible en la realidad y a través de las diferentes etapas de la vida.

Desde la psicología del yo, los criterios para establecer las cualidades psíquicas de la estructura normal se derivan del tipo de funcionamiento yoico predominante, es decir, del modo en que el yo enfrenta el conflicto intrapsíquico y las demandas de la realidad. En esta organización, el yo cuenta con fortalezas que le permiten cumplir adecuadamente sus funciones, con autonomía y altos niveles de plasticidad.

Estructura neurótica

En términos generales, la estructura neurótica es una estructura fundamentalmente fija que surge de la biografía actuando sobre las predisposiciones constitucionales. Constituye una organización alterada de la personalidad en tanto es una formación defensiva en la cual las formas de comportamiento habituales son rígidas, inadecuadas, desadaptativas y empobrecidas.



Freud estableció que la dinámica de la neurosis se refiere a un conflicto del Yo con en el Ello en relación a los impulsos; el yo por su lealtad hacia la realidad y por temor al Superyó reprime los impulsos sexuales y agresivos. En consecuencia, los impulsos sexuales y agresivos no son integrados a la personalidad y la realización del deseo y su vivencia falla en términos de que se obstruye su expresión y satisfacción por las vías habituales. Esta perturbación en la satisfacción del deseo se desplaza a los rasgos por el efecto de la represión, y eventualmente también a los síntomas. Así, tanto el modo particular de enfermar (sintomatología) como los rasgos de personalidad serían expresión de un conflicto y de su dinámica de acuerdo al funcionamiento del sistema dinámico inconsciente (Proceso primario del pensamiento y Principio del placer).

Las tendencias impulsivas reprimidas serían de carácter edípico e impedirían dirigir el amor parental a otras personas, no pudiendo ser reasignadas. En la mujer la conflictiva principal giraría en torno a la envidia del pene y al complejo de castración; en el hombre en torno a la angustia de castración. En otros términos, toda la conflictiva neurótica daría cuenta de la presencia de una inmadurez emocional que se expresa de manera particular en cada estilo de personalidad.

La no integración de los impulsos implica la utilización de “mecanismos defensivos” en la línea de la represión. Estas defensas generan experiencias de frustración, angustia y empobrecimiento del funcionamiento psicológico, característico de la estructura neurótica.

La “identidad” en la estructura neurótica presenta una clara diferencia entre el concepto de sí y de los otros. Así también, sus límites son firmes, estables y posibilitan la sensación de continuidad y estabilidad. Sin embargo, el tipo de objetos interiorizados que conforman y dominan la imagen de sí mismo, aunque totales, presentan un sesgo que da cuenta de disturbios en el sentido de sí mismo y en las relaciones con los otros. Además, el autoconcepto puede estar excesivamente valorado (narcisismo) o muy disminuido (depresivo). En relación a lo anterior, existe una preocupación inadecuada, sesgada y monotemática acerca de las relaciones interpersonales. Específicamente, hay disturbios en cualidad de las relaciones con los otros, a partir de la dinámica tensional inconsciente predominante, asociada al temor a ser dañado (paranoide), a ser sometido (obsesivo), ser invadido (esquizoide), a ser herido (narcisismo), o a ser criticado (depresivo), entre los más importantes.

El “examen de la realidad” muestra el sesgo personal y subjetivo que caracteriza la estructura neurótica y el estilo específico, en relación a los rasgos derivados de la forma resolver los



conflictos.

Estructura perversa

Las distintas descripciones y comprensiones de la estructura perversa a partir de los planteamientos de Freud hasta los autores más contemporáneos, (D. Meltzer, J. McDougall, J. Chasseguet-Smirgel) hacen conveniente incluir una aproximación a ella.

Los elementos comunes apuntan a una estructura específica y compleja en la que hay una parte perversa y otra normal.

La “identidad” de la estructura perversa muestra suficiente diferenciación entre el yo y los objetos, pero insuficiente integración de los aspectos libidinales y agresivos. La relación objetal es parcial y narcisística, el otro se usa para los propios fines y se lo desvaloriza. La “modalidad de la relación” da cuenta de una visión omnipotente y controladora del otro; es una maniobra de control y omnipotencia sobre un fondo persecutorio (poner en el otro lo controlado y persecutorio). La intención es mantener, y a la vez destruir el vínculo, y así confirmar una vez más y cada vez, que los vínculos son dañinos.

El componente sádico destructivo de la pulsión sexual opera con una descarga rígidamente subordinada a una tendencia parcial y pregenital.

Lo perverso sería una actuación impulsiva para huir del peligro asociado a la angustia persecutoria de castración, a la angustia de pérdida con intensos sentimientos de vacío y a la angustia de desintegración y muerte. La actuación impulsiva muestra el fracaso de la represión y da cuenta de la fijación y de la regresión, sin represión.

La dinámica subyacente permite apreciar la utilización de “mecanismos defensivos” específicos tales como la denegación (desmentida de la castración), la identificación adhesiva (D. Meltzer), la escisión, la fragmentación (que permite el paso de un fragmento de la sexualidad infantil a la conciencia), la desvalorización y la negación del carácter creativo de la relación de pareja.

La estructura perversa da cuenta de que ciertos fragmentos de la realidad se borran, a cambio de no saber nada sobre las diferencias sexuales, la sexualidad de los padres, el tabú del incesto, la angustia de la castración y los límites impuestos por la realidad. (McDougall, 1978).



Estructura limítrofe

La organización de personalidad limítrofe presenta una “identidad” caracterizada por la difusión y la fragmentación.

La fragmentación está referida a:

- la falta de cohesión, de integración y de unidad de los diferentes componentes del sí mismo;
- la exclusión de uno o más aspectos de sí mismo; y
- la no integración de los aspectos positivos y negativos de sí mismo y de los otros (conceptos contradictorios de sí mismo y de los otros).

La difusión, en cambio, alude a la falla en los “límites” de la identidad, límites que son frágiles, débiles e inestables. Las relaciones interpersonales se describen como:

- conflictivas, tormentosas e inestables;
- parciales por la exclusión de uno o más aspectos y con vínculos relacionales recreacionales o centrados en sólo un aspecto específico (parcial); y
- presentan una fachada inicial adecuada, especialmente en las situaciones formales.

Las personalidades limítrofes pueden parecer muy cercanas en su relación con el otro mientras no vean frustradas sus demandas, desplegando, solo entonces, una intensa agresividad, especialmente en ocasiones de separación o alejamiento del otro, las que viven como pérdidas. Así también, surgen reacciones catastróficas frente al alejamiento del objeto. El Yo no tolera las frustraciones derivadas de las relaciones interpersonales porque son vividas como un ataque al sí mismo. Por la fragilidad del límite de la identidad son personas muy influenciadas y a la vez autosugestionables.

Las defensas predominantes corresponden a la escisión y a aquellas derivadas de ésta como la negación hipomaniaca, la denegación, la idealización, la omnipotencia, la identificación proyectiva y la desvalorización, entre otras. El uso de mecanismos primitivos origina reacciones contradictorias, completamente separadas y desprovistas de ansiedad.

El “examen de la realidad” presenta componentes mágicos y de fantasía, especialmente en aquellas situaciones de alta angustia. En el caso de experiencias asociadas a situaciones límites, y



por ende de difícil manejo, pueden aparecer aspectos psicóticos, especialmente del tipo deliroide asociados a los estados afectivos comprometidos (micropsicosis).

Al funcionamiento limítrofe se asocian, además, perturbaciones específicas ligadas a:

- Una baja tolerancia a la frustración de las demandas voraces de afecto y de dependencia, y por ende, baja capacidad para tolerar las separaciones y la soledad junto a la emergencia de frenéticos esfuerzos por no estar solo y así evitar el doloroso y crónico sentimiento de vacío y de aburrimiento.
- La desorganización, producto de esta dinámica, está a la base de la angustia intensa, crónica, difusa y flotante como se ha descrito la angustia propia del limítrofe. Es esta angustia y la baja tolerancia a ella lo que permite el surgimiento del proceso primario de pensamiento y las así llamadas autoflagelaciones que corresponden a actos físicos autodañinos, de automutilación y a recurrentes accidentes y/o exposiciones a situaciones de riesgo físico, como un intento de disminuir la intensa y dolorosa vivencia angustiosa.
- Intensa e inapropiada pérdida del control de los impulsos que subyace a las llamadas “actuaciones” (*acting out*) limítrofes y que se traducen en alteraciones en la esfera sexual y en el área de la agresión (expresión inapropiada). En el ámbito de la sexualidad predominan los conflictos pregenitales (oral y anal) de carácter agresivo y tendencias sexuales perverso polimorfos actuadas o fantaseadas. A estas últimas corresponderían los trastornos de la identidad sexual y las parafilias. Así mismo, la conducta adictiva relacionada con el consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria y aquellas referidas a gastos y juegos de azar realizados sin control, darían cuenta de la falla en el manejo de los impulsos.
- La inestabilidad afectiva característica muestra marcados cambios del estado de ánimo, falla del control emocional y pasividad frente a la emergencia de afectos, tendencias que dan cuenta del nivel inferior de organización yoica.
- Las regresiones psicóticas transitorias que presentan los pacientes limítrofes como manifestación de una psicosis transferencial, son el resultado de la pérdida temporal del juicio de realidad. Descriptivamente, esto aparece en las llamadas micropsicosis que irrumpen esporádicamente en situaciones límites, y que al igual que las anteriores, se revierten con facilidad.



- Por último, es importante señalar que se plantea la presencia de polisintomatología neurótica en la anamnesis clínica de los pacientes con esta organización estructural.

Estructura psicótica

El trastorno de la identidad se caracteriza por una fragmentación permanente o prolongada del sí mismo, por un debilitamiento del sí mismo o una seria distorsión de éste (identidad imitativa delirante). La difusión de identidad y la fragmentación permanente pueden estar recubiertas por estructuras menos eficaces que en la estructura limítrofe, que no logran dar un nivel mínimo de cohesión. Esto debido a que el yo presenta una severa falla de desarrollo y fracasa en diferentes grados en diferenciar imágenes de sí mismo y las de los otros, produciéndose una fusión patológica entre ellas. Esta tendencia lleva a confusiones entre el sí mismo y los objetos y entre los mismos objetos, así también se presenta una escasa capacidad para reflexionar en torno a sí mismo.

En las relaciones interpersonales y sociales presentan serias dificultades por la desconfianza paranoide; el desinterés objetal es evidente, así como también, la tendencia al repliegue sobre sí mismo. Este retraimiento afectivo es de carácter protector de las angustias de aniquilación. Las defensas predominantes se derivan de la escisión (fragmentación) y cumplen la función de proteger de la desintegración y de la fusión (relación de objeto fusional).

La relación con la realidad se ve perturbada por la alteración del juicio de la realidad derivada de las distorsiones perceptuales las que se expresan en el lenguaje, influido por las alteraciones formales del pensamiento.

En la estructura psicótica el yo estaría al servicio del ello, retirándose de la realidad.

Hasta ahora hemos señalado el diagnóstico descriptivo y nos hemos referido con mayor extensión al diagnóstico estructural, como parte del psicodiagnóstico en relieve. Corresponde ahora plantear los aspectos específicos a la “hipótesis dinámica”, pues no cabe duda que la mayor comprensión se transforma en la mayor ayuda psicoterapéutica, y, por ende, en el cambio psíquico.

El análisis dinámico incluye un corte transversal, es decir, lo actual, lo presente, el aquí y el ahora y los desencadenantes que han participado en la emergencia del motivo de consulta. Es decir, se refiere a los factores motivacionales y circunstanciales actuales. El análisis dinámico,



incluye también la dinámica evolutivo-genética en términos de los factores predisponentes constitucionales, la biografía infantil, con especial consideración de las primeras experiencias, la naturaleza y extensión del conflicto nuclear y las etapas del desarrollo psicosocial descritas por E. Erikson.

La frase “el pasado es prolongado” plantea que las experiencias de la infancia son determinantes cruciales en el desarrollo de la personalidad del adulto. Por ende, es importante conocer tanto las interacciones familiares, como la percepción y descripción de las figuras parentales y de las personas que han rodeado al paciente.

En el ámbito dinámico los síntomas observables y los rasgos de personalidad son la puerta de entrada al entendimiento de la psicodinámica personal y requiere de un conocimiento y acercamiento acabado de la persona individual y su contexto. Es decir, de la dinámica específica involucrada en cada caso particular.

El diagnóstico dinámico intenta hacer una síntesis comprensiva que explique la psicopatología desde los datos obtenidos en el estudio del paciente. Incluye las maneras cómo el paciente se maneja frente a sí mismo y a las demás personas. Se trata de reconstruir el origen de la psicopatología del paciente, los factores predisponentes, las situaciones conflictivas, las experiencias traumáticas y las experiencias significativas que pueden haber participado o interferido en su desarrollo emocional y psicológico.

Este planteamiento postula que el origen de la enfermedad mental es un interjuego entre lo pasado y lo actual, entre síntomas y rasgos, entre lo personal y lo social, entre lo enfermo y lo sano.

Los resultados de los test en el proceso de la exploración psicodiagnóstica deben de ser considerados dentro de un contexto total, donde se conjuguen los datos de la evaluación clínica, la dimensión familiar y social del paciente junto con la relación interpersonal entre el paciente y el examinador. Los resultados de los test de diagnóstico integrado dentro del contexto total pueden ser muy útiles para aclarar, complementar, jerarquizar o hacer coherentes los datos clínicos, pero no para sustituirlos.

Por otra parte, la comprensión e integración de los datos debe hacerse en referencia a una teoría sistemática subyacente que pueda servir de soporte para formular hipótesis aproximativas



a la verdadera significación de los índices y nos permita deducir conclusiones. El esquema básico referencial o teoría o modelo protege del peligro de creer que los datos, los índices son indicadores unívocos, directos y reales de la configuración total. Los datos son sólo signos de hechos psicológicos.

En psicodiagnóstico es urgente tratar cada caso individual como único y llegar a una unificación que tenga sentido ideográfico. Esta planificación apoyada en la construcción de un juicio clínico basado en un diagnóstico en relieve y que incluya diversos marcos de referencia teóricos, tiene potenciales consecuencias ligadas al éxito de la intervención y, por ende, al cambio psíquico.

En este proceso de toma de decisiones, el énfasis estaría puesto en el logro del objetivo propuesto; esto exige al profesional una mayor sutileza en la apreciación del material, así como mayor conocimiento de las características de cada técnica terapéutica, sus indicaciones y contraindicaciones para poder diseñar la estrategia más adecuada a cada paciente, en el contexto y momento particular.

Así, la evaluación psicodiagnóstica es esencial para la comprensión acabada del paciente y es un campo especialmente positivo para fortificar los conocimientos y las capacidades cognoscitivas y la imaginación creadora al servicio de la resolución de problemas, que son parte esencial de un funcionamiento clínico adecuado en cualquier contexto.

En síntesis, lo expuesto señala que en la investigación diagnóstica se llega a la necesidad de integrar y a la complementariedad, que permite el pluralismo científico en el cual, las formulaciones estadísticas (DSM-IV, CIE 10), son un aporte científico y una herramienta insustituible en investigación; pero los fenómenos psíquicos son algo más que factores independientes. A su vez, la descripción fenomenológica enriquece permitiendo diferenciar y jerarquizar los fenómenos psíquicos normales y patológicos dentro de un contexto de evaluación. En éste último, los procesos subyacentes estructurales y dinámicos son fundamentales a la hora de comprenderlos y de planificar una estrategia de intervención.

A continuación, se expondrá brevemente un bosquejo de un caso clínico a partir del cual se intentará aplicar el modelo del psicodiagnóstico en relieve propuesto y la construcción de un juicio clínico.



Jaime de 28 años, con escolaridad media completa, casado, y con una hija de cuatro años. Es operario de una fábrica de hilados desde hace ocho años donde está muy bien evaluado. El paciente es enviado en interconsulta para una evaluación psicológica como parte del proceso previo a una gastrectomía (cirugía) por obesidad mórbida. El paciente mide 1.79m y pesa 180kg.

Refiere tener desde la adolescencia “cambios bruscos de ánimo que duraban horas o días y que oscilaban entre estados muy depresivos y estados de exaltación y euforia”. Desde los cinco años recuerda irritabilidad que ha ido en evidente aumento. Inicialmente era en respuesta a frustraciones y en forma de rabieta; en la actualidad llega a patear violentamente las paredes, rompe cosas y arremete verbalmente. En los últimos ocho años ha surgido ideación suicida, siempre con posterioridad a las situaciones violentas y acompañadas de autorecriminaciones.

Entre sus antecedentes está el ser el menor de cuatro hermanos, tres mujeres que actualmente tienen entre 35 y 45 años. Hasta los cinco años fue el único niño hombre de la casa, y a pesar de referir que fue muy regalón y consentido, expresa sentimientos de soledad y de postergación durante su infancia.

A los cinco años llegan a la casa a vivir los hijos de la hermana y un hijo de su hermano. Jaime considera que tuvo que “compartir el cariño de sus padres” y recuerda que su madre lo hacía hacer cosas que no correspondían a su edad como hacer la cama, poner la mesa, comprar el pan, entre otras.

Informa que a los quince años su madre sufre una trombosis cerebral debiendo hacerse cargo del cuidado de ella; “tenía mucha impotencia porque no podía hacer nada, mucha pena y me autoreprimía yo mismo; me sentía asustado o apeestado...”.

A los 23 años conoce a su actual mujer, de 27 años y a los tres meses de pololeo inician una convivencia, se casan y viven con los padres de él. Relata que nunca estuvo enamorado y refiere vergüenza por haberse casado con ella por lástima, “ya que ella tuvo una infancia muy infeliz” y agrega que nunca se atrevió a “terminar, porque ella estaba muy enamorada”.

En la interacción el paciente aparece como muy seguro de sí mismo, con un lenguaje; cuidadoso y académico, formal y con expresiones críticas y desvalorizadoras hacia el proceso de evaluación y los test utilizados.

En el test de Rorschach se aprecia un estilo cognitivo detallista, un acercamiento a la realidad



muy rígido (siempre en la misma secuencia). Afectivamente se ven oscilaciones entre excesivo control y descarga inmoderada de pulsiones sexuales y agresivas, en ocasiones en forma sádica-destructiva. Las relaciones interpersonales están caracterizadas por la dinámica de acercamiento-huida y dominio-sumisión con un claro matiz de frialdad.

Los contenidos “anales” de suciedad, limpieza, de orden-desorden y de retención-expulsión son frecuentes, junto con contenidos que dan cuenta de intensa culpa. Durante el proceso psicodiagnóstico se fueron definiendo, aclarando y delimitando los antecedentes psicopatológicos presentados por el paciente para lograr una apreciación más acabada. A partir de ello se puede plantear, en un nivel descriptivo, que los síntomas corresponderían a:

- vivencias depresivas y angustiosas
- irritabilidad
- descontrol agresivo
- oscilaciones del ánimo
- ideación suicida
- aumento de la ingesta alimenticia y aumento de peso.

Los rasgos observados corresponden a:

- detallismo
- preocupación por el orden y la limpieza
- autoexigencia
- puntualidad
- crítico hacia los demás
- trabajador
- intelectualizador
- controlado
- formal
- frialdad emocional
- culposo
- tendencia a polarizar (disociación defensiva)



- relaciones interpersonales rígidas y conflictivas, caracterizadas por las dinámicas de dominio-sumisión y acercamiento-huida.

Estructuralmente correspondería a una organización límite de la personalidad en consideración a la perturbación de los límites de la identidad (obesidad mórbida), la intensa angustia (asociada a la ingesta), las vivencias extremas de culpa, la falla en el control de los impulsos (incorporativos y agresivos), la inestabilidad del ánimo, el uso de evaluaciones extremas (escisión) al referirse a los estados depresivos y a la exaltación eufórica (que no correspondería a trastornos maníaco-depresivos), la baja tolerancia a la frustración, el predominio de culpa persecutoria (ideación suicida por culpa de las expresiones agresivas). Además, la obesidad mórbida podría considerarse como una autoagresión en la medida que constituye un daño significativo a su organismo.

Dinámicamente, la personalidad del paciente podría entenderse desde la perspectiva longitudinal y psicogenética, como el resultado de una constelación familiar en la que las hermanas hacen función paterna (la que le sigue es 12 años mayor) y los padres funcionan como abuelos y, como tales, reciben a sus nietos. Es decir, el paciente fue “mandado”, “criado” por sus hermanas y “regaloneado” por sus padres. Esta dinámica es frecuente en los estilos obsesivos en los cuales se da una crianza en la que predomina una comunicación que contiene “dobles mensajes”, “todo hay que hacértelo porque no eres capaz” y “todo lo que hacemos es un sacrificio que si eres bueno debes agradecer”.

Desde la perspectiva transversal, en el aquí y ahora, se observa a un paciente que se siente atrapado y sometido en una situación que le provoca intensa rabia y culpa. La agresión hacia los otros, asociada a su autoexigencia y culpa, se ha volcado en una agresión hacia sí mismo a través del autocastigo y en las oscilaciones del ánimo. En otro plano, la obesidad puede entenderse como la única alternativa para lograr cierto nivel de autonomía “como cuando quiero, cuanto quiero, lo que quiero y donde quiero”. Es decir, el síntoma central da cuenta de un funcionamiento psicológico en el cual hay incapacidad para mediatizar y equilibrar las presiones psíquicas existentes.

En síntesis, a modo de hipótesis diagnóstica, el paciente presentaría una estructura limítrofe de la personalidad con un estilo obsesivo, descompensado.



Este psicodiagnóstico se enmarcó en una situación de requisito para realizar una cirugía gástrica, por ende y por las características del paciente, no había motivación alguna para la psicoterapia.

En el proceso de psicodiagnóstico, se realizaron frecuentes contrastaciones, aclaraciones y señalamientos que posibilitaron, en la entrevista de devolución, acordar una estrategia de intervención focal y breve, con posterioridad a la cirugía, para revisar las dinámicas subyacentes al síntoma con el propósito de mantener un peso normal y evaluar alternativas de solución a la situación actual del paciente, únicos propósitos que tenían sentido para el paciente.

El foco terapéutico diseñado para este caso estuvo centrado en suavizar y disminuir los aspectos autoexigentes, críticos y castigadores del paciente y dar espacio para la abreacción de contenidos mentales agresivos. Sin duda, no cabe aquí plantear el cambio psíquico logrado por el paciente, sólo reflexionar sobre éste como real y posible.