

# Transmisión del diagnóstico en psiquiatría y adscripción de identidades:

perspectivas de los profesionales

María Jimena Mantilla<sup>(a)</sup>  
Juan Pedro Alonso<sup>(b)</sup>

Mantilla MJ, Alonso JP. Communicating psychiatric diagnoses and identities: professionals' perspectives. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(52):21-32.

Health-related sociology and medical anthropology have extensively addressed the impact of diagnoses on patients' lives. However, the process through which diagnoses are communicated is still a matter that is dealt with very little in medical practice. The aim of this paper is to analyze professionals' opinions regarding communication of psychiatric diagnoses: whether, when and how to make one, among other dimensions. Using data from two studies based on interviews with psychiatrists in the city of Buenos Aires, this paper argues that the decision on whether to communicate the diagnosis depends on the significance that the professionals place on the diagnostic categories. The doubts that characterize the act of communication are related to the difficulties in embracing a paradigm for diseases that is free from subjective assessments.

**Keywords:** Diagnosis. Psychiatry. Mental health. Communication.

La sociología de la salud y la antropología médica han tematizado extensamente las consecuencias de los diagnósticos en la vida de las personas. Sin embargo, el proceso por medio del cual los diagnósticos se transmiten constituye un aspecto poco abordado de la práctica médica. El objetivo de este artículo es analizar la perspectiva de profesionales acerca de la transmisión de diagnósticos psiquiátricos: si hacerlo o no, cuándo y cómo, entre otras dimensiones. A partir de datos provenientes de dos investigaciones, basadas en entrevistas en profundidad con psiquiatras de la ciudad de Buenos Aires, el artículo sostiene que la decisión de comunicar o no el diagnóstico depende del sentido que los profesionales atribuyen a las categorías diagnósticas. Las dudas que caracterizan el acto de transmisión son parte de las dificultades de asumir el paradigma de la enfermedad libre de valoraciones subjetivas.

**Palabras-clave:** Diagnóstico. Psiquiatría. Salud mental. Transmisión.

<sup>(a,b)</sup> CONICET - Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Pte. J. Urriburu 950, 6° piso, oficina 3. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. C1114AAD. jimenamantilla@yahoo.com.ar; juanpedroalonso79@gmail.com

## Introducción

El objetivo del artículo es discutir y analizar la perspectiva de médicos psiquiatras respecto a la transmisión del diagnóstico en el campo de las enfermedades mentales desde una perspectiva interaccionista.

En medicina, el diagnóstico valida aquello que se considera enfermedad, explica y da sentido a los síntomas y legitima la experiencia de enfermedad y el estatuto social del enfermo, así como la autoridad médica sobre determinados padecimientos y malestares<sup>1,2</sup>. Los estudios clásicos en antropología médica y sociología de la salud muestran cómo el diagnóstico funciona como un ritual que organiza, legitima y da sentido a situaciones de padecimiento, al tiempo que enmarca la relación médico-paciente<sup>3-6</sup>. Las características diagnósticas definen, predicen y al mismo tiempo ayudan a constituir la realidad que identifican. Como señala el historiador Charles Rosenberg<sup>7</sup>, si bien el diagnóstico siempre ha sido central para la medicina, los procesos de tecnologización y burocratización que se dieron en las sociedades occidentales en las últimas décadas han acentuado esta centralidad. La identificación de marcadores biológicos a partir de pruebas de laboratorio o de estudios por imágenes (desde radiografías, ecografías, resonancias magnéticas hasta tomografías computadas, entre otros) constituye un aspecto central de la construcción de un diagnóstico.

En psiquiatría este modelo no funciona en tanto no existen marcadores biológicos concluyentes que indiquen el diagnóstico de patologías precisas<sup>8-9(c)</sup>. Desde la década de 1980 la psiquiatría biológica es una referencia creciente en el campo psiquiátrico, en particular en los Estados Unidos, pero con un impacto a nivel mundial, a partir de la aparición de la tercera edición del *Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales* (DSM-III), de la *American Psychiatric Association*, reconocido como uno de los factores responsables de la internacionalización del modelo norteamericano de psiquiatría<sup>10</sup>. Hasta el año 2013, el criterio diagnóstico utilizado por los psiquiatras era el establecido por la cuarta versión del manual (DSM IV), y recientemente se publicó una quinta versión<sup>11</sup>.

La psiquiatría biológica traza como presupuesto central que el cerebro es el órgano de la mente y los métodos y el vocabulario médico como los únicos legítimos en la investigación y descripción de los trastornos mentales. Desde esta perspectiva los problemas psiquiátricos se consideran trastornos neuroquímicos, y se propone un modelo de diagnósticos 'sindrómicos': la evaluación se realiza a partir de un razonamiento inductivo sumado a la presencia o ausencia de un conjunto de síntomas. Como señala Luhrmann<sup>12</sup>, la mayoría de los diagnósticos descriptos en el DSM son presentados como un *checklist* de criterios: para efectuar el diagnóstico basta con que el paciente tenga algunos de los ítems de la lista. Si bien en este modelo el diagnóstico psiquiátrico se plantea como una herramienta práctica desprovista de una caracterización ontológica (la valoración moral de una condición de salud), la transmisión del diagnóstico a los pacientes pone en cuestión la neutralidad de la racionalidad médica.

En Argentina, debido a la presencia del psicoanálisis y su influencia en la clínica psiquiátrica<sup>13,14</sup>, no todos los psiquiatras siguen el modelo de la psiquiatría biológica descrito: buena parte de los profesionales de esta disciplina que se desempeñan en los servicios de salud mental sigue una orientación psicoanalítica. Ello impacta tanto en la forma de concebir el diagnóstico como en la opinión que tienen acerca de la validez de transmitirlo. Desde la perspectiva psicoanalítica, la búsqueda del diagnóstico pasa por conocer la 'estructura psíquica' del paciente, por lo tanto, la tarea inicial es clasificar al paciente de acuerdo a las estructuras

(c) Si bien los avances de las investigaciones en neurociencia cognitiva sobre las bases cerebrales de la conducta son significativos, aun no es posible identificar marcadores biológicos unívocos vinculados con los diagnósticos psiquiátricos<sup>8-9</sup>.

psíquicas básicas desarrolladas por Freud<sup>15</sup>. La distinción entre las estructuras planteadas por Freud – psicosis, neurosis y perversión – permite establecer una estrategia terapéutica. Desde este enfoque, el diagnóstico es una herramienta orientativa para interpretar el recorrido biográfico del paciente, pero no una información válida para ser transmitida.

La sociología de la salud y la antropología médica han tematizado extensamente las consecuencias de los diagnósticos sobre la personas a quienes son aplicados, desde los estudios sobre la desviación<sup>16-18</sup> hasta los trabajos que abordan el impacto en la vida y la identidad en personas viviendo con enfermedades crónicas como el VIH/sida<sup>19-22</sup>. Sin embargo, el proceso a través del cual los diagnósticos son transmitidos (así como el impacto de esta actividad en los profesionales encargados de hacerlo) constituyen un aspecto menos abordado de la práctica médica<sup>2,23-26(d)</sup>.

La comunicación del diagnóstico en situaciones sensibles, en enfermedades crónicas y/o terminales como el VIH/sida y el cáncer, ha sido tema de reflexión sociológica (y ética) desde los estudios de Glaser y Strauss<sup>27</sup> sobre la gestión de la muerte en el hospital. En contraposición a las prácticas destinadas a no revelar información, en las últimas décadas se ha evidenciado un cambio de política en la revelación de los diagnósticos, en el marco de una tendencia a reconocer la autonomía y los derechos de los pacientes y de la emergencia del discurso de la bioética en el campo de la salud<sup>28</sup>. Esta tendencia a una mayor apertura, observada principalmente en enfermedades oncológicas y en países anglosajones<sup>29-31</sup>, en los que el tema ha sido más ampliamente tratado, no se ha manifestado de la misma forma en otras ramas de la medicina y en otras patologías, como se ha documentado en torno a algunas categorías diagnósticas en psiquiatría<sup>32-34</sup>. La validez predictiva limitada y la incertidumbre que rodea al diagnóstico en psiquiatría, así como la diversidad de criterios entre profesionales del campo “psi” y la carga de estigma que rodea a algunas etiquetas (por ejemplo la esquizofrenia), son algunas de las aristas que configuran la particularidad de la comunicación entre profesionales y pacientes en esta área de atención.

El artículo problematiza la transmisión del diagnóstico de enfermedades psiquiátricas desde la perspectiva de los profesionales de esta disciplina, examinando los significados atribuidos a determinadas categorías diagnósticas que inciden en la decisión sobre revelar o no información a los pacientes. Qué informar, a quiénes y de qué forma, preocupaciones que cruzan a los profesionales psiquiatras, no tienen respuestas unívocas. A partir de estos ejes se describen diferentes posturas de los psiquiatras respecto a comunicar los diagnósticos, tensionadas por la dificultad para asumir una perspectiva de la enfermedad mental libre de valoraciones subjetivas y del estigma aún asociado a determinadas categorías diagnósticas.

El artículo se basa en dos investigaciones: una etnografía en un hospital psiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires, en que se analizaron las prácticas y saberes de psiquiatras y psicólogos<sup>35</sup> y una investigación cualitativa que abordó las percepciones de los profesionales psi acerca del diagnóstico del trastorno límite de la personalidad<sup>36</sup>. El artículo examina la problemática de la transmisión del diagnóstico a partir del material recolectado en las entrevistas a profesionales de ambas investigaciones, complementado con datos provenientes de observaciones etnográficas<sup>(e)</sup>.

A continuación se abordan los motivos esbozados por los profesionales sobre la conveniencia o no de comunicar diagnósticos psiquiátricos, así como las formas en que este tipo de información se transmite en las interacciones con los pacientes.

<sup>(d)</sup> La transmisión de información médica ha sido analizada por la línea de estudios que examinan los aspectos comunicativos de la relación médico-paciente<sup>23-26</sup>. Estos trabajos hacen foco en la forma en que los profesionales comunican información técnica en la interacción con los pacientes, y el grado en que estos comprenden esta información, variable según el estrato social o la familiaridad con categorías médicas (la “capacidad médica”, en palabras de Bolstanski<sup>23</sup>). En este artículo interesa analizar la transmisión de información diagnóstica desde otra perspectiva, haciendo énfasis en la carga simbólica atribuible a determinadas condiciones nosológicas.

<sup>(e)</sup> La investigación etnográfica consistió en la participación en las rutinas de un grupo de psiquiatras y psicólogos en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires (observando en reuniones, guardias, salas de espera, discusión de casos clínicos y entrevistas de admisión) y en entrevistas en profundidad a veinte profesionales. Para la segunda investigación se realizaron veinte entrevistas a psiquiatras y psicólogos del sector público y privado.

## La transmisión del diagnóstico psiquiátrico

¿Informar o no informar, cómo hacerlo y en qué contextos? Estos interrogantes permiten sistematizar las perspectivas de los profesionales psiquiatras respecto a la práctica de transmitir información diagnóstica: ya sea comunicar de forma abierta esta información, enmascararla o evitar este tipo de intercambios.

### Informar o no informar

Una de las primeras cuestiones que incide en la decisión de informar o no el diagnóstico es la orientación del profesional en cuestión: psiquiatría biológica o psicoanálisis. Si bien los pacientes son descriptos a partir de su diagnóstico psiquiátrico (biológico), y el saber psicoanalítico es subsidiario respecto al diagnóstico, los psiquiatras de orientación psicoanalítica son en muchos casos renuentes a informarlo. En consecuencia, es factible que en algunas situaciones el enfoque psicoanalítico asumido por algunos psiquiatras actúe como freno a comunicar esta información.

Este tipo de situaciones han sido documentadas en la etnografía realizada en un hospital psiquiátrico, donde convivían profesionales de ambas orientaciones. Un ejemplo de la incidencia de la orientación en la inclinación a informar el diagnóstico puede ilustrarse en las discusiones de los profesionales del hospital sobre un paciente diagnosticado con el trastorno bipolar. El psiquiatra que lo atendía (de orientación biológica) pretendía que éste participara en un grupo de pacientes (la Fundación de Bipolares de Argentina), mientras otro psiquiatra que había supervisado el caso, de orientación psicoanalítica, se oponía aludiendo que participar en ese espacio iba a reforzar su "posición como enfermo" (Notas de campo, observaciones en reuniones de equipo).

En este tipo de situaciones se ven dos interpretaciones diferentes. Por un lado, la interpretación psiquiátrica (de orientación biológica) apelaba a la participación del paciente en el grupo como una manera de favorecer la adherencia al tratamiento y brindarle un espacio para compartir sus experiencias con otros pacientes. La interpretación psicoanalítica entendía que el grupo, por ser una asociación bajo el paraguas de un diagnóstico, podría resultar negativo para el paciente, corriendo el riesgo de promover su lugar de enfermo.

En suma, una primera cuestión que hay que considerar para comprender la problemática de la transmisión es la orientación del psiquiatra, ya que este posicionamiento genera una actitud más o menos favorable para comunicar el diagnóstico al paciente.

### Argumentos a favor de informar el diagnóstico

Los profesionales proclives a transmitir el diagnóstico refieren las ventajas de una comunicación abierta en términos de optimizar la adherencia y los resultados de los tratamientos. Para estos profesionales, informar a los pacientes sobre el diagnóstico facilitaría una serie de intervenciones y el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Como lo señala uno de los entrevistados:

"Los pacientes que tenés que trabajar mucho la conciencia de la enfermedad para que tomen la medicación, a largo plazo tenés que darles un diagnóstico, a mi criterio. ¿Porque sino con qué justificación le decís 'tomá, tome Divalproato de sodio toda la vida'? 'No, ¿por qué tengo que tomarlo toda la vida?' ¿Entendés? 'La verdad es que si no lo tomás, para mí lo que vos tenés es un diagnóstico de trastorno bipolar, si no tomás un estabilizador del ánimo vas a tener muchas más crisis'. Viste, para mí determinadas cosas hay que trabajarlas". (Entrevista a psiquiatra, orientación biológica)

Desde esta óptica, la inclinación a comunicar el diagnóstico responde a una lógica instrumental, sustentada en nociones como la 'conciencia de enfermedad' y la adherencia, principalmente en condiciones crónicas. Los requerimientos del tratamiento, entendidos como un compromiso a largo plazo de parte de los pacientes, implicarían que los profesionales brindarían información diagnóstica.

Otro aspecto señalado a favor de brindar el diagnóstico es evitar interpretaciones legas (de los propios pacientes o de familiares y allegados), que puedan ser contraproducentes o negativas para la integridad de los pacientes. La comunicación por parte de un profesional, para algunos entrevistados, reduciría los problemas que podría traer aparejado que un paciente obtenga información en otros contextos, como internet o de parte de otros pacientes. Una psiquiatra entrevistada ilustra este punto:

“El otro día, en la sala, un paciente estaba muy angustiado porque el equipo le había dicho a su hermana que él era un esquizofrénico, y la hermana fue y se lo dijo, y él que no tenía ni idea de qué es un esquizofrénico, fue y le preguntó a otro compañero en la sala, y el compañero de la sala le dice ‘un esquizofrénico es alguien que está loco toda la vida y que se pone muy agresivo’, y entonces este pobre chico estaba totalmente angustiado que iba a estar loco toda la vida y que se iba a poner agresivo con su familia. Entonces, en ese caso tal vez sí hubiera sido mejor trabajar el diagnóstico del paciente y no que lo descubra por su cuenta”. (Entrevista a psiquiatra, orientación biológica)

Tal como se observa en la cita, la posibilidad de brindar información médica es vista por los profesionales como una forma de guiar las interpretaciones de los pacientes a horizontes menos traumáticos, privilegiando la creación de un espacio de contención para este tipo de revelaciones.

Cabe destacar, entre los argumentos favorables a comunicar el diagnóstico, la ausencia de referencias a los derechos de los pacientes a conocer su condición de salud, reconocido en las legislaciones nacionales y locales vigentes<sup>(4)</sup>. A diferencia de otras especialidades, donde está más instalada la idea de que conocer el diagnóstico es un derecho de los pacientes (como en el VIH y en algunos países con el cáncer), este tipo de argumentos no fue invocado por ninguno de los profesionales. Esto podría vincularse con la falta de una política general que guíe las decisiones de información del diagnóstico. Más que basarse en protocolos o criterios establecidos *a priori*, en las decisiones sobre comunicar el diagnóstico los profesionales se ven influenciados por el modo en que conciben determinadas categorías diagnósticas. Sus propias ideas sobre la gravedad de tal o cual diagnóstico se convierten en una variable de peso a la hora de informar o no al paciente, como veremos a continuación.

<sup>(4)</sup> La Ley n° 26.742 de Derechos del Paciente y la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 consagran el derecho de los pacientes a ser informados de su condición de salud de forma adecuada y comprensible.

### Argumentos que justifican la decisión de no informar

Entre los motivos para no revelar esta información, las principales razones esgrimidas por los entrevistados son la gravedad de algunos diagnósticos, la percepción de dificultades para comprender el significado del diagnóstico en algunos pacientes, y casos particulares que desalientan este tipo de prácticas.

Con respecto a la gravedad del diagnóstico, aún los profesionales que identifican ventajas en informar a los pacientes coinciden en señalar que algunas categorías diagnósticas son problemáticas de transmitir, fundamentalmente porque comunicar estas condiciones acarrearía consecuencias negativas en la visión de los pacientes sobre sí mismos.

Diagnósticos como la esquizofrenia o el trastorno límite de la personalidad son señalados por algunos profesionales como difíciles de comunicar y de asimilar por parte de los pacientes y familiares. Como señalan Jutel y Nettleton<sup>2</sup>, las dudas e incertidumbres en torno a la comunicación de diagnósticos sensibles dan

cuenta del grado en que los profesionales reconocen la distinción entre la enfermedad – *disease* –, como condición fisiológica o biológica, y la experiencia personal de vivir con una condición de salud – *illness*<sup>37</sup>. En palabras de los profesionales entrevistados:

“La mayoría de los TLP [*trastorno límite de la personalidad*] no tienen diagnóstico, es como si fuera la nueva esquizofrenia, nadie les quiere decir que tienen eso, y entiendo que tiene que ver con la mala evolución, que es de mal pronóstico, y que no tiene cura o los resultados son bajos”. (Entrevista a psiquiatra, orientación biológica)

“Es como mandarlos al cadalso, decir ‘tenés TLP’, vas a sitios de Internet y si les decís a un esquizofrénico no comprende igual, pero para estos pacientes es como que les dijeras estás loco pero no tanto, entonces puede generar un empeoramiento”. (Entrevista a psiquiatra, orientación psicoanalítica)

La resistencia a informar sobre estos diagnósticos, por otra parte, coincide con las imágenes negativas que algunos profesionales tienen sobre este tipo de pacientes. La incomodidad que generan en las interacciones clínicas (los pacientes diagnosticados con TLP, por ejemplo, son considerados manipuladores), o las dificultades observadas para conseguir logros terapéuticos, generan actitudes de rechazo entre los profesionales<sup>38</sup>.

Otra de las razones, respecto a no informar el diagnóstico, ocurre cuando los profesionales consideran a los pacientes incapaces de comprender la información suministrada. Ya sea porque esta dificultad se deba a motivos asociados al diagnóstico, a la ingesta de medicación o a otras situaciones (el bajo nivel cultural o al consumo intensivo de drogas), en estos casos los psiquiatras evitan transmitir el diagnóstico no por temor al impacto de las imágenes negativas de algunas categorías sino porque dudan del nivel de comprensión intelectual de los pacientes. En palabras de un entrevistado:

“Es mucho más difícil trabajar la conciencia de la situación con un psicótico. Con un psicótico se complica, yo creo que incluso muchas veces puede llegar a ser contraproducente darles un diagnóstico. No pueden manejarlo, son psicóticos, no saben qué significa”. (Entrevista a psiquiatra, orientación psicoanalítica)

Por último, la cuestión de transmitir el diagnóstico coloca a los profesionales en una posición incómoda cuando se enfrentan con pacientes que no consideran problemáticos aquellos aspectos que los llevaron a una consulta psiquiátrica, o que no consideran estos problemas en los mismos términos que los profesionales. Un paciente que sufre de sensaciones de persecución, por ejemplo, considera que su problema no son los “delirios” o la “paranoia” sino el hecho de ser perseguido. Como lo refiere un entrevistado:

“Como que determinados pacientes podés como moldear qué respuesta le das y qué no, en relación a la patología que tiene. Al del ataque de pánico le podés decir ‘esto le va a calmar la ansiedad’, entendés, ‘lo que usted tiene es un síntoma ansioso y esto lo va a ayudar’. Pero a un psicótico no le podés decir ‘esto es para que deje de delirar’, ‘esto es para que no se preocupe tanto por el complot, o pueda dormir más tranquilo, para los miedos’. Hay uno que en la sala dice que se le abre la cabeza y se le van las ideas, ‘esto es para ayudar que las ideas se queden adentro’”. (Entrevista a psiquiatra, orientación psicoanalítica)

Como se expresa en el fragmento de entrevista, desde la óptica del paciente, éste no está delirando sino que su problema es el complot. De este tipo de desacuerdos entre perspectivas se nutre las resistencias a una transmisión clara y directa de un diagnóstico. A continuación analizaremos estos aspectos con mayor profundidad.

## Formas veladas de transmisión del diagnóstico

Ahora bien, ¿cómo se transmite (o no transmite) un diagnóstico, especialmente estos diagnósticos considerados graves y que presentan dilemas en los profesionales, en las interacciones terapéuticas? Como ocurre por ejemplo en los padecimientos oncológicos, en que la revelación del diagnóstico no se limita a un sólo momento<sup>29,30,39</sup>, la transmisión de este tipo de información en psiquiatría no puede pensarse como un evento aislado sino en el marco de una relación terapéutica que se extiende en el tiempo.

Según la gravedad o el impacto negativo asociado a determinados diagnósticos, éstos se comunican de formas sutiles, con explicaciones que en ocasiones recurren a eufemismos o metáforas a través de los cuales los profesionales buscan sostener a un paciente en tratamiento. El siguiente fragmento de una entrevista muestra cómo funcionan estas estrategias para comprometer a los pacientes con los tratamientos sin la necesidad de revelar un diagnóstico:

“Después con la esquizofrenia es más complicado. Tengo un paciente con primer brote esquizofrénico que nosotros lo estamos viendo más o menos desde fines de octubre y a él no, el diagnóstico no se lo dimos ni por casualidad; porque él viene también con una cuestión delirante, que un juez lo perseguía, entonces nosotros con lo que lo convencimos para darle la medicación, primero que nosotros nunca le negamos su delirio, tampoco se lo fomentamos, y siempre fue como decir ‘bueno, nosotros no podemos cambiar lo del juez, lo que podemos trabajar es con tu angustia’. Entonces como que lo convencimos por ahí, con que íbamos a trabajar con la angustia de él para que él estuviera fuerte y diera los pasos que tuviera que dar pero por su cuenta”. (Entrevista a psiquiatra, orientación biológica)

En algunos casos, estas prácticas se continúan entre profesionales o equipos, como sucede con pacientes con largas trayectorias psiquiátricas que no cuentan con un diagnóstico. Referirse a “un problema de relaciones”, “un problema de angustia”, permite dar cuenta de un problema evitando “poner un nombre”. Como se desprende de un fragmento de una entrevista realizada luego de participar de una entrevista en la guardia con una paciente con diagnóstico de esquizofrenia:

“Nosotros le explicamos [*a la madre de la paciente*] que cuando ella le pide que haga la cama, que lave la ropa, que tienda la ropa, que no es mala voluntad de María, sino que por la enfermedad le cuesta. ‘¿Y qué enfermedad?’, pregunta. Entonces, ahí nos miramos como diciendo ‘no se lo dijeron’. Como que ahí, nosotros le dijimos que no le íbamos a poner un nombre, le dijimos lo mismo: que no le íbamos a poner un nombre, pero que María tenía un problema de relaciones y por eso a veces tenía problemas familiares. [...] Y la verdad, no sé, me pareció raro que en tantos años de tratamiento acá en el hospital no se lo hayan dicho. Además, María ya tiene cinco años de tratamiento acá en el Hospital sino me equivoco. Y lo estamos viendo con un psicólogo, y él no sabe su diagnóstico y los padres tampoco. Porque de hecho, ella no se entera. Y los padres me dicen: ‘Doctor: ¿puede ser que la chica ande tan mal por una depresión?’. Entonces, yo dije o no lo saben o tienen cero conciencia de la enfermedad”. (Entrevista a psiquiatra, orientación biológica)

Como se desprende del fragmento citado, estas referencias veladas al diagnóstico son significadas por los profesionales como una forma de cuidado. En un artículo temprano, Goffman<sup>40</sup> analiza la comunicación de noticias que dañan la imagen del *self*, noticias que típicamente son dadas de forma de minimizar este daño. Para Goffman, en este tipo de interacciones lo que está en juego no es sólo el impacto en la imagen de sí de aquellos que reciben información desacreditadora, sino la incomodidad de quienes transmiten estas noticias. Reducir la intensidad del daño, en este caso, puede pensarse también como un modo de preservarse en situaciones de alta presión como la de transmitir

información diagnóstica. Frente a las inconveniencias que acarrea revelar determinadas categorías diagnósticas, algunos profesionales deciden transmitir el diagnóstico sólo si el paciente lo pregunta de forma explícita:

“Pregunta: Y con los pacientes el tema del diagnóstico, ¿vos les decís, como es eso de la relación con el paciente?

Respuesta: Yo... Depende del paciente, trato de decirle el diagnóstico, si me lo preguntan se lo digo, y si no me lo preguntan y son pacientes psicóticos, voy viendo, muchas veces no es necesario dar un diagnóstico”. (Entrevista a psiquiatra, orientación psicoanalítica)

El tipo de prácticas descritas (la negativa a informar, o hacerlo mediante metáforas o eufemismos) envuelven al diagnóstico en un halo de ambigüedad y misticismo que se aleja de la pretensión de neutralidad valorativa propia del modelo médico y de herramientas como el DSM. Varios profesionales señalaron que la visión del diagnóstico como una etiqueta, es decir ciertas imágenes extendidas sobre algunas patologías (y compartidas por parte de legos y profesionales, que reducirían la persona a un diagnóstico estigmatizante) obtura el proceso de transmitir información a los pacientes. Así lo expresaba un psiquiatra entrevistado:

“En Argentina las posiciones sobre el consentimiento informado son medievales. Lo central es para qué se quiere transmitir el diagnóstico y el problema es que tiende a ser usado como una etiqueta peyorativa”. (Entrevista a psiquiatra, orientación biológica)

### Formas abiertas de transmisión del diagnóstico

A contrapelo de estas prácticas donde se transmite información diagnóstica en forma velada, fueron identificadas formas abiertas de comunicación donde la transmisión del diagnóstico es producto de un proceso activo de intercambios entre profesionales y pacientes. Un profesional entrevistado da cuenta de cómo se involucra al paciente en el proceso de definición de un diagnóstico:

“Nosotros les damos manuales: de bipolar, de trastorno límite, distintas informaciones para que lean y les pedimos que nos cuenten con cuáles se sienten más identificados. Después revisamos juntos los criterios”. (Entrevista a psiquiatra, orientación biológica)

Este tipo de prácticas la encontramos entre los profesionales que consideraban al diagnóstico como una herramienta de trabajo conjunto que favorece el desarrollo de la relación terapéutica. Algunos entrevistados explicaban que el diagnóstico es útil para el paciente porque sirve “para dar un nombre a la experiencia de sufrimiento”.

Por otro lado, otro factor que incide para que el diagnóstico sea transmitido de modo abierto es el impacto positivo que podría tener tal noticia en el marco de una trayectoria psiquiátrica específica. Un relato etnográfico ilustra este aspecto: es el caso de un profesional que toma en tratamiento a una paciente con una larga trayectoria psiquiátrica, a quien en cada uno de sus tratamientos se la había considerado como una paciente esquizofrénica. El psiquiatra recibe a la paciente y comienza un proceso de indagación diagnóstica que lo lleva a reconsiderar y modificar el diagnóstico de esquizofrenia por el de trastorno límite de la personalidad. En este marco, la instancia de transmisión del nuevo diagnóstico se produce de modo abierto y es recibida con entusiasmo por parte de la paciente, dado que, comparativamente, el impacto de la categoría de trastorno límite es menor que la de esquizofrenia. En palabras de la paciente, “para mí tener esquizofrenia significaba que no podía hacer nada, en cambio el trastorno límite, es que tengo un problema, pero estoy bien”. (Notas de campo, observaciones en la sala de espera del hospital)

Las diferentes perspectivas sobre el diagnóstico y sus formas de transmitirlo se explican en parte por el tipo de diagnóstico en cuestión. Más allá de los consensos generalizados sobre el significado de una categoría diagnóstica, los modos en que cada profesional las interpreta impactan subrepticamente



en la cuestión de la transmisión. En el caso de la categoría de trastorno límite de la personalidad, como vimos anteriormente, muchos profesionales consideran que un rasgo central de estos pacientes es que tienen un comportamiento manipulador, excesivo, el cual no corresponde con un acontecimiento que pudiera haberlo desencadenado. Un fragmento de entrevista permite dar cuenta de cómo se expresa este tipo de nociones:

“La internación a los pacientes *border*, o con trastornos de personalidad, les sirve para demostrar lo mal que están. Entonces quieren internarse o quieren salir de la casa, huir de los quilombos internándose y van a la guardia y dicen me quiero matar, me voy acortar las venas o se toman un montón de pastillas donde saben que no se van a morir porque lo tienen ya recontra aprendido, pero igualmente es un intento de dar noticia”. (Entrevista a psiquiatra, orientación psicoanalítica)

Por el contrario, otros profesionales entienden el comportamiento de los pacientes como fruto de experiencias de sufrimiento devastadoras y se enfrentan a la anterior posición, que relativiza el sufrimiento por las actitudes que juzgan como intentos de manipulación: “Son pacientes muy criticadas, yo he escuchado decir a otros profesionales que los pacientes gozan. Nadie termina de aceptar el padecimiento horroroso de una paciente que te dice me siento con la piel despellejada” (Entrevista a psiquiatra, orientación biológica).

Estas diferentes posiciones repercuten directa o indirectamente en la inclinación a transmitir un diagnóstico en tanto revelan una concepción más o menos negativa de las categorías diagnósticas.

En suma, el proceso de construcción de significados acerca de las categorías diagnósticas es una dimensión central en la decisión profesional de transmitir o no el diagnóstico. Las propias interpretaciones de pacientes y profesionales reconstruyen y resignifican las categorías en una constante retroalimentación. En el caso analizado, las percepciones de los profesionales acerca del trastorno límite de la personalidad o la esquizofrenia tiñen y redefinen las definiciones médicas, y con ellas determinadas prácticas.

## Conclusiones

Las ambigüedades que rodean a la transmisión del diagnóstico ponen en tensión la supuesta neutralidad de las explicaciones psiquiátricas, ya que – como puede observarse en las prácticas veladas de transmisión – son los mismos profesionales quienes conciben a los diagnósticos psiquiátricos como otorgadores de identidades estigmatizadas. Los profesionales, en el acto de evitar transmitir o buscar explicaciones solapadas, contradicen su visión del diagnóstico como una condición médica sin implicaciones subjetivas negativas. Los intentos por evitar comunicar un diagnóstico revelan una mirada de los trastornos psiquiátricos próxima a la teoría de la desviación, en tanto práctica que otorgaría identidades estigmatizadas o estigmatizables<sup>17</sup>.

Estas cuestiones pueden ser leídas a la luz de la conceptualización de Hacking<sup>41</sup>, que analiza cómo interfieren las clasificaciones sobre aquello que clasifican, en este caso las enfermedades mentales y las personas catalogadas como enfermos mentales. Hacking analiza el proceso de negociación y transformación que se produce entre los miembros de la categoría de desviados y la propia categoría, y señala que las categorías psicopatológicas son ‘tipos humanos’, por lo cual se retroalimentan mutuamente los sujetos clasificados y los contenidos y el alcance de las categorías.

Tal como ha sido descrito en este artículo, las categorías diagnósticas se retroalimentan y modifican a través de las interpretaciones de las personas descritas por éstas y por quienes las utilizan para describir a otros. Además, la decisión de transmitir o no (y el modo de hacerlo), da cuenta de las dudas, especulaciones y certezas que atraviesan la práctica clínica, y que influyen en las formas de interactuar con los pacientes y en el sentido que asumen la totalidad de las intervenciones. Una vez transmitido, el diagnóstico impacta en la transformación de la identidad de los pacientes: el pasaje de *persona* a *paciente* se plasma a través del diagnóstico.

Por último, la problemática de la transmisión del diagnóstico ilumina las ambigüedades de las categorías psiquiátricas, en especial su histórico proceso de indefinición como condiciones médicas y su proximidad con evaluaciones morales. Las identidades psiquiátricas no implican solo el impacto del diagnóstico de una enfermedad mental, suponen un proceso de mayor alcance: la persona, sus vínculos y sus actividades cotidianas se encuentran mediadas por el universo psiquiátrico, en una distancia inseparable de la vida social regular. Tal como afirma Estroff<sup>42</sup>, la fusión de la enfermedad con la identidad se vincula con la cronicidad y por ello enfermedades como el VIH o el cáncer están mediadas por la experiencia de transformación identitaria, y en consecuencia corren riesgos de convertirse en identidades estigmatizadas. En el caso de los trastornos psiquiátricos, debido a que se hallan en el centro de la evaluación médica condiciones propias de la personalidad e identidad, estas transformaciones se dan de forma más radical. La cuestión de la estigmatización es difícil de evadir aún mediante argumentos médicos supuestamente neutrales: ésta se expresa de modos distintos según el tipo de diagnóstico, los supuestos que circulan detrás de cada categoría nosológica y el impacto que produce en cada trayectoria psiquiátrica.

### Agradecimientos

Los comentarios y sugerencias de los evaluadores permitieron enriquecer el artículo en forma significativa.

### Colaboradores

María Jimena Mantilla diseñó y condujo las investigaciones en que se basa el artículo, y ambos autores trabajaron juntos en el análisis de los datos y la redacción del manuscrito.

### Referencias

1. Jutel A. Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Soc Health Illn*. 2009; 31(2):278-299.
2. Jutel A, Nettleton S. Towards a sociology of diagnosis: reflections and opportunities. *Soc Sci Med*. 2011; 73:793-800.
3. Freidson E. La profesión médica. Barcelona: Península; 1978.
4. Conrad P. Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. In: Ingleby D, compilador. La política de la salud mental. Barcelona: Crítica; 1982. p. 129-54.
5. Kleinman A. *Writing at the margin*. Berkeley: University of California Press; 1997.
6. Good B. *Medicine, rationality and experience*. Nueva York: Cambridge University Press; 1994.
7. Rosenberg Ch. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experiences. *Milbank Q*. 2002; 80(2):237-60.
8. Dumit J. *Picturing personhood: brain scans and biomedical identity*. Princeton: Princeton University Press; 2004.
9. Rose N. The human sciences in a biological age. *Theory Cult Soc*. 2013; 30(1):3-34.

10. Aguiar A. A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2004.
11. Mantilla MJ. Diferencias y convergencias. *Newsweek Argentina*. 2013; 4:53.
12. Luhrmann T. *Of two minds: the growing disorder in American Psychiatry*. Nueva York: Alfred Knopf; 2000.
13. Plotkin M. *Freud en las pampas: orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*. Buenos Aires: Sudamericana; 2003.
14. Vezzetti H. *Aventuras de Freud en el país de los argentinos: de José Ingenieros a Enrique Pichon-Riviere*. Buenos Aires: Paidós; 1995.
15. Freud S. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu; 1992. v. 19.
16. Scheff T. *Being mentally ill: a sociological theory*. Chicago: Aldine; 1966.
17. Goffman E. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu; 1998.
18. Becker H. *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2009.
19. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Soc Health Illn*. 1982; 4(2):167-82.
20. Charmaz K. *Good days, bad days: the self in chronic illness and time*. New Jersey: Rutgers University Press; 1997.
21. Pecheny M, Manzelli H, Jones D. *Vida cotidiana con VIH/sida y/o con hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización*. Buenos Aires: Cedes; 2002.
22. Grimberg M. VIH-Sida, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIH. *Cuad Med Soc*. 2002; 82:43-59.
23. Boltanski L. *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Periferia; 1975.
24. Cicourel A. Interpenetration of communicative contexts: examples from medical encounters. *Soc Psychol Q*. 1987; 50(2):217-26.
25. Mishler E. *The discourse of medicine: the dialectics of medical interviews*. New Jersey: Ablex; 1981.
26. Thompson J. *Communicating with patients*. In: Fitzpatrick R, Hinton J, Newman S, Scambler G, Thompson J, editores. *The experience of illness*. Londres: Tavistock; 1984. p. 87-108.
27. Glaser B, Strauss A. *Awareness of dying*. Chicago: Aldine; 1965.
28. Rothman D. *Strangers at the bedside*. New York: Basic Books; 1991.
29. DelVecchio Good MJ, Good B, Schafer C, Lind S. American oncology and the discourse on hope. *Cult Med Psychiatr*. 1990; 14(1):59-79.
30. DelVecchio Good MJ, Good B, Munakato T, Kobayashi Y, Mattingly C. Oncology and narrative time. *Soc Sci Med*. 1994; 38(6):855-62.
31. Field D, Copp G. Communication and awareness about dying in the 1990s. *Palliat Med*. 1999; 13(6):459-68.
32. Atkinson J. To tell or not to tell the diagnosis of schizophrenia. *J Med Ethics*. 1989; 15(1):21-4.
33. Pinner G. Truth-telling and the diagnosis of dementia. *Brit J Psychiatr*. 2000; 176(6):514-5.
34. Mitchel A. Reluctance to disclose difficult diagnoses: a narrative view comparing communication by psychiatrists and oncologist. *Support Care Cancer*. 2007; 15(7):819-28.

35. Mantilla MJ. De persona a paciente: las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de la ciudad de Buenos Aires [tesis]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2010.
36. Mantilla MJ. Mito o diferencia: análisis de la femineidad en la construcción de diagnósticos psiquiátricos. Informe final. Buenos Aires: Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación; 2011.
37. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books; 1988.
38. Mantilla MJ. La construcción del diagnóstico psiquiátrico: un análisis de los saberes y prácticas en juego en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. *Ea Rev Human Med Estud Soc Cienc Tecnol.* 2011; 2(3):1-29.
39. Alonso JP. Manejo de la información sobre malos pronósticos y psicologización del final de la vida en cuidados paliativos. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 2011; 57(4):267-74.
40. Goffman E. On cooling the mark out: some aspects of adaption to failure. *Psychiatry Interpers Relat.* 1952; 15(4):451-63.
41. Hacking I. The looping effects of human kinds. In: Sperber D, Premack D, editors. *Causal cognition: a multidisciplinary debate.* Nueva York: Oxford University Press; 1994. p. 351-94.
42. Estroff S. *Making it crazy.* Londres: University of California Press; 1981.

Mantilla MJ, Alonso JP. Transmissão de diagnóstico em psiquiatria e atribuição de identidades: perspectivas dos profissionais. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(52):21-32.

A sociologia da saúde e a antropologia médica têm abordado extensamente as consequências do diagnóstico na vida das pessoas. No entanto, o processo por meio do qual o diagnóstico é transmitido é um aspecto pouco abordado da prática médica. O objetivo deste artigo é analisar a perspectiva dos profissionais sobre a transmissão de diagnósticos psiquiátricos: se fazê-lo, quando e como, entre outras dimensões. Usando dados de dois estudos com base em entrevistas com psiquiatras da cidade de Buenos Aires, o artigo argumenta que a decisão de comunicar ou não o diagnóstico depende do significado atribuído às categorias diagnósticas por parte dos profissionais. As dúvidas que caracterizam o ato de transmissão têm a ver com as dificuldades de abraçar um paradigma da doença livre de avaliações subjetivas.

*Palavras-chave:* Diagnóstico. Psiquiatria. Saúde mental. Transmissão.

Recebido em 17/03/14. Aprovado em 04/08/14.