

Los procesos de integración en la formulación psicodinámica

Myr. M.C. José de Jesús Almanza Muñoz,* Lic. en P. Erick Anzueto Salazar**

Hospital Central Militar. Ciudad de México.

RESUMEN. En el presente artículo se efectúa una revisión histórica de las tendencias en psicoanálisis y psiquiatría que han adquirido mayor relevancia por su sistematización científica en torno del procesamiento de datos clínicos y su integración en modelos de registro y comprensión psicodinámica que constituyan un lenguaje común entre ambas disciplinas. Como conclusión se señalan los retos a que se enfrentan las líneas de investigación en este rubro.

Palabras clave: integración, psicodinámica.

La formulación del diagnóstico en salud mental ha mostrado importantes progresos. En Psiquiatría va desde la evolución nosográfica de Kraepelin hasta las modernas clasificaciones, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV, 1994)¹ y la Clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE-10).²

En Psicoanálisis el diagnóstico ha mostrado un progreso cuya evolución parte de las formulaciones iniciales de Sigmund Freud (1913),³ Rappaport (1960),⁴ Ana Freud (1965),⁵ para continuar con Guedo y Goldberg (1973).⁶

Con una posición intermedia que busca integrar la precisión nosográfica a la riqueza metapsicológica, partiendo del campo de la investigación, Menninger (1951, 1956)^{7,8} Crits-Christoph (1990),⁹ Perry & Cooper (1989),^{9,10} Horowitz (1992),¹¹ Shapiro (1989),¹² y Luborsky (1994),¹³ se han dado a la tarea de buscar una formulación psicodinámica consensual.

En la presente revisión se efectúa una crítica de los aspectos básicos del diagnóstico psicodinámico, su desarrollo y progreso a la luz de los reportes nacionales e internacionales, señalando algunas líneas de investigación a ese respecto.

SUMMARY. This article contents a review of the history of tendencies in psychoanalysis and psychiatry that have acquired the highest importance because of their scientific structure around the prosecution of clinical data and their integration in models of psychodynamic registration and understanding to develop a common language between both disciplines. The conclusion mentions the principal goals of the researching lines in this topic.

Key words: integration, psychodynamics.

La clasificación nosológica en Psiquiatría:

Los avances en Psiquiatría se han ligado fundamentalmente al progreso en los sistemas de clasificación. Ya Hipócrates, (460-377 AC) habló de epilepsia, manía, excitación, melancolía y paranoia. Posteriormente los aportes de Sydenham, William Cullen y Pinel subrayan la importancia de objetivar las observaciones clínicas. En la misma línea Emil Kraepelin a finales del Siglo XIX, sintetizó las observaciones clínico-descriptivas y somáticas con el curso de la enfermedad, logrando diferenciar distintos cuadros nosológicos (Lara, 1996).¹⁴

Sin embargo, no es sino hasta 1840 cuando aparece la primera clasificación oficial de enfermedades mentales en EUA. En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyó en la sexta Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-6),¹⁵ un capítulo de trastornos mentales, en tanto que a partir del sistema de clasificación para veteranos usado por Menninger, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) creó en 1951 la primera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM-I).¹⁶

El desarrollo actual del DSM-IV¹ y la CIE-10,² muestra cada vez mayor concordancia, lo cual contribuirá a encontrar un lenguaje común en el campo de la Salud Mental, como lo asientan en sus estudios Heinze (1996),¹⁵ Lara (1996),¹⁴ Ontiveros (1996).¹⁶

La formulación diagnóstica en Psicoanálisis:

La aproximación psicoanalítica al diagnóstico muestra un distinto panorama. Sigmund Freud (1913)³ efectuaba

* Médico, Psiquiatra y Psicoterapeuta y Coordinador de Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría.

** Licenciado en Pedagogía y Egresado de la Maestría en Investigación Psicoanalítica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica AC. Alumno del Curso Superior de Psicoterapia Analíticamente Orientada del Hospital Central Militar.

Correspondencia:

Myr. M.C. José de Jesús Almanza Muñoz. Hospital Central Militar. Psiquiatría de Mujer. Lomas de Sotelo, México DF 11649. AP. 35-592

una observación sistemática del paciente, derivando de ello el contenido de su mundo intrapsíquico, mediante el método psicoanalítico. El lugar del diagnóstico era —por así decirlo— secundario y su referente correspondía a la nosología vigente en la época, es decir lo enunciado por Kraepelin y Bleuler.¹⁴

Ana Freud (1965)⁵ crea un *perfil metapsicológico de la personalidad*, que plantea el análisis del proceso de desarrollo psicosexual, la formación de estructuras mentales y la formación de conflictos vinculados a los datos clínicos. La precisión operativa derivada del análisis mencionado configuraba el diagnóstico y señalaba la estrategia terapéutica.

Rappaport (1960)⁴ aduce a la metapsicología freudiana y sistematiza sus proposiciones en los puntos de vista dinámico, económico, estructural, genético y adaptativo. Tal aportación genera las bases para una comprensión global y ordenada del estado psíquico del enfermo en sus distintas dimensiones psicológicas, lo cual pudiera constituir una base importante para futuras sistematizaciones orientadas a complementar la comprensión de la nosología psiquiátrica desde el psicoanálisis.

Guedo y Goldberg (1973)⁶ hacen referencia a diversos modelos psicoanalíticos de funcionamiento mental, los sistematizan en función del esquema epigenético de Piaget (1945),¹⁷ de tal modo que todo paciente podrá ubicarse dentro del Esquema Jerárquico, determinándose así su grado de evolución psíquica en las diferentes líneas del desarrollo y la psicopatología existente correspondiente.

Formulación diagnóstica: el diálogo entre Psicoanálisis y Psiquiatría:

El diálogo entre Psicoanálisis y Psiquiatría en torno al diagnóstico, se ha centrado en la llamada formulación psicodinámica cuyo objetivo es integrar las aportaciones de la nosografía psiquiátrica a los diferentes hallazgos y propuestas psicoanalíticas, con miras a incrementar la confiabilidad y validez del diagnóstico para su mayor utilidad tanto en actividades asistenciales como de investigación.

Menninger (1951)⁷ propuso un modelo de historia clínica orientado psicodinámicamente que abarca la descripción fenomenológica aunada a aspectos propiamente psicoanalíticos, de lo cual se deriva una conclusión diagnóstica. Este hecho constituye de alguna manera el primer paso dirigido a integrar ambas disciplinas en el campo clínico. No debe olvidarse asimismo el papel que jugó Menninger en el desarrollo de los manuales diagnósticos de la APA.

Shapiro (1989),¹² elabora una propuesta de formulación psicodinámica que abarca los aspectos siguientes; a) motivo de consulta; b) diagnóstico, c) eventos precipitantes; d) factores no dinámicos (genéticos y sociales); e) interpretación psicoanalítica de los conflictos centrales; f) pronóstico y g) tratamiento.

Barber y Crits-Christoph (1993)¹⁸ efectúan una excelente revisión puntualizando las aportaciones más sobresalientes en el terreno de la sistematización científica aplicada a

la formulación psicodinámica. Hacen énfasis en aquellos métodos que han sido sometidos a estrictos procesos de validación estadística, en aras de incrementar su confiabilidad. A continuación nos referiremos a dichos métodos, señalando los aspectos básicos de su propuesta:

1.- Conflictos Nucleares en las Relaciones Interpersonales: (Core Conflictual Relationship Theme Method, Luborsky & Crits-Christoph, 1976-1990).¹⁸

Organiza la información clínica tratando de identificar los patrones de relación interpersonal y sus conflictos en función de: a) los deseos, necesidades o intenciones expresadas por el sujeto; b) las expectativas o respuestas de los otros hacia el sujeto (*Ros*); y c) las respuestas del sujeto a las reacciones de los otros.

La confiabilidad según el acuerdo inter-jueces reportado es de 97% (Luborsky & Crits-Christoph y col. 1988).²¹ La validez de contenido muestra como principal dificultad el establecimiento de un adecuado nivel de abstracción categórica que permita clasificar los datos clínicos. En tanto la validez predictiva es del orden de 0.31, es decir una correlación moderada a débil.

2.- Formulación Ideográfica del Conflicto (Ideographic Conflict Formulation Method, Perry & Cooper, 1989).¹⁸

Basado en el marco teórico de Erik Erikson, se busca identificar los componentes más importantes de los conflictos en función de: a) deseos conscientes e inconscientes; b) temores que obstaculizan el cumplimiento de deseos; c) síntomas o conductas de evitación resultantes; d) vulnerabilidad a estresores específicos; y e) nivel de adaptación. Un aspecto relevante fue la introducción de un instrumento denominado Escala de Medición del Conflicto Psicodinámico (Psychodynamic Conflict Rating Scales).

La confiabilidad intraclase reportada es del orden de 0.54 a 0.75. En tanto que la kappa media fue aceptable, con 0.64 para la subescala de deseos y marginal con 0.46 para la subescala de temores. La validez no fue determinada debido a la superposición diagnóstica de los grupos estudiados, señalando la necesidad de más investigación al respecto.

3.- La Formulación del Plan (The Formulation Plan Method, Weiss, Sampson, the Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986).¹⁸

Describe cuatro componentes: a) las metas conscientes e inconscientes del paciente en la terapia; b) los obstáculos internos del paciente contra las metas (creencias patológicas); c) el plan para corregir las creencias patológicas; y d) insight específico requerido para conseguir las metas del tratamiento.

La confiabilidad inter-jueces fue del rango de 0.78 a 0.97, la consistencia interna (Curtis 1992),²² fue de 0.84 a 0.90. Cabe señalar que este método es uno de los pocos en los cuales se ha determinado la estabilidad, siendo ésta de 0.94. La validez reportada ha sido de 0.25 a 0.54.

4.- Respuesta Consensual (Consensual Response Method, Horowitz & Rosemberg, 1989-1992).¹⁸

Establece que las precisiones psicodinámicas realizadas en consenso por un grupo de jueces, son de mayor confiabi-

lidad que aquellas dadas por un solo clínico, a partir de lo cual el método consiste en: 1) mostrar un video o un reporte escrito en forma independiente a un determinado número de clínicos; 2) discusión conjunta del caso por 30 minutos; 3) re-elaboración de la formulación psicodinámica; 4) división de cada formulación en unidades de análisis; 5) cinco jueces usan un proceso estandarizado para identificar las unidades de análisis con significados semejantes y 6) las unidades semejantes se tabulan y se integran en una exposición que constituye la formulación consensual.

La confiabilidad es de 0.84 al medirla antes de la discusión y 0.96 en la determinación posterior a la misma. La validez no se ha determinado directamente, sino en forma deductiva amplia, al establecer la medida en que el paciente aborda dentro de su proceso terapéutico las unidades de análisis determinadas por el consenso.

5.- *La Formulación de los Modelos de Papeles Interpersonales (The Role Relationship Models Formulation, Horowitz, 1989).*¹⁸

Describe las relaciones interpersonales utilizando: a) el esquema del Self; b) el esquema de los otros; c) acciones anticipadas o emociones hacia los otros (deseos); d) la respuesta de los otros; e) la respuesta del Self; f) la estimación del Self hacia esas reacciones; y g) las expectativas de los otros, estimadas por el Self. El proceso de confiabilidad y validez se encuentra pendiente de consolidarse con una mayor precisión.

La reflexión en torno a las descripciones enunciadas, nos lleva a expresar las siguientes conclusiones: a) el diálogo entre Psicoanálisis y Psiquiatría se realiza actualmente en el campo neutral de la investigación y se vincula a la clínica; b) las investigaciones tratan de sistematizar científicamente sus resultados, haciendo uso de metodología estadística; c) existen bases preliminares que permitirán la evaluación sistemática de distintos conceptos psicoanalíticos; d) los métodos descritos que ofrecen sustento estadístico, abordan aspectos parciales de la vida intrapsíquica e interpersonal del paciente en cuestión, excluyendo consideraciones relativas al diagnóstico psiquiátrico. Muy probablemente éste se considere implícito dado el claro desarrollo del DSM-IV¹ y CIE-10² y e) Shapiro por su parte engloba e integra todos los aspectos relevantes, sin embargo no ofrece hasta el momento un sustento metodológico que permita la estructuración sistemática de la interpretación psicodinámica.

Por lo tanto, el desarrollo de la investigación en torno de la formulación psicodinámica consensual continúa enfrentándose a los siguientes retos: integrar el diagnóstico clínico psiquiátrico al psicodinámico; incrementar la confiabilidad diagnóstica, mejorar el plan terapéutico, al definir con mayor claridad el diagnóstico, generar instrumentos de lenguaje común en investigación en Psiquiatría, Psicoterapia y Psicoanálisis, y producir nuevas perspectivas de sistematización de los datos clínicos en términos psicoanalíticos.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). México: Masson 1994.
2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de enfermedades. Décima revisión CIE-10. 1998.
3. Freud S. Sobre la iniciación del tratamiento. *Obras completas*, 12. Buenos Aires: Amorrortu Editores 1913.
4. Rappaport D. Sobre la metapsicología. En: Gill, M. y Rappaport *Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica*. México: Pax 1962.
5. Freud A. Normalidad y patología en la niñez. Buenos Aires: Paidós 1965.
6. Guedo J, Goldberg. Modelos de la mente. Buenos Aires: Amorrortu 1973.
7. Menninger K. A Manual for psychiatric Case Study. New York: Gune & Stratton 1951.
8. Menninger K. A Guide to psychiatric Books. New York: Gune & Stratton 1956.
9. Perry J, Cooper A. Assessing psychodynamic conflicts: I. Reliability of the Idiographic Conflict Formulation Method. *Psychiatry* 1989; 52: 289-301.
10. Perry J, Cooper A. An examination of three methods of psychodynamic formulation based on the same videotaped interview. *Psychiatry* 1989; 52: 302-323.
11. Horowitz L, Rosenberg S. The consensual response psychodynamic formulation: I. Method and research results, *Psych Res* 1994; 4(3-4): 222-233.
12. Shapiro T. The Psychodynamic formulation in child and adolescent psychiatry. *J Am Psych Assoc* 1989; 28(5): 675-680.
13. Luborsky L. Common and special factors in different transferrence-related measures. *Psychother Res* 1994; 4: 277-286.
14. Lara M. Evolución histórica de las clasificaciones en psiquiatría. *Revista Salud Mental* 1996; 19 (supl 2): 7-10.
15. Heinze G. Del DSMIII-R al DSM IV. *Revista Salud Mental* 1996; 19 (supl 2): 4-6.
16. Ontiveros M. Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud. Décima versión CIE-10. *Revista Salud Mental* 1996; 19 (supl 2): 11-18.
17. Piaget J. El nacimiento de la inteligencia en el niño. Madrid: Aguilar 1945.
18. Barber J, Crits-Christoph. Advances in measures of psychodynamic formulations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61(4): 574-585.