

## PARTE IV. MARCOS TEÓRICOS DE LA ENTREVISTA DE EVALUACIÓN

### CAPÍTULO 9. LA ENTREVISTA DE EVALUACIÓN PSICODINÁMICA

Carmen Maganto Mateo

#### Introducción

#### 1. Conceptos básicos del modelo psicoanalítico y dinámico.

#### 2. La entrevista dinámica

- 2.1. El encuadre en la entrevista psicodinámica
- 2.2. La consigna en la entrevista psicodinámica
- 2.3. Objetivos de la entrevista
- 2.4. El rol de los intervinientes

#### 3. Pasos a seguir en el análisis de la entrevista

- 2.5. Demanda de la entrevista
- 2.6. Motivo de consulta manifiesto versus latente y significado de los síntomas
- 2.7. Análisis del estilo comunicacional
- 2.8. Mecanismos de defensa y ajuste a la realidad

2.9. Análisis de la transferencia y contratransferencia

2.10. Uso de las técnicas de intervención en la entrevista dinámica

2.11. Final de la entrevista

#### 4. Diagnóstico psicodinámico

4.1. Hipótesis diagnóstica

4.2. Diagnóstico estructural: psicosis, neurosis o borderline

4.3. Diagnóstico idiográfico

4.4. Diagnóstico de confrontación

4.5. Diagnóstico de la analizabilidad

#### Conclusión

## INTRODUCCIÓN

El modelo dinámico es una derivación del modelo psicoanalítico, cuyo máximo representante es Sigmund Freud (1856-1939). Ambos se derivan del campo médico-clínico, y a pesar de las críticas provenientes de los facultativos de la salud, nunca se ha desprendido totalmente de sus raíces, es más, el psicodiagnóstico que propugna está contaminado por este ámbito del saber. De hecho, mantiene los conceptos médicos y psiquiátricos tradicionales y habla de paciente y curación, abordando la tarea clínica en base a términos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Una revisión de los conceptos psicoanalíticos en los que se basa la entrevista psicodinámica ha sido realizada por Fernández-Ballesteros (2003) Garaigordobil (2008) y Maganto (1995; 2009). El estudio de Olabarria y Escudero (1993) confirmó el uso de la entrevista de corte dinámico en el ámbito profesional, por lo que es de interés conocer las bases de la entrevista, base de la evaluación y trabajo clínico del profesional psicodinámico.

En este capítulo se va a abordar los presupuestos conceptuales básicos del modelo psicoanalítico para entender el modelo psicodinámico, así como las principales diferencias entre ambos. El tema central de este capítulo se centra en la entrevista psicodinámica, el modo de realizarla y cómo analizarla. Finaliza con una breve aportación sobre las principales conclusiones diagnósticas que se derivan del análisis de dicha entrevista.

### 1. CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO PSICOANALÍTICO Y DINÁMICO:

Para el modelo psicodinámico, la conducta es considerada como síntoma, una manifestación externa de un conflicto intrapsíquico, que se origina por la pugna entre las tres instancias psíquicas dotadas de energía, ello, yo y superyo, que actúan según diferentes procesos, inconsciente, preconscious y consciente.

En una sucinta definición podríamos definir cada una de estas instancias psíquicas del siguiente modo:

- El “*Ello*” es fuente de toda energía y sede en donde radican los instintos. En el principio de la vida la persona está configurada por el Ello, energía que tiende a descargarse y buscar satisfacción. La búsqueda de satisfacción se denomina “principio del placer”. El principio primero y básico de funcionamiento es éste. Si no se consigue la satisfacción inmediata deseada no se descarga la energía y queda un remanente de energía que produce malestar en el sujeto y provoca el conflicto. Se explica la no satisfacción por las fuerzas represoras del Yo que entran en contraposición con las demandas sociales. El Ello, al ser de naturaleza instintiva, no se rige por la razón, la lógica y el orden. Es de naturaleza inconsciente. Su contacto con la realidad se vehiculiza a través del Yo.
- El “*Yo*” ejerce su actividad en conformidad y relación al “principio de realidad”, por oposición al anterior. Atempa y/o modula las demandas instintivas del Ello en función del contexto social, procurando dar satisfacción a ambas fuentes de exigencia: pulsionales y sociales. Se va desarrollando evolutivamente y madurando a través de la interacción con el mundo externo, en un progresivo proceso de identificación que parte del juicio comparativo entre imágenes externas e internas, hasta lograr ser la instancia que regula y controla la personalidad madura. Los complejos procesos psicológicos cognitivos, como la atención, memoria, percepción etc., son propios del Yo y ejercen de mediadores entre el Ello y el mundo exterior. Sirva de aclaración la expresión que recoge Bermúdez (1985, p. 237): “El Yo es la región del Ello modificada por la influencia del mundo exterior que se ejerce a través de la percepción, la cual es para el Yo lo que los instintos para el Ello”.
- El “*Superyo*” es la instancia que, obteniendo la energía del Ello, se enraíza en el Yo. Esta energía de naturaleza biológica configura dos fuerzas instintivas preferentemente: El instinto de vida y el instinto de muerte. En el instinto de vida se hace hincapié en el instinto sexual, y la denomina libido. El instinto de muerte se manifiesta preferentemente a través de la agresión y destructividad. El superyo viene a ser para Freud el código moral desarrollado por la internalización e identificación de figuras y normas parentales y sociales, que se reciben a lo largo de

la historia individual, y de donde derivan el sentido de censura y culpa o el sentido de satisfacción.

Es posible el conflicto entre estas tres instancias, y en base al tipo de conflicto y a los mecanismos de defensa que se propicien, Freud explica la estructura y funcionamiento de los trastornos psíquicos.

El comportamiento sería en realidad una muestra del intento de adaptación conseguida, con mayor o menor éxito, al mundo externo. Los aspectos y recursos adaptativos y patológicos son objeto de estudio en la dinámica comprensiva del sujeto. El diagnóstico se formula con clasificaciones idiográficas y se orienta preferentemente a lo dinámico y adaptativo.

#### **a) El concepto de infancia**

Se considera la infancia como el tiempo evolutivo en el que se integra la estructura del sujeto. En el concepto de infancia se integran cuatro aspectos claves para el psicoanálisis: estructura, sexualidad infantil, trauma y neurosis. Consideramos de interés detenernos en este aspecto por la importancia que tiene en la teoría psicoanalítica. En la infancia está el origen estructural de los trastornos, el desarrollo de la sexualidad infantil y sus implicaciones posteriores, las experiencias claves con las figuras significativas y la matriz de la posterior forma de transferencia. La conceptualización de la infancia es la piedra de toque para la aceptación o las resistencias al psicoanálisis

Las pulsiones internas determinan la estructura de la personalidad. Ésta se ha ido gestando a lo largo del desarrollo infantil priorizando una determinada zona erógena. Las pulsiones fundamentales son dos: a) la pulsión de vida "Eros", organizadora y unificadora, incluye pulsiones de autoconservación y sexuales. La energía psíquica manifestada por la pulsión de vida es la libido, la cual puede invertirse en objetos, este concepto es denominado por Freud como "catexis"; y b) la pulsión de muerte o

autodestrucción "Thanatos", uno de cuyos componentes principales es la pulsión agresiva.

La actividad psíquica se pone en funcionamiento por la pulsión, que es una energía que busca desde sus raíces corporales-biológicas expresarse en la conducta a través de representaciones mentales.

Esta perspectiva teórica no considera la infancia desde una perspectiva cronológica, sino que a diferencia de los modelos esencialmente biologicistas, madurativos o sociológicos pone su eje en una comprensión del sujeto que pivota sobre lo psíquico-estructural, aunque toma las aportaciones que hacen esas otras perspectivas. Lo que define su concepto de infancia es las posiciones que expresan formas estructurales de salud o enfermedad. Estas posiciones tienen que ver con los momentos de satisfacción vinculados a zonas de desarrollo (oral, anal, fálica) que estructuran el significado de la relación, si bien las fases de la libido es una de las cuestiones teóricas que en psicoanálisis requieren revisión a la luz de los conocimientos actuales sobre el desarrollo psicológico (Maganto y Avila, 2000).

Las etapas de desarrollo son momentos evolutivos a los que tiene que prestar especial atención el entrevistador cuando escucha y analiza la entrevista, por lo que se describen sucintamente:

- *En la etapa oral*, primer año de vida, la boca es la fuente principal de placer. Además, las satisfacciones eróticas derivadas de las actividades orales simbolizan el tipo de relación de objeto que el bebé establece con el mundo exterior, casi exclusivamente con la madre (objeto primario). El modo de relación es dependiente-protector, uno del par es débil y necesitado, el otro par es fuerte y protector. En la vida adulta hay personas que se vinculan preferentemente desde esta dependencia, con todas las connotaciones particulares que conlleva: necesidad de gratificaciones, sumisión, dependencia, placeres orales, vinculación fusional, etc.

- *En la etapa anal*, entre 18 meses y tres años, las actividades prevalentes derivan de actividades de expulsar o retener, en respuesta a la educación esfinteriana propia del momento. La relación objetal se establece en estrecho paralelismo a la relación del niño con la materia fecal y con las exigencias educativas paternas. Se pone en juego la autoridad como base de la relación. La persona elige una sumisión a las normas esfinterianas relegando absolutamente el placer anal, o bien una confrontación total y rebelde que no consigue el aprendizaje propuesto en el tiempo esperable. Las posiciones intermedias hablan de ajuste entre el placer anal las exigencias sociales. Las personalidades anales se estructuran en base a los dos polos opuestos. Por un lado está la personalidad anal-retentiva, que es sumisa, ordenada, pasiva, cumplidora, ahorradora, puntual, etc. y que satisface las exigencias propuestas con excesiva renuncia de las necesidades personales anales. Por otro se estructura la personalidad anal-expulsiva, que se manifiesta como contraviniendo las normas sociales, insumisa, contestataria, rebelde, gastadora, impuntual, poco considerada, etc. Una y otra tiene ciertas sus puntos de adaptación y de conflicto en función de la intensidad de las exigencias sociales y de la adaptación a las mismas.
  - *En la etapa fálica*, entre cuatro y seis años, la región genital pasa a ser fuente de placer y tensión, durante esta etapa se evidencia y constata la diferencia de los sexos y se establece el Complejo de Edipo. Predomina en esta fase la angustia de castración y buena parte de los sentimientos de culpa debidos al deseo del objeto prohibido. La capacidad de identificarse con la figura parental del propio sexo da lugar a la superación exitosa de esta etapa. Los conflictos fálicos y su resolución tienen gran importancia en la determinación de las relaciones adultas y las actitudes hacia el sexo opuesto. El Complejo de Edipo juega un papel estructurante en la personalidad y sus modalidades de resolución son determinantes para comprender cada estructura patológica (Maganto, 1995a).
  - En esta etapa se ponen en juego la envidia y agresión hacia personas muy queridas. La envidia que se manifiesta como el sufrimiento de que la persona a la que tanto quiero disfrute con otra persona u objeto que no soy yo, mi mamá con papá. Esto en la vida adulta se manifiesta de múltiples formas. Por ejemplo, la envidia de que mi marido disfrute con mi suegra o con el fútbol tanto o más que conmigo, entrando en rivalidad con este tercero y sintiéndome excluido de la relación. Lo decimos con frases como “o el fútbol o yo”, o bien “el trabajo o yo”, etc. Y la agresión que se manifiesta con necesidad de destruir a la otra persona para que no sea objeto de preferencia. Lo hacemos denigrándola, criticándola o con otras formas que destruyen la imagen y estima hacia esa persona.
  - La *etapa de latencia* cubre desde los 6 años hasta la pubertad. Alrededor de los cinco años las tres estructuras principales, ello, yo, superyo ya se han formado, solidificándose las relaciones entre ellas. Por ello, éste es un estadio no conflictivo, de de-sexualización y de extensión extrafamiliar de la problemática edípica. El instinto sexual permanece inactivo y sublimado en actividades que posibilitan las adquisiciones escolares, recreativas y culturales.
  - La *etapa genital*, que se inicia en la pubertad-adolescencia, enlaza con la edad adulta. La prevalencia de la gratificación vuelve a la zona genital emergiendo las pulsiones de forma masiva. Es una época con predominio de crisis narcisistas e identificatorias y de reactivación de la problemática edípica, pero, como consecuencia de la maduración progresiva del desarrollo heterosexual, el Yo busca nuevos objetos amorosos, diferentes de los padres.
- Por ello, la sexualidad infantil está en la base del desarrollo, entendida ésta no como genitalidad, sino ampliada al interés por todas las zonas erógenas que articulan el binomio deseo-placer en un sentido amplio, y que evoluciona en sus formas de definición y satisfacción a través de la conformación de la relación de objeto. El choque de estas ideas con la cultura de su tiempo produjo un rechazo ideológico de sus teorías. También en la actualidad existen serias resistencias a

admitir la sexualidad en el origen del desarrollo del sujeto humano, a entender ésta como un aspecto estructurante de la psicología del sujeto, y a concebir la neurosis como constituida por un trauma de origen sexual infantil, donde el niño pasó de ser concebido como un «angelito» a ser pensado como un «perverso polimorfo».

El psicoanálisis es un modelo clínico basado en la psicopatología, en el trastorno y el malestar psíquico, es decir, fuertemente vinculado en su historia a un quehacer que busca las causas del “trastorno” como explicación científica de los hechos clínicos. Entre sus limitaciones, aceptadas en la actualidad como inherentes al propio modelo (Tizón, 1995), están el no ser un modelo que se plantea la prevención. Es más, considera que puede ser inútil su esfuerzo. Sin embargo, plantea desde su constructo teórico la promoción de la salud, concepto éste que difiere del anterior en aspectos significativos y que no vamos a abordar en esta ocasión.

### **b) El concepto de síntoma**

El por qué del síntoma o la causa del malestar. El síntoma no es sino la manifestación externa de un conflicto interno. La conducta es considerada como síntoma, es una manifestación externa de un conflicto intrapsíquico, que se origina por la pugna entre las tres instancias psíquicas dotadas de energía, ello, yo y superyo, que actúan según diferentes procesos, inconsciente, preconscious y consciente. El conflicto intrapsíquico se origina en la lucha entre impulsos inconscientes y deseos conscientes, es decir, entre las demandas provenientes de uno mismo y las exigencias sociales. Los mecanismos de defensa salen al paso para resolver la tensión. Mecanismos que se cristalizan con mayor fuerza en los fallos derivados de no resolver las crisis evolutivas de naturaleza psicosexual o psicosocial, generándose una fijación en alguna de ellas, en la que uno se ancla o a la que regresa en momentos de mayor estrés y ansiedad.

El comportamiento sería en realidad una muestra del intento de adaptación conseguida, con mayor o menor éxito, al mundo externo. Los aspectos y recursos adaptativos y patológicos son objeto de estudio en la dinámica comprensiva del sujeto.

La conducta, por tanto, es fruto de las pulsiones internas que han determinado la estructura de la personalidad. Esta se ha ido gestando a lo largo del desarrollo infantil priorizando una determinada zona erógena.

El concepto de síntoma lleva implícito el de causalidad. Buscar y conocer el origen del trastorno y promover su erradicación o modificación esencial es la motivación primigenia del corpus teórico y el cimiento que establece la relación terapéutica. Conocer las causas de los hechos clínicos es al diagnóstico como promover el cambio es a la psicoterapia. Así pues, tratándose de plantear qué diagnóstico y para qué en el modelo dinámico, el primer rasgo de identidad es el de la causalidad de los hechos, el origen del trastorno, el rastreo del por qué de los síntomas. Dejar hablar a los síntomas y no enmudecerlos prematuramente posibilita llegar a los núcleos conflictivos del sujeto y a las fallas por déficit en la integración del yo.

El síntoma expresa un deseo inconsciente que encuentra su vía de salida a través de la disfunción en el cuerpo, el pensamiento, las relaciones laborales, sociales, los hobbies, los ideales, el placer en las cosas, el deseo de independizarse, etc. Al modelo psicodinámico le interesa el doble registro de lo manifiesto y de lo latente (Szpilka, 1996), la queja manifiesta y el deseo inconsciente que la mantiene, lo que se dice y lo que se oculta, porque lo que se disfraza, tapa, niega o transforma en lo contrario, y al final produce el malestar que impele a pedir ayuda, a realizar una demanda, a solicitar un tratamiento.

### **c) El concepto de trauma**

El concepto de trauma y su vinculación con la neurosis. Freud sostuvo (1926), expresado en términos muy concisos, que algún acontecimiento de carácter sexual en la vida del niño produjo un trauma, y que éste es el origen de la neurosis. El particular trauma y/o la particular manera de procesarlo (pensarlo, reprimirlo, olvidarlo, transformarlo en lo contrario, fantasearlo, negarlo, idealizarlo, etc.) ocasiona la

especificidad del sujeto y la necesidad de su análisis (trabajo clínico) personal para elaborarlo. Este trauma se configura como una escena, y esta escena, aunque se cuente en una simple frase, es susceptible de ser dramatizada y representada. La forma visual de la misma ocupa un espacio en el recuerdo. En esa escena se articula tanto el deseo inconsciente como las defensas o la represión.

El modo de abordar clínicamente el trauma infantil ha sido objeto de modificaciones e innovaciones en función de múltiples variables. La asociación libre es la vía por excelencia, pero las técnicas proyectivas vienen también, como veremos al hablar del diagnóstico, a cumplir esta función. Recientemente, por ejemplo, Miller (1994), ha aplicado al ámbito infantil las ideas de Kohut (1984) que revolucionaron la psicoterapia psicoanalítica en su momento. Demuestra, ejemplificándolo con casos clínicos, cómo cada niño tiene en sí mismo una poderosa fuerza creativa y curativa que empuja y tiende a la integración y maduración del yo, especialmente en su proceso de formación, en la infancia y adolescencia. Una revisión sobre los efectos de la re-memorización del trauma, las vías de acceso a la misma, las diferencias entre ilusiones constructivas y verdaderos recuerdos, así como algunas orientaciones para futuros psicoterapeutas, ha sido planteada por Mollon (1998).

El concepto de neurosis tiene, por consiguiente, un sustrato histórico, «implica el reconocimiento de que algo del pasado insiste en su carácter repetitivo y busca modos de ligazón y organización transicionales a partir de la constitución de un síntoma. Aquello del pasado que insiste no deja lugar a dudas en la teoría freudiana: se trata de algo «fijado, del orden del inconsciente, e inscrito en forma permanente a partir de la sexualidad infantil reprimida» (Bleichmar, 1996, pp. 113).

En la búsqueda de la causa de las enfermedades mentales, la innovación de Freud consistió en defender que otras fuentes psíquicas, emocionales y afectivas provenientes del propio individuo, eran los fenómenos causales de dichas enfermedades. La psicogénesis se desarrolla en gran manera a partir de él.

Este marco teórico sobre el que trabaja un psicólogo de formación dinámica atañe al modo de situarse el profesional frente al sujeto, al lenguaje que va a utilizar, a

las técnicas que va a emplear, a la actitud y análisis de la relación (transferencia y contratransferencia), al uso de una determinada taxonomía diagnóstica, a la vinculación entre evaluación y tratamiento, es decir, como veremos seguidamente, a lo que es sustancial al marco conceptual que define el modelo psicodinámico.

El foco de atención prioritario es el propio sujeto, su singularidad e idiosincrasia. Los diagnósticos, como el trabajo terapéutico, devienen en lo que se ha denominado el «uno a uno» (Escrivá, 1997; Di Caccia, 1997). Por ello, el interés es esencialmente ideográfico, para desde allí, interesarse por lo nomotético. Ni el diagnóstico ni la psicoterapia son paquetes de programas automáticamente aplicables a otro paciente, como ocurre en otros modelos teóricos, no son, podríamos decir utilizando un símil actual, «Programas Dolly». La singularidad paciente ordena y articula la relación terapéutica. El diagnóstico orienta sobre la relación a partir de la especificidad del sujeto (Westerhaussen, 1995).

La vinculación diagnóstico - tratamiento. Esta es la respuesta del modelo psicoanalítico al para qué del diagnóstico, esta es su razón de ser. El diagnóstico orienta el trabajo clínico. Incluso las mismas técnicas instrumentales pueden ser utilizadas en ambos momentos del proceso, porque en definitiva el proceso es único. Hay una continua interrelación entre diagnóstico e intervención. Las entrevista iniciales y las técnicas instrumentales se plantean como un momento de intervención terapéutico en sí mismo.

#### **d) Modelo psicoanalítico versus modelo psicodinámico**

El modelo psicodinámico es una derivación de modelo psicoanalítico. Parte de principios teórico similares, pero con algunas variante, especialmente en el ejercicios profesional.

En el modelo psicodinámico la focalización de los problemas, la mayor directividad en el proceso de evaluación y la brevedad de la intervención, como ya indicamos, hace que haya un tiempo para la definición diagnóstica y un tiempo para la

intervención pero, inclusive en estos casos, la evaluación no está ausente del proceso terapéutico y el proceso diagnóstico hace señalamientos de carácter terapéutico.

Utiliza como método de trabajo la entrevista y las técnicas proyectivas. Ambas herramientas diagnósticas son especialmente ricas para la generación de hipótesis que interesan al clínico que quiere contar con una visión del sujeto en la que el comportamiento funcional y disfuncional está integrado en una perspectiva estructural e integradora del ser humano. En cualquier caso, los profesionales psicodinámicos reconocen la importancia del diagnóstico y trabajan en muchos ámbitos y a distintos niveles con el interés de obtener resultados más satisfactorios. Las publicaciones de los últimos años dan buena cuenta de ello.

Siguiendo fundamentalmente a Russ (1998), las principales diferencias entre modelo psicoanalítico y modelo dinámico son las siguientes (Maganto, 2009):

### Diferencias entre el modelo psicoanalítico y el modelo psicodinámico

Modelo psicoanalítico	Modelo dinámico
Marco conceptual: exclusivamente psicoanalítico.	Marco conceptual de trabajo: psicoanalítico, pero más flexible, integrando otras perspectivas teóricas
Entrenamiento del profesional clínico: superior a 6 años.	Formación del clínico: 2 a 4 años.
Actitud del clínico en la relación: "pasiva", neutra, no directiva, "atención flotante"...	Actitud del profesional: más activa, más directiva y focalizada.
Objetivo: conocer los orígenes de los problemas	Objetivo: comprender y cambiar los síntomas.
El diagnóstico tiene como base la entrevista considerada como la forma de asociación libre por excelencia.	El diagnóstico se basa en la entrevista, con formato semidirigido, técnicas proyectivas e incluye técnicas psicométricas.
La formulación diagnóstica es esencialmente estructural e idiográfica.	La formulación diagnóstica se formula también desde una nosología nomotética.
Cambio: se define como algo estructural.	Cambio: delimitado a un foco o a unas pocas áreas.
Duración del trabajo clínico: más de 4 años.	Duración de la intervención: de 6 a 12 sesiones o periodos breves
Intensidad del tratamiento: 5 días por semana.	Intensidad del trabajo clínico: no más de 1 día por semana.

Aunque las diferencias son evidentes y pueden parecer importantes, sin embargo los aspectos comunes unifican más a ambos modelos de lo que a primera vista pudiera pensarse. Ambos parten de presupuestos conceptuales teóricos y técnicos comunes y son los que sirven de base al diagnóstico psicodinámico y, en consecuencia a la propia entrevista psicológica.

El principal objetivo de evaluación es comprender y describir la estructura psicológica, el modo presentarse los síntomas y su significado, así como valorar la fuerza del yo. Al referirnos al yo hablamos tanto de sus mecanismos adaptativos como defensivos en el momento en el que el paciente consulta.

Lo que se denomina "diagnóstico psicodinámico" se apoya primordialmente en la entrevista libre y en las llamadas técnicas proyectivas. Ambas estrategias diagnósticas que pueden ser complementarias se basan en proporcionar el mínimo de estructura formal o de instrucción, a fin de que el sujeto pueda responder libre e idiosincrásicamente, lo que permite que la respuesta sea significativa de la vida mental y emocional del sujeto, así como de los procesos y mecanismos inconscientes. Es así como se facilita que surja la asociación libre, técnica básica de ambos modelos, psicodinámico y psicoanalítico.

## 2. LA ENTREVISTA DINÁMICA

A diferencia de otras formas de trabajo clínico, el psicoanálisis propone la entrevista como instrumento diagnóstico y terapéutico. El modelo dinámico ha admitido posteriormente el uso de técnicas proyectivas, pero con indicaciones similares a una entrevista libre.

La regla de este tipo de entrevista es la asociación libre, que consiste en pedir al paciente que verbalice todo contenido que le venga a su mente, sin corregir ni censurar nada (sueños, lapsus linguae, parapraxis). Las intervenciones del profesional se basan en el análisis de la resistencia, la transferencia y la contratransferencial, o sea, en el análisis de las conductas del paciente y de las suyas propias, en relación

con los constructos de la teoría que le sirve como punto de referencia. El modo en que el profesional realiza sus hipótesis que va elaborando por el comportamiento del paciente se le llama interpretación.

La entrevista promueve la expresión más libre posible del individuo y se usa para explorar la subjetividad y reformular una historia de vida. Al investigar la subjetividad, el entrevistador acompaña al sujeto en la comprensión de sí mismo y de su historia individual con todos los elementos contextuales que le configuran.

Además, con la entrevista libre, el psicólogo pretende desentrañar la inconsciencia y la emocionalidad que se manifiestan conflictivamente y con dolor y trabaja con el sujeto para hacer consciente lo inconsciente y, como diría Freud, intentar 'convertir la miseria neurótica en miseria humana común', es decir, la de todos los seres humanos.

La entrevista inicial es el arranque de una serie de encuentros que tiende a reformular la historia de vida de un sujeto, ampliando el espectro de ideas, fantasías y afectos accesibles a su conciencia. Se trata, en buena medida, del punto de partida de un proceso en que el entrevistado abre su intimidad para intentar comprenderla más profundamente acompañado por el profesional, y éste a su vez se dispone a escuchar al otro con una atención especial, "atención flotante", que va más allá de la comprensión de lo manifiesto.

Rastrea a través del seguimiento de la emoción, de la narración de los sueños, de los actos fallidos, de los síntomas y aun de los silencios, contenidos cifrados o inconscientes de la subjetividad de su interlocutor para desentrañarlos. La entrevista es fundamental para la comunicación de inconsciente a inconsciente, pero la empatía es clave en la comprensión de la transferencia y contratransferencia (Wassermann, 1999).

La comunicación de inconsciente a inconsciente tiene que ver con lo que en lenguaje popular llamamos intuición y se basa en la lectura de leves signos que comunican mensajes todavía no explicables claramente para la racionalidad, pero que



a través de la emocionalidad se perciben como certeros y son indicadores que nos guían en la relación para decidir qué línea de interpretación seguir, en qué momento hablar y cuándo callar, en cuál otro intervenir y cómo intervenir.

A través de la entrevista de corte dinámico se rastrea pues una historia de vida, pero se accede al pasado no como un cúmulo de datos rígidos e inalterables que están ahí para ser recapturados, sino que a través del encuentro de dos subjetividades se produce algo nuevo, se refleja la historia libidinal de los sujetos y dicha historia se mira desde una perspectiva diferente, marcada por el presente.

Este modelo de entrevista se basa en un trabajo “encontrado” en unas reglas comunes para el paciente y el terapeuta. Dichas reglas se basan en el principio de abstinencia (Killingmo, 1997), el análisis de las resistencias y la transferencia y contratransferencia. El encuadre provee de un ámbito de seguridad para ambos.

## 2.1. El encuadre en la entrevista psicodinámica

El encuadre es una serie de principios de comportamiento que regulan y sistematizan el funcionamiento de la relación entre entrevistador y entrevistado. Los componentes básicos del encuadre son los siguientes:

### a) Componentes no sujetos a variables circunstanciales:

- Número sesiones/semana (entre 1 y 5 sesiones semanales)
- 50 minutos de duración
- Asociación libre y técnica interpretativa en la transferencia
- Tratamiento vinculado a honorarios
- Regla: abstinencia e incompatibilidad con otros tratamientos

### b) Componentes circunstanciales:

- Horarios
- Consultorio

- Vacaciones/fiestas
- Forma de pago y cantidad

### c) Componentes accidentales:

- Mudanza del consultorio
- Cambios en la decoración
- Arreglo personal del analista
- Accidentes o enfermedades serias del analista
- Contactos extraanalíticos = seminarios, reuniones científicas

### d) Componentes externos:

- Contacto y contraste con otros analistas
- Supervisiones, controles...

El encuadre debe ser constante y el beneficio para el propio paciente proviene de su “función analítica”. Mantener el encuadre favorece un marco referencial, neutral y aséptico de trabajo clínico.

## 2.2. La consigna en la entrevista psicodinámica

La entrevista dinámica no sigue fielmente las consignas de la entrevista psicoanalítica. Por ejemplo, no suele introducirse el diván, ni el terapeuta se sitúa a la espalda del paciente, sino que se mantiene generalmente la postura cara a cara, tiene en cuenta motivos conscientes e inconscientes y contenidos explícitos e implícitos de la producción del sujeto (Aguilar, Oliva y Marzani, 1998; Ávila-Espada, 1997).

La *consigna* que se le da al sujeto es que verbalice lo que le preocupa, en el orden y modo que libremente desee, sin estar pendiente de la lógica del orden o

contenido de la secuencia, que hable de aquello que a él le venga a su mente y desee consultar. Se llama entrevista abierta o libre, "hoja en blanco" para algunos, puesto que no se inicia con ninguna pregunta previamente formulada por el entrevistador. Se trata de que nos diga libremente lo que ocurre, por qué vino a consulta, etc.

De este modo, el entrevistado puede elegir el orden de la presentación de los aspectos de la personalidad o problemas que desea exponer de acuerdo con la importancia que les concede. O bien puede evitar los temas que le angustien y eso es lo que hay que observar y registrar.

La variedad de áreas que cubren, antecedentes de relación con los padres, familiares, antecedentes personales-sociales es amplio. Abarca la infancia y adultez, e incluye aspectos educativos, sexuales, médicos, paternos ambientales, religiosos y psicopatológicos. Es muy importante registrar la manera en que el paciente presenta el material (modo de verbalización, reacciones emocionales ante el observador, evasividad o apertura, etc.). Normalmente, se empieza con los temas menos conflictivos y se deja los más sensibles para el final, cuando se haya establecido un mayor grado de rapport y el paciente se haya adquirido confianza.

Es una entrevistas no directiva puesto que las verbalizaciones del paciente son más extensas y numerosas que las del terapeuta. Éste interviene fundamentalmente cuando desea mostrar a su interlocutor que le acepta como persona y que comprende sus sentimientos, actitudes y conductas explícitas, al tiempo que refuerza las verbalizaciones del cliente que tocan estos temas.

Es importante especificar los objetivos de la interacción terapéutica, así como las fases y técnicas generales de que consta el tratamiento. Esto contribuye a disminuir notablemente la ansiedad del paciente, ya que se le proporcionan una serie de puntos de referencia respecto de los cuales puede organizar tanto sus percepciones como sus expectativas. Además, esto da al terapeuta la oportunidad de establecer algunas hipótesis elementales en relación con la forma en que él, y sobre todo sus expresiones y actitudes menos controladas conscientemente, afectan al paciente (inhibiéndole, tranquilizándole, etc.).

Este tipo de entrevista requiere más tiempo de indagación y requiere una intensa preparación teórica y técnica.

### 2.3. Objetivos de la entrevista

Los objetivos de entrevista psicodinámica están en consonancia con el modelo que postulan. Podríamos acotar como prioritarios:

- Captación emocional e intelectual del conflicto. Elaboración de las implicaciones que provocan los contenidos inconscientes, sobre las distintas esferas de la conducta del paciente. Para ello, el entrevistador deberá ir más allá de la información dada por el sujeto, centrándose en la asociación libre, la explicación del inconsciente y las interpretaciones de las exposiciones verbales.
- Comprender y describir la estructura psicológica del funcionamiento del Ello, Yo y Superyo de un sujeto, así como valorar la fuerza del Yo, tanto de sus mecanismos adaptativos como defensivos en el momento que consulta.
- Conocer la etiología del trastorno o alteración. Este objetivo se centra en explicar la etiología del comportamiento humano a partir de la descripción de su estructura intrapsíquica y de su funcionamiento. Ahora bien, un punto esencial es el énfasis que, desde este modelo, se pone en la experiencia pasada del sujeto, ya que la trayectoria biográfica de satisfacciones y frustraciones de los impulsos básicos, el papel de las figuras parentales y las introyecciones que de ellas ha efectuado el sujeto adquieren gran importancia en la explicación de la conducta actual.
- Identificar los puntos de fijación de la libido y las regresiones. La identificación de los aspectos mencionados permite conocer la posición evolutiva del sujeto, las estrategias personales que utiliza ante los conflictos relacionales, y hacia donde retrocede su actuar y pensar ante tensiones.

- Conocer la elaboración mental que el sujeto se ha formado sobre lo que le ocurre, la experiencia subjetiva de su malestar, no la conducta real.

## 2.4. EL ROL DE LOS INTERVINIENTES

### a) Rol del entrevistado

Existen dos aspectos generales relacionados con la condición de entrevistado:

*Las expectativas.* Cuando una persona acude a un servicio de atención psicológica, cuenta con la experiencia de que no puede por sí mismo resolver el problema y espera que alguien lo resuelva. Cuanto más importante o urgente es para el paciente lo que espera conseguir, más altas serán estas esperanzas o temores y más grande será el nivel de ansiedad con que se acerca al servicio.

*Características personales.* El paciente, con todas las variables idiosincrásicas que le definen, debe ser tenido en cuenta. Variables tales como contexto familiar y social, nivel cultural y académico, biografía personal, situación laboral, historia relacional, así como los éxitos y fracasos percibidos por él mismo, debe ser tenido en cuenta a la luz de la narración que hace de sus problemas, para ser analizado todo ello posteriormente.

*La necesidad y la demanda.* La demanda que el paciente plantea procede de las vivencias y expectativas que se forme sobre el profesional, sobre el servicio y sobre sí mismo. Se consideran necesidades básicas a aquellas más relacionadas con la supervivencia biológica, pero igualmente básicas son gran parte de las necesidades sociales y psicoafectivas. La necesidad está ligada al contexto que determina la manera de satisfacer y experimentar las necesidades afectivas y sociales en cada momento, siendo reconocidas algunas universalmente y creando mecanismos para su cobertura, lo que nos muestra cómo las necesidades no son estáticas en individuos o grupos sociales. Habitualmente se distinguen cuatro tipos de necesidades: normativas (lo que el experto percibe como necesidad en un momento dado), experimentadas o

sentidas (percibida por los sujetos), expresadas o demandadas (necesidad sentida y manifestada mediante la solicitud del servicio) y comparativas (deducida por el observador exterior). Se habla también de demanda explícita, implícita, inespecífica (el usuario no sabe lo que quiere o no sabe explicarlo) o ausencia de demanda (distinto a ausencia de problema).

### b) Rol del entrevistador

En primer lugar, el encuadre ha de ser seriamente respetado y mantenido porque en dicho encuadre se establecen las reglas de funcionamiento interrelacional de ambos, paciente y terapeuta.

En el modelo dinámico el entrevistador debe reunir varias características, entre las que merecen destacarse las siguientes:

- Formación en el modelo teórico con el que trabaja. Debe contar con conocimientos, habilidades y responsabilidad para conducir la situación con la que debe establecer una relación vincular con unos objetivos determinados.
- Capacidad de dejar de lado temporalmente su propio mundo para entender el mundo del paciente, entrando en una perspectiva mental y emocional diferente. Ha de intensificar su creatividad, sentido del humor y plasticidad.
- Capacidad de entrar en contacto con los aspectos infantiles de sí mismo y mantener la suficiente distancia con el paciente como para implementar la atención flotante que precisa su trabajo clínico (Birch, 1998), evitando la consiguiente expresión de sus emociones y juicios de valor.
- Mantener equilibrio entre dirigir y a la vez dejarse dirigir por el paciente, ser flexible en los rápidos cambios que pueden actuarse en una sesión. No asustarse de las expresiones agresivas verbales, motóricas y comportamentales del entrevistado y a la vez ser contenedor emocional de las mismas, sabiendo poner adecuadamente los límites.

- Aceptar la transferencia y reconocerla, pero sin actuarla, siendo consciente también de su propia contratransferencia por las implicaciones que tiene en el trabajo clínico, tanto en la etapa diagnóstica como en la terapéutica.
- Evitar ir de pseudoeducador ofreciendo consejos prematuros (Escriva, 1997). Saber esperar, no empujar y forzar para que se produzca la información que debe surgir del deseo del sujeto (Samanes, 1996).
- Saber mantener la "asepsia" en su trabajo, frente a las invasiones o presiones que se presentan desde lo familiar, laboral, social o asistencial (Di Caccia, 1997).
- Nunca entrar en el juego de ocultar información sobre los que se va a trabajar con él, porque la ocultación, engaño o falseamiento de la realidad termina conociéndose y se malogrará la confianza necesaria.
- Tiene que "sentir pasión" por su trabajo, disfrutar en la exploración y análisis de la mente y conducta humana, de lo contrario, la transferencia se verá afectada negativamente a lo largo del proceso diagnóstico y terapéutico.
- Una de las funciones de su rol profesional es hacer de espejo, de modo que, el paciente solo pueda ver en él el contenido de sus propias proyecciones y no los rasgos de la persona que efectivamente es su interlocutor
- Su rol no consiste en preguntar, indagar, interrogar para recoger datos del problema del sujeto, sino investigar la historia y personalidad global del entrevistado, observando, escuchando y ejercitando la "disociación instrumental". Ésta se define como un mecanismo propio del trabajo clínico que consiste en separar, dividir, aislar... los contenidos mentales y emocionales. Entendemos como disociación instrumental cuando el profesional actúa, por un lado, con una identificación proyectiva con el entrevistado y, por otra, permaneciendo fuera de esta identificación, observando y controlando lo que ocurre, graduando el impacto emocional y la desorganización ansiosa que se puede experimentar. En la entrevista clínica

y en el trabajo terapéutico supone ser capaz de tener empatía, estar con el paciente, y a la vez tener la suficiente distancia de él como para establecer hipótesis y poder pensar por sí mismo.

- Mantener una actitud de "contención", tal y como la entiende el modelo dinámico, como "capacidad de percibir y recibir las ansiedades del otro para contenerlas, devolviéndolas a un estado de superior elaboración en forma menos desestructurante y nociva. Es decir, mostrar la capacidad de devolver neutralidad, afecto, empatía y comprensión donde el paciente pone agresión, ataque, enfrentamiento y queja. Si el entrevistador queda invadido por las emociones que le comunica el usuario, su capacidad de comprensión y elaboración queda inhibida en él mismo, por lo que la respuesta será una defensa de su ansiedad y no una respuesta a la necesidad del cliente

### 3. PASOS A SEGUIR EN EL ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA:

La corrección de una entrevista desde el punto de vista psicodinámico suele hacerse siguiendo el esquema que viene a continuación, ya que son los principales puntos de análisis para obtener las conclusiones pertinentes.

#### 3.1. Demanda de la entrevista.

Habitualmente, el primer aspecto a analizar, por las implicaciones diagnósticas que tiene, es quién solicita la entrevista. ¿Es el propio paciente o es la pareja o algún otro familiar? En general, quien pide la consulta suele ser quien se hace cargo de la problemática o tiene mayor conciencia de la situación.

¿Es derivado por algún profesional o solicita la consulta una persona de otra institución? En este caso, la institución puede contar con información sobre la persona enviada a consulta, lo que tiene implicaciones para el paciente y para el propio psicólogo.

Es también importante en este primer momento anotar la modalidad de demanda: si es de urgencia, especificidad y claridad, malestar grave, orientación sobre un problema, etc. Este aspecto informa sobre el grado de ansiedad con que el paciente o la familia vivencia la situación, la percepción del problema, las exigencias de cambio, etc.

Es importante conocer por qué, en concreto, se consulta ahora y no antes o después, qué ha movilizad o finalmente a acudir a consulta.

### **3.2. Motivo de consulta manifiesto versus latente y significado de los síntomas,**

Éste es uno de los puntos clave en el análisis de la entrevista, y supone la capacidad de esclarecer tres aspectos básicos: a) los síntomas y su significado; b) el motivo de consulta manifiesto y latente; y, c) el concepto de conflicto psíquico y sus modalidades.

#### **a) Los síntomas y su significado**

Sin duda, interesa sobremanera y hay que poner especial énfasis en conocer cómo describe el paciente los síntomas y los efectos de los mismos en él mismo o en su ambiente. En relación a este aspecto, suele subrayarse, por su interés de cara al diagnóstico, cuál ha sido la situación desencadenante, cuándo se presentó por primera vez el problema, cómo y en qué circunstancias. Al expresar la sintomatología hay que recoger la descripción, duración, intensidad, agravamiento o mejoría, tratamientos anteriores y resultados si los hubo.

Historia previa del paciente y la vinculación con sus progenitores: Infancia, adolescencia, estudios, historia de la pareja o parejas si se da el caso, expectativas y exigencias frente a la vida, valores que le han movido a actuar...

En el caso de tener pareja, conviene saber cuál es la modalidad de vínculo de pareja, tipo de comunicación, puntos de desavenencia y coincidencia, grado de discriminación de cada uno, así como la modalidad de ejercer roles de autoridad y sumisión con su pareja y con los hijos si los hubiere,

El significado otorgado a los síntomas por el paciente es, en ocasiones, claramente indicativo del problema, pero en otras se desconoce qué significado tienen o que función cumplen los síntomas hasta que no se han realizado, al menos, dos entrevistas.

Hay significados vinculados a las etapas de desarrollo libidinal: la necesidad y búsqueda de protección expresada a través de síntomas de abandono de la pareja, o de los amigos, o del olvido de los padres, etc... no es sino una expresión de vínculo oral infantil dependiente, con necesidades de incorporación narcisista de afecto. El oposicionismo a ultranza frente a cualquier tipo de autoridad familiar, laboral, de pareja, expresada como queja de querer someter y dominar al otros o verse siempre dominado y subyugado, con permanentes broncas con personas revestidas de algún tipo de poder, no es sino una expresión del conflicto anal en su dimensión de insubmisión, necesidad de reafirmación e independencia. Esta expresión del tipo de vínculo establecido es un modo de analizar el significado de los síntomas.

Otra forma de conocer el significado de los síntomas es analizar la simbología analógica del problema. Por ejemplo, un joven que hace un trastorno de restricción alimentaria tipo anoréxico, y no puede “tragar” comida, expresa la dificultad de “tragar” a su jefe, motivo por el que viene a consulta y que expresa la dificultad de “tragar” como símbolo de incorporar una situación que no es fácil en su vida. Este tipo de analogías son más comunes y frecuentes de lo que a primera vista parece, pero se necesita entrenamiento, experiencia y supervisión profesional para no errar en la interpretación.

**b) El motivo de consulta manifiesto y latente**

Analizar el significado de los síntomas nos lleva también a confirmar el motivo latente de la consulta. Se expresa a través de la “fantasía de deseo”, cuando se dicen, por ejemplo, frases como “me gustaría conseguir...”, “me gustaría cambiar en...”, y se expresan expectativas que no tienen que ver directamente con el motivo de consulta, y que además apenas tienen conexión con el principio de realidad. Un universitario viene a consulta aduciendo que quiere solucionar su problema con las drogas y con sus estudios y habla de ello durante tiempo prolongado. Sin embargo al preguntarle el entrevistador cómo le gustaría ser o cómo le gustaría verse de mayor, dice: “me gustaría ser... no sé, una persona importante, decidida, con fuerza de voluntad, poder y control, no quiero ser un... un... un... mierda...” (y lo dice nervioso, casi llorando y tartamudeando). Como vemos, no dice me gustaría aprobar y no tomar drogas nunca más, porque ese es un motivo manifiesto que esconde el verdadero problema de este joven: sentirse poca cosa, indeciso, sin fuerza de voluntad ni control. Se le puede ayudar a dejar las drogas y a centrarse en los estudios, pero hay algo más que le ha movido a consultar, y eso tiene que estar claro entre entrevistador y entrevistado a la hora de plantear el diagnóstico y los cambios terapéuticos.

Cuando la teoría dinámica habla de la *fantasía de enfermedad* alude al *significado del síntoma para el sujeto*, es decir, qué es lo que preocupa más allá de lo que se dice, qué es lo que hace sufrir más allá de lo que se verbaliza en el motivo de consulta, su verdadero significado para el entrevistado. La *fantasía de curación* se expresa a través de cuál sea el deseo de cambio, qué ajuste a la realidad tenga ese deseo y qué oculte o exprese ese deseo de curación.

**c) El concepto de conflicto psíquico y sus modalidades.**

Hemos indicado anteriormente que el conflicto, para el modelo psicodinámico, se analiza en función de las instancias psíquicas de ello, yo y superyo. Pero estas instancias, a lo largo del desarrollo evolutivo-libidinal, tienen que enfrentarse a tareas

de adaptación social por un lado y de respuesta a los deseos instintivos por otro. En el interjuego de esta confrontación entre el deseo libidinal-placentero-inconsciente y la exigencia social-normativa-adaptativa por otra, se origina el conflicto. Para cada sujeto el conflicto difiere en función de la etapa de desarrollo en la que ha quedado “fijado” de forma preferente, y en relación a esa etapa y los mecanismos de defensa que haya puesto en juego para superarla, se organiza y estructura su personalidad. La fijación no es otra cosa que el anclaje en una etapa de desarrollo que supone un plus de placer en el modo de vivir ese período evolutivo: oral, anal, fálico, latencia y genital (ver conceptos básicos del modelo en el presente capítulo).

El modo de vincularse a las personas, las demandas que les hace, las exigencias que se impone a sí mismo e impone a los otros, las frustraciones que vive en su vida diaria, todo ello que en la cotidianidad el entrevistado refiere como conflictos, viene y se deriva del modo en que resolvió en su vida infantil los conflictos evolutivos básicos y el modo en que enfrentó las tres instancias anteriormente citadas, ello, yo y superyo.

Desde otro punto de vista, el modelo psicodinámico también valora el conflicto en términos de adaptación o desadaptación a la cultura. Cada cultura genera sus propios «malestares». Ya lo apuntó Freud en “El malestar en la Cultura» (1930). Por ello los síntomas cambian, aparecen con expresiones distintas e incluso desaparecen unos y aparecen otros. Así se explican que los índices de prevalencia e incidencia cambien en función de las épocas y en función de las culturas en una misma época (Maganto y Ávila-Espada, 2000).

Así pues, la entrevista psicodinámica tiene que prestar especial atención a los síntomas del malestar cultural actual, como son el abuso y maltrato físico y sexual, los trastornos de alimentación, los desórdenes de la personalidad antisocial, los problemas de violencia juvenil, el racismo, las adicciones en cualquiera de sus múltiples manifestaciones, enfermedades como el cáncer, el SIDA... porque en torno a ellos es donde con más facilidad se expresan los conflictos. Éstos deben ser objeto de

escucha particular en la entrevista psicodinámica, a fin de entender y comprender cómo enfrenta el entrevistado dicho malestar cultural (Maganto y Ávila-Espada, 2009).

### 3.3. Análisis del estilo comunicacional

Enlazado con lo que se viene exponiendo está el estilo narrativo. Lo que se dice, es decir, lo manifiesto, se conoce a través de la narrativa verbal. Lo latente, lo que no se dice directamente, se observa a través de varios indicadores comunicacionales. Así, el entrevistador dinámico debe observar y captar a través de la “atención flotante” una serie de aspectos de interés:

- *La comunicación no verbal*, con toda la amplitud de aspectos que conlleva y que han sido ya expuesto en el capítulo 6, por lo que no se detalla en este momento.
- *Asociaciones de ideas*. Ocurren cuando el paciente se desvía del tema y comienza a asociar libremente. Esto proporciona claves útiles acerca de sentimientos o preocupaciones que no se expresaron de manera directa.
- *Rupturas del discurso o cambios en la conversación*. Pueden proporcionar claves acerca de qué es lo que le angustia al paciente. Posiblemente el tema que el paciente decide evitar con el cambio de tema es el que le preocupa o incomoda.
- *Referencias recurrentes*, o temas que se repiten a lo largo de la entrevista pueden proporcionar pistas acerca de la principal fuente de preocupación del paciente.
- *Inconsistencias y vacío*, incluso bloqueos de la mente o quedarse en blanco, pueden sugerir culpa, confusión, ambivalencia o evitación.
- *Significados ocultos*. Se pueden manifestar a través de deslices, equivocaciones, racionalizaciones o preguntas ambivalentes. Pueden sugerir áreas que deben explorarse.

- *Incremento o disminución de la ansiedad* en el transcurso de la narración o en un fragmento narrativo. Es propio de aspectos muy vinculados al problema latente y que se debaten entre el yo que se “resiste” a expresarlo y el inconsciente que intenta llegar a la conciencia e irrumpir en la misma.
- *Oraciones de apertura y cierre*. Las afirmaciones iniciales pueden revelar la manera en que se siente el paciente acerca del terapeuta (en ocasiones puede indicar algo que tiene importancia en su vida), y las de cierre puede revelar qué es lo que significó para él dicha entrevista.

El análisis de estos aspectos, y sus correlatos subyacentes implícitos, ayuda a explicar y comprender el por qué y para qué de los síntomas. Qué es en realidad lo que se dice y demanda y qué es lo que está por debajo y moviliza, preocupa, angustia y, en definitiva conecta con el verdadero motivo de consulta.

### 3.4. Mecanismos de defensa y ajuste a la realidad

El estudio de los mecanismos defensivos en el marco de la teoría dinámica es de sobra conocido y no va a ser expuesto aquí porque excede el núcleo central del tema. Son en definitiva estrategias de mediación entre los conflictos del ello, yo y superyó. Pueden producir gratificaciones porque permiten salir airoso de los conflictos, pero pueden ahogar y restringir la capacidad yoica cuando se usan de forma abusiva, inapropiada e indiscriminada. Las defensas que fallan en la mediación producen inhibición y un funcionamiento restringido, ocasionando síntomas o rasgos patológicos.

Hay dos tipos de defensas: las defensas primitivas que suelen ser habitualmente más patológicas y las defensas más maduras, que se exhiben en un grado superior de evolución yoica. Estas últimas suponen mayor capacidad para posponer la gratificación con la consiguiente capacidad para tolerar la tensión y la frustración, con un control apropiado de la descarga directa, manteniendo un grado de satisfacción adecuado, es decir mayor capacidad sublimatoria.

- Defensas primitivas: negación, proyección, introyección, disociación, aislamiento, regresión, represión.
- Defensas maduras: racionalización, conversión, evitación, desplazamiento, identificación, simbolización, formación reactiva, sublimación.

Los aspectos de ajuste a la realidad incluyen el análisis de:

a) *Funciones yoicas cognitivas:*

- Competencia en el manejo del ambiente tal y como es percibido por los otros y contrastado con la percepción de la propia competencia.
- Pensamiento, memoria, lenguaje, funciones visuales y motoras, concentración y atención.
- Anticipación y aprendizaje, incluyendo los aspectos cognitivos y la planificación de las acciones.
- Capacidad de juicio, que implica el empleo analítico y sintético de los componentes anteriores.

b) *Funciones de introspección:*

- La capacidad de integración que supone el empleo de todos los componentes anteriores, para alcanzar la capacidad de seleccionar, controlar e integrar los sistemas de actividad mental, en orden a gratificar las necesidades y a afirmar la seguridad mediante la adaptación al mundo externo.
- Chequeo de la realidad interna: conciencia reflexiva, autoconocimiento, apertura del self.
- Sentido de realidad. Depende de la claridad de la frontera entre el yo y el mundo. Según la teoría psicoanalítica, los sentimientos, fantasías, actitudes y deseos de mayor incidencia en la conducta son de naturaleza

inconsciente, y están separados de la conciencia por la acción de diversos mecanismos de defensa.

c) *Relación con los otros:*

- Capacidad para subordinar las elecciones narcisistas o simbióticas a las experiencias de los otros como un todo separado de uno mismo.
- Capacidad para lamentar la pérdida y establecer nuevas relaciones, así como la estabilidad y duración de las relaciones actuales.

A veces, la manifestación de todos estos aspectos durante la entrevista produce dolor y el paciente se posiciona ocultándolo de forma inconsciente. Esto se conoce como "resistencia". La resistencia es un proceso mental o acción dirigida por el inconsciente para no hacer conscientes ciertos contenidos reprimidos. Son fuerzas que se oponen al trabajo clínico porque parte de la mente considera doloroso o difícil el conocimiento de algunas partes de nosotros mismos. En los sueños el inconsciente actúa como censor y durante el día la censura proviene del yo.

### 3.5. Análisis de la transferencia y contratransferencia

a) *Transferencia:*

En su interacción con el entrevistador, el entrevistado produce transferencias, esto es, reediciones, reformulaciones de impulsos y fantasías que son una expresión de una tendencia típica de la especie humana de sustituir a una persona con la que se tuvo una experiencia anterior por la persona del entrevistador. Para decirlo de otra forma: toda una serie de vivencias psíquicas tempranas se reviven experimentándose no como ligadas al pasado, sino como resultantes de la relación actual con la persona del entrevistador. Son actitudes afectivas que vivencia el entrevistado en relación al entrevistador. Por ello se considera que la transferencia es la actualización de sentimientos, actitudes, ideas, fantasías, conductas inconscientes con la persona del entrevistador. Supone una parte inconsciente de la conducta, no controlada por el paciente.

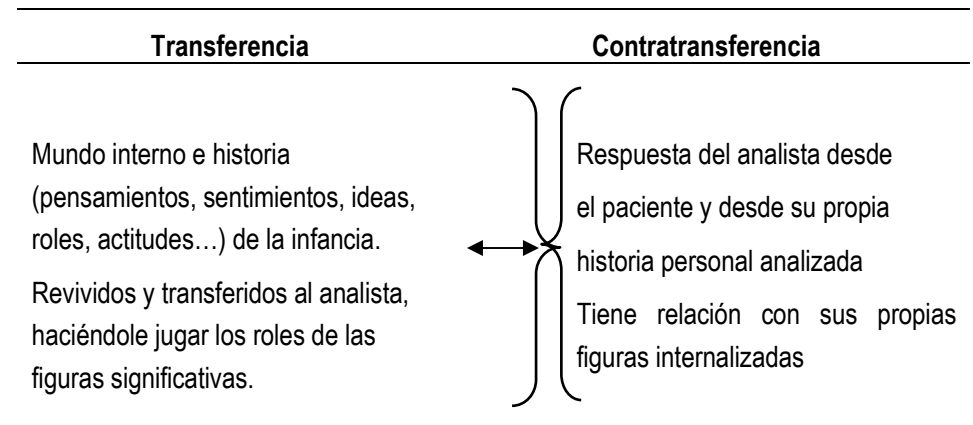


Puede ser negativa, positiva o con predominio alternante de una y otra. Asigna roles al entrevistador y se comporta en función de los mismos. Traslada situaciones y pautas de comportamiento a la realidad presente, desconocida, y la configura como situación conocida. Aporta todos sus aspectos de conflicto, irracionalidades, fantasía sobre enfermarse, curarse, rol del psicólogo, etc. La relación actual entrevistador/entrevistado es potencialmente creativa, a través de ella se pueden descubrir nuevas perspectivas de sí mismo, se pueden corregir formas de reacción inadecuadas y se pueden generar otras menos conflictivas y más productoras de placer.

**b) Contratransferencia:**

Puede definirse como el efecto que las manifestaciones del entrevistado tienen sobre el entrevistador. Dependen del paciente en cierto modo, pero también de la historia del propio entrevistador, sus actitudes, el modo de vinculación de sus primeras relaciones objetales, etc. Se considera como la disponibilidad de respuesta inconsciente del analista a la oferta inconsciente del entrevistado. Al hacer consciente su contratransferencia, el entrevistador psicodinámico trabaja con su propia subjetividad como instrumento al servicio del conocimiento del otro. Si aparecen en un momento dado de la entrevista nos avisa de que algo pasa para que emerjan en ese momento. Por ello se precisa la atención flotante y la autoobservación. Manejar la contratransferencia por parte del entrevistador requiere tiempo, preparación profesional, experiencia, control del caso y equilibrio mental (Jacobs, 1999).

La transferencia - contratransferencia se dan en toda relación. Por lo tanto, en la entrevista deben ser instrumentos de observación y comprensión diagnóstica.



**3.6. Uso de las técnicas de intervención en la entrevista dinámica**

Las técnicas que utiliza el entrevistador psicodinámico para movilizar, hacer entender y comprender al paciente lo que le ocurre, son: clarificación, confrontación, señalamientos e interpretación.

Aunque estas técnicas se explican en los capítulos 6 y 7 insistiremos aquí en ellas para especificar la manera de trabajar el entrevistador dinámico.

Cualquiera de estas técnicas tiene como objetivo básico que el entrevistado realice "insight" con el problema. El insight ha sido definido como la capacidad de darse cuenta, de tomar conciencia en forma súbita de una realidad interior, que normalmente había permanecido inconsciente y que normalmente conlleva cierta emocionalidad. Es conectar una vivencia, una conducta, un rasgo de personalidad o forma de ser, con su significado y/o su origen, lo que permite ampliar la conciencia y acceder a un mayor conocimiento de sí mismo. El insight ocurre en el presente, y el hecho de que el insight ocurra de forma súbita ha hecho que se le asocie o incluso confunda con la intuición.

El insight indica la capacidad de aprehensión de la realidad que va más allá de la observación, y que está relacionada con factores intuitivos más que con procesos de razonamiento. Desde el punto de vista psicodinámico es la apreciación de sentimientos a través de la experiencia que podemos tener de ellos, vincula presente y pasado y se produce en la situación de entrevista a través de las técnicas de intervención del profesional. Proporcionar insight tiene como objetivo que el entrevistador alcance mayor comprensión de su propia conciencia. El psicólogo debe conocer en qué medida está desarrollada la capacidad de insight en el paciente. La consecuencia de tener más insight es ganar en madurez, en flexibilidad, en asumir las responsabilidades propias y, finalmente, en una forma más libre y congruente de funcionar

*La confrontación* se utiliza para hacerle tomar conciencia al entrevistado de algo en lo que se contradice, por ejemplo, que quiere evitar hablar de un tema, que está engañándose, y a la vez que está aquí por el deseo de curarse.

*La aclaración* o clarificación puede considerarse el paso siguiente, es una forma de enfocar nítidamente los fenómenos psíquicos que ocurren. Desmenuzar qué ocurre, con quién, a quién le pasa, cómo ocurre, etc. Se trata de aportar información comprensiva del tema que se está tratando.

*Los señalamientos* suponen algo así como un subrayado en un libro. Es simplemente repetir o acentuar mediante una interrogación la palabra o palabras que el paciente acaba de pronunciar.

*La interpretación* es el mecanismo mediante el cual se trata de hacer consciente un fenómeno inconsciente. Hacer consciente el origen, la historia o la causa inconsciente de un suceso psíquico. En la entrevista inicial no se aconseja que se utilice esta técnica por las implicaciones emocionales que tiene. Para realizar la interpretación el entrevistador emplea además de su propio inconsciente, su experiencia e intuición. Necesita hacer un uso adecuado de la atención flotante y es a todo punto necesario ver las reacciones del paciente para determinar la validez de la misma: negación, aceptación.

### 3.7. Final de la entrevista

La tercera etapa de una entrevista se conoce con el nombre de cierre de la entrevista. Su objetivo consiste en consensuar los objetivos de investigación diagnóstica alcanzados durante la entrevista inicial.

Se inicia con una suave indicación del entrevistador respecto a que se acerca el final de la entrevista, indicación que debe ser seguida por un resumen de los contenidos tratados. El objetivo de esta aclaración es:

- Ofrecer al paciente la oportunidad de aclarar aquellos malentendidos en que hubiera podido incurrir el entrevistador.
- Brindarle al entrevistador la posibilidad de comunicar cualquier información que hubiera quedado retenida por diversos motivos.
- Citarle para una nueva entrevista.

La entrevista culmina con la despedida formal, que consiste en los rituales sociales habituales en una despedida. Es recomendable que ésta se desarrolle de forma breve y respetuosa, pero también cálida, de manera tal que haya un lugar para el reconocimiento del esfuerzo realizado y la manifestación de sentimientos de gratitud y afecto.

## 4. DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO

El diagnóstico supone un juicio de valor y por tanto la realización de una síntesis tras la interpretación y evaluación profesional de una situación previamente analizada. Supone también tomar decisiones y planificar la posterior actuación. Vendrá precedido del estudio de los elementos que intervienen en una situación e incluye un pronóstico sobre los aspectos modificables y constituye el punto de referencia de la evaluación.

#### 4.1. Hipótesis diagnóstica.

Se trata de realizar un supuesto acerca del conflicto del paciente así como de las causas del mismo. De la información que haya aportado el entrevistado y del análisis de la o las entrevistas previas, el entrevistador hará una síntesis y selección, que le llevará a la *formulación de hipótesis*, que son suposiciones de carácter provisional sobre hechos que se observan, y que serán confirmadas o rechazadas después. Se plantean hipótesis con el objeto de encontrar los ejes por donde se estructuran las dificultades y capacidades de la persona entrevistada.

En la elaboración de esta hipótesis se atiende a las evidencias múltiples, estudiadas a través de las recurrencias y convergencias y no se deben obtener conclusiones a partir de un solo dato aislado. La formulación de hipótesis suele estar basada en *la teoría dinámica* y desde ella se formula una posible guía de confirmación diagnóstica posterior.

Toda la investigación actual sobre hipótesis diagnóstica y diagnóstico más allá del marco teórico del psicoanálisis, ha sido recogida en nuestro país por diversos investigadores interesados prioritariamente por la evaluación psicológica y la formulación diagnóstica (Fernández-Ballesteros, 2003; Hersen 2003; Kappalan y Saccuzzo, 2006; Moreno, 2003; Trull, 2007).

#### 4.2. Diagnóstico estructural: psicosis, neurosis o borderline

Desde el punto de vista psicodinámico se asumen tres niveles de organización de la personalidad, psicótica, neurótica y límite o borderline en base a las características que se derivan de tres criterios: cómo funciona el juicio de realidad, cuáles son operaciones defensivas predominantes y cómo se integra la representación del sí mismo y de los demás. Por ello, la psicosis, neurosis y estado borderline o límite son formas de organización estructural que nos sitúan respecto de la posiciones del sujeto frente al objeto, es decir frente a los demás. Dependiendo del nivel de integración y diferenciación de sí mismo y de los otros y de la capacidad de

dar respuesta adecuada al medio social en el que se desenvuelve la persona, se realiza el diagnóstico estructural. Pero como dice Gómez-Franco (1996, p. 50), el diagnóstico estructural nos conduce a una conclusión lógica en la que las premisas no están establecidas previamente, sino que es necesario que se construyan en el terreno de la transferencia. No se trata de encajar el fenómeno en la quilla de la guía, sino de que el fenómeno se subjetive en el síntoma que, al hablar, irá desplegando la estructura» (Maganto, 2009).

A través de las entrevistas el psicólogo responde con una valoración diagnóstica sobre la estructura de la personalidad, es decir, define si es un individuo psicótico, neurótico o borderline. Esta es una primera valoración diagnóstica fácilmente reconocible a través de la teoría psicopatológica de corte dinámico. El diagnóstico estructural se realiza a partir de la relación transferencial y contratransferencial con el paciente (Gómez-Franco, 1996).

#### 4.3. Diagnóstico idiográfico

En un sentido estricto, el diagnóstico idiográfico podríamos definirlo como "diagnóstico formal". Se refiere a la especificidad o a la concreción diagnóstica dentro de la estructura ya delimitada. Es decir, es un sujeto neurótico de tipo depresivo o bien histérico o fóbico, etc. Para este diagnóstico es obligado el análisis de los principales conflictos expresados por el paciente, de los mecanismos de defensa que más utiliza y de los principales aspectos adaptativos sociales e intelectuales. Suele tener un marcado formato descriptivo, siendo una síntesis descriptiva de la situación de la persona y sus conflictos, expresados en categorías idiográficas propias de la teoría dinámica.

#### 4.4. Diagnóstico de confrontación

Se entiende por tal la comparación y confrontación de los datos obtenidos mediante la/s entrevista/s con otros procedimientos de obtención de datos. Es decir,

cómo integrar los resultados a partir de los datos obtenidos por distintas fuentes de información. El entrevistador dinámico integra otras técnicas de diagnósticas en su trabajo profesional, haciendo posible la valoración de las mismas desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa. La confrontación implica analizar qué aporta cada técnica en el conjunto del diagnóstico y confrontar los resultados que proporcionan cada una de ellas.

#### 4.5. Diagnóstico de la analizabilidad

La evaluación de la analizabilidad se ha incrementado en los últimos años, especialmente en pacientes aquejados por trastornos graves psicopatológicos, con experiencias traumáticas importantes o afectados por privaciones severas.

En el constructo de analizabilidad están implícitos varios criterios clínicos que hacen referencia al sujeto. El trabajo diagnóstico (y terapéutico) exige del sujeto que reúna todos ellos, al menos en alguna medida, para ser considerado «analizable», es decir, sujeto para un encuadre psicodinámico. Cuando se trata de niños algunos de estos requisitos deben ser valorados con especial atención para no dar lugar a engaños. Éstos son:

Experiencia de malestar psíquico, de sufrimiento. Éste no siempre se verbaliza de forma directa, incluso se oculta, se niega o se intenta transformar en lo contrario, pero debe quedar constancia de que el propio paciente se ve preocupado por una experiencia personal de malestar subjetivo.

Demanda personal. Se precisa la aceptación, aunque sea implícita, de querer participar en un trabajo clínico sobre su malestar.

Preguntarse por las causas de lo que le ocurre. Si, como muchas veces ocurre, el paciente sólo desea que desaparezcan los síntomas sin preguntarse por qué le ha ocurrido eso, no es inicialmente un sujeto que se pronostique que se va a beneficiar de este encuadre clínico, aunque esa es una de las labores iniciales del trabajo diagnóstico, despertar el deseo de saber sobre uno mismo.

Que el entrevistado se sienta implicado o preocupado por el problema. Significa la aceptación de que sobre lo que le ocurre él tiene algo que ver, tiene alguna responsabilidad. Las proyecciones o atribuciones externas sobre su malestar en agentes o circunstancias ajenas a él, no promueven asumir la parte de responsabilidad que la persona tiene en el malestar que padece (Westerhausen, 1995).

Querer cambiar. Implicarse personalmente en el cambio, modificar algo para que el sufrimiento cambie, o su vida sea en algo diferente, especialmente recuperar la capacidad yoica, la capacidad de goce, o el desbloqueo de las inhibiciones, la posibilidad de mantener relaciones más satisfactorias, etc.

#### CONCLUSIÓN

Este modelo de entrevista, rico en contenidos conceptuales y en interpretaciones conscientes e inconscientes, requiere, como ya se ha dicho anteriormente, de una preparación teórica bien fundamentada, de una praxis profesional amplia y supervisada por especialistas a fin de que garanticen la calidad de las conclusiones diagnósticas de la misma.

La entrevista no directiva es la vía regia para el trabajo clínico del profesional psicodinámico y debe ser analizada desde los parámetros anteriormente expuestos. El entrevistador parte de los supuestos conceptuales de dicho modelo para comprender al entrevistado y analizar la entrevista desde el significado que entraña en dicho modelo el síntoma, trauma, etapas evolutivas libidinales, los tres tópicos del ello-yo-superyo, la sexualidad infantil y la personalidad como estructura.

Sabemos que el diagnóstico viene a ser una conclusión que implica la necesidad de aplicar un procedimiento adecuado para llegar a ella. Se inicia con una demanda y la demanda adopta la forma de queja. La diferencia entre el modelo psicodinámico y los demás modelos es que para los segundos se escucha la demanda como síntoma. Se interroga sobre los síntomas con el fin de etiquetarlos e

intervenir sobre ellos directamente. El sumatorio de síntomas y la combinación de los mismos deciden la conclusión diagnóstica nosológica, de acuerdo al manual de uso en vigor, bien sea el DS:M-IV-TR o el ICD-10.

Sin embargo, para el modelo dinámico el síntoma no es concluyente, aunque sí importante. Refleja tanto el malestar de la cultura actual como el malestar particular del entrevistado. Por ello, hay que permitir que el entrevistado hable del síntoma, porque el síntoma habla a su vez del sujeto que lo expresa. El rol del entrevistador reviste la singularidad de dar prioridad al paciente durante la entrevista, de escuchar con atención flotante, no ser directivo y atender a la transferencia y contratransferencia. El entrevistador analiza aquello que el entrevistado dice de forma manifiesta y lo que transmite de forma latente. Analiza el estilo comunicacional no verbal y verbal, el planteamiento de lo que son conflictos para el entrevistado y los mecanismos o estrategias defensivas a los que recurre para solucionarlos. Finalmente, establece el diagnóstico a varios niveles: estructural, de confrontación, idiográfico y de analizabilidad.

Como síntesis diríamos que de esta manera, a través de la entrevista, se terminan de construir las bases de la evaluación psicodinámica que, por un lado, apunta a un determinado modo de evaluación, y por otro, puede dar paso a la intervención propiamente terapéutica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, J., Oliva, M.V. y Marzani, C. (1998). *L'entrevista psicoanalítica*. Una investigación empírica. Barcelona: Columna.
- Ávila-Espada, A. (Coord.). (1997). *Evaluación en Psicología Clínica II. Estrategias cualitativas*. Salamanca: Amarú.
- Birch, M. (1998). In the land of counterpane: Travels in the realm of play. *Psychoanalytic Study of the Child*, 52, 57-75.
- Bleichmar, S. (1996). El concepto de infancia en psicoanálisis (prerrequisitos para una teoría de clínica). *Revista de Psicoanálisis con niños y adolescentes*, 1, (1), 109-132.
- Di Caccia, A. (1995). El psicoanálisis con niños una cuestión ética. *Freudiana*, 14, 33-43.
- Escriva, A. (1997). Reflexiones del trabajo del psicoanalista de niños. *Revista de Psicoanálisis de la Sociedad Psicoanalítica de Madrid*, 26, 203-216.
- Fernández-Ballesteros, R. (2003). *Enciclopedia of Psychological Assessment. V. I y II*. Londres: Sage.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1930). *El malestar de la cultura*. En Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Garaigordobil, M. (2009). *La evaluación psicológica: Concepto y metodología*. San Sebastián: Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
- Gómez-Franco, A. (1996). Diagnóstico estructural y Diagnóstico sintomatológico. *Freudiana*, 16, 47-51.
- Hersen, M. (2003). *Comprehensive handbook of Psychological Assessment*. Nueva York: Wiley.
- Jacobs, T. (1999). Countertransference past and present: A review of the concept. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 575-594.
- Kächele, H. y Thomá, H. (1993). Investigación del proceso psicoanalítico: Método y resultados. *Clínica y Análisis Grupal*, 19 (2), 157-172.
- Kappalan y Saccuzzo, 2006;
- Killingmo, B. (1997). The so-called rule of abstinence revisited. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 20, 144-159. [traducción castellana: Revisión de la denominada "Regla de Abstinencia". *Intersubjetivo*, 1 (1) 65-78.]

- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: University Chicago Press.
- Maganto, C. (1995). *Psicodiagnóstico Infantil*. Bilbao: Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.
- Maganto, C. (2009). *Convergencias teóricas y divergencias técnicas*. III Jornadas sobre Infancia y Adolescencia. DVD. Conferencia inaugural. Madrid: Colegio Oficial de psicólogos, área de Salud.
- Maganto, C. y Ávila-Espada, A. (1999). El diagnóstico psicodinámico: aspectos conceptuales. *Clínica y Salud* 3, 287-330
- Miller, J. A. (1994). Psicoterapia y Psicoanálisis. *Freudiana*, 10, 11-19.
- Mollon, p: (1998) *Remembering Trauma: A Psychotherapist's Guide to Memory and Illusion*. Chichester, England: John Wiley and Sons.
- Moreno, C. (2003). *Evaluación Psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. Madrid: Sanz y Torres
- Olabarria, B. y Escudero, C. (1993). Situación actual y perspectivas de la psicología clínica en España. *Clínica y Salud*, 4, (1), 5-23.
- Poch, J. y Ávila-Espada, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Russ, S. (1998) (3ª Edic.). Psychodynamically Based Therapies. In T. Ollendick y M. Hersen: *Handbook of Child Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Samanes, M. (1996). La escucha psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 23, 107-120.
- Szpilka, J. (1996). El sujeto psicoanalítico y su palabra. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 23, 91-105.
- Tizón, J. (1995). ¿Existen las ciencias interpretativas?: una reflexión acerca de los límites epistemológicos del conocimiento psicoanalítico. *Anuario de Psicología*, 67, 51-75.
- Trull, T. J. (2007). Expanding the Aperture of Psychological Assessment: Introduction to de Special Section on Innovative Clinical Assessment Technologies and Methods. *Psychological Assessment*, 19 (1), 1-3.
- Wassermann, M. (1999). The impact of psychoanalytic theory and a two psychology on the empathising analyst. *International Journal of PsychoAnalysis*, 80, 449-464.
- Westerhausen, A. (1995). Una dificultad de separación o puntuación de una entrada en análisis. *Freudiana*, 14, 106-117.
- Westmeyer, H. (2001). *Evaluación y Psicoterapia*. Valencia: Promolibro.