

# TÉCNICA DE LA ENTREVISTA PSICODINÁMICA

Isabel Díaz Portillo



# ÍNDICE

A manera de prólogo	11
<i>José Luis González Chagoyán</i>	
Introducción	15
CAPÍTULO 1. Principios psicodinámicos	19
Bibliografía	25
CAPÍTULO 2. La entrevista clínica	27
Definición	27
Bibliografía	37
CAPÍTULO 3. El entrevistador	39
El entrevistador como sujeto	41
El entrevistador en su interacción	50
Condiciones materiales de la entrevista	59
Bibliografía	61
CAPÍTULO 4. Manejo técnico de actitudes resistenciales	63
Bibliografía	77
CAPÍTULO 5. El inicio de la entrevista	79
Bibliografía	91
CAPÍTULO 6. Interrogatorio de los síntomas	93
Bibliografía	110

CAPÍTULO 7. Investigación de la historia personal y familiar	111
Historia familiar	121
Historia personal	133
Bibliografía	146
CAPÍTULO 8. Integración del estado mental del paciente	149
Percepción	150
Pensamiento y lenguaje	152
Memoria	159
Emoción	160
Consciencia	163
Conducta y motilidad	167
Bibliografía	172
CAPÍTULO 9. Integración de los datos de la entrevista	173
Historia clínica. Esquema de K. Menninger	173
Esquema de informe psicológico de J. Bleger	175
Ejemplo de reporte de entrevista	176
Identificación del caso y del problema	176
Padecimiento actual	177
Historia personal y familiar	179
Estado mental	181
Clave psicodinámica	183
Impresiones diagnóstica y pronóstica	185
Recomendaciones	185
Bibliografía	185
CAPÍTULO 10. La entrevista con pacientes psicóticos	187
Identificación del paciente y del problema	194
Bibliografía	198
Bibliografía general	201
Acerca de la autora	203

## CAPÍTULO 1

# Principios psicodinámicos

Este capítulo, totalmente prescindible para quien se encuentre adentrado en los conceptos psicoanalíticos, tiene por objeto presentar, ante el lector ajeno al campo, una serie de términos que se utilizan en el texto, cuyo conocimiento facilitará la lectura y comprensión del mismo. Como resumen de la teoría psicoanalítica es incompleto, simplista, e injusto con las aportaciones de Sigmund Freud, sus seguidores y cuestionadores. Para un más amplio panorama sobre ellos, el estudioso debe recurrir a la bibliografía especializada, de la cual encontrará algunos títulos en la bibliografía correspondiente.

El *punto de vista psicodinámico* considera los fenómenos psíquicos como la resultante de un conflicto entre fuerzas psíquicas opuestas. Este enfoque implica la existencia de una estructura psíquica de la que emanan y en la que se controlan, canalizan y dirigen aquellas fuerzas.

El *aparato psíquico* es una división hipotética de la mente en varios sistemas o instancias, constituidas por grupos de funciones, que pueden conceptualizarse como conjuntos de contenidos mentales (recuerdos, pensamientos, fantasías). Las tres instancias que lo componen, *ello*, *yo* y *superyó*, se encuentran dotadas de energía propia, capaz de actuar de consuno, o de entrar en oposición, dando por resultado, en este último caso, el *conflicto psíquico*, cuya solución puede desembocar en la formación de síntomas o rasgos de carácter.

El *ello* es el depositario de la energía que pone en movimiento el aparato mental y contiene la expresión psíquica de las pulsiones (recuerdos, fantasías y afectos) y es totalmente inconsciente. Las pulsiones son procesos dinámicos originados en el propio organismo, consistentes en un impulso (carga energética), que hace tender al sujeto hacia un fin: suprimir el estado de tensión o excitación que se produce por su acumulación, a través de la búsqueda de descarga por mediación de un objeto del mundo externo, que permita la satisfacción de la necesidad emergente. La pulsión es un concepto ubicado

en el límite de lo somático y lo psíquico, es incapaz de acceder directamente a la consciencia, encontrando su descarga a través de sus derivados o representantes: pensamientos, deseos, fantasías, afectos, alteraciones corporales, movimientos, acciones y síntomas somáticos o psíquicos.

Algunas corrientes psicoanalíticas postulan la existencia de un solo tipo de energía psíquica, susceptible de expresarse en forma de *libido* o de *agresión*, mientras otras consideran que desde su origen orgánico, se encuentran diferenciadas en *pulsiones sexuales, o de vida*, que llevan a la integración de las funciones psíquicas en unidades cada vez más coherentes y eficientes en términos adaptativos, así como al establecimiento de una vinculación predominantemente amorosa y creativa con las personas y objetos del mundo externo, y una *pulsión de muerte*, que conduce a la desintegración psíquica, al establecimiento de ligas agresivas, destructivas, voraces, envidiosas y vengativas, que pueden llevar al suicidio o al homicidio.

El *yo*, agencia más coherente u organizada que el *ello*, regula o se opone a las pulsiones mediante diversos mecanismos defensivos y es el mediador entre aquellas, radicadas en el *ello*, y las demandas del mundo externo, para lo cual debe cumplir las funciones de percibir las necesidades del individuo, las cualidades y actitudes del medio ambiente, evaluar e integrar estas percepciones para aliviar la tensión de las necesidades y deseos, a través de la desviación o disminución en la intensidad de las pulsiones, o de modificaciones realistas de la situación externa, para lo cual es necesaria la integridad de otras de sus funciones, tales como percepción, memoria, inteligencia, anticipación, pensamiento, lenguaje, motricidad y tolerancia a la demora. El *yo* posee funciones conscientes: percepción, memoria, inteligencia, etc., e inconscientes, entre las cuales, las más relevantes en cuanto a la comprensión psicodinámica de los síntomas, se encuentran los mecanismos de defensa que se describen posteriormente.

El *superyó* resulta de la internalización de las demandas de las normas morales de la sociedad en la que vive el sujeto. Se desarrolla gracias a la identificación con los padres y con otras personas significativas en la infancia. Designa a las funciones psíquicas que en su expresión manifiesta constituyen las actitudes y conciencia moral y el sentimiento de culpa. El *superyó* propiamente dicho, abarca las funciones críticas o de oposición en contra de los deseos derivados de las pulsiones provenientes del *ello*, esta lucha da por resultado una tensión que se manifiesta en forma de sentimientos de culpa o remordimientos de conciencia. Tiene además funciones de protección y recompensa, que se establecen en forma de ideales y

valores (*ideal del yo*), modelo al que intenta ajustarse el sujeto y con el cual se compara, derivando de tal comparación un mayor o menor grado de autoestima, dependiendo de la distancia existente entre el ideal y el yo real, actual. Partes de superyó son conscientes, mientras otras son inconscientes.

La *consciencia* es un fenómeno subjetivo, consistente en el estado de alerta a las percepciones que vienen tanto del mundo externo como del interior del cuerpo y de la mente (afectos y pensamientos). Estas percepciones ocupan temporalmente el campo consciente, quedando almacenadas en la memoria, en un estado preconscious, cuyo acceso a la consciencia se logra a través de dirigir a ellas una cantidad de energía suplementaria que conocemos como atención. Cuando, debido al choque en contra de las demandas del superyó, debe evitarse el paso a la consciencia de ciertos afectos y pensamientos, el yo utiliza una energía que los sepulta en el inconsciente, denominada *represión* y que puede visualizarse como el reverso o negativo de la atención. Clínicamente la evidencia de la represión se manifiesta a través del olvido de ciertos segmentos de la experiencia vital del sujeto. En el curso del tratamiento psicoanalítico, la represión constituye una de las fuentes de la resistencia, oposición o interferencia a la prosecución de la terapia.

Desde el punto de vista dinámico, el *inconsciente* está constituido por aquellos contenidos y procesos mentales incapaces de lograr el acceso a la consciencia debido a la existencia de la represión. El contenido del *inconsciente* está formado por las representaciones pulsionales y los deseos inaceptables para las normas morales, éticas e intelectuales del individuo; contenidos organizados bajo una lógica distinta a la formal, en la que las huellas mnémicas (recuerdos) se organiza a través de formas primitivas de asociación: *proceso primario*.

Los términos *proceso primario* y *proceso secundario* se refieren tanto al modo de descarga de la energía psíquica, como a un tipo de pensamiento. Solo tocaremos aquí lo referente al segundo punto. En relación con él, el *proceso secundario* labora con conceptos, en el preconscious o la consciencia. Es predominantemente lógico y utiliza cantidades mínimas de energía desligada, en gran medida, de componentes afectivos, por lo que puede funcionar introduciendo una demora considerable y cierta evaluación de la realidad, condiciones necesarias del pensamiento lógico.

El *proceso primario* se refiere a un tipo de pensamiento primitivo, regido por las leyes de la lógica arcaica, ampliamente descritas por Arieti (1965), cuya meta es la realización de deseos. Trabaja básicamente sobre imágenes. Se encuentra dominado por las emociones y se caracteriza por hacer uso

## CAPÍTULO 2

# La entrevista clínica

Láin Entralgo (1961) señala con razón que “la forma interna del relato patográfico, aquella de que es vestidura verbal o retórica su forma externa, constituye el término de una imperativa faena de selección. El narrador se ve obligado siempre a elegir las notas más idóneas a los fines de su propia narración” y, *dependiendo* de estos fines, las modalidades de la entrevista y examen del enfermo mental, variarán, *dependiendo* de aquello que se considere significativo para su diagnóstico y tratamiento, lo que a su vez se deriva de la orientación teórica del entrevistador. A pesar de la diversidad de enfoques existentes en el campo de la salud mental, aun los exponentes más connotados de la corriente organicista, como Vallejo Nájera (1952), consideran que la entrevista debe ir siempre dirigida a establecer el buen *rapport*, relación cordial, afectuosa, de confianza, de aprecio y respeto mutuo que debe unir siempre al médico con su enfermo. Pero este buen *rapport* es, para el autor mencionado, un instrumento para provocar en el paciente el estado de ánimo adecuado para que se sujete a las indicaciones del médico tratante, no un medio para el establecimiento de una relación que permita la exploración de los motivos inconscientes de la conducta normal y patológica del entrevistado.

### DEFINICIÓN

Sullivan (1959) propone, en cambio, la siguiente definición: “La entrevista psiquiátrica es, principalmente, una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto–cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente y qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de

dificultades o especialmente valiosas, y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio”. Caracterización de entrevista que tiene la ventaja de señalar que el verdadero espíritu de la misma es el establecimiento de una comunicación que permita el esclarecimiento de la conducta del entrevistado. Esto es lo que la diferencia de la realización de interrogatorios exhaustivos, cuya meta es la obtención de datos, que pretendiendo ser “objetivos”, solo exploran lo que el paciente conoce de sí mismo y está dispuesto a revelar. El interrogatorio ignora la existencia de los mecanismos defensivos inconscientes, que operando a través de olvidos, omisiones y desplazamientos, están encaminados a evitar la emergencia de afectos displacenteros, cuando las preguntas del entrevistador se acercan a los conflictos reprimidos generadores de la patología presente o amenazan la autoestima del entrevistado.

El énfasis en el carácter oral o vocal y no simplemente verbal de la entrevista, aunque justo, es limitado. De la entonación, ritmo de la conversación, lapsus, omisiones, etc., se obtienen datos valiosos para la identificación de áreas conflictivas en la vida del paciente. Un “sí” acompañado de una inhalación prolongada o un “no” excesivamente enfático, pueden ponernos sobre aviso en cuanto a la veracidad de la respuesta, o ser indicios de la existencia de conflictos en el área explorada. El tono triunfal al relatar las desventuras de un amigo o familiar, al resultar contradictorio con la verbalización de conmiseración, lleva a la exploración inmediata en profundidad de la relación referida por el entrevistado, etcétera.

Sin embargo, lo simplemente oral o vocal, excluye todo el campo de lo preverbal, rico en indicios imprescindibles no solo para detectar elementos que una voz bien educada y controlada pueden ocultar, sino incluso para salvar la vida. Sullivan, que aconsejaba colocar a los pacientes en un ángulo de 90 grados con respecto al entrevistador, confesaba que en tal postura le era difícil observar los pequeños movimientos del rostro del entrevistado, por eso desarrollaba una concentración auditiva tan exquisita. El motivo que aducía para tal conducta era considerar que a los psicóticos les perturbaba ser mirados de frente. Ni en mi experiencia, ni en la de terapeutas contemporáneos de Sullivan, tan connotados en el campo de la psicosis, como Fromm Reichmann (1962) y Sechehaye (1964), por no mencionar a los autores más recientes, he encontrado confirmación a la observación del autor en discusión. Podemos pues, suponer que las características personales de Sullivan lo privaron de una fuente de datos de primera mano, los brindados por la visión directa y sin tapujos de su entrevistado. El enrojecimiento o la palidez súbitos pueden hablarnos de ira o temor contenidos.



## CAPÍTULO 4

# Manejo técnico de actitudes resistentes

Greenson (1967) señala que “resistencia significa oposición, conjunto de fuerzas que obstruyen los procedimientos y procesos del análisis, estorban la libre asociación, obstaculizan los intentos del paciente por recordar, lograr y asimilar *insights* que operan contra su yo razonable y su deseo de cambio. La resistencia puede ser consciente, preconsciente o inconsciente, y expresarse por medio de emociones, actitudes, ideas, impulsos, pensamientos, fantasías o acciones. Como señaló Freud en 1912, cada una de las ocurrencias del sujeto y cada uno de sus actos tiene que contar con las resistencias y se presenta como una transacción entre las fuerzas favorables a la curación y las opuestas a ella. Todo tipo de comportamiento puede desempeñar una función resistencial. Incluso la comunicación de material inconsciente, impulsos instintivos o recuerdos reprimidos”. La identificación de la resistencia y su interpretación son puntales de la técnica analítica, que es conveniente conocer para el desempeño adecuado de la entrevista con orientación psicodinámica. Interpretación es, como lo señalan Laplanche y Pontalis (1971), “la deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La extracción a la luz de las modalidades de su conflicto defensivo, el deseo que se formula en toda producción del inconsciente”. Aunque podamos identificar y señalar, en el curso de la entrevista, la presencia de la resistencia que se opone a nuestra labor, en contadas ocasiones nos será dado poder interpretarla realmente y nunca seremos capaces de interpretarla sistemáticamente en los 60 o 90 minutos con que contamos para realizar una primera entrevista, a pesar de lo cual tendremos que resolver los obstáculos que se opongan a nuestra labor de investigación.

La oposición más obvia a la entrevista es la de quien acude a ella por la presión de alguna otra persona. Caso frecuente en niños y adolescentes. Con los primeros, el abordaje a través de la técnica de juego permite muy

frecuentemente la superación de esta resistencia inicial. Ante el adolescente carecemos de recursos similares, por lo que tenemos que iniciar nuestra investigación de otra manera; preguntando, por ejemplo, por qué creen que sus padres los envían a tratamiento. Si no obtenemos el relato de las dificultades que motivan la consulta, sino como es frecuente un: “no sé, yo no tengo nada”, es posible que encontremos una vía de acceso si aliándonos momentáneamente a la defensa presente, interrogamos sobre lo que el joven considera como el problema que sus padres tratan de resolver enviándolo a consulta. Al respecto, siempre es útil tener una entrevista previa con los progenitores, con la finalidad de recabar tanto los datos del desarrollo del paciente como los referentes a la conflictiva presente. Contando con ellos podemos, si los pasos antes mencionados no bastan para iniciar la relación de trabajo con el joven, confrontarlo con los informes que poseemos sobre él, esperando sus comentarios. Si nos mantenemos libres de una identificación con los padres críticos y acusadores, que finalmente se viven como perseguidores, no resulta imposible establecer la relación requerida con el adolescente desde la primera entrevista.

Lina, jovencita de 13 años, fue traída a consulta por su madre, preocupada por su retraimiento social, temor a estar sola en casa, y rebeldía y denigración continuas hacia ambos padres. Después de las presentaciones de rigor realizadas por la madre, a solas la chica y yo, le pedí que me contara cuál era su versión del motivo de la consulta:

L. Yo no tengo nada ni me siento mal, es mi mamá la que necesita tratamiento, porque todo lo ve mal.

E. Cuéntame, ¿cómo está eso de que todo lo ve mal?

L. Sí, nada mío le parece, pero ese es su problema, yo así me siento a gusto, así que trátala a ella...

E. Y ¿cómo podría decirle que ella necesita tratamiento si lo único que tú me dices es que nada tuyo le parece, y ella puede decirme que no le parece porque tú eres la que está mal. Y de ahí no salimos?

L. Ya te dije, ¿no?, lo de que no salgo, pero no me gusta salir.

E. A ti no te parece problema no querer salir de casa, ¿aunque te pierdas de ir al cine, a fiestas y de ver a los muchachos?

L. Los veo en la escuela, y no me interesan.

E. Sí, todavía eres muy jovencita para que te interesen, pero ¿y el resto de lo que te pierdes metida en casa?

L. No voy a salir nada más que por darle gusto a mi mamá.

E. Por supuesto que no, pero ¿no estarás privándote de divertirte por darle en la torre a ella?

L. No es por darle en la torre, es porque no me interesa.

E. ¿Qué cosas sí te interesan?

L. La escuela, ahí sí la paso muy bien, me llevo con casi todo el salón, y tengo una amiga, X, con la que me llevo muy bien, nos juntarnos en casa a hacer la tarea y luego todavía tenemos mucho que hablar por teléfono todas las noches.

E. “Ah, qué bien, así que tienes una excelente amiga, entonces realmente, por ese lado no hay razón para la preocupación de tu mamá. ¿Qué crees que pasa entre ustedes?”

L. Ella es tonta, no entiende que para hacer algo en la vida hay que estudiar, como ella ni siquiera terminó la secundaria, se cree que en un ratito uno acaba de hacer la tarea, pero a mí me gusta mucho salir bien, soy una de las tres mejores siempre, y para ella eso no cuenta, me quiere ver como ella, metida siempre en estupideces de jueguitos tontos, como los que a ella le gustan, y yo no quiero ser de grande como ella, que no sabe nada y es ilógica y absurda. Mira, siempre quiere decirme cómo llevar mi vida, y yo no voy a hacerle ningún caso. Sabes, ningún caso (*con un tono de voz airado*).

E. Te enoja mucho que una persona como ella, a la que consideras inferior a ti, quiera dirigir tu vida.

L. ¿A ti no?

E. Bueno, no lo sé, porque no estoy en tu caso. Pero me gustaría saber en qué otras cosas se mete tu mamá contigo y qué haces para evitarlo.

A partir de este punto, en que Lina dejó, cuando menos de momento, de considerarme aliada de su madre, para hacerla reconocer sus errores, cooperé de buen grado con la entrevista, aportando abundante material sobre las dificultades familiares, aceptando, después de tres encuentros, la conveniencia de sujetarse al tratamiento que le propuse.

Hay adultos que presentan una resistencia similar a la entrevista que previene constituirá el primer paso para un tratamiento, que en el fondo temen, porque no desean enfrentarse con ciertos aspectos de su conducta y carácter. Esta situación es frecuente ante conflictos matrimoniales que amenazan con la terminación del vínculo, en los cuales uno de los cónyuges presiona al otro a buscar tratamiento, bien sea porque deposita en él toda la responsabilidad de las dificultades, bien porque, a raíz de su propio tratamiento, se encuentra con que la unión ha dejado de ser satisfactoria y busca, a través del cambio en la pareja, preservar la relación (Díaz Portillo, 1986). En tales circunstancias, el consultante niega en un principio su patología o participación en la problemática conyugal, y debe iniciarse la entrevista, como en

## CAPÍTULO 5

# El inicio de la entrevista

El inicio de la entrevista es el primer contacto formal, cara a cara, entre entrevistado y entrevistador. Encuentro precedido con frecuencia por concertación de citas telefónicas, epistolares o telegráficas, que constituyen en su caso el inicio de una relación que, debido a la imposibilidad de corregir de inmediato las fantasías generadas por el contacto a distancia, se desenvuelve en los terrenos del inconsciente, signando durante un tiempo más o menos prolongado la interacción entre los participantes en el proceso en curso; duración que depende tanto del buen funcionamiento del juicio de realidad del entrevistado, que permite la rápida rectificación de sus distorsiones perceptuales y conceptuales, como de la habilidad con la que el entrevistador se enfrente a ellas.

El futuro entrevistado utiliza los aspectos reales de su primer contacto con nosotros para construir una fantasía sobre el encuentro que tendrá lugar próximamente. Fantasía siempre anclada en sus deseos y temores inconscientes, pero no necesariamente explicitada en los inicios de la incipiente relación. Algunos pacientes deducirán, del sitio en que se ubica el consultorio, datos sobre la situación socioeconómica del entrevistador. Mientras para algunos el consultorio situado en un barrio residencial de la clase alta constituye una promesa de las riquezas que el poderoso padre-entrevistador-terapeuta le transmitirá, si se comporta como un buen niño; para otros este mismo hecho constituirá el signo inequívoco de tenerse que enfrentar a un comerciante desalmado, que tratará de esquilmarlo, explotarlo y usarlo al menor descuido.

Lo mismo puede decirse de las fantasías que despierta nuestra voz. Para el paciente necesitado y deseoso de un terapeuta con características de una madre cálida, aceptante y generosa, aun la más enronquecida voz de fumador sonará cual suave arrullo. En cambio, para quien lleno de culpa y necesidad de castigo espera y por su propia problemática necesita críticas, acusaciones y

rechazos, el más pulido y cortés mensaje grabado en una contestadora telefónica es muestra de frialdad, desinterés o indiferencia. Los pacientes con buen contacto con la realidad corrigen rápidamente sus distorsiones previas una vez que entablan una relación cara a cara con el entrevistador, comunicando en no escasas ocasiones, en tono jocoso, haber pensado después de su inicial llamada telefónica, que el o la entrevistadora era un anciano, persona muy circunspecta, excesivamente joven e inexperta, etc. La imposibilidad de llevar a cabo tal rectificación es uno de los signos indicativos de severo alejamiento de la realidad y por lo tanto de la existencia de psicosis, situación que trataremos en el capítulo 10. Cuando tenemos la fortuna de llegar en la primera entrevista con un paciente dado al conocimiento de estas distorsiones y las fantasías acompañantes, se abre ante nosotros un rico campo de la exploración, el de la primera deformación transferencial que facilita el acceso inmediato a una de las relaciones objetales significativas del sujeto, bien sea la más temida, bien la más necesitada, que surge a la consciencia como protección ante encuentros deseados, pero peligrosos. El entrevistador debe abordar tal material, por molesto que pueda parecerle inicialmente, como cualquier otra comunicación del entrevistado, explorando su posible significado.

Una joven terapeuta recibió a un hombre cuatro años menor que ella, poseedor de una amplia información psicológica y buen nivel cultural que en un momento de la entrevista, después de un silencio, indicativo de considerar terminada una revisión panorámica tanto de su vida como de su padecimiento actual, comentó que el nombre de la entrevistadora le “sonaba como el de una cocinera gorda”. Esta, molesta por la adjudicación de tal rol y características físicas, no encontró mejor actitud que pasar por alto la observación que le pareció agresiva y descortés, atribuyéndola a la hostilidad del paciente hacia la mujer, dada su condición manifiestamente homosexual. Después de descargar su molestia en una supervisión, pudo invitársele a explorar con el paciente el porqué de la inhabitual figura con que la había investido, preguntándole a quién le recordaba una cocinera gorda. Surgió así al relato la imagen de una abuela española obesa, buena cocinera, que expresaba su afecto a los nietos en general y al paciente en particular, rodeándolos con sus suculentos brazos y platillos, lo que hacía de ella una figura cálida, acogedora y presente afectivamente aunque, como lo había percibido la entrevistadora, intelectualmente devaluada, situación que permitió mostrar, desde el inicio del tratamiento, la defensa del paciente frente a sus necesidades afectivas a través de refugiarse en actividades y relaciones intelectuales. Comprensión que no se hubiera logrado de persistir la escotomización de

la imagen transferida a la entrevistadora aun antes de la primera entrevista. En otras ocasiones, no solo la percepción sino la interpretación que dan los entrevistados a datos captados a la distancia en el entrevistador, resultan totalmente acertados, situación que de no constituir un juicio favorable para él, despierta con frecuencia las diversas actitudes defensivas que encontramos en el capítulo correspondiente al entrevistador.

Una inquietud común en el principiante en las tareas clínicas es retener en la memoria los datos que aporta el entrevistado, con la finalidad de rendir el informe que sus maestros o jefes exigen de él. En sus *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*, Freud (1913), se declaró contrario a la toma de notas en el curso de las sesiones, por considerarla una labor distractora de la actividad necesaria para mantener la “atención flotante” y la capacidad interpretativa del analista, además de constituir un procedimiento forzosa y necesariamente selectivo y, por lo tanto, tan sujeto a distorsiones como la reconstrucción *a posteriori* de las sesiones psicoanalíticas. A partir del señalamiento freudiano, las opiniones se multiplican y dividen. Mac Kinnon y Michels (1971) consideran que el entrevistador que toma notas elude la comunicación afectiva, en la misma forma en la que evita el contacto emocional el obsesivo que se refugia en los escritos que presenta a su interlocutor. Wolberg (1967) se adhiere a la corriente que encuentra útil, cómodo y nada criticable liberar la memoria y atención del trabajo que implica retener lo dicho por el entrevistado a través del registro de los datos en el curso mismo de la sesión y Menninger (1962), en su *Manual para el estudio de casos psiquiátricos*, es definitivo al expresar que: “se han dicho muchas insensateces con respecto a tomar notas... muy pocos pacientes se resisten a tal procedimiento después de los primeros minutos de entrevista, llegando incluso a impresionarse favorablemente al percatarse de que el interés del entrevistador lo lleva a consignar por escrito lo que dicen”. Podemos concluir, así, que en este caso como en lo referente a la actitud del entrevistador, arreglo del consultorio, etc., las indicaciones existentes obedecen a las preferencias personales, conceptualizadas técnicamente, y que son un apoyo valioso para quienes comparten tales predilecciones y justificaciones, pero constituyen un artificio que resta espontaneidad para todos aquellos que poseen caracteres diferentes y se adhieren a distintos presupuestos teóricos. El entrevistador que rehúye el contacto afectivo, será incapaz de acercarse a sus interlocutores por el simple expediente de omitir tomar notas. Más aún, es predecible que se verá forzado a recurrir a otros diseños defensivos más perturbadores para el establecimiento de una buena relación de trabajo, como puede ser

## CAPÍTULO 6

# Interrogatorio de los síntomas

Ningún síntoma aislado tiene valor diagnóstico. Es el síndrome, es decir, el conjunto de síntomas, el que nos permite llegar a la determinación de la diagnosis. Además, en la patología mental, a diferencia de lo que sucede en medicina general, la existencia de cuadros clínicos puros es excepcional. Tal situación resulta fácilmente comprensible si tenemos en consideración que las transiciones entre “salud mental”, neurosis y psicosis son graduales, además de que en los tres casos los mecanismos de dedefensa empleados para enfrentar las demandas opuestas del mundo interno y de la realidad son las mismas, y son solo su rigidez, permanencia, extensión y eficiencia las que permiten determinar si su resultado es una adecuada adaptación o la presencia de patología mental. Si, por otra parte, tomamos en consideración el concepto de regresión,<sup>1</sup> encontramos que los pacientes en sus esfuerzos por buscar una solución a su conflictiva, retroceden a los niveles previos a su adaptación, en los que lograron, así fuera parcial y transitoriamente, enfrentar con éxito otras situaciones de ansiedad.

Por lo expuesto, en la anamnesis es imprescindible obtener el cuadro sintomatológico del paciente en la forma más completa y amplia posible. Hay

<sup>1</sup> El concepto de regresión se encuentra estrechamente ligado a la hipótesis de que el individuo pasa a través de una serie de fases madurativas (desarrollo psicosexual) en su camino hacia la adultez. Cada una de estas fases se encuentra constituida por una organización pulsional y mental determinada. Cuando la organización adecuada de cada fase se perturba de forma sustantiva, ocurre la regresión, la cual es una retirada a una fase previa de la organización pulsional y yoica. La regresión sirve como defensa para proteger al individuo contra la ansiedad intolerable. Puede deberse a sentimientos displacenteros (ansiedad o culpa), trastornos orgánicos, intoxicaciones, etc, y es susceptible de manifestarse en la conducta o el pensamiento, así como de evolucionar a consecuencia de insuperables conflictos (fijación). Regresión y fijación no abarcan todas las áreas de expresión vital del sujeto, por lo que encontramos, en diferentes síndromes, síntomas procedentes de distintos niveles del desarrollo psicosexual. Así, por ejemplo, un esquizofrénico puede presentar fobias y obsesiones, una histérica sentimientos de despersonalización y un obsesivo fallas en el juicio de realidad.

que rastrear hasta donde el recuerdo lo permita sus antecedentes y las perturbaciones previas que lo precedieron en el curso de la vida del sufriente.

Los síntomas psiconeuróticos se derivan de un conflicto psíquico inconsciente surgido del enfrentamiento entre distintas fuerzas psíquicas. Estas son los derivados reprimidos (fantasías, deseos, impulsos) de las pulsiones<sup>2</sup> infantiles (tanto sexuales como agresivas) y las estructuras psíquicas, yo y superyó, engendradas a través de mecanismos de identificación por las figuras parentales, que se oponen al ingreso de los derivados pulsionales al pensamiento o acción conscientes, obedeciendo a razones morales o de adaptación a la realidad. El conflicto psíquico es universal e inevitable y no conduce forzosa y necesariamente a la formación de síntomas. Puede dar lugar a patrones defensivos estables, integrados en el carácter, o permitir una solución suficiente, que abra el camino a la satisfacción

Sin embargo, cuando en el curso de la vida se perturba el equilibrio entre las fuerzas pulsionales y las represivas, los derivados de las primeras amenazan con emerger en la consciencia dando lugar al desarrollo de angustia o culpa. Estas sirven al yo como señales de alarma, que anuncian la emergencia de lo reprimido, por lo que este inicia nuevas operaciones defensivas conducentes a eliminar el peligro inminente. El fracaso de esta primera línea de defensas lleva a la emergencia de los síntomas, formaciones de compromiso que simultáneamente consisten en 1) una satisfacción parcial, sustitutiva, de los derivados pulsionales, deseos y fantasías inconscientes asociados a ellos y 2) las fuerzas represoras y adaptativas provenientes del yo y superyó. El producto es, como desde *La interpretación de los sueños* (1900) y más claramente aún en *Inhibición, síntoma y angustia* (1925) lo consigna Freud, una expresión disfrazada, altamente distorsionada, incompleta y simbólica de la pulsión original, lo que la hace conscientemente irreconocible como satisfacción de un deseo.

Teniendo estos mecanismos en mente, consideraremos que, en primer lugar, será posible encontrar rastros del conflicto actual que lleva a la eclosión de la sintomatología en diversas épocas de la vida del paciente, además de que el cuadro sindromático franco que se nos refiere como motivo de consulta, puede haber estado inmediatamente precedido por sentimientos

<sup>2</sup> Pulsión es un proceso dinámico consistente en un impulso (carga energética), que hace tender al organismo hacia algún fin. Según Freud, su origen es orgánico; su fin es suprimir el estado de tensión o excitación corporal gracias a la descarga a través de un objeto adecuado, sea en forma directa o sublimada (Moore y Fine, 1968).