

**Diagnóstico psicoterapéutico: una nueva perspectiva.
Las psicoterapias deben ser rehabilitatorias, potenciadoras de resiliencia y preventivas,
no muletas perennes.**

Dr. Atilio Benjamín Ferraro
Centro Integral de Psicología
Lic. Jonatan Horacio Passerini
Centro Privado de Psicoterapia

RESUMEN

El diagnóstico es el paso esencial para concretar la mejor performance psicoterapéutica. Los trastornos mentales fueron considerados producto de hechos y factores de las experiencias existenciales que habían ocurrido principalmente en el pasado, durante los primeros estadios del desarrollo humano. Estos hechos fueron considerados la etiología principal de los trastornos conductuales.

En consecuencia, la tarea de los psicoterapeutas fue descubrir y traer al plano de la conciencia aquellos hechos y experiencias inconscientes del pasado, en búsqueda de ampliar la conciencia de los consultantes. Esta fue la principal y única metodología psicoterapéutica para erradicar los síntomas o curar los trastornos.

Se pretende bosquejar un nuevo enfoque para concretar objetivos más amplios aún. Se considera que no solo las experiencias del pasado deben ser contempladas, sino también las actuales del presente y los posibles desarrollos psicológicos ulteriores del futuro. El objetivo de esta metodología de trabajo apunta a evitar la aparición de nuevas dificultades previsibles, afianzando la eficacia psicoterapéutica.

Palabras clave: Diagnóstico, evaluación diagnóstica, clasificaciones diagnósticas, abordaje psicoterapéutico.

**Psychoterapeutic diagnosis: a new perspective.
Psychotherapies should be rehabilitatorias, enhancing resilience and as preventive,
non - perennial crutches.**

ABSTRACT

Diagnostic is a key step in achieving the best psychotherapeutic performances. "Mental" disorders were considered based on deeds, factors and life experiences, which had principally taken place in the past, during the first stages of human development. These events were considered the "etiology" or the main root of most behavior disorders.

Up to now the essential task of psychotherapists has been to disclose and bring to conscience those unconscious deeds and experiences to yield and broaden consciousness. This was considered the main and only way to eradicate symptoms and remove or cure disorders.

We intend to outline a new scheme to help to achieve wider aims.

Henceforth not only experiences but also present and future possible psychological development should be spotlighted in order to face likely consequences for the consultant's life.

This new approach should lead scientists to sharpen their minds in order to get a better understanding and foresee future scopes of overcoming difficulties or disorders.

Keywords: Diagnostic; diagnostic evaluation; diagnostic classification; Psychotherapy

RESUMO

O diagnóstico é o passo essencial para concretizar o melhor desempenho psicoterapêutico. Os transtornos mentais foram considerados produto de fatos e fatores das experiências existenciais que ocorrem principalmente no passado, durante a infância. Estes fatos foram considerados a etiologia principal dos transtornos de conduta.

Como conseqüência, a tarefa dos psicoterapeutas foi descobrir e trazer ao plano da consciência aqueles fatos e experiências inconscientes do passado, buscando ampliar a consciência de seus pacientes. Essa foi a principal e única metodologia psicoterapêutica para erradicar os sintomas e curar os transtornos.

Nosso objetivo é criar um novo enfoque para concretizar objetivos ainda mais amplos. Consideramos que não são somente as experiências do passado que devem ser contempladas, mas também as atuais e as possíveis conseqüências psicológicas futuras. A finalidade da metodologia de trabalho proposta é evitar a aparição de novas dificuldades previsíveis, garantindo a eficácia psicoterapêutica.

Palavras chaves: Diagnóstico - avaliação diagnóstica - Classificações Diagnósticas - Abordagem Psicoterapêutica

INTRODUCCIÓN

Desde épocas inmemoriales para enfrentarse con las adversidades de la vida, los seres humanos, en los distintos ámbitos del conocimiento, se vieron obligados a denominar de una manera inequívoca a aquellos procesos o fenómenos y categorizarlos con claridad para permitir, intercambiar experiencias, aumentar el conocimiento sobre los fenómenos y establecer que métodos aplicar para intentar abordarlos.

En la etapa diagnóstica se inicia un proceso de investigación en el que se busca conocer la esencia del fenómeno frente al que se está. Hay muchos hechos similares y semejantes; se trata entonces de establecer de manera clara y precisa en que consiste el fenómeno que se considera, es decir, distinguir con claridad: Qué es, y qué no es.

En los comienzos los nombres y las clasificaciones identificatorias las establecían los grandes maestros pioneros. Muchas veces se conocía el trastorno por el nombre de quién lo había descubierto y descrito. Esta fue la tradición hasta comienzos del siglo XX. A partir de allí, la psicología y de la psiquiatría aceleraron sus cambios. Se buscaron mayor consenso y precisión, en la nomenclatura utilizada y comenzaron a surgir variados intentos por establecer sistemas de denominación de las patologías que contaran con

un consenso cada vez más extendido y universal.

Los diagnósticos: Una breve reseña histórica

Emil Kraepelin (1856-1926), fue el psiquiatra alemán más importante de Europa durante todo el siglo XIX. Desarrolló un intento de diagnóstico categorial que posteriormente se utilizó como base del sistema diagnóstico del DSM estadounidense.

El neurólogo suizo Adolf Meyer (1856-1950), discípulo de Morely, del evolucionista inglés Thomas Huxley (1825 -1895) y del neurólogo inglés Hughlings Jackson, emigró a Chicago, USA y se dedicó a la psiquiatría motivado por un trastorno mental de su madre; mudado a Nueva York, llegó a dirigir el Instituto de psiquiatría del estado de Nueva York y fue profesor de la Universidad John Hopkins desde donde irradió una poderosa influencia a todo Estados Unidos.

La nueva visión adoptada, cambió rotundamente el enfoque de los trastornos psicopatológicos: la atención se desplazó de los factores intra-psíquicos, subjetivos, a los de las interacciones entre el individuo, su medio ambiente y sus reacciones e interacciones en situaciones concretas.

Meyer introdujo la clasificación de Kraepelin en USA. Enfatizó los aspectos vinculados con la interacción entre los factores medio-ambientales y las características personales del individuo (esto

sirvió como base para la elaboración del DSM- I). Las nuevas perspectivas obligaban a dejar de pensar en las enfermedades como entidades metafísicas (como entidades, o “cosas”) y comenzar a verlas como manifestaciones de procesos.

Este cambio implica el desplazamiento de la interioridad subjetiva del sujeto, a las relaciones y procesos “interaccionales dialécticos”. De esta manera, la nueva concepción de la naturaleza de los procesos y fenómenos psíquicos, quedaban enmarcados en un contexto socio-antropológico y comunicacional.

Posteriormente, de basarse en una psicología individual concebida como inmutable y universal, con Margaret Mead (USA, 1901-1978) como pionera, se pasó a considerar, además, el estudio de las relaciones entre: cultura, roles sexuales y temperamento.

Jurgen James Ruesch (Antropólogo suizo 1910-1995) que había estudiado las relaciones entre enfermedad psicosomática, comunicación, stress junto con Gregory Bateson entre otros, re-descubrieron la subjetividad como un reflejo de las interacciones sociales; considerando a los seres humanos y a todos los procesos vitales psicopatológicos, relacionados entre sí. Bateson fue un antropólogo inglés (1904-1980), que sostenía que la mente, el espíritu, el pensamiento y la comunicación se articulaban con la dimensión externa del organismo humano para constituir la realidad individual de cada sujeto.

Abraham Kardiner convocó a psicólogos, etnólogos, antropólogos, sociólogos, semiólogos, psiquiatras (Harry Stack Sullivan, Erich Fromm, Ruth Benedict, Ralph Linton, Karen Horney, etc.), para desarrollar un trabajo interdisciplinario, que obligó al psicoanálisis a efectuar modificaciones teóricas y técnicas.

Así fue naciendo otra psicopatología que ponía el énfasis en:

- Las interacciones
- Las crisis sociales

- Los sistemas de creencias y prejuicios
- Los sistemas de comunicación
- Los procesos de codificación y decodificación de los mensajes
- Los diagnósticos, los diagnósticos diferenciales, el curso, la epidemiología, prevalencia, la comorbilidad, las etiologías multicausales y algo aún más novedoso: la prevención.
- Estos cambios preparaban, inducían y generaban la necesidad de alcanzar un establecimiento consensuado de criterios objetivos, como parámetros de referencia para los diagnósticos. Se concretaba la necesidad de hallar efectividad, eficacia y eficiencia en los resultados de los métodos de abordaje psicoterapéuticos que se empleaban basándose en comprobaciones objetivamente convalidadas

Así fueron naciendo y multiplicándose las investigaciones sobre los resultados de la psicoterapia, y se abrió paso la intención de ampliar el horizonte cognitivo y no limitarse solamente a conocer los fenómenos, sino a la búsqueda de modificaciones en las situaciones, condiciones y posibilidades concretas de existencia humana con la intención de erradicar o disminuir, las causas de sufrimiento e infelicidad.

Posteriormente, se puso énfasis en el tiempo que tardaba la erradicación de las dificultades en relación con las posibilidades razonables de promedio de vida de la gente.

La voz de mando que comenzó a imperar, pasó a ser entonces:

Efectividad y eficacia para el cambio.

Los padecimientos y la lentitud en la consecución de los logros, la ineffectividad en alcanzar los resultados anhelados, comenzaron a considerarse mala praxis o resultados iatrogénicos y esto posteriormente pasó a ser designado delito penal. Este cambio se realizó en los Estados Unidos entre las dos grandes guerras del siglo XX.

En Francia y en el resto de Europa, lo descubren a partir del fin de la Segunda Guerra Mundial.



La psicopatología es producto de los cambios y evolución de:

- Los conocimientos científicos.
- Las condiciones de vida
- Las costumbres
- Las ideas, conceptos y expectativas
- Posibilidades de cada cultura y sociedad
- Las cosmovisiones
- Los valores

Cambios culturales y cosmovisiones

Los cambios culturales-socio-institucionales modifican a la subjetividad.

Aparecen nuevas necesidades, aspiraciones, necesidades e ideales (rapidez, eficacia, eficiencia).

Surgen impulsos a reвер conceptos, metodologías y fundamentos. Aparecen nuevos conocimientos, teorías, técnicas e investigaciones que modifican creencias científicas e inclusive, el quehacer profesional mismo y hasta el objeto de estudio de las ciencias.

Así, la psicología fue con Freud, la ciencia del inconsciente.

Con Bateson y Ruesch, la ciencia de la comunicación.

Con Watzlawick, Fisch y Minuchin la ciencia de las interacciones.

Las cosmovisiones de las épocas condicionan o determinan lo que se cree que ocurre, lo que se piensa que hay, lo que es necesario hacer y cómo hacerlo.

Si se parte de creer o suponer que los fenómenos que ocurren son:

1) La Voluntad de Dios o una prueba de él, entonces, la actitud inducida consiste en:

- Aceptar los hechos y conformarse.
- Implorar la gracia de la liberación del mal.
- Alegrarse por la prueba recibida.

2) El demonio/los malos espíritus: la actitud inducida consistirá en:

- Implorar la ayuda divina.
- Resistir, soportar la prueba que se transforma en virtud heroica.

3) La influencia de los astros: la actitud inducida consistirá en:

Esperar que los astros sean propicios con la modificación de sus órbitas celestes para el cambio, esperando con resignación y esperanza.

4) Jay Haley define a la psicología como: “la ciencia del cambio”.

Pero, el ser es distinto al ser percibido. Todos nuestros conocimientos son esquemas de la realidad; pero no son la realidad. Por eso vivimos permanentemente descubriendo hechos conocidos que nos resultan infinita e inacabadamente desconocidos-conocidos-desconocidos. Cuanto más sabemos de ellos nuevos enigmas nos asaltan, y debemos rectificar o cambiar teorías.

Además, la realidad misma también cambia.

“La comprensión de la personalidad depende de la organización e interpretación de la personalidad de quien observa. Cuanto más compleja sea la estructura organizativa e interactiva del intérprete, mayor será su capacidad de observación e interpretación de la personalidad de otro.

La observación no puede ser separada del observador porque lo observado tiene significado y adquiere estructura solo a través del proceso de interpretación del observador, sin el cual, ningún acontecimiento tendría significado”.

Por este motivo, es que los saberes, suposiciones y conocimientos deben convalidarse con los resultados, efectos y consecuencias que determinen (conocerlos “por sus “frutos”), no por las percepciones, preferencias, conflictos, necesidades e intereses fanatizados de los adherentes.

Influencia de los cambios sociales en el abordaje de las dificultades y trastornos humanos

Los cambios en la cultura, las situaciones y en las condiciones de vida, modifican a la subjetividad.

Dentro de diversos cambios sociales, aparecen la búsqueda de eficacia, eficiencia y rapidez en la resolución de las problemáticas; lo que lleva a la búsqueda incesante de nuevos conocimientos y metodologías de abordaje de las dificultades; investigaciones más precisas; nuevas teorías, técnicas y hasta cambios en el objeto de estudio de la ciencia.

Tanto en las sociedades, instituciones, grupos como en los individuos se manifiestan: percepciones, creencias, dificultades, limitaciones, disfuncionalidades, concepciones, prejuicios, discrimi-



minaciones y estigmatizaciones que constituyen perspectivas de enfoque de los hechos que determinan situaciones y condiciones que promueven, dificultan o impiden: preocupaciones, sentimientos de temor, vergüenza, culpa y angustia, generando sufrimiento individual y perturbaciones sociales.

En 1960, la Organización Mundial de la Salud alentó la organización de un programa mundial en el que intervinieron científicos e investigadores de más de 30 países para consensuar sistemas de clasificación y diagnóstico.

Surgieron así dos equipos de trabajo: uno europeo que elaboró la “Clasificación internacional de Enfermedades” = “CIE” y otro, en los Estados Unidos, patrocinado por la Asociación de Psiquiatría Americana que elaboró el “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” = “DSM”.

El objetivo de ambos intentos de clasificación era poder establecer diagnósticos en base a informaciones comprobadas y consensuadas entre especialistas pertenecientes a diferentes culturas y distinta formación teórica que acordaron distinguir a las patologías y a sus rasgos psicosemiológicos en relación con las variables: edad cronológica, sexo, etapa del desarrollo evolutivo, epidemiología y prevalencia, tipos, curso, diagnóstico diferencial y comorbilidad.

Hasta aquí los estudios diagnósticos han atendido a las categorías temporales del pasado y del presente. Resta ahora también considerar y evaluar de manera sistemática, de parte del profesional cuales son las expectativas, alternativas, posibilidades y riesgos, o dificultades previsibles que pueden aparecer en un futuro inmediato /mediato en función tanto de la remoción del trastorno por el que se consulta, como también de su eventual no-remoción.

En esto radica precisamente la propuesta que ofrecemos, la necesidad de:

Incluir en la exploración diagnóstica no solo la dimensión temporal del pasado y del presente, sino también el futuro.

Las clasificaciones psicopatológicas

Las sociedades, instituciones, grupos e individuos, pueden presentar diversas disfuncionalidades: impedimentos, limitaciones y dificultades que resulten fuente de: preocupaciones, trastornos, temores, vergüenzas, es decir, diferentes formas de sufrimientos que generan angustia.

Las situaciones, normas y costumbres en las que el individuo está inmerso, presentan un:

Efecto negativo: Porque perturban, preocupan, enferman.

Pero además del efecto mencionado, se puede observar un:

Efecto positivo: Según la intensidad de las disfuncionalidades y la relación que esta intensidad guarda con las circunstancias generadoras de resiliencia. Los factores relacionados con la salud y la enfermedad se entrelazan, confunden y afectan a la percepción de los hechos, lo que corresponde hacer o cómo encararlos y los procedimientos que se deben aplicar, etc.

Estos están influidos por la cosmovisión de la época y de los individuos, los conocimientos de que se dispone, las experiencias profesionales, las creencias, intereses, necesidades y riesgos frente a los poderes, y/o a perder el poder.

Las ciencias recolectan, agrupan, clasifican, datos de conocimiento en series, clases. Establecen descripciones de regularidades estables en la presentación, evolución y desenlace de los fenómenos de sus respectivos objetos de estudio. (Hipócrates, Linneo, Mendeleieff).

Las observaciones permiten clasificar regularidades más o menos estables o persistentes que caracterizan a los rasgos psicosemiológicos:

- a) Lo idéntico o semejante a muchos individuos o casos, categorizan a la “normalidad” o “salud”
- b) Lo diferente categoriza a la “enfermedad”, “anormalidad” o patológico”.

Los criterios de normalidad son parámetros de consideración que involucran a aspectos biológicos, económicos, antropológico -culturales, filosófico-religiosos, experimentales, evolutivos, jurídicos, políticos, estadísticos.

Estos hechos imponen que nos interroguemos acerca de:



- 1) ¿Qué tener en cuenta para clasificar un comportamiento como patológico?
- 2) ¿Un solo criterio o variable? o ¿Varios?
- 3) ¿El trauma perturbador? ¿El conflicto? -¿Los efectos? -¿Los factores intervinientes?
- 4) ¿El devenir de los procesos?
- 5) ¿En qué afecta, nuestra propia observación de los hechos?
- 6) ¿En nuestras creencias? ¿En nuestras inferencias de creencias? ¿En nuestras deducciones? ¿En nuestras deducciones o inferencias de creencias?
- 7) ¿Qué elementos o factores construyen o generan a las enfermedades o patologías?
- 8) ¿Las vicisitudes de la pulsión? ¿Los aprendizajes emocionales tempranos? ¿La falta, confusión o subversión de: modelos y valores? ¿En el cambio de metas y objetivos de vida? ¿En el padecimiento de distintas formas de abusos o abandonos? ¿O en haber sido criado de manera negligente?
- 9) ¿En los sistemas de comunicación: defectuosos y en las contradicciones internalizadas? ¿En los reflejos condicionados, programados en la arquitectura cognitivo-emocional, que condicionan o determinan el: pensar/sentir/desear/actuar? ¿En la organización biológica? ¿Los factores genéticos, hereditarios? ¿Los modelos familiares/sociales/generacionales? ¿Las situaciones estímulo-ambientales?
- 10) ¿Cómo aprendimos a ver y a considerar a los fenómenos?
- 11) ¿Aplicamos criterios que nos enseñaron en una época: ¿Rigen aquellos, hoy?

Objetivos de las clasificaciones psicopatológicas
La aplicación de sistemas de clasificaciones intenta:

- Distinguir y diferenciar a los pacientes afectados por dificultades.
- Reconocer las características psicosemiológicas comunes similares presentes también en otras dificultades, con precisión.
- Conocer las alternativas de la evolución del curso del trastorno.
- Establecer con qué tipo de abordajes o tratamientos remiten más eficaz y eficientemente las dificultades: En los trastornos reactivos de

conducta en la infancia o en la niñez; en los trastornos debidos a una afección orgánica de tratamiento médico; en los trastornos o dificultades consecuentes a adicciones; en los trastornos de stress post traumático y en los trastornos de adaptación, para establecer el diagnóstico, ha prevalecido la tendencia, a hacer hincapié en la etiología. En la etiología es importante para elaborar planes de abordaje terapéutico en una orientación psicológica teórica determinada. La localización etiológica es importante para implementar y ejecutar un tratamiento psicoterapéutico, adoptar medidas precautorias ante riesgos previsible en la prognosis.

Siendo la mayoría de los trastornos, multicausales, algunos diagnósticos no necesitan identificación etiológica: diferentes causas deben converger para que un trastorno ocurra.

Entre los trastornos psicopatológicos pueden reconocerse distintos factores etiológicos:

- **Biológicos:** Hereditarios, congénitos, adquiridos; secuelas de enfermedades graves, discapacitantes; intoxicaciones químicas, radiactivos.
- **Constitucionales:** Edad, raza, clase social, condición socio-económico-cultural. (principalmente durante la infancia, niñez y adolescencia); condiciones generales de salud, de trabajo de educación y de vida en general.
- **Existenciales -accidentales:** Orfandad precoz, raptos, secuestros, accidentes graves, abusos sexuales o psicológicos guerra, emigración; diversas “experiencias límite”.
- **Sociofamiliares:** Estrés psicosocial (individual, personal y/o social, extenso: crisis social-política-económica-culturales que constituyen marcos referenciales
- **Condicionantes o determinantes de posibilidades existenciales del individuo,** a través de los modelos, estímulos, exigencias, costumbres, mandatos, prohibiciones, prejuicios, rechazos y sanciones; es decir, de todo el conjunto de regulaciones socio-culturales del comportamiento individual y social que se inicia con la crianza desde el nacimiento.
- **Elecciones y toma de decisiones personales** que afectan los estilos, objetivos y posibilidades de



vida de las personas marcando senderos de vida.

- Medios de Comunicación y redes sociales: Que muestran, estimulan, enseñan, entrenan y habilitan a conductas, aspiraciones, tendencias, ideales, metas y objetivos de vida.

- Los estilos de vida elegidos y adoptados por los pares: sus ideales, tendencias y estilos de vida; ya en la niñez y más acentuadamente en la adolescencia.

- En las sociedades posmodernas, los estilos de vida de los pares reemplazan a los padres y a las instituciones educativas como marcos de referencia generadores de valores, estímulos y modelos de comportamiento

Nota: Este orden expositivo NO INDICA PREENUNCIA entre los factores.

Nuevas perspectivas de enfoque

A) Clasificaciones categoriales: Se basan en rasgos jerárquicos de vinculación de factores y variables intervinientes en los trastornos o dificultades psicopatológicas.

B) Clasificaciones dimensionales: En vez de emplear categorías jerárquicas suponen una dimensión “continua” que se centra en la intensidad de los signos semiológicos que aparecen.

C) Sistemas uniaxiales: Intentan focalizarse en la descripción de las disfunciones de los síndromes.

D) Sistemas multiaxiales: Especifican y evalúan las distintas disfuncionalidades que se manifiestan en las distintas categorías de funciones o procesos básicos de la personalidad: Inteligencia, memoria, rendimiento laboral, adaptación social, etc.

El DSM-IV es un sistema multiaxial que busca establecer consensos en cuanto a:

- Criterios operativos.
- Qué síntomas específicos deben estar presentes.
- Qué cantidad de síntomas deben registrarse.
- Cuánto tiempo deben los síntomas estar presentes y también, cuáles serían los criterios de exclusión.

Las entrevistas diagnósticas

Los procesos diagnósticos se desarrollan y elaboran en el transcurso de ENTREVISTAS.

Las entrevistas pueden ser:

1) “Libres”: Sin consigna directiva específica. Luego del saludo de presentación, el entrevistador puede expresar:

“¿Qué lo trae por aquí?”, “¿En qué lo puedo ayudar?”.

En la entrevista libre, el consultante, conforme a su dinámica intrapsíquica a través de la comunicación (analógica – digital), expone y exhibe los motivos e intenciones por los que solicita la consulta.

2) “Mixtas”: Son aquellas en las que el entrevistador participa de un modo más activo, retomando expresiones o comentarios del entrevistado y solicitándole que los aclare para recabar información adicional.

3) “Cerradas”: Es el diálogo circunscripto a preguntas y respuestas concretas, específicas.

I. Contextualización de la dificultad o “queja”

El entrevistador orienta y dirige su observación e interrogatorio a enmarcar muy específicamente las características y circunstancias en las que aparece la dificultad:

“¿Qué?” (De qué se trata la dificultad o problema) – “¿Cómo, con qué características aparece?”

– “¿Cuándo surge?” (=en que momentos/circunstancias /situaciones) – “¿Dónde, en que ámbitos?”

– “¿Con /ante quién-es?”; “¿Desde cuándo ocurre?”-Cuál es la “intensidad” de la dificultad “(mensurable entre 0 y 10) – “¿Oscila?” - “¿Cuándo se agrava?”; “¿Cuándo menos?” “¿Cuándo no ocurre?”

“¿Hubo intentos de superación de la dificultad? ¿Cuáles fueron esos intentos? ¿Qué resultados se lograron?”.

“¿Se realizaron tratamientos? – “¿De qué tipo?”; “¿Qué resultados se obtuvieron?”.

“¿Hubo o hay otras dificultades o enfermedades?”: (actuales y pasadas).” ¿Qué secuelas perduran?”.

“¿Qué resultados se obtuvieron?”; “¿Se empleó medicación?” (¿A qué edad?; ¿Qué medicación?; ¿Cuál fue la posología?; ¿Durante cuánto tiempo fue administrada?).

¿Ha sufrido: accidentes, quemaduras graves,



traumatismos, experiencias traumáticas y decisivas; a qué edad, de parte de quiénes; secuelas remanente?

¿Con qué personas ha comentado esta dificultad?

¿Qué le dijeron u opinaron?

¿Qué piensa de lo que ellos opinan o le dijeron?

¿A qué atribuye Ud. esta dificultad que lo aqueja?

¿Hay presencia de adicciones /alcoholismo? (¿Tipo, dosis, frecuencia? ¿Desde qué edad?)

Régimen alimentario reciente y actual (que cosas ingiere y cuánto; ¿Por qué motivos?).

¿Ingiera “complementos dietarios”? “¿Cuáles?”- “¿Cuánto?”.

Recibe alguna otra medicación; se automedica; ¿Por qué? ¿Desde cuándo?, ¿Con qué? ¿En qué dosis?

Actividad Laboral:” ¿En qué trabaja?” “¿Horarios y condiciones laborales?”.

¿Ha sufrido intoxicaciones y/o infecciones?

II. Diagnóstico del circuito interaccional-situacional

Los fenómenos o procesos psicopatológicos son hechos, emociones o sentimientos, reacciones, conductas y consecuencias que se concatenan en secuencias de antecedente-consecuente circulares.

Los diagnósticos interaccionales se establecen considerando:

- 1) La dificultad específica desencadenadora de la consulta.
- 2) Los riesgos inmediatos y mediatos de las dificultades o trastornos.
- 3) Los objetivos que el terapeuta se fija frente al cuadro.
- 4) La estrategia de abordaje operativo que diseña.
- 5) Las tácticas operativas elegidas para abordar efectivamente la dificultad.
- 6) La decisión de establecer con quienes trabajar (la familia; la pareja; un solo miembro; etc.)
- 7) Las precauciones que considera pertinentes adoptar.
- 8) El pronóstico predictivo que efectúe.

El diagnóstico del circuito interaccional facilita el reconocimiento de en qué parte de la secuencia es conveniente intervenir para facilitar el cambio

Guía hipotetizadora diagnóstica

Ante la dificultad o la queja, considerar y evaluar los ítems de caracterización de los trastornos psicopatológicos:

- Características psicosemiológicas; tipos/variedades; edad de inicio, epidemiología, prevalencias; etiología; curso; diagnóstico diferencial y comorbilidad.
- Edad, sexo y etapa del desarrollo evolutivo; costumbres y valores sociales vigentes en el medio social.
- Evaluar si son conductas propias del desarrollo evolutivo.
- Explorar, evaluar y descartar la incidencia de factores interaccionales -socio – culturales - político-económicos.
- Explorar, evaluar y descartar la posibilidad de que las dificultades se deban a un trastorno ficticio o de simulación.
- Explorar, evaluar y descartar la posible etiología orgánica o de enfermedad de atención médica del trastorno.
- Explorar, evaluar y descartar que la sintomatología que se presenta no sea causa o secuela de otro trastorno psicopatológico; otra enfermedad médica clínica solapada; medicación, automedicación, intoxicación, infección o adicción.
- Explorar, evaluar y descartar la eventual consecuencias de abuso: físico, sexual, moral, psicológico; o de negligencia (abandono físico y afectivo), u otras circunstancias.

III. Los diagnósticos

Los diagnósticos presentan exigencias tanto para el profesional entrevistador, como para los consultantes.

De parte de los profesionales entrevistadores, las exigencias son de: Idoneidad, actitud sincera, frontal, de respetuosa delicadeza, calma y honestidad. Estos requisitos básicos (que no excluyentes a muchos otros), generan empatía y sintonía afectiva; que es lo que promueve que los consultantes experimenten: Comodidad en la relación, seguridad en el saber-poder y confianza en el entrevistador.

Los entrevistadores/psicoterapeutas deben poseer un conocimiento fehaciente de los consultantes, respecto de: sus expectativas – creencias– cosmovisión –actitudes, ante la vida en general, y sus propias vidas en particular, sus preocupaciones o problemas ante un eventual proceso terapéutico. La información que sobre ellos se recabe va a permitir conocer:

¿Cómo imaginan un tratamiento psicoterapéutico? ¿Qué esperan de él?

Si se logran aclarar y sintonizar posibles y frecuentes distorsiones sobre aspectos clave, los tratamientos resultan más efectivos, rápidos y menos dificultosos.

Proponemos realizar, previo al proceso psicoterapéutico, un breve proceso de “Psicoeducación”, explicándole al consultante: ¿Qué es un tratamiento?, ¿En qué consiste?

¿Para qué se realiza? ¿Cuáles son sus posibles objetivos? ¿Cómo se lleva a cabo, explicarle y advertirle buscando evitar y prevenir posibles riesgos y peligros?

Detectar e identificar la idiosincrasia caracterológica/tendencias/actitudes de los consultantes.

Los consultantes pueden adoptar actitudes desconfiadas, reactantes, seductoras, boicoteadoras, frustrantes, engañosas; quejasas; pasivo-dependientes y otras.

Durante los primeros tiempos del proceso psicoterapéutico ya iniciado formalmente es necesario focalizar la atención en el proceso de comunicación que se da entre el consultante y el profesional teniendo como objetivo primordial la sintonía entre los aspectos afectivos, actitudinales, cognitivos y comunicacionales que aparezcan relacionados no solo con la persona del terapeuta, el proceso psicoterapéutico y las problemáticas del consultante, sino también en como codifica, percibe, decodifica y utiliza el consultante lo que se dice durante el proceso de comunicación terapéutica.

Los consultantes ni perciben todo ni tal cual el psicoterapeuta formula sus intervenciones.

Los consultantes pueden percibir las intervenciones psicoterapéuticas:

- Integra y cabalmente.
- Parcialmente.

- Tergiversándolas.
- Reinterpretándolas de manera inversa u opuesta.
- Postergando su comprensión.
- Impermeabilizándose completamente ante ellas.
- Rechazándolas activamente.

Los diagnósticos implican además la responsabilidad de los profesionales en otros dos procesos: I) La prevención de posibles desarrollos del curso del cuadro clínico y sus eventuales pronósticos de riesgos.

II) Los riesgos inmediatos y mediatos tanto para el consultante mismo como para otros.

El pronóstico se refiere a los eventuales desarrollos futuros del curso de la problemática y de las medidas a adoptar para prevenirlas.

Diagnóstico y pronóstico son etapas iniciales, previas al abordaje psicoterapéutico propiamente dicho; aunque la movilización intrapsíquica que genera la decisión de efectuar consultas ya presenta el germen de resultados terapéuticos.

De esta manera, el abordaje terapéutico que general y tradicionalmente se circunscribía a la consideración de la queja inicial, pasa a generar un efecto global y abarcar al desarrollo integral de la persona que consulta.

Los diagnósticos no son categorías lapidarias invariables y definitivas. Concebirlas así, induce al pensamiento a percibir siempre lo mismo de manera auto convincente. Esto impediría el cambio y por ende, resultaría iatrogénico.

Hay que tener presente que la ciencia no es la posesión de la verdad sino simplemente la búsqueda permanente de ella, basándose en evidencias objetivas constantemente renovadas.

Es necesario tener presente que todo lo que humanamente se sabe, son apreciaciones fundadas pero, falibles y provisionales: ninguna ley ni saber científico es eterna y deberá corregirse constantemente en relación con la eficiencia y eficacia que demuestre.

Lo que se sabe sirve para iniciar el trazado planes de acción para el abordaje operativo.

El que se enamora de un saber y lo pretende por convicción sacralizada, lo convierte en mito y se desengancha de la realidad galáctica. El conocimiento científico no es dogmático, cerrado,



sino que es permeable y en constante revisión. El diagnóstico es un requisito legal, básico para la planificación del abordaje profesional operativo; en cualquier especialidad de la psicología consiste en:

- La recopilación de información significativa para, reconocer y fundamentar científicamente lo que se considere como:
- La naturaleza nuclear de la consulta que se efectúa.
- Los riesgos y urgencias de lo que aqueja al consultante (esto, referido a cualquier especialidad).
- Identificar, evaluar y neutralizar las emociones y actitudes adversas presentes en el consultante, respecto de: Las dificultades que padece, vínculo afectivo-cognitivo que establece con el profesional y la actividad profesional que está recabando.

El objetivo de este proceso es comprender la índole de lo que aqueja al consultante y justificar científica y legalmente las estrategias, tácticas y decisiones profesionales que se adopten.

En el terreno de la psicopatología, puede aparecer la tentación de dar preeminencia a un enfoque biológico o psicólogo con respecto a la etiología principal de un trastorno o a su abordaje.

En algunos casos, la sintomatología puede inclinarse hacia un polo y en otros casos, hacia otro. Pero la responsabilidad profesional debe guiarse por principios de eficiencia, eficacia y celeridad.

Síntesis del desarrollo de la elaboración diagnóstica

- Entrevista libre de recepción; entrevista mixta.
- Focalización y contextualización de la queja.

Evaluación psicoterapéutica: consideración, exploración y evaluación de:

- A) La psicosemiología o sintomatología.
- B) La edad cronológica, etapa del desarrollo evolutivo del Consultante y la edad de inicio del trastorno y como “remite “(=desaparece) y/o responde a un tratamiento determinado.
- C) La epidemiología de las dificultades o distribución comprobada del trastorno en poblaciones específicas atendiendo a las categorías de características biológicas; raza; ámbito geográfico; clase social; nivel socio-económico-educativo

• Prevalencia: la probabilidad y proporción de presencia de un trastorno en función de las categorías de: edad y sexo.

• La etiología, o teorías referidas a la génesis de los procesos

• La clasificación de la variedad o tipo de trastorno, el reconocimiento y distinción de los rasgos específicos de un trastorno que los diferencian específicamente de otros parecidos o semejantes de otros cuadros psicopatológicos.

• Los factores de comorbilidad: co-existencia y/o convergencia de trastornos o factores psicopatológicos de diferentes patologías de acción simultánea o sucesiva); descartar la existencia de: uso, abuso, intoxicación y/o secuelas de:

• Drogas psicoactivas.

• Empleo de medicación de cualquier tipo (sus posibles interacciones y/o efectos secundarios adversos) y de automedicación.

• Presencia de otra enfermedad orgánica, larvada.

• Presencia de otro trastorno psicopatológico.

• Presencia de alguna intoxicación o infección.

• Condiciones, características y hábitos de vida, trabajo, alimentación y adhesión a dietas particulares e ingesta de “complementos dietarios”.

• Detección de la organización dinámica del circuito interaccional dialéctico familiar y social del Consultante.

• La posible evolución o devenir riesgoso de los rasgos de carácter y de los conflictos del Consultante en el presente y en el futuro.

Previsión de riesgos mediatos e inmediatos que dan cuenta de los peligros o dificultades que el profesional debe prever:

• Prognosis o pronóstico de la evolución del cuadro psicopatológico y alternativas del proceso de cambio a implementar y su evolución.

IV. Escala evaluadora sintomatológica funcional

La evaluación sintomatológica puede ser precisa según el rango de intensidad de los perjuicios que ocasione en: No significativos; leve; moderado; severo; muy severo.

Las consecuencias funcionales de los síntomas, pueden manifestarse como:

- 1) Síntomas de factores perturbadores reactivos al medio psicosocial, de carácter breve, superficial y controlable por el individuo; que no afectan su desenvolvimiento en ninguna de sus áreas o ámbitos de manifestación y desempeño.
- 2) Sintomatología leve con repercusión superficial, momentánea o transitoria, breve en el funcionamiento adaptativo en las relaciones interpersonales.
- 3) Sintomatología y dificultades moderadas, frecuentes
- 4) Sintomatología persistente, permanentes o estable pero circunscripta, focalizada en algún aspecto o función psicológica básica (atención, percepción, afectividad, etc.).
- 5) Dificultades, perturbaciones o conflictos que limitan, alteran o impiden el desarrollo y desenvolvimiento óptimo y pleno de las potencialidades del individuo en sus relaciones interpersonales.
- 6) Dificultades y perturbaciones que afectan de manera seria o significativamente el funcionamiento personal, social, estado de ánimo o del humor, la comunicación humana.
- 7) Dificultades y perturbaciones que afectan el funcionamiento interpersonal, social y las funciones de juicio, razonamiento y pensamiento, comprensión y adaptación al medio de manera disruptiva.
- 8) Conductas y comportamientos marcadamente influidos y alterados por la aparición de alucinaciones y delirios que afectan, deteriorando el desempeño: cognitivo, afectivo, interpersonal -académico, laboral y social.
- 9) Riesgo probable de provocarse consciente o inconscientemente lesiones graves a sí mismo y/o a otras personas; groseras dificultades comunicacionales y cognitivas, dificultades acentuadas para cuidar su propia alimentación, higiene personal y vestimenta.
- 10) Riesgo acentuado y permanente de adopción de conductas autolesivas y/o heterolesivas; deseos de matarse e intentos suicidas.

EN SÍNTESIS: ¿Qué aspectos se podrían considerar como indicadores del grado de gravedad de un cuadro psicopatológico y su sintomatología?

matología?

- La aparición: temprana o tardía.
 - El tiempo en que la sintomatología permanece instalada o afincada (espontánea, progresiva; transitoria; crónica).
 - La frecuencia de aparición de la sintomatología, bajo la forma de crisis o trastorno.
 - La intensidad de la sintomatología.
 - La amplitud de la afectación: puntual o focal; extensa (= alcanza a varias funciones psicológicas; relacionadas con el individuo mismo en un aspecto o área de su vida, con los otros).
 - El entrevistador es responsable del manejo de las preguntas que efectúa y de los comportamientos de sus consultantes.
 - Los informes, estudios, opiniones y diagnósticos de otros profesionales deben mantenerse en reserva. De inicio nadie puede basar sus precisiones diagnósticas, decisiones y acciones en opiniones de otros profesionales. ¡Equivocarse! ¡pero por uno mismo! Nadie puede justificarse por equivocarse por los errores de otros.
 - Explorar, evaluar, basarse en comprobaciones y recién luego, cotejar esto con lo que otros profesionales han pensado o diagnosticado. Pero no basarse en posibles o eventuales errores de otros. A los consultantes adultos, se les dirá directamente a ellos la verdad acerca de su problemática o del diagnóstico y pronóstico de su cuadro, no a sus parientes o a través de ellos.
- Si se trata de consultantes psicóticos, esto se transmitirá a familiares responsables de su entorno y convendría hacerles firmar el “consentimiento informado”.
- Con niños, en la medida en que comprendan y de la manera que les resulte comprensible, se les debe dar información completa respecto de lo que les ocurre. No obstante, los padres o responsables legales tienen la responsabilidad de la decisión acerca de si esa información, se le dará al niño o no, en qué momento y en qué medida se la brindará. La recepción o rechazo de este requisito también debe quedar asentado en el consentimiento informado.
- La confidencialidad (puede) quedar obviada solo ante:
- A) Requerimientos de juez competente.



B) Circunstancias graves que afecten la integridad de algún sujeto, planificación de delitos, abuso de menores, etc.).

Propuesta para el abordaje de un diagnóstico psicoterapéutico

Consideramos importante evaluar con atención los eventuales desarrollos prospectivos de la vida del consultante con un enfoque integral, holístico. Considerando no solo las experiencias del pasado, las situaciones del presente, sino también las condiciones probables del futuro.

Proponemos concretar este objetivo a través de la detección y consideración de la:

- Identificación, consideración y afrontamiento

de los riesgos: inmediatos y mediatos, para sí mismo y para los otros.

- Conflictividad Prospectiva Potencial: predicción de dificultades o de nuevos trastornos derivados de los cambios ante las dificultades.
- Cambios en las dificultades.
- Posibilidades de no cambio en los trastornos.
- El paso del tiempo y los cambios: biológicos, evolutivos personales, sociales de los otros, afectivos, en las interacciones con los otros e históricos del medio social.

1. La perspectiva temporal en los diagnósticos

Consideramos que el diagnóstico debe contener a las visiones:



- Factores etiológicos
- Factores predisponentes
- Factores precipitantes
- Factores coadyuvantes
- Factores agravantes
- Factores resilientes
- Actitudes del consultante frente a las adversidades

IDEM

- Factores perpetuantes
- Factores innovadores

Consecuencias de la :

I) Evolución del estado del trastorno, de su:

- a) Remisión
- b) Recidiva
- c) No remisión

II) Efectos en :

- a) El entorno social
- b) El propio individuo, y otros

III) Los cambios en las:

- a.) Condiciones
- b) Situaciones

Evolución de la inserción con:

- La realidad
- Contextual - situacional
- Interacción y articulación
- Factores potencialmente recidivantes, reactivantes
- Nuevos



Diagnóstico – Diseño y elección de Estrategia de Abordaje Operativo del Trastorno – Rehabilitación Inmunitaria frente a las viejas y eventuales nuevas dificultades:



Autonomía – Libertad – Potenciación del Consultante

“Situación”



Es el ámbito contextual que enmarca a los fenómenos, procesos o trastornos.

“Condiciones”



Son los factores intervinientes que actúan mutando, activando, diluyendo, neutralizando, efectos o consecuencia

LOS CAMBIOS EN LAS SITUACIONES Y EN LAS CONDICIONES DE VIDA



GENERAN CAMBIO EN LAS:

NECESIDADES / DESEOS

SUBJETIVIDADES

ASPIRACIONES / TENDENCIAS

Generan y/o condiciona y / o determinan
Cambios afectivos (emociones /sentimientos)
Cambios en el Estilo interaccional
Cambios conductuales / comportamentales



CASUÍSTICA DE DISEÑO DIDÁCTICO

Mujer de 26 años afectada por grave trastorno congénito autoinmune (artritis reumatoidea deformante).

Epicrisis diagnóstica

- Marcadas dificultades de locomoción, pérdida severa de independencia motora.
- Intelectualmente muy capaz; alcanza formación universitaria.
- Alta posibilidad de que en el lapso de un año, mediante cuatro intervenciones quirúrgicas para el reemplazo total de caderas y rodillas, recupere movilidad plena.

La patología motora ha desarrollado en la consultante un cuadro psicopatológico de carácter altamente: resentido, envidioso, tiránico, rechazante, hostil y agresivo con todos los que la quieren y cuidan (padres, hermano, primos, parientes cercanos y amigos).

Recibe psicoterapia psicoanalítica tradicional desde hace cuatro años. El foco del análisis se ha puesto en el fastidio que experimenta con sus padres, separados desde hace dos años, porque mantienen una relación respetuosa, cordial que ella no tolera y la califica de hipócrita. Toda la red social que la asiste y sostiene, tolera por la lástima y pena que inspira su estado y situación, las reacciones y exabruptos constantes de su carácter. La consultante ha desarrollado este comportamiento caracterológico en paralelo con el desarrollo de su enfermedad. Las inminentes intervenciones junto al proceso rehabilitatorio durará un año. Luego de este lapso, se asegura que podrá trasladarse motivadamente sin dificultades.

¿Qué cambios futuros son esperables en la evolución de esta situación?

Al desaparecer las dificultades motoras y dolores, recuperará libertad y autonomía de movimientos. Es muy posible que sus reacciones comportamentales se modifiquen parcialmente. Pero estas reacciones de antigua data ya son

un hábito actitudinal que por el tipo y persistencia de permanencia se ha independizado de sus causas originarias y ahora son sintónicas a su yo. La lástima de los otros desaparecerá. La lástima de los otros se convertirá entonces en: cansancio, fastidio, hartazgo, franco rechazo y posible abandono (si sus actitudes no se modificaran radicalmente).

Su presencia y el trato que dispense resultará entonces, insoportable a los que la han, querido, cuidado y soportado.

En síntesis, al desaparecer un trastorno aparecería otro independiente, autónomo del anterior, ligado ahora al cansancio, al rechazo y al cambio de actitudes sociales de los otros provocados por la persistencia de sus hábitos actitudinales y reacciones de intolerancia emocional social. Su antigua condición de vulnerabilidad, que antes le proveían de la conmiseración de los otros, ahora le granjean: rechazo, aislamiento social, soledad y nuevamente sufrimientos por motivos distintos de los anteriores

Este final anularía toda la efectividad del trabajo y esfuerzo realizado.

La evaluación y el desenlace de los trastornos deben ser previstos y prevenidos en el proceso diagnóstico. La posible evolución de un cuadro debe ser prevista en el diagnóstico y en la planificación de un plan psicoterapéutico.

REFERENCIAS

- Berrios, G. (1996). *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Buchan, J. (2003). *Capital of the Mind: How Edinburgh Changed the World*. London, UK: John Murray.
- Gauchet, M. & Swain, G. (1980). *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris: Gallimard.
- Jellinek, E. (2005). Sir James C. Browne. Pioneer Neurologist and Scientific Drop-out. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 98(9), 428-430. Doi: 10.1258/jrsm.98.9.428-PMC1199644.PMID 161400860

- Howels, J. (1975). *World History of Psychiatry*. Brunner, Mazel.
- Hubert, J.P., Fornari, P.H. & Le Gal, M. (1981). Place du médicament dans l'histoire de la psychiatrie. *Journal of Psychiatric Biology*, 1(3), 24-29.
- Kalinowsky, L. (1980). The Discoveries of Somatic Treatment in Psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 21(6), 428-435.
- Kahn, J. y Solomon, H. (1975). *Job's Illness, Loss, Grief and Integration*. New York: Pergamon Press Publ. Comp. Inc –USA.
- Kaplan, H. y Saddock, B. (1998). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Laín, E. (1970). *The Therapy of the Word in Classical Antiquity*. New Haven, London-Yale: University Press.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry*. UK: John Wiley.
- Smith, G. D. (2010). The Antecedents of Epidemiological Methodology in Arthur Mitchell's: Surveillance and Care of the Insane. *International Journal of Epidemiology*, 39(1), 25-30. Doi: 10.1093/ije/dyq013.
- Roccatagliata, G. (1873). *Storia della psichiatria antica*. Milán: Ulrico Hoepli
- Stok, F. (1980). *Concetto e trattamento dell'insania*. Studi Filo, Università de Pisa.
- Stonnie, M. (1997). *Healing and Mind .A History of Psychiatry from Antiquity to the Present*. New York: Prentice.
- Veith, Y. (1965). *Hysterias, the History of a Disease*. Chicago: University Press.
- Vezzetti, H. (1988). *El nacimiento de la psicología en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.

**Psychotherapeutic diagnosis: a new perspective.
Psychotherapies should be rehabilitatorias, enhancing resilience and as preventive,
non - perennial crutches.**

ABSTRACT

Diagnostic is a key step in achieving the best psychotherapeutic performances. "Mental" disorders were considered based on deeds, factors and life experiences, which had principally taken place in the past, during the first stages of human development. These events were considered the "etiology" or the main root of most behavior disorders.

Up to now the essential task of psychotherapists has been to disclose and bring to conscience those unconscious deeds and experiences to yield and broaden consciousness. This was considered the main and only way to eradicate symptoms and remove or cure disorders.

We intend to outline a new scheme to help to achieve wider aims.

Henceforth not only experiences but also present and future possible psychological development should be spotlighted in order to face likely consequences for the consultant's life.

This new approach should lead scientists to sharpen their minds in order to get a better understanding and foresee future scopes of overcoming difficulties or disorders.

Keywords: Diagnostic; diagnostic evaluation; diagnostic classification; Psychotherapy

INTRODUCTION

From immemorial times to cope with the adversities of life, human beings in the various fields of knowledge, were forced to call in an unequivocal manner to those processes or phenomena Y categorize them clearly to allow, exchange experiences, increase knowledge about the phenomena and to establish that s method applied to try to address them.

In the diagnostic step a research process which seeks to understand the essence of the phenomenon against which it is started.

There are many similar and similar facts; it is then a matter of establishing in a clear and precise way what the phenomenon that is considered is, that is, clearly distinguishing: What it is, and what it is not. From there, psychology and psychiatry accelerated their changes. We sought greater consensus and precision in the nomenclature used and began to emerge various attempts to establish systems of naming the pathologies that have an increasingly widespread and universal consensus.

Diagnostics: An historical review

Emil Kraepelin (1856-1926) was the most important German psychiatrist in Europe. Throughout the nineteenth century, he developed an

attempt to categorical diagnosis that was later used as the basis of American DSM diagnostic system.

Swiss neurologist Adolf Meyer (1856-1950) disciple of Morely, English evolutionist Thomas Huxley (1825 -1895) and Hughlings English neurologist Jackson, emigrated to Chicago, USA and dedicated to psychiatry motivated by a mental disorder of his mother; He moved to New York, became head of the Institute of Psychiatry of New York and was a professor at John Hopkins University where a powerful influence radiated throughout the United States.

The new adapted version, strongly shifted the focus of what s psychopathological disorders: l to focus shifted factors intra- psychic, subjective, to interactions between e l individual, their environment and their reactions and interactions in situations concrete.

Meyer introduced the C LASSIFICATION Kraepelin in USA. He emphasized aspects relating to the interaction between the half-environmental factors and personal details of the individual characteristics (this served as basis for the preparation of DSM I).

L new prospects as forced stop thinking about the disease is as metaphysical entities (like en-



tities or “things”) and start seeing them as manifestations of processes.

This change involves the displacement of subjective interiority of the subject, to relationships and processes “dialectical interactional s”. Thus, the new conception of the nature of the processes and psychic phenomena, n was framed in a context -anthropologic and communicational partner.

Subsequently, based on individual psychology conceived as immutable and universal, with Margaret Mead (USA, 1901-1978) as pioneer passed also consider studying these relations as: culture, gender roles and temperament.

Jurgen James Ruesch (Swiss Anthropologist 1910-1995) I had studied the relationship between ad psycho somatic Disease, communication, stress along with Gregory Bateson among others, re-discovered as a Shimmer subjectivity or social interactions; considering beings and all hum psychopathological life processes related. Bateson was an English anthropologist (1904-1980), which held that the mind, the spirit, thought and communication articulated with the outer dimension of the human body to form individual situation of each subject.

Abraham Kardiner called psychologists, ethnologists, anthropologists, sociologists, semioticians, psychiatrists (Harry Stack Sullivan, Erich Fromm, Ruth Benedict, Ralph Linton, Karen Horney, etc.), to develop a interdisciplinary job or forcing the psychoanalysis to make changes Theoretical and technical

Thus, it was born another psychopathology that put the emphasis on:

- The interactions
- The social crises
- The systems of beliefs and prejudices
- The communication systems
- The processes of encoding and decoding messages
- Diagnoses, differential diagnosis is, course, epidemiology, prevalence, comorbidity, multi-causal etiologies and something even more novel: the prevention.
- These changes prepared, induced and generated the need to reach a consensus establishing ob-

jective criteria as benchmarks for diagnostic

The need to find effectiveness, efficacy and efficiency in the results of psychotherapeutic approach methods that were used based on objectively validated tests was specified.

Thus, research on the results of psychotherapy were born and multiplied, and opened the way to expand the cognitive horizon and not just to know the phenomena, but the search for changes in situations, conditions and concrete possibilities of existence human with the intention of eradicating or diminishing, the causes of suffering and unhappiness.

Subsequently, emphasis was placed on the time it took to eradicate the difficulties in relation to the reasonable possibilities of average life of the people.

The voice of command that began to prevail, then became: Effectiveness and efficiency for change.

The sufferings and the slowness in the attainment of the achievements, the ineffectiveness in reaching the desired results, began to be considered malpractice or iatrogenic results and this later happened to be designated a criminal offense.

This change was made in the United States between the two great wars of the twentieth century. In France and in the rest of Europe, they discover it from the end of the Second World War.

Psychopathology is the product of the changes and evolution of:

- The scientific knowledge
- The life conditions
- Customs
- The ideas, concepts and expectations
- Possibilities of each culture and society
- The cosmovisions
- The values

Cultural changes and cosmovisions

Cultural-socio-institutional changes modify subjectivity.

New needs, aspirations, needs and ideals appear (speed, effectiveness, efficiency).

There are impulses to review concepts, metho-



dologies and foundations. New knowledge, theories, techniques and research appear that modify scientific beliefs and even, the professional work itself and even the object of study of the sciences. Thus, psychology was with Freud, the science of the unconscious.

With Bateson & Ruesch, the science of communication.

With Watzlawick, Fisch and Minuchin, the science of interactions.

The cosmovisions of the time condition or determine what is believed to occur, what is thought to be, what is necessary to do and how to do it.

If you start believing or suppose that the phenomena that occur are:

1) "The Will of God, or a proof of Him", then the induced attitude, consists of:

- Accepting the facts and settle.
- Imploring the grace of the liberation of evil.
- Rejoicing for the proof received.

2) "The demon / evil spirits": the induced attitude, will consist of:

- Imploring divine help
- Resisting, enduring the test that is transformed into heroic virtue.

3) "The influence of the stars", then the induced attitude will consist of:

Expecting that the stars are propitious with the modification of their celestial orbits for change, waiting with resignation and hope.

4) Jay Haley defines psychology as: "the science of change".

But, "being" is different from "being - perceived".

All our knowledge are schemes of reality; but they are not reality.

That is why we live permanently discovering known facts that are infinite and unfinished unknown-known-unknown. The more we know about them, new enigmas come up and we must rectify or change theories.

In addition, reality itself also changes.

"The understanding of the personality depends on the organization and interpretation of the personality of the observer, the more complex the

organizational and interactive structure of the interpreter, the greater will be their capacity to observe and interpret the personality of another. Observation cannot be separated from the observer because the observed thing has meaning and acquires structure only through the process of interpretation of the observer, without which, no event would have meaning. "

For this reason is that knowledge, assumptions and knowledge must be validated with the results, effects and consequences that determine (= "know" for their "fruits"), not by the perceptions, preferences, conflicts, needs and fanatized interests of the adherents.

Influence of social changes in the approach of difficulties and human disorders

Changes in culture, situations and living conditions, modify subjectivity.

Within various social changes, the search for efficiency, efficiency and speed in the resolution of the problems appear; which leads to the incessant search for new knowledge and methodologies to address the difficulties; more precise investigations; new theories, techniques and even changes in the object of study of science.

Both in societies, institutions, groups and individuals manifest themselves: perceptions, beliefs, difficulties, limitations, dysfunctions, conceptions, prejudices, discriminations and stigmatizations that constitute perspectives of focus of events that determine situations and conditions that promote, hinder or prevent: worries, feelings of fear, shame, guilt and anguish, generating individual suffering and disturbances social.

In 1960, the World Health Organization encouraged the organization of a global program involving scientists and researchers from more than 30 countries to agree on classification and diagnostic systems.

Two working teams emerged, a European team that developed the "International Classification of Diseases" = "ICD" and another, in the United States, sponsored by the American Psychiatric Association that developed the "Diagnostic



and Statistical Manual of Mental Disorders” = “DSM”.

The objective of both classification attempts was to be able to establish diagnoses based on verified and consensual information among specialists belonging to different cultures and different theoretical training who agreed to distinguish the pathologies and their psycho-semiological features in relation to the variables: chronological age, sex, stage of evolutionary development, epidemiology and prevalence, types, course, differential diagnosis and comorbidity.

So far, diagnostic studies have looked at the temporal categories of the past and the present. It is now also necessary to consider and evaluate systematically, on the part of the professional, what are the expectations, alternatives, possibilities and risks, or foreseeable difficulties that may appear in the immediate / mediate future depending on the removal of the disorder for which consultation is requested, as well as its eventual non-removal.

This is precisely the proposal that we offer, the need for:

Including in the diagnostic exploration not only the temporal dimension of the past and the present, but also the future.

Psychopathological classifications

Societies, institutions, groups and individuals can present diverse dysfunctions: impediments, limitations and difficulties that result in source of: concerns, disorders, fears, shame; that is, different forms of suffering that generate anguish.

The situations, norms and customs in which the individual is immersed, present:

Negative effect: Because they disturb, worry, get sick.

But in addition to the mentioned effect, one can observe:

Positive effect: According to the intensity of the dysfunctions and the relationship that this intensity has with the circumstances generating resilience.

The factors related to health and illness are intertwined, confused and affect the perception

of the facts, what corresponds to do or how to face them and the procedures that must be applied, etc.

These are influenced by the cosmovision of the time and individuals, the knowledge available, professional experiences, beliefs, interests, needs and risks in the face of power, and / or losing power.

Sciences collect, group, classify, knowledge data in series, classes. They establish descriptions of stable regularities in the presentation, evolution and outcome of the phenomena of their respective objects of study. (Hippocrates, Linnaeus, Mendeleieff).

The observations allow us to classify more or less stable or persistent regularities that characterize psycho-semiological features:

a) Identical or similarity to many individuals or cases, categorize what it is “normal” or “health”.

b) The different categorizes what it is “disease”, “abnormality” or pathological “.

The criteria of normality are parameters of consideration that involve biological, economic, anthropological-cultural, philosophical-religious, experimental, evolutionary, legal, political, and statistical aspects.

These facts require that we question ourselves about:

- 1) What to take into account to classify a behavior as pathological?
 - 2) A single criterion or variable? Or several?
 - 3) The disturbing trauma? The conflict? The effects? The intervening factors?
 - 4) The evolution of the processes?
 - 5) How does it affect our own observation of the facts?
 - 6) In our beliefs? In our belief inferences? In our deductions? In our deductions or inferences of beliefs?
 - 7) What elements or factors build or generate diseases or pathologies?
 - 8) The vicissitudes of the drive? The early emotional learning? The lack, confusion or subversion of: models and values? In the change of goals and objectives of life?
- In the suffering of different forms of abuse or



abandonment? Or in having been brought up negligently?

9) In communication systems: defective and internalized contradictions? In the conditioned reflexes, programmed in the cognitive-emotional architecture, that condition or determine the: think / feel / desire / act? In the biological organization? The genetic, hereditary factors? The family / social / generational models? The stimulus-environmental situations?

10) How did we learn to see and consider phenomena?

11) Do we apply criteria that we were taught in an era? Do they apply today?

Objectives of psychopathological classifications

The application of classification systems intends:

- Distinguish and differentiate patients affected by difficulties.

- Recognize similar common psycho-semiological characteristics present also in other difficulties, with precision.

- Know the alternatives of the evolution of the course of the disorder.

- Establish with what type of approaches or treatments most effectively and efficiently refer the difficulties: In reactive behavior disorders in childhood or puberty; in disorders due to an organic condition of medical treatment; in the disorders or difficulties resulting from addictions; in post-traumatic stress disorders and adaptation disorders, to establish the diagnosis, the tendency has prevailed, to emphasize the etiology. In etiology, it is important to draw up plans for a therapeutic approach in a determined theoretical psychological orientation. The etiological location is important to implement and execute a psychotherapeutic treatment, adopt precautionary measures against foreseeable risks in the prognosis.

The majority of disorders are multi-causal; some diagnoses do not need etiological identification: different causes must converge so a disorder occurs.

Among the psychopathological disorders, different etiological factors can be recognized:

- Biological: Hereditary, congenital, acquired; squeals of serious, disabling diseases; chemical intoxications, radioactive.

- Constitutional: Age, race, social class, socio-economic and cultural status. (Mainly during childhood, childhood and adolescence); general health conditions, education work and life in general.

- Existential-accidentals: Early orphanage, abductions, kidnappings, serious accidents, sexual or psychological war, emigration abuse; various "borderline experiences".

- Partner-family members: Psychosocial stress (individual, personal and / or social, extensive: political-economic-social - cultural crisis that constitute frames of reference

- Conditions or determinants of existential possibilities of the individual, through models, incentives, requirements, customs, mandates, prohibitions, prejudices, rejections and penalties; that is to say, of the whole set of socio-cultural regulations of the individual and social behavior that begins with the upbringing from birth.

- Making personal choices and decisions that affect styles, goals and life chances of people marking paths of life.

- Media and social networks: They show, encourage, teach, train and habituate behaviors, aspirations, tendencies, ideals, goals and life goals.

- Lifestyles chosen and adopted by peers: The ideals, trends and lifestyles; already in childhood and more accentuated in adolescence.

- In post-modern societies, the lifestyles of peers replace parents and educational institutions as frames of reference that generate values, stimuli and behavioral models.

Note: This expository order does not indicate preeminence among the factors.

New perspectives in focus

A) Categorical classifications: They are based on hierarchical features linking factors and variables involved in disorders or psychopathological difficulties.



B) Dimensional classifications: Instead of using hierarchical categories represent a “continuous” dimension which focuses on the intensity of semiological signs appearing.

C) Uniaxial systems: Try to focus on the description of dysfunctions syndromes.

D) Multiaxial systems: Specify and evaluate the various dysfunctionalities that manifest on different categories of functions or basic processes of personality: I Source Intelligence, memory, job performance, social adjustment, etc.

The DSM-IV is a multiaxial system that seeks to establish consensus as to:

- Operational criteria
- What specific symptoms must be present
- How many symptoms must be registered
- How long symptoms must be present and also what exclusion criteria would be considered

The diagnostic processes diagnostic interviews

Diagnostic processes are developed and produced in the course of interviews.

The interviews can be:

1) “Free”: No specific directive.

After the presentation greeting, the interviewer can express:

“What brings you here?” “What can I help you?”

In the free interview, the consultant, according to his intrapsychic dynamics through communication (analogical - digital), exposes and displays the motives and intentions by requesting the consultation.

2) “Mixed” Here, the interviewer is more involved, in one way more active, taking up expressions or comments from the interviewed and requesting for clarification, to gather additional information.

3) “Closed”: It is the dialogue circumscribed to concrete, specific questions and answers.

I Contextualization of the difficulty or “complaint”

The interviewer guides and directs the observation and interrogation frame very specifically for the characteristics and circumstances in which the difficulty appears:

“What?” (What the difficulty or problem is) - “How, what features appear?” - “When comes” (= at that time / circumstances / situations) - “Where, where areas “-” How / to whom -that?”; “Since when happens?” - Which is the “intensity” difficulty “(measurable from 0 to 10) -”Come and go”-” When is it worse “? ”When less?” “When not happen?”

“Were there overcoming attempts difficulty? ¿What these attempts were they? What results were achieved? “.

“Were there any treatments? - “What kind?”; “What results were obtained?”.

“Was there or there or after difficulties or illnesses? “(Current and past): “What sequels persist?”

“What results were obtained?”; “Was medication used?” (What age?; What medication ?; What was the dosage,? How long was administered?).

Have you suffered: accidents, severe burns, traumas, traumatic and decisive experiences; at what age, part d and to whom; squeals remnant?

What people commented on this difficulty? What they said or felt?

What do you think or what they think they said?

What do you attribute UD. This difficulty that afflicts you?

Is there presence of addiction / alcoholism? (Type, dose, frequency,? At what age?) Recent and current diet (which ingests and how things; Why what grounds?).

¿Swallowed “dietary supplements” “What?” - “How?”
Receives any other medication; self-medication; Why? Since When?, With what? At what dose?

Labor activity: “What do you do?” “Hours and working conditions?”

Have you ever suffered intoxications and / or infections?

II. Diagnosis of the interactional-situational circuit

Psychopathological phenomena or processes are facts, emotions or feelings, reactions, behaviors



and consequences concatenated in circular antecedent-consequent sequences.

The interactional diagnoses are established considering:

- 1) The specific difficulty triggering the query.
- 2) The immediate and mediate risks of difficulties or disorders.
- 3) The objectives that the therapist set against the context.
- 4) The strategy of operational approach that designs.
- 5) The operational tactics chosen to effectively address the difficulty.
- 6) The decision to establish with whom to work (the family, the couple, a single member, etc.)
- 7) The appropriate precautions taken to adopt.
- 8) The predictive prognostic made.

Interactional diagnosis circuit facilitates recognition of what part of the sequence is convenient to intervene and facilitate change.

Diagnostic hypothetical guide

In the face of difficulty or complaint, consider and evaluate the characterization items of psychopathological disorders:

- Psycho-semiologic characteristics; types / varieties; age of onset, epidemiology, prevalence; etiology; course; differential diagnosis and comorbidity.
- Age, sex and stage of evolutionary development; customs and social values in force in the social environment.
- Assess their own behavior of evolutionary development.
- To explore, evaluate and rule out the incidence of interactional factors - socio - cultural - political - economic.
- Explore, evaluate and rule out the possibility that the difficulties are due to a fictitious disorder or simulation.
- Explore, evaluate and rule out the possible etiology of the disease or medical care of the disorder.
- To explore, evaluate and rule out that the symptomatology that is presented is not the cause or

sequel of another psychopathological disorder; another overlapping clinical medical disease; medication, self-medication, poisoning, infection or addiction.

- Explore, evaluate and rule out the possible consequences of abuse: physical, sexual, moral, and psychological; or of negligence (physical and emotional neglect), or other circumstances.

III. The diagnostics

The diagnoses present demands for both the professional interviewer and the consultants.

On the part of the professional interviewers, the requirements are: Suitability, sincere, frontal attitude, respectful delicacy, calm and honesty.

These basic requirements (which do not exclude many others), generate empathy and affective attunement; which is what promotes that the consultants experience: Comfort in the relationship, security in the knowledge-power and confidence in the interviewer.

Interviewers / psychotherapists must have a reliable knowledge of the consultants, regarding: their expectations - beliefs - worldview - attitudes, before life in general, and their own lives in particular, their concerns or problems before an eventual therapeutic process.

The information that is collected about them, will allow to know:

How do you imagine a psychotherapeutic treatment? What do you expect from him?

If you can clarify and tune possible and frequent distortions on key issues, the treatments are more effective, faster and less difficult.

We propose, prior to the psychotherapeutic process, a brief process of "Psychoeducation", explaining to the client: What is a treatment? What is it? What is it done for?. What are your possible objectives? How it is carried out and explain and warn you seeking to avoid and prevent possible risks and dangers.

Detect and identify the character idiosyncrasy / trends / attitudes of the consultants.

The consultants may adopt distrustful, reactive, seductive, boycotting, frustrating, deceiving attitudes; complaining passive-dependent and others.



During the first stages of the psychotherapeutic process already formally initiated, it is necessary to focus attention on the communication process that takes place between the consultant and the professional, having as main objective the harmony between the affective, attitudinal, cognitive and communicational aspects that appear related not only with the person of the therapist, the psychotherapeutic process and the problems of the consultant, but also how the consultant encodes, perceives, decodes and uses what is said during the process of therapeutic communication.

The consultants do not perceive everything or what the psychotherapist formulates his interventions.

The consultants can perceive the psychotherapeutic interventions:

- Integrally and fully.
- Partially.
- Misrepresenting them.
- Reinterpreting them in an inverse or opposite way.
- Postponing understanding.
- Waterproofing completely before them.
- Rejecting them actively

Diagnostics also involve the responsibility of professionals in two other processes:

I) The prevention of possible developments in the course of the clinical picture and possible forecasts of risks.

II) The immediate and mediate risks for both the questioner himself and for others.

The forecast refers to possible future developments in the course of the problem and the measures to be taken to prevent them.

Diagnosis and prognosis are initial stages, prior to the actual psychotherapeutic approach; although the intrapsychic mobilization generated by the decision to make consultations already presents the germ of therapeutic results.

In this way, the therapeutic approach that was traditionally and traditionally limited to the consideration of the initial complaint, goes on to generate a global effect and encompass the integral development of the person who consults.

The diagnoses are not invariable and definitive lapidary categories. Conceiving them like this, induces thought to always perceive the same in a self-convincing way. This would prevent the

change and therefore, it would be iatrogenic.

We must bear in mind that science is not the possession of truth but simply the permanent search for it, based on objective evidence constantly renewed.

It is necessary to bear in mind that all that is humanly known are well-founded but fallible and provisional assessments: no law or scientific knowledge is eternal and must be constantly corrected in relation to the efficiency and effectiveness it demonstrates.

What is known, serves to start the drawing action plans for the operational approach.

The one that falls in love with a knowledge and pretends sacralized conviction, turns it into a myth and disengages from the galactic reality. Scientific knowledge is not dogmatic, closed, but is permeable and constantly revised.

The diagnosis is a basic operating planning professional approach, a legal requirement; in any field of psychology.

Consists in:

- Collecting meaningful information to recognize and scientific basis for what is regarded as:
- The nuclear nature of the consultation that takes place.
- Risks and emergencies of what ails the questioner (this refers to any specialty).
- Identify, assess and neutralize adverse emotions and attitudes present in the questioner about the present difficulties, the cognitive-affective link established with the professional and the professional activity to collect.

The aim of this process is to understand the nature of what ails the questioner and justify scientifically and legally strategies, tactics and professional decisions to be taken.

In the field of psychopathology, the temptation to give prominence to a biologist or psychologist approach to the main etiology of a disorder or the approach may appear.

In some cases, symptoms may lean toward one pole and in other cases, to another. But professional responsibility should be guided by principles of efficiency, effectiveness and speed.



Summary of the development of the diagnostic formulation

- Free interview of reception; mixed interview.
- Targeting and contextualization of the complaint.

Psychotherapeutic assessment: consideration, exploration and evaluation of:

A) Psycho-semiology or symptomatology.

B) The chronological age, stage of the development of the consultant and the age of onset of the disorder and how “remits” (= disappears) and / or responds to a certain treatment.

C) The epidemiology of the difficulties or proven distribution of the disorder in specific populations according to the categories of biological characteristics; race; geographical scope; social class; socio-economic-educational level

- PREVALENCE: the probability of presence and proportion of a disorder based on the categories of age and sex.
- Etiology: or theories concerning the genesis of the processes
- Classification of the variety or type of disorder: recognition and distinction of the specific features of a disorder that specifically differentiate from other similar or like other psychopathology.
- Comorbidity factors : co-existence and / or convergence factors of psychopathological disorders or diseases of different pathological action simultaneously or successively); rule out the existence of use, abuse, intoxication and / or sequels of:
 - Psychoactive drugs.
 - Any kind of used medication (their possible interactions and / or adverse side effects) and self-medication.
 - Presence of other organic, latent disease.
 - Presence of another psychopathological disorder.
 - Presence of any poisoning or infection.
 - Conditions, characteristics and lifestyle, work, food habits and adherence to intake particular diet or “dietary supplements”.
 - Detection of the dynamic organization of the familiar and social dialectical interactional circuit of the consultant.

- Possible evolution or becoming of character risky traits and conflicts of the consultant in the present and in the future.

Forecast mediate and immediate risks that account for the dangers and difficulties that the professional must prevent:

- Prognosis of psychopathological picture evolution and alternatives of the change process to implement and its evolution.

IV. Appraising scale of the functional symptomatology

Symptomatology evaluation can be clarified according to the intensity range of the damages caused in: Not significant; mild; moderate; severe; very severe.

The functional consequences of symptoms can be manifested as:

- 1) Symptoms of disturbing factors reactive to psycho-social medium, short, shallow and controllable by the individual; which do not affect their development in any of its areas or areas of demonstration and performance.
- 2) Mild symptoms with superficial, momentary or transient impact, short in adaptive functioning in interpersonal relationships.
- 3) Frequent and moderate Symptoms and difficulties
- 4) Persistent, permanent or stable but circumscribed symptoms, focusing on some aspect or basic psychological function (attention, perception, emotions, etc.).
- 5) Difficulties, disturbances or conflicts that limit, alter or impede the development and optimal and full development of the potentialities of the individual in their interpersonal relationships.
- 6) Difficulties and disturbances affecting so serious or significant personal functioning, social, mood or mood, human communication.
- 7) Difficulties and disturbances that affect interpersonal and social functioning, and functions of judgment, reasoning and thinking, understanding and adaptation to the environment so disruptive.
- 8) Behaviors markedly influenced and altered by

the appearance of hallucinations and delusions impairing the performance: cognitive, emotional, academic, interpersonal, labor and social.

9) Consciously or unconsciously probable risk of provoking serious injury to oneself and / or others; grosser communicational and cognitive difficulties, emphasizing the care of own food, personal hygiene and clothing.

10) Marked and permanent risk of adopting self-injurious and / or heterodamaging behavior; desire to kill and suicide attempts.

IN A NUTSHELL: What aspects could be considered as indicators of the degree of severity of psychopathology and the symptoms?

- The appearance: early or late.
- The time when the symptomatology remains installed or settled (spontaneous, progressive, transient, chronic).
- The frequency of occurrence of symptoms in the form of crisis or disorder.
- The intensity of symptoms.
- The extent of involvement: focal point or; extensive (= reaching different psychological functions, related to the individual himself in one aspect or area of life, with the others).
- The interviewer is responsible for managing the questions made and behaviors of their consultants.
- The reports, studies, opinions and diagnoses of other professionals must be kept confidential. From the start, nobody can base their diagnostic precisions, decisions and actions on the opinions of other professionals. Make a mistake! But for oneself! Nobody can be justified by making mistakes because of the mistakes of others.
- Explore, evaluate, based on checks and only then compare this with what other professionals have thought about or diagnosed. But not based on potential or possible mistakes of others.

Adult consultants will be told directly the truth about their problem or the diagnosis and prognosis of their picture, not their relatives or through them. If they are psychotic consultants, this will be transmitted to family members responsible for

their environment and it would be convenient to have them sign the “informed consent”.

With children, to the extent that they understand and in a manner that is understandable to them, they should be given complete information about what happens to them. However, the parents or legal guardians are responsible for the decision about whether that information will be given to the child or not, at what time and to what extent it will be provided. The reception or rejection of this requirement must also be established in the informed consent.

Confidentiality (can) be obviated only to:

- A) Requirements by competent judge.
- B) Grave circumstances that affect the integrity of any subject, planning crimes, child abuse, etc.).

Proposal for the approach of a psychotherapeutic diagnosis

We consider evaluate carefully the eventual prospective developments of the consultant’s life with an integral, holistic approach. Considering not only the experiences of the past, the situations of the present, but also the probable conditions of the future.

We propose achieve this goal through detection and consideration of:

- Identification, consideration and coping with risks: immediate and mediate, for himself and for others.
- Conflict Potential Prospective: Predicting new difficulties or disorders arising from changes to the difficulties.
- Changes in difficulties.
- No change possibilities for disorders.
- The passage of time and changes: biological, evolving personal, social for others, affective, in the interactions with the others and historical of the social environment.

1. Temporary perspective in the diagnosis

We believe that the diagnosis should contain the following visions:



Retrospective	Present	Prospective
<ul style="list-style-type: none"> • Etiological factors • Predisposing factors • Precipitating factors • Cofactors • Aggravating factors • Resilient factors • Attitude to the adversity by consultant 	<p>IDEM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perpetuating factors • Innovative factors 	<p>Consequences of:</p> <p>I) Evolution of the state of disorder:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Remission b) Recurrence c) No remission <p>II) Effects in:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Social environment b) Individual himself , and others <p>III) Changes in:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.) Conditions b) Situations <p>Evolution of insertion with:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reality - Contextual - situational - Interaction and joint - Factors potentially relapsing , reactivating - New

THERAPIST'S OBJECTIVE

Diagnosis – Design and election of operational approach strategy of the disturbance – Immunitary Rehabilitation in the face of old and eventually new difficulties:

Autonomy – Freedom – Powering of the consultant

“Situation”

The contextual scope that frames the phenomena, processes or disorders.

“Conditions”

They are the intervening factors that act by mutating, activating, diluting, activating, neutralizing, effects or consequence.

CHANGES IN SITUATIONS AND LIFE CONDITIONS

GENERATE
CHANGES
IN:

NEEDS /
WISHES

SUBJETIVITIES

ASPIRATIONS /
TENDENCIES

Generate and / or conditions and / or determine
Affective changes (emotions / feelings)
Changes in the interactional style Behavioral
changes

Casuistry of Instructional Design

26-year-old woman affected by severe autoimmune congenital disorder (deforming rheumatoid arthritis).

Diagnostic epicrisis

- Marked locomotion difficulties, severe loss of motor independence.
- Intellectually very capable; reaches university education.
- High possibility that in the span of one year, through four surgeries for total hip and knee replacement, recovery of full mobility.

The motor pathology has developed in the consultant a psychopathological picture of highly character: resentful, envious, tyrannical, rejecting, hostile and aggressive with all those who love and care for her (parents, brother, cousins, close relatives and friends).

She has been receiving traditional psychoanalytic psychotherapy for four years. The focus of the analysis is on the annoyance she experiences with her parents, separated for two years, because they maintain a respectful, cordial relationship that she does not tolerate and qualifies it as a hypocrite.

The completely social network that assists and sustains her tolerates –due to her pity and grief of her state and situation-, the constant reactions and outbursts of her character. The client has developed this characterological behavior in parallel with the development of her illness.

The impending interventions by the rehabilitative process will last one year. After this period, it is assured that she will be able to move smoothly.

What future changes are expected in the evolution of this situation?

When the motor difficulties and pains disappear, she will recover freedom and autonomy of movements. It is very possible that her behavioral reactions are partially modified. However, these reactions of old times are already an attitudinal habit that by the type and persistence of state have become independent of her original causes and now they are syntonized to her self. The pity of

the others will disappear. The pity of the others will then turn into fatigue, annoyance, satiety, frank rejection and possible abandonment (if her attitudes are not radically modified).

Her presence and the treatment she dispenses will then be unbearable to those who have loved, cared for and supported her.

In short, at the disappearance of a disorder, another independent would appear, autonomous of the previous one, linked now to fatigue, rejection and change of social attitudes of others caused by the persistence of her attitudinal habits and reactions of social emotional intolerance. His former condition of vulnerability, which previously provided her with the commiseration of others, now earn her: rejection, social isolation, loneliness and again suffering for reasons other than the previous one.

This end, would nullify all the effectiveness of the work and effort made

The evaluation and outcome of the disorders should be anticipated and prevented in the diagnostic process. The possible evolution of a picture should be foreseen in the diagnosis and in the planning of a psychotherapeutic plan.

REFERENCES

- Berrios, G. (1996). *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Buchan, J. (2003). *Capital of the Mind: How Edinburgh Changed the World*. London, UK: John Murray.
- Gauchet, M. & Swain, G. (1980). *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris: Gallimard.
- Jellinek, E. (2005). Sir James C. Browne. Pioneer Neurologist and Scientific Dropout. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 98(9), 428-430. Doi: 10.1258/jrsm.98.9.428-PMC1199644.PMID 161400860
- Howells, J. (1975). *World History of Psychiatry*. Brunner, Mazel.

- Hubert, J.P., Fornari, P.H. & Le Gal, M. (1981). Place du médicament dans l'histoire de la psychiatrie. *Journal of Psychiatric Biology*, 1(3), 24-29.
- Kalinowsky, L. (1980). The Discoveries of Somatic Treatment in Psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 21(6), 428-435.
- Kahn, J. y Solomon, H. (1975). *Job's Illness, Loss, Grief and Integration*. New York: Pergamon Press Publ. Comp. Inc -USA.
- Kaplan, H. y Saddock, B. (1998). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Laín, E. (1970). *The Therapy of the Word in Classical Antiquity*. New Haven, London-Yale: University Press.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry*. UK: John Wiley.
- Smith, G. D. (2010). The Antecedents of Epidemiological Methodology in Arthur Mitchell's: Surveillance and Care of the Insane. *International Journal of Epidemiology*, 39(1), 25-30. Doi: 10.1093/ije/dyq013.
- Roccatagliata, G. (1873). *Storia della psichiatria antica*. Milán: Ulrico Hoepli
- Stok, F. (1980). *Concetto e trattamento dell'insania*. Studi Filo, Università de Pisa.
- Stonne, M. (1997). *Healing and Mind .A History of Psychiatry from Antiquity to the Present*. New York: Prentice.
- Veith, Y. (1965). *Hysterias, the History of a Disease*. Chicago: University Press.
- Vezzetti, H. (1988). *El nacimiento de la psicología en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.

