

# EL PROCESO DIAGNOSTICO HOSPITALARIO

Hospital Infantil  
Unidad de Enfermos

## INTRODUCCION

Es una práctica extendida, la iniciación del proceso terapéutico, mediante un proceso diagnóstico, en el propio centro o en una Unidad especialista.

En el Hospital Infantil de la Fundación Menninger, en Topeka, U.S.A. hay una unidad diagnóstica que permite el examen detallado, en unas condiciones standard, de niños y adolescentes. Estos pacientes, por la naturaleza de su patología o por limitaciones geográficas, no podrían ser evaluados adecuadamente en medio ambulatorio.

El proceso tiene una duración tipo de seis semanas y esta fundamentado en dos ideas muestras:

⊗ Primero, el diagnóstico es un proceso abierto que no termina si no con la propia terminación de la relación con el Psiquiatra (1) o en otras palabras, está, imbricada y asumido en la relación terapéutica (2).

⊗ Segundo; Es necesario un esfuerzo coordinado multipersonal, e interdisciplinado para percibir las distintas perspectivas diagnósticas. La responsabilidad del funcionamiento y la sintaxis del trabajo del equipo recae en el Psiquiatra, quien posee la más amplia visión de conjunto. Es necesario asimismo cierta habilidad y conocimiento de la dinámica de grupos por parte del Psiquiatra para asegurar el suave funcionamiento del mismo como equipo.

Informe del exámen psiquiátrico

Paciente: "S".

Registro: XXX

Staff: Dr. Manuel Fernández-Criado.

24 - 5 - 84.

Identificación y valoración en el momento de la admisión:

"S" es una chica de 16 a. (24-6-68), de raza caucasiana, remitida por el Dr. L. del Brook Haven Hospital, para un tratamiento de largo término. La razón para su hospitalización fue su comportamiento auto-destructivo, incluyendo tres intentos de suicidio en el pasado año. En la admisión estaba alerta y orientada, conservaba la memoria y el proceso de pensamiento era lógico; no había evidencia de peligrosidad para los demás y no estaba clara su posible intención de dañarse a sí misma, no dando impresión suicida inminente.

El diagnóstico provisional en el momento de la administración fue:

Eje I (317-21):

Transtorno de la conducta, socializado, no agresiva.

Diagnóstico principal

(300-40): Desorden distímico

Eje II (301-83):

Desorden limítrofe de la personalidad:

Eje III (Nada)

Eje IV :

Severidad de factores psicosociales de stress: 6 extremos (muerte del hermano, madre invasora e ineficiente, familia apiñada).

de funcionamiento adaptativo en el año pasado: 5 pobre (fracaso escolar y familiar).

Datos históricos y enfermedad actual

"S" es la 3ª de 4 chicos del Sr. y la Sra. "O". Los 2 mayores son hermanos de 20 y 23 a. respectivamente y un hermano de 13 a. En Junio del 83, el mayor "J" se suicidó por ahorcadura. El Sr. "O" tiene otros 4 hijos de un matrimonio previo entre 20 y 30 a. y trabaja en una empresa de construcción que conlleva frecuentes desplazamientos. La madre de "S" tiene 42 a. y es una ama de casa muy religiosa, pertenece a la Iglesia Adventista del 7º día. En 1981 la Sra. "O" fue intervenida debido a una sospecha de cáncer. Desde aquel momento el comportamiento de "S" empezó a cambiar mezclándose en relaciones sexuales con sus hermanos, y homosexuales de una naturaleza muy inapropiada, así como abuso de drogas. En el último año su rendimiento escolar descendió de repente, rozando el nivel de suspenso, y tuvo 3 intentos de suicidio de dudosa entidad. El 1º de ellos fue una sobredosis de analgésicos; el 2º fue un intento de ahorcadura con unos pantalones vaqueros, y el 3º una intento de quemarse la piel con nitrato de plata.

"S" tuvo un nacimiento y desarrollo normales. Más detalles acerca de la dinámica familiar se encontrarán en el informe del trabajador social.

Estado físico

Historia médica anterior

"S" es una po t-puber bien desarrollada y nutrida de 16 a. con caracteres sexuales secundarios bien patentes, está en buena salud y siempre ha disfrutado de ella.

Estado físico actual: El exámen físico practicado en el momento de admisión es saludable. La Revisión de sistemas está dentro de los límites normales. CBC, SMA 18, UA fueron normales.

## Estado Psiquiátrico

### Introducción

“S” impresiona como una chica inteligente, que intenta coqueteando aparecer despreocupada y sin problemas. Cuando se la confronta con ciertos temas, sin embargo, esta máscara se desmorona, apareciendo gran tristeza y rabia. A pesar de su aspecto indiferente “S” está agudamente atenta al entorno aunque a menudo hace falsas percepciones.

### Proceoss de estructura Psicológica

“S” está, normalmente, atenta y orientada y su atención es normal, como lo es su concentración. Ella descarta inmediatamente, cualquier reflexión sobre sí misma, y utiliza términos equívocos, exagerando mucho al expresar su estado interno. Esta manera de expresarse, según ella, a menudo la confunde respecto a sus sentimientos. Niega experiencias de despersonalización o de pérdida de realidad. Así como alucinaciones, ilusiones, trasmisión del pensamiento o cualquier otra distorsión perceptiva.

“S” tiene buena memoria inmediata, intermedia y remota. Tiene buena abstracción numérica y sus habilidades de razonamiento corresponden a un nivel intelectual superior. Su juicio, sin embargo, está marcado por impulsividad y fallo de adaptación al Stress. Su pensamiento es saltón y apresurado. Lógicamente asociado con ideación circunstancial y un contenido de ideación sobredeterminante y fija. Esto

último viene expresado como “clichés” que utiliza para explicar su comportamiento, y que empobrece, en gran manera, su proceso de pensamiento. Su afecto es vívido y lábil, congruente con el pensamiento. Y su estado de ánimo preponderante es uno de depresión y rabia atenuado con discreta euforia.

### Procesos Integrativos

“S” conecta con la realidad de forma caprichosa, intentando acomodar lo que percibe a lo que desearía percibir. Ella usa testarudamente la negación, la racionalización y el aislamiento de efecto como mecanismo de defensa.

Aunque es una persona curiosa y brillante, su investimento en cosas e ideas viene limitado por su intenso interés y preocupación sobre sus propios problemas y la interacción familiar lo que reduce su disponibilidad para relacionarse con el mundo exterior.

Su percepción de sí misma (self image) está marcada por un fuerte contraste:

Por un lado, es la de una persona culpable y merecedora de castigo, con una intensa incomodidad consigo, lo que la conduce habitualmente a buscar castigo o autodañarse. Es notable en este sentido, que “S” evoca en otros reacciones que típicamente la colocan en el rol del niño sobreprotegido, sintiéndose entonces segura y habiendo exteriorizado su limitación.

Por otro lado, cuando se le pide independencia, su percepción de sí misma cambia a una de intenso abandono, soledad y privación, experimentando entonces gran angustia que manejará mediante conducta orientada a modificar el ambiente en el sentido mencionado.

En su relación con el Staff “S” actúa estos paradigmas, mostrando una

gran independencia hostil. Ella efectúa demandas irracionales que la alejan del Staff, para después al verse con sus propias fuerzas, reacciona con ira y desesperación.

En la relación con los compañeros, "S" muestra intensa envidia y sexualización inapropiada con otras chicas, así como una necesidad de cercanía.

Es notable su confusión entre los sentimientos de identificación, compañía y amor materno, con aquellos propios de la relación sexual adulta. Y parece separar excesivamente el mundo adulto del adolescente.

Algunos de estos modos de relación, también están presentes en la relación con la familia, y muy en particular con la madre, hacia quien demuestra una ambivalencia intensa y primitiva. Esta incluye el presagio de que la madre se destruirá en el caso de que ella se separe psicológicamente o incluso en caso de que muestre agresividad. Su ira es por tanto masivamente reprimida y expresada en comportamientos sumamente hostiles y autodestructivos, hacia ambas.

En su relación con el padre se siente frustrada y de nuevo reprime esta frustración y desplaza el objeto de afecto en sus hermanos, particularmente en el que se ahorcó, hacia el cual tenía una "relación especial".

### **Fracaso de los Esfuerzos Integrativos**

Como ya hemos mencionado su intento de inversión en las relaciones con su familia, así como la naturaleza caótica de dicha familia y su dificultad de expresarse de otro modo que a través de acciones autodestructivas dirigidas a "S" a relaciones en las que busca de una manera ineficaz, cariño y comprensión. Distanciándose de sus compañeros al igual que de las figuras de autoridad que la posibilitarían el resolver sus carencias y conflictos.

### **Resumen de Otros Hallazgos**

La historia familiar fue presentada por Les Letulle M.S.W. el cual describió la familia "O" como una familia impulsiva y esquemáticamente religiosa, caótica y desorganizada con extraños modos de comunicación, intensos sentimientos de culpa expresados a través de comportamientos pasivos y agresivos, incapaces de delimitar reglas básicas en su interacción familiar.

Describe a la madre y a la hija muy cercanas, teniendo la última una especial sensibilidad hacia su madre, con una dificultad especial de separarse de ambas. A menudo, una responde a los sentimientos de la otra como si fueran de sí misma. Formulan la pregunta, si el suicidio de "S" podría estar en relación a la desorganización del ambiente, colegio, familia, etc., que impulse a "S" a culpabilizarse internamente de problemas externos.

Presentada por Marck Sherman M.H.T. se la describe como: difícil de discutir seriamente con ella cualquier tema. Incomoda a la gente con comentarios inapropiados creando un sentimiento molesto con el personal masculino siendo coqueta y seductora. Sigue bien las estructuras y por otro lado tiene aspectos apreciables y atractivos.

Los Tests Psicológicos fueron presentados por Elisabeth S. Novothy Ph. D. que la describe como: más abierta en el examen que en el pasado. Buen C.I. con 113 al Performance y 125 al verbal con un total de 121. Tiene lapsos de concentración y atención particularmente bajo Stress. Sus áreas más débiles se refieren a modulación y control de los afectos, siendo despertados muy fácilmente e intensamente, en ese momento su juicio devienen "turbio".

En el Test de B.R.L. exhibe buen razonamiento, en las partes más es-

estructuradas. En dichos momentos aparecen interrupciones del curso del pensamiento. No se habla evidencia del trastorno neurológico o de pensamiento.

En los Tests Proyectivos se muestra una intensa depresión con disforia y falta de referencia a una idea suicida seria. Su depresión está ligada a una relación dependiente hostil con su madre y a una fusión y falta de límites en esta relación, con deseos de intensa dependencia.

La valoración educativa presentada por Joan Hebed M.S. que revisó informes previos de años pasados, obtiene un percentil de 90 en los Tests de Cuestionarios y su percentil total personal llega a 96. Trabaja muy bien y se adapta muy bien a la relación maestro-alumno. "S" necesita ahorrar 9 semanas más para superar el año y ella intentará trabajar en estos últimos horas en el verano en el colegio del Hospital.

El exámen de la audición, lenguaje y discurso fue presentado por Manfred Barber S.C.D. que informó de audiometría normal, hay alteraciones ligeras en su lenguaje que parecen estar en relación a su poco interés articulatorio. Este punto puede causarle el riesgo de perder el hilo de la conversación y malinterpretar la imagen completa.

### Formulación Explicativa

"S" muestra evidentes alteraciones en sus relaciones objetales con un fracaso parcial en la diferenciación entre el sí mismo y el objeto. Esta fusión constituye la raíz de su intensa ambivalencia para con su madre.

El cuadro familiar caótico en el que se alternan la privación con la sobreprotección simbiótica, añade un elemento de realidad que acentúa los aspectos depresivos en "S". Así mismo la experiencia de la unidad

indica el fuerte uso de defensas primitivas, en particular de la identificación proyectiva para manejar el conflicto.

Por otra parte, cierta dificultad en la independización de "S" está en relación con el pobre desarrollo de su superego y la falta de tolerancia y control de los impulsos en el terreno de la relación sexual, en la cual se confunden la interacción adulta con la de amor maternal. El tipo de culpa que deriva de su primitivo superego la conduce a actuar de una manera masoquista, más aún en cuanto no puede completar el duelo por su hermano, al intentar manejar la intensa ambivalencia que sentía, aún hacia él, como el consentidor de sus deseos edípicos.

### Estudio Diagnóstico

- Eje I (312-21): Dsorden de la conducta, socializado, no agresiva.  
Diagnóstico principal.  
(307-20): Desorden Psicogénico del lenguaje.  
(300-40): Desorden distímico.
- Eje II : Personalidad Border-line (límitrofe) con rasgos histrionicos.
- Eje III: Adolescente sana.
- Eje IV : Severidad de factores psicosociales de Stress.  
6. extrema.  
(Suicidio del hermano, sistema familiar insuficiente)
- Eje V : Mejor nivel adaptativo anterior año.  
6. muy pobre. Fracaso escolar y en relación con compañeros y en mantener vida independiente.

## Recomendaciones y Plan de Tratamiento

En sesión clínica el 29 de Junio del 84 estando presente m. Fernández-Criado como moderador; y asistiendo:

E. Novothy.	Ph. D.
L. Letulle.	M.S.W.
J. Mehed.	M.S.
M. Sherman.	M.H.T.
J. Myers.	M.D.
T. Lewis.	H.H.T.
Z. Hetwlaty.	L.M.H.T.

así como representantes de la sala de "Whitney hall". Se concluyó la necesidad de: hospitalización completa por un año de duración mínimo con el siguiente plan:

### P. Psicológico

1.- Acepta su interna ambivalencia con la madre.

Objetivo: "S" explicitaría sentimientos de angustia y los elaboraría.

Táctica: 1/1 Charlas con el personal de cuidado infantil, encuentros grupales, charlas informales con sus compañeros individuales, o de grupo.

2.- Aceptar responsabilidades y sentido de autocontrol.

Objetivo: Interacción con el personal y compañeros tomando responsabilidades para sus actos.

Táctica: Confrontación con el personal cada vez que falle, aumento progresivo de derechos a medida que mejore.

### B. Conductual

1.- No se autolesiona por 3 meses.

Objetivo: Reducir la necesidad para expresiones comportamentales de sentimientos.

Táctica: Será controlada en el uso de objetos peligrosos, incrementando su responsabilidad a medida que logre el éxito. Verbalizará pensamientos de autolesión al personal antes de hacerlo. Se llevará control de accidentes como si de autolesiones se tratara.

### D. Desarrollo

1.- Desarrollo de habilidades en relación a sus compañeros del mismo sexo.

Objetivo: Decrecer la inapropiada competitividad o la indiferencia hacia otras chicas.

Táctica: Reunirlos para ayudarle a encontrar soluciones en relación a sus sentimientos contra sus compañeros. Uso del trabajo en equipo para ganar libertad con ayuda de un compañero.

2.- Clasificar relaciones entre los dos sexos.

Objetivo: Ayudar a desarrollar identidad sexual e individual.

Táctica: Análisis de sus relaciones sexuales y pasadas con hombres y mujeres. Supervisión y orientación de edad y roles apropiados por personal de cuidado infantil.

### E. Educativo

1.- Conseguir el 10º grado.

Objetivo: Recuperar las evaluacio-

nes pérdidas.

Táctica: Ingresos y asistencia por el Sr. Meded.

2.- Mejora y mantenimiento de los conocimientos escolares.

Objetivo: Seguir el programa de la Sunthord School.

Táctica: Programar horas de estudio, programar repasos, ejercicios completos.

## I. Interpersonal

1.- Desarrollar una relación significativa y apropiada con adultos que la ayuden a encontrar salidas de identidad en su entorno con gente significada.

Objetivo: Psicoterapia.

Táctica: Comunicación y colaboración con el psicoterapeuta y el equipo para comunicar desarrollo y evitar escisión.

2.- Ayuda su separación psicológica de al madre y ayudarle a crecer como mujer.

Objetivo: Implicar más al padre en el juego familiar de forma constructiva.

Táctica: Interpretar las resistencias pasivas de "S" y de su madre, hacia su padre; especialmente en aquellas relaciones inapropiadamente sexualizadas paterno-filiales.

## F. Familia

1.- Establecer límites entre generaciones.

Objetivo: Participación familiar activa en el trabajo de reeducación.

Táctica: Implicar a la familia en Terapia de familia.

Todos estos objetivos serán revisados a los tres meses.

Los hallazgos arriba mencionados fueron presentados a la familia y aceptados.

Tenemos soporte financiero para 1 año y posibilidad para 18 meses. Será trasladada a la unidad de Whitney el 11 de Julio.

Su pronóstico es bueno con dicho tratamiento. Sin tratamiento es más bien pobre.

Se remite informe al Dr. L. el remitente.

## Conclusiones

Mediante este método de trabajo obtenemos por tanto:

- Resultados diagnósticos amplios, comprensibles y abiertos, que pueden ser progresivamente enriquecidos. Representan una clara contraposición a la "etiquetación" con un síndrome diagnóstico, de escaso valor individual.
- Un esquema diagnóstico que culmina en recomendaciones concretas e inicia el proceso terapéutico. Combinándose naturalmente con el mismo en una relación de búsqueda de entretenimiento y cambio.
- El trabajo en equipo, enriquece enormemente la visión del clínico, no sólo por las distintas perspectivas, diagnósticas, si no también por las múltiples facetas de relación interpersonal, obtenida de la relación con el grupo y que son una fuente de recomendaciones de tratamiento específica.

Manuel Fernández-Criado  
Fundación Menninger  
Topeka, U.S.A.

## BIBLIOGRAFIA

1. THECTMAN, FRED y HARTY, M. phd. "El proceso diagnóstico" Artículo sin publicar. Fundación Menniger.
2. MENNIGER, KARL M.D. "Manual para estudio casuístico psiquiátrico" GRUNN - STRATTON. N.Y. 1962.
3. RINSLEY DONALD B M.D. "Tratamiento del adolescente con perturbaciones severas".
4. JASON ARONSON. N.Y. 1980.