

# **Terapia Psicoanalítica. Estrategia para la Formación Práctica Universitaria y la Investigación Clínica**

## **Psychoanalytic Therapy. Strategy for Professional Training in the University and Clinical Investigation**

Rufino J. Meana Peón, José Antonio Méndez Ruíz y Amalia Alarcón Pulpillo  
Universidad Pontificia de Comillas, España

**Resumen.** Se presenta un paso novedoso en la enseñanza universitaria de la Terapia Psicoanalítica. Basándose en el Enfoque Modular-Transformacional se expone una estrategia estructurada de aproximación al paciente que tiene el doble objetivo de servir como guía para prácticas supervisadas en el post grado y como sistematización al servicio de la investigación. Para estos fines, se plantean cuatro momentos reglados: entrevista para la recogida de información, análisis de la entrevista grabada, conceptualización en términos psicoanalíticos de los datos obtenidos en los dos pasos previos y redacción de informe con objetivos terapéuticos y la propuesta de un plan para alcanzarlos. Se completa el artículo con un caso clínico que ilustra el proceso.

*Palabras clave:* terapia psicoanalítica, enfoque modular-transformacional, prácticas supervisadas, investigación clínica.

**Abstract.** The article presents the setting out of an innovative step for teaching Psychoanalytic Therapy at the university. Based on the Modular-Transformational Approach, a structured strategy is offered in order to approach the patient with a double target: first, to serve as a guide for supervised practices of post graduate students, and, second, to facilitate research through systematization. In order to achieve this, the article presents four organized steps: an interview to collect information; an analysis of the recorded interview; a conceptualization, in psychoanalytic terms, of the data gathered through the previous steps; and, finally, a report of the whole process, both determining therapeutic objectives and proposing a plan to reach them. The article is completed with a case that illustrates the process.

*Keywords:* psychoanalytic therapy, modular-transformational approach, supervised practices, clinical research.

---

La correspondencia sobre este artículo puede dirigirse a [rmp@chs.upcomillas.es](mailto:rmp@chs.upcomillas.es), [j.a.mendezruiz@gmail.com](mailto:j.a.mendezruiz@gmail.com), [alarconamalia@gmail.com](mailto:alarconamalia@gmail.com)

## Introducción

### *El modelo teórico*

Nuestra perspectiva psicoanalítica utiliza los principios epistemológicos del Enfoque Modular Transformacional (EMoT). Se trata de un modelo propuesto por Hugo Bleichmar que, además de eficacia terapéutica, busca aproximar el psicoanálisis a principios de validación empírica, mediante la investigación conceptual aplicada a la clínica (Leuzinger-Bohleber, 2006) alejándose de principios dogmáticos y recogiendo las profundas transformaciones que han tenido lugar en esta disciplina durante las últimas décadas<sup>1</sup>. Aunque no entraremos en una descripción detallada del EMoT -el lector interesado cuenta con abundantes referencias en la bibliografía final- sí queremos destacar que se trata de un planteamiento que desde una incuestionable adhesión al psicoanálisis relacional contemporáneo se permite pensar en lo que pueden aportar otras disciplinas como la psicología cognitiva, las neurociencias o de teorías del aprendizaje a su marco teórico de partida. El resultado es una **psicoterapia activa, específica y flexible** en sus múltiples formas de intervención que, junto al papel fundamental de hacer consciente lo inconsciente y de buscar la modificación de los propios contenidos inscritos en lo inconsciente, enfatiza la importancia de la reestructuración cognitiva, de la memoria procedimental, del cambio en la acción y la exposición a nuevas experiencias (Bleichmar, 2010).

Para poder abordar cabalmente la tarea terapéutica, el EMoT plantea un modelo de funcionamiento psíquico basado en la **articulación compleja de sistemas**, cada uno de ellos con su propia estructura, contenidos y leyes de funcionamiento, pero en articulación permanente unos con otros. A la cabeza de ellos se sitúan los diferentes sistemas motivacionales (Bleichmar, 1997, 1999a), los cuales van a representar los diferentes deseos y necesidades que nos mueven a los seres humanos, es decir, van a guiar lo permitido y restringir lo prohibido, fenómeno que se explica a partir del desarrollo del concepto de *creencias matrices pasionales* (Bleichmar, 1997; Méndez e Ingelmo, 2011), así como los recursos y habilidades personales para satisfacer deseos y proyectos (Bleichmar, 2010).

Podemos reconocer, entonces: el *Sistema del Apego* con sus deseos y necesidades de cariño y cercanía al otro; el *Sistema de la Hetero/Autoconservación*<sup>2</sup>; el *Sistema de la Sexualidad/Sensualidad*, analizando cómo se presentan sus deseos específicos en la intersubjetividad y poniendo el acento en el papel que los otros significativos juegan en su constitución concreta en cada sujeto; el *Sistema del Narcisismo* vehiculando las necesidades de valoración y reconocimiento; y el *Sistema de la Regulación Psicobiológica* en la búsqueda del control de la ansiedad y la consecución de los sentimientos de vitalidad. Cada uno de ellos aparece con un origen diferenciado, necesidades y deseos propios, con ciertos objetos que los satisfacen, y con angustias que le son específicas ante las que se levantarán defensas también específicas.

Esta categorización, que no pretende ser exhaustiva y puede estar sujeta a modificaciones ulteriores, sólo se presenta a los fines de diferenciar los diversos tipos de motivaciones que impulsan el psiquismo de cada uno de nosotros. Las interacciones de todos ellos entre sí, con efectos de potenciación o inhibición o de cambio de significación y la articulación con el resto de las dimensiones del psiquismo dan lugar al funcionamiento complejo de éste y, por lo tanto, tendrá su consecuencia en un tipo de abordaje psicoterapéutico que deberá tomar dicha complejidad en cuenta. En este sentido, se plantea una psicopatología que huye de reduccionismos que trata de dar cuenta de la diversidad de los cuadros clínicos, considerando todas las variantes y subtipos en cuanto a la configuración psicopatológica presente en cada uno de ellos. También se pretende fundamentar y asentar una práctica terapéutica que supere las intervenciones monocordes aplicadas a no importa qué tipo de cua-

<sup>1</sup> No entraremos en el debate de las fronteras conceptuales entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. Asumimos las afirmaciones de Ávila (2009, p.6) cuando dice: “No encontramos la diferencia conceptual, ni técnica, más allá de lo anecdótico, entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica y hemos asumido la definición que suelen usar H. Töma y H. Kächele (1989) de psicoanálisis como una psicoterapia focal de duración indefinida y de foco cambiante, un foco que situamos en la experiencia del encuentro, en toda su complejidad”.

<sup>2</sup> Por Heteroconservación se entiende el deseo/necesidad de cuidado, preservación del otro y por Autoconservación el deseo/necesidad de cuidado, preservación del propio sujeto.

dro psicopatológico o estructura de personalidad del paciente. Avanzando para ello en el desarrollo de técnicas de intervención que resulten lo más específicas posibles. Teniendo como objetivo último favorecer el cambio terapéutico.

En orden a planificar y llevar a cabo intervenciones adecuadas, el EMOt desarrolla un método para elaborar un exhaustivo diagnóstico dimensional que ayuda a dar cuenta de una amplia gama de componentes y sus interacciones; así, se puede definir tanto la estructura que sustenta la sintomatología de cada uno de los pacientes como las intervenciones necesarias. Desde este planteamiento resultará difícil, y siempre reduccionista, hablar de ‘categorías diagnósticas’ como si fueran categorías homogéneas. Estamos hablando de la posibilidad de una gran especificidad en las intervenciones con una precisa aproximación a los componentes implicados en los diversos procesos de articulación y transformación que subyacen a las diferentes situaciones clínicas para poder resultar lo más eficaz posible en el cambio terapéutico (Bleichmar, 1994, 1997, 2001, 2004; Díaz-Benjumea, 2011). Dicho de otro modo, en su elección de estrategia terapéutica, se ve guiado por cuestiones como ¿qué tipo de intervención? ¿Para qué subtipo de cuadro psicopatológico? ¿Para qué estructura de personalidad? ¿Para qué momento vital del paciente? ¿Para qué condiciones del tratamiento? (psicoterapia breve o de duración prolongada), etc. Su finalidad última no se limita a modificar síntomas sino que está dirigida a cambiar la personalidad, los rasgos que producen sufrimiento, los patrones disfuncionales, conscientes e inconscientes, en las relaciones interpersonales.

Como hemos indicado, el EMOt se inscribe en la ya larga y consolidada tradición del psicoanálisis relacional. Alejandro Ávila (2009) nos recuerda que en la aproximación psicoanalítica contemporánea se constata la articulación dialéctica de dos tradiciones teóricas fundamentales: la que pone el foco en la dinámica intrapsíquica y la que detecta y da relevancia decisiva a la influencia del ambiente relacional en la constitución de la subjetividad. Entiende Ávila que Freud fue sensible a ambas dimensiones y que han sido necesarias varias generaciones de debates y rupturas para poder volver a integrar adecuadamente estas dos tradiciones; es el llamado ‘giro relacional’. Se trata de una teorización del psicoanálisis que culmina en la obra de J. R. Greenberg y S. A. Mitchell (1983) *Object relations in psychoanalytic theory* y, sobre todo, en *Relational concepts in psychoanalysis: an integration* de Stephen A. Mitchell (1988). Quedan en la historia de este proceso, los psicoanalistas que desarrollaron la escuela de las relaciones objetales con importantes autores como Winnicott, Balint o Fairbairn entre otros; Sullivan con su tradición interpersonal; la obra de Kohut por el avance que supuso su propuesta de estudio del Self y el narcisismo; Kernberg con el estudio de los trastornos graves de personalidad y la puesta en marcha de una entrevista semiestructurada para su diagnóstico; Pichon Rivière y su lectura del psicoanálisis como psicología social así como otros muchos autores de la relevancia de Ferenczi, Alexander, French, Stern, Odgen o Fonagy, que tuvieron la libertad de exhibir un pensamiento tan independiente como constructivo respecto al psicoanálisis que habían heredado; independencia que les costó en muchos casos la exclusión y una mayor o menor persecución intelectual. Dado que esta fascinante historia nos apartaría del objetivo de este escrito no abundaremos en ella, bástenos con saber que, cuando hablamos de psicoanálisis relacional, estamos ante una tradición enormemente consolidada, no exenta de matizaciones diversas, y con crecientes desarrollos científicos por su potencia epistemológica y práctica así como por su capacidad para establecer enriquecedores diálogos con otras disciplinas, particularmente con las ciencias cognitivas y las neurociencias.

El EMOt otorga gran importancia al hecho de crear en la terapia un ámbito de **exploración compartida** para, desde una epistemología bi-personal, asumir y utilizar al servicio de la terapia la intensa influencia mutua que se da en el contexto terapéutico. Se trata de no desestimar que es importante la forma en que ambos integrantes van constituyendo un vínculo único sustentado sobre las particularidades de cada parte<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> A este respecto resulta sumamente interesante ver: Bleichmar (1997, 2010); Díaz-Benjumea (2011); Jiménez (2005); Maroda (2010); Méndez e Ingelmo (2011); Riera (2001, 2011); Stern (2009).

## Objetivos Universitarios

La labor clínica e investigadora alrededor de este modelo epistemológico se ha desarrollado exponencialmente en la última década y junto a una extensa producción de **libros y artículos** ha merecido el reconocimiento de **congresos y jornadas científicas** nacionales e internacionales<sup>4</sup>. Sirva de ejemplo significativo algunas referencias a la extensa producción del propio Bleichmar (1994, 1997, 1999a, 1999b, 1999c, 2000, 2001, 2003a, 2003b, 2004, 2005, 2006, 2008, 2010) y la de otros como Abelin-Sas (2008), Dio Bleichmar (1996, 1998, 1999, 2005), Méndez e Ingelmo (2009, 2011), Levinton (2001), Iceta y Méndez (2003), Díaz-Benjumea (2011), Sanmiguel (2008), etc.

Ahora presentamos **un nuevo paso** en este recorrido: incorporar la enseñanza de este planteamiento terapéutico a los nuevos estudios universitarios de postgrado que se van generando a partir del Plan Bolonia en España. Se trata de una experiencia novedosa que se está realizando en el marco de la **Universidad Pontificia Comillas**. Es la universidad que desde hace más de veinte años respalda la docencia de este enfoque reconociendo como propias, con las titulaciones correspondientes, las enseñanzas que los Doctores Bleichmar han venido realizando.

Las cualidades de este modelo, apenas esbozadas en esta introducción, se hacen evidentes considerando su potencia epistemológica de los fenómenos psíquicos y su capacidad para integrar diversos saberes al servicio de la tarea psicoanalítica. Se trata de un paradigma científico muy apto para la enseñanza universitaria. Sobre todo si, como es el caso del EMoT, se desea ser fiel al compromiso originario de todo planteamiento universitario: respeto por la pluralidad y el **rigor científico** al servicio de un **diálogo intelectual** que ayude a todos a cuestionarse las propias certezas para poder avanzar en el conocimiento.

El reto que nos hemos planteado con los alumnos de posgrado reside en una tarea introductoria no poco ambiciosa. Consiste en ofrecer aprendizaje teórico práctico a alumnos que no tienen experiencia en terapia psicoanalítica. Una introducción al mundo de la terapia psicoanalítica férreamente supervisada para que vayan aprendiendo y valorando este modelo y, si finalmente lo estiman oportuno, culminen su formación cursando algún postgrado universitario de los ofrecidos en esta misma línea, al tiempo que realizan su propio proceso psicoterapéutico.

**El foco del aprendizaje** lo hemos situado en el primer estadio de toda intervención terapéutica: la descripción diagnóstica del paciente y el establecimiento de los mimbres necesarios para la facilitar la ulterior adhesión al tratamiento. La atención está centrada principalmente en los aspectos psicopatológicos y supone la recopilación del mayor número de datos posible, así como el ordenamiento de los mismos desde la mencionada epistemología del EMoT para, ulteriormente, ofrecer la intervención más adecuada por parte de un profesional plenamente cualificado.

El esquema propuesto sirve, además, a otro propósito esencial en el contexto universitario: **la investigación**. La sistematización en la recogida de información, en su ordenamiento y en su análisis es un paso esencial tanto para implementar intervenciones más específicas, como para llevar a cabo investigaciones que hagan avanzar la práctica clínica a cotas de mayor eficacia. Este es otro punto sensible en la tradición psicoanalítica contemporánea. Dejando aparte la discusión sobre la idealización del método científico experimental aplicado a la psicología y sus bondades, es innegable que se trata de un instrumento imprescindible al que hay que otorgar una alta importancia sin olvidar que hay que saber cuándo nos encontramos con campos en los que ese método resulta insuficiente. La investigación y el psicoanálisis hace tiempo que han dejado de viajar en compartimentos diferentes, sin embargo, aunque esta pareja va adelante con estabilidad y satisfacción mutua en muchas partes, aún queda mucho para considerarlas actividades plenamente integradas (Lemma, 2003).

Muchos candidatos a terapeutas terminan adscribiéndose a otros enfoques terapéuticos porque esas aproxi-

<sup>4</sup> En <http://www.psicoterapiapsicoanalitica.com/produccion-cientifica.html> se puede consultar un amplio sumario de publicaciones y documentación científica sobre el EMoT.

maciones han sabido establecer técnicas ordenadas, categorizadas, con aplicaciones específicas frecuentemente sustentadas sobre un *corpus* de investigación de cierta consistencia. No pocas veces la elección de escuela se basa en que esa sistematización hace que tales enfoques resulten aparentemente más sencillos de aprender. Sin embargo, es sabido que aunque aparentemente la eficacia de unas y otras escuelas es, al menos, equivalente<sup>5</sup> si nos fijamos en el síntoma, el paradigma psicoanalítico contemporáneo ofrece una muy inusual y rica perspectiva del funcionamiento normal y patológico del psiquismo humano que va más allá de la mera cura del síntoma y se adentra en auténticos replanteamientos existenciales.

Nuestro objetivo es contribuir al importante movimiento en el que están embarcados no pocos autores y universidades de primer orden<sup>6</sup>: ayudar a **candidatos a terapeutas**, en un momento generalista de su formación, a comprender que es posible aprender a aplicar la terapia psicoanalítica mediante el entrenamiento en estrategias y habilidades específicas; que es posible sistematizar las intervenciones para que sirvan al propósito de investigar y mejorar la calidad de las psicoterapias; y que es posible hacer todo ello sin perder la perspectiva de que hay que ir más allá de los manuales prácticos para explorar y caer en la cuenta de la hondura y complejidad de la naturaleza humana que, como decimos de un modo privilegiado, ofrece la teoría y práctica psicodinámica (Maroda, 2010).

### Prácticas supervisadas

La estrategia para prácticas supervisadas que presentamos en este artículo está contextualizada en los estudios de postgrado del “*Máster Universitario en Psicología de la Salud y Práctica Clínica*” de Comillas.

Los graduados universitarios que participan en este tipo de prácticas han adquirido suficiente formación teórico-práctica mediante el estudio de las asignaturas sobre psicoanálisis que les son ofrecidas y la participación en un *Grupo Operativo*<sup>7</sup> en donde se abordan los grandes temas que van a ir surgiendo en el trabajo en terapia psicoanalítica.

Por tanto, los alumnos disponen de los mínimos necesarios para encarar una serie de entrevistas supervisadas que, como hemos indicado, tendrán una finalidad muy precisa: ofrecer a algunos pacientes que acuden a la *Unidad de Intervención Psicosocial* de Comillas un diagnóstico operativo en términos del EMoT. Dado que no son profesionales con la cualificación necesaria para encarar una terapia, su tarea termina al cabo de las entrevistas necesarias para obtener información y devolver al paciente una impresión global de la naturaleza de sus dificultades, así como redactar un posible plan de terapia. El trabajo terapéutico posterior será tarea de algún clínico plenamente cualificado para la intervención en psicoterapia psicoanalítica.

Es de destacar la importancia de la **supervisión**. Dado el contexto docente en el que enmarcamos esta actividad y la lógica inexperiencia del alumno, todo el proceso transcurre bajo una intensa supervisión por parte de un terapeuta experto. Durante las entrevistas de recogida de información el supervisor está, bien en la misma habitación bien al otro lado de un espejo unidireccional, dispuesto a intervenir ante cualquier eventualidad que lo requiera. Además, el supervisor se ocupa de que el análisis que el alumno haga de la grabación de la entre-

<sup>5</sup> A quienes deseen extenderse en este punto puede resultarles muy interesante revisar una investigación de J. Schedler (2010) y la extensa bibliografía que ofrece al respecto. Entre otras cosas, hace un fuerte defensa de la necesidad de que los profesionales que trabajan desde una perspectiva psicodinámica se familiaricen con el lenguaje y procedimientos propios del enfoque científico experimental para poder defender la calidad e incuestionable eficacia de su modo de conceptualizar el psiquismo. Podemos leer en las conclusiones: “*las evidencias que están en este momento a nuestro alcance indican que la eficacia de las terapias psicoanalíticas es tan grande como lo es la de aquellas que han sido promovidas como ‘empíricamente sustentadas’ o ‘basadas en la evidencia’ (...)* muchas veces sin saberlo, ‘ingredientes activos’ de otras terapias incluyen técnicas y procesos que han sido centrales y característicos del tratamiento psicoanalítico”. (Schedler, 2010, p. 109).

<sup>6</sup> A este respecto son ilustrativas las obras de: E. Caligor, O. Kernberg y J. Clarkin (2007); F. Clarkin, P. Fonagy y G.O. Gabbard (2010); Gabbard, G. O. (2007, 2009); A. Lemma (2003); A. Lemma, M. Target y P. Fonagy (2011); K. Maroda (2010); R. Summers (2010); I. Weiner (2009). Por citar sólo algunas.

<sup>7</sup> En estos grupos, desarrollados por Pichón Rivière (1960) y Bleger (1984), se busca un aprendizaje, con intensa implicación personal, de lo que supone la tarea psicoterapéutica. Son grupos de formación integrados por profesionales de la salud mental que se reúnen para analizar las dificultades intelectuales y emocionales que se presentan en el trabajo clínico. Al mismo tiempo que estudian y discuten la teoría, se vivencian los diversos obstáculos, preferentemente emocionales, que surgen espontáneamente alrededor de la tarea.



vista recoja todos los datos relevantes y de que el diagnóstico operativo final tenga consistencia y resulte útil tanto para el terapeuta a quien se deriva el caso como para el propio paciente a quien se le devolverá una síntesis de las impresiones obtenidas.

Las prácticas supervisadas tienen **cuatro momentos** fundamentales:

1. Entrevistas diagnósticas orientadas a la obtención de datos sobre el/la paciente.
2. Análisis de la entrevista, sobre la base de los datos recogidos y/o grabados, sistematizándolos conforme a los principales parámetros del Enfoque Modular Transformacional.
3. Última entrevista de devolución con el paciente.
4. Redacción de un informe que incluya una descripción consistente del paciente en términos del EMoT y proponiendo un plan terapéutico.

### *Entrevistas diagnósticas orientadas a la obtención de datos sobre el/la paciente*

El primer paso consistirá en ayudar al alumno a realizar las entrevistas necesarias para obtener la mayor cantidad posible de datos útiles. A este efecto, hemos confeccionado una “*Guía de ayuda a la entrevista*” (Apéndice I). Es muy importante que los alumnos entiendan que **la guía es un apoyo y no un cuestionario** que convierta a la entrevista en un interrogatorio. El psicólogo ha de ir aprendiendo a manejarse en estas circunstancias con suficiente flexibilidad como para permitir que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular.

La función de la guía es ayudar al alumno inexperto a facilitar el discurso del paciente de modo que pueda llegar a disponer de los datos suficientes como para ir haciéndose a la idea de potenciales áreas de intervención. En nuestro ámbito no resulta útil una entrevista cercana al modelo médico, una anamnesis, como se encarga de recordarnos Bleger (1984, p. 6-7):

*“...cada ser humano posee sistematizada su personalidad en una serie de pautas o en un conjunto o repertorio de posibilidades y son éstas las que esperamos que se pongan en juego o exterioricen en el curso de la entrevista (...) la entrevista funciona como una situación en la que se observa una parte de la vida del paciente, que se desarrolla en relación a nosotros y frente a nosotros (...) el supuesto de la entrevista es el de que cada ser humano tiene organizada una historia de su vida y un esquema de su presente y de esta historia y de este esquema tenemos que deducir lo que no sabe”.*

En el marco de la terapia psicoanalítica el objetivo de las entrevistas no es tanto averiguar lo que alguien “nos puede decir”. Más bien se trata de ayudar al paciente a construir su propio relato desde una toma de contacto consigo mismo, con su funcionamiento psíquico en general. Así pueden hacerse patentes sus disfunciones intrapsíquicas y relacionales no sólo conscientes sino también inconscientes. En la entrevista se trata de crear un marco que facilite su aproximación a todo aquello que le causa malestar pero de lo que, con frecuencia, nada o muy poco sabe. La entrevista inicial debería ser el primer paso en el establecimiento de un vínculo de apego, todo lo seguro que pueda obtenerse en cada uno de los casos, que facilite dichos objetivos. Estamos, por tanto, ante la primera oportunidad para una adaptación flexible del método psicoanalítico a la situación concreta de cada paciente (Thöma y Kächele, 1989).

En estas circunstancias, es necesario superar el nada sencillo reto de aunar el hecho de que sea el discurso del paciente el que se desarrolle y ofrezca un sentido a la entrevista, con la imposibilidad de desestimar la presión del objetivo inmediato (obtener los más datos posibles para poder realizar el informe) y el hecho de saber que se dispone de un número limitado de sesiones. Por todo ello entendemos que conviene que estas entrevistas sean **grabadas en video**. De este modo el alumno y su supervisor pueden analizar con calma los diferentes momentos de la misma, aprender de ella y rescatar datos que, por mera inexperiencia, pueden haber pasado desapercibidos y no han sido recogidos por escrito sobre la marcha.

Evidentemente para grabar se cuenta con el consentimiento informado del paciente y se cumple con todos

los compromisos éticos y legales relacionados con la confidencialidad y la ley de protección de datos vigente.

### *Análisis de la entrevista sobre la base de los datos recogidos y/o grabados y sistematización según el EMoT<sup>8</sup>*

Como hemos indicado al comienzo el EMoT se inscribe en la tradición del psicoanálisis relacional por esto concede gran importancia no sólo al discurso del paciente sino al campo relacional que es la entrevista. Como afirma Bleger (1984) cuando reflexiona sobre la entrevista psicológica, el profesional ha de hacer confluir las funciones de **escuchar, observar y vivenciar** para llevarla adelante adecuadamente, entendiéndola como campo intersubjetivo. Por ello, hemos de centrar la atención en tres vectores esenciales:

- **El entrevistado:** transferencia, estructuras de conducta, rasgos de carácter, ansiedades, defensas, etc.
- **El entrevistador mismo:** actitud, disociación instrumental, contratransferencia, identificaciones, etc.
- **La relación interpersonal:** interacciones varias, procesos de comunicación, etc.

Bleichmar (2010, p.12) dirá: [sobre la relación terapéutica] *“en vez de una concepción por la cual se observa lo que dice el paciente, lo que éste transferiría de viejos patrones relacionales al vínculo actual, el foco de observación son las transferencias cruzadas que paciente y terapeuta hacen cada uno sobre el otro, reactivando viejos patrones pero, también, creando algo que es producto nuevo de esa relación. El terapeuta se posiciona así como si fuera un tercero que observa la interacción entre él mismo y el paciente...”*

Esto, aparte de cualidades naturales, requiere de entrenamiento. Desde luego, el que viene del **propio análisis personal** que, con la ayuda del analista, va agudizando la mirada sobre uno mismo y las propias circunstancias (incluida la relación terapéutica) pero, también, el que viene de verse supervisado por una mirada experta en el ejercicio de la profesión; **la supervisión**, sobre todo en el comienzo del ejercicio profesional, es un instrumento fundamental. A este respecto, Hugo Bleichmar (1997, p.368ss.) ofrece una serie de pautas para la presentación de casos clínicos para supervisión indirecta que resulta de gran utilidad también para esta etapa inicial de aprendizaje; nos hemos permitido modificar estas pautas para facilitar el aprendizaje por parte del alumno (**Apéndice II**).

Con estas pautas se estudiará en detalle la grabación de la entrevista. Insistimos nuevamente en la importancia de la grabación audiovisual de la misma; procura una enorme riqueza al ayudar a captar gran cantidad de matices, especialmente en aspectos procedimentales, difíciles de reconocer en el transcurso de las entrevistas. Además, el estudio de la grabación constituye todo un proceso de educación de la mirada clínica y de **entrenamiento del ‘yo observador’ a posteriori**; muchos matices que serán percibidos en la grabación, en el futuro podrán ir siendo captados en el devenir de la entrevista, sin perder contacto con la persona que se tiene delante. Juan Pablo Jiménez (2005) nos recuerda, a este respecto, el concepto ‘disociación operativa’ de Sterba subrayando cómo toda formación analítica tiene el objetivo de desarrollar y fomentar en el analista principiante esta doble capacidad compuesta por un lado de comprensión empática y, por otro, de autoobservación y pensamiento.

Como se puede observar en la guía, es importante considerar no sólo datos provenientes del paciente (discurso, aspecto físico, lenguaje no verbal, etc.) sino, también, otros aspectos relacionados con el impacto del paciente sobre el terapeuta y con la naturaleza misma de la relación que está aconteciendo en esa entrevista. Seguir sus pautas ayudará a organizar toda la información, a saber qué ha ocurrido en el encuentro y, también, a caer en la cuenta de los aspectos que no se han tenido en cuenta. Este pormenorizado estudio del encuentro será un paso importante para organizar todos los datos desde el Enfoque Modular-Transformacional.

<sup>8</sup> El lector no iniciado en el Enfoque Modular Transformacional seguramente encontrará dificultad para comprender algunos de los conceptos que se manejan en este apartado. Remitimos a la bibliografía al respecto.

Tabla 1. En el eje de ordenadas se encuentran los principales sistemas motivacionales. En el eje de abscisas diversos aspectos que convendría observar en relación a cada uno de ellos

	Primacía/ Déficit.	Ansiedades específicas en relación a cada sistema	Defensas Intrapsíquicas (Ocultamiento y/o Transformación)	Defensas Interpersonales (Aloplásticas, Autoplásticas)	Función del otro en el equilibrio del sistema	Interacciones con otro/s sistema/s (Mantenimiento, refuerzo o desactivación)
SM Narcisista	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6
SM Hetero/Auto Conservación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6
SM Sensual/Sexual	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6
SM Regulación Psicobiológica	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6
SM Apego	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6

No conviene olvidar que la complejidad de matices del EMoT hace que quien se está iniciando pueda tener una cierta sensación de zozobra ante todos los datos que ha de considerar para no perder la complejidad de dimensiones y matices que están en juego<sup>9</sup>. Alcanzar la espontaneidad requerida para ir encajando las cosas con soltura requiere muchas horas de práctica, por eso hemos ideado una **tabla de doble entrada** (Tabla 1) que ayudará a no dejar pasar ninguno de los principales elementos a considerar. Somos plenamente conscientes de la simplificación que esto podría implicar pero entendemos que no debe suponer un gran problema mientras no se pierda de vista que es una simplificación iniciática sobre la que hay que seguir construyendo.

Tengamos en cuenta que, en muchas ocasiones, se requieren largos periodos de entrevistas para llegar a ver cómo está organizado cada sistema motivacional, su importancia en el conjunto del psiquismo, de qué hablan los estados de ansiedad que observamos, cómo algunas representaciones del self sirven a propósitos que a simple vista no sospecharíamos o cómo se organizan las defensas. Por tanto, recordemos, la tabla **no es un test**, un instrumento para aplicar y que produzca una especie de foto fija del paciente. Se trata, como venimos diciendo, de un medio al servicio de un aprendizaje básico que trata de ayudar al profesional a ser un buen notario de una realidad que le incluye a él mismo en cuanto alguien que influye y es influido por esa realidad intersubjetiva que es el encuentro terapéutico. Es decir, un registro de lo que el alumno en prácticas ha sido capaz de obtener de sus entrevistas y, no menos importante, de lo que no ha podido captar. Por último, deseamos enfatizar el hecho de que es muy importante **utilizar sólo la información que se tiene**, no las hipótesis o las deducciones lógicas que puedan surgir. Es mejor caer en la cuenta de que falta información que suponer que se puede responder a todo.

Además, en el momento de elaborar una visión global del paciente, habrá que considerar la articulación del conjunto de los Sistemas Motivacionales (y los aspectos derivados de estos como las ansiedades que generan y las correspondientes defensas) con otras dimensiones fundamentales del psiquismo como la **agresividad** (que en sus diferentes modos de presentación e intensidad puede condicionar mucho la sintomatología aparente de un cuadro clínico); el nivel de **activación neurovegetativa** (que puede llevar al desborde ansioso del paciente); la **tendencia a la acción** (la dañina impulsividad que puede obligar al profesional a situarla en primer plano de intervención); los **recursos yoicos** para manejarse en la realidad (tanto en forma de habilidades instrumentales como de habilidades relacionales), etc. Finalmente, no queremos dejar de lado la articulación de todo ello con el área, fundamental en tantos casos, de los acontecimientos externos, especialmente en lo que respecta al área de los acontecimientos traumáticos. (Ver Apéndice III).

En la tabla no se recoge un orden obligatorio para el análisis de los datos provenientes del paciente; en cada caso convendrá comenzar por el Sistema Motivacional que, aparentemente, posee más relevancia. La idea de esta tabla es **ayudar a hacerse preguntas** y responderlas desde los datos de los que se dispone y, como hemos insistido, no tiene por qué encontrarse siempre una respuesta. Con no poca frecuencia se requieren muchas

<sup>9</sup> En el **Apéndice III** se puede ver un esquema de las principales áreas de intervención que considera el EMoT.



sesiones de trabajo para ir conociendo diversos aspectos del paciente y para, con ellos, ir comprendiendo el tejido psíquico ante el que nos encontramos. Por supuesto, para poder cumplimentar este paso satisfactoriamente los alumnos deben de poseer un conocimiento suficiente del modelo.

Cada casilla invita a preguntarse asuntos como:

- (1.1) *¿Disponemos de algún dato que pueda indicar que el Sistema Motivacional Narcisista ocupa un lugar relevante en balance psíquico de la persona? Especificar.*
- (1.4) *¿Puedo observar en el relato del paciente o en vínculo establecido en las entrevistas alguna defensa interpersonal –aloplástica o autoplástica<sup>10</sup>- en relación al sistema motivacional narcisista? Especificar.*
- (5.2) *¿Tengo constancia de alguna angustia que esté hablando de necesidades o deseos insatisfechos en relación al sistema de Apego? Especificar.*
- (3.6) *Desde los datos concretos de que dispongo, ¿Está, en modo alguno, el sistema sensual-sexual reforzando o desactivando algún otro sistema o, al revés, se ve potenciado o inhibido desde otro sistema? Especificar.*
- (2.5) *¿Tengo algún dato que me oriente sobre la función que cumplen los otros significativos en el equilibrio del sistema de autoconservación? Especificar.*
- (4.3) *¿He observado si algunas representaciones del self están contribuyendo a elevar los niveles de arousal? ¿Y viceversa? Especificar.*

*Etc...*

El exhaustivo recorrido de todas y cada una de las casillas hace que el alumno analice sus datos una y otra vez desde diversos ángulos y a la luz de los conceptos fundamentales del EMoT. Esto es un buen entrenamiento para ir adquiriendo la habilidad espontánea de reparar en aspectos a simple vista poco llamativos, caer en la cuenta de asuntos que por sí solos no son relevantes pero sí lo pueden ser cuando se interconectan, etc.; se trata, como dijimos, de modelar la mirada del futuro terapeuta.

Como resultado final, esta tarea permite que los alumnos puedan ir **aprendiendo a construir diferentes tipos de estrategias terapéuticas, adecuadas a cada caso y sus circunstancias**. Será importante, a la luz de los datos que vaya aportando el paciente, ir priorizando unas áreas de intervención sobre otras en cada momento concreto del tratamiento<sup>11</sup>.

### **Entrevista de devolución al paciente**

Recordemos que estamos ante un ejercicio práctico supervisado de alguien que se está iniciando en el aprendizaje de la terapia psicoanalítica. A pesar de esto, el paciente debe de verse lo menos sometido posible a cualquier sensación de impericia, cosificación o, en general, cualquier falta de rigor profesional. Es muy importante que se sienta **reconocido como persona** que está siendo seriamente tratado para que el paso al siguiente estadio, la terapia propiamente dicha, se dé de manera fluida y con los mimbres de la alianza terapéutica listos para ser tejidos<sup>12</sup>.

Es cierto que, más allá de la pericia o impericia del alumno, esta circunstancia en la que nos encontramos es un tanto diferente a otros arranques en terapia psicoanalítica. Para que todo fluya convenientemente las personas implicadas tienen que tener muy claro qué es lo que está ocurriendo; principalmente el paciente.

<sup>10</sup> *Defensas Alopásticas*: transformación del mundo externo para que se adapte a las necesidades del sujeto y contrarreste un estado de tensión interior. *Defensas Autoplásticas*: tendencia a eliminar, a transformar o a mantener por fuera de la conciencia un estado afectivo displacentero mediante procesos cognitivos y/o perceptuales (Bleichmar, 1997, p.347-348).

<sup>11</sup> A este respecto, remitimos nuevamente al lector al Apéndice III donde ofrecemos un esquema sintético de algunas de las posibles áreas de intervención a considerar.

<sup>12</sup> Es general el acuerdo sobre la centralidad e importancia de la Alianza Terapéutica –Alianza de Trabajo para algunos- no sólo en el proceso analítico sino también en toda relación terapéutica sea cual sea su orientación de escuela. Con respecto al proceso analítico: Etchegoyen (1993), Greenson (1967), Jiménez (2005b), Meissner (1991, 1996). En general respecto a todo proceso terapéutico: Muran y Barber, (2010), Norcross (2011).

Es muy importante que el/la paciente esté **bien informado**, con un lenguaje claro y directo, al menos, de que:

- 1º. La persona que le está atendiendo no va a ser la misma persona que le va a acompañar en su terapia.
- 2º. Este paso forma parte de un proceso terapéutico en el que el objetivo del profesional es hacerse una idea cabal de las dificultades del paciente para informar de sus impresiones al terapeuta que le atenderá.
- 3º. Este estadio está supervisado por un experto que garantiza que las impresiones que se transmitan sean lo más adecuadas posible a la realidad del paciente.
- 4º. El psicoterapeuta que le acompañe tendrá acceso a los materiales grabados o transcritos para poder elaborar sus propias hipótesis y alterar, si lo cree conveniente, el plan de trabajo.

En cierto modo, estamos en una situación diagnóstica, con todas las prevenciones que queramos poner al término en el marco de la terapia psicoanalítica<sup>13</sup>, y en todo proceso diagnóstico resulta ética y técnicamente ineludible algún tipo de comunicación al paciente de las impresiones con las que se queda el profesional máxime si la relación con el mismo se termina ahí (Sendín, 2000). Ayuda al paciente a sentirse parte activa de la totalidad del proceso y, según como se vayan recibiendo los comentarios, también ayuda al profesional a matizar sus apreciaciones y a enriquecer el informe escrito.

El contenido de la última entrevista variará según las características personales del paciente y la naturaleza de sus problemas. En todo caso, ha de ser un momento en el que se utilice un **lenguaje claro, sencillo y preciso** evitando terminología técnica que empañe la comunicación y, tal vez, haga que el paciente malinterprete al profesional. A este respecto Lemma, Target y Fonagy (2011, p. 116) nos recuerdan que el lenguaje debe adaptarse, en la mayor medida posible, al vocabulario que habitualmente emplea el sujeto en su vida cotidiana, teniendo en cuenta su edad y nivel cultural. A menudo, para explicar determinados conceptos, es útil recurrir a frases o expresiones aportadas por el propio individuo de modo que quede garantizada la comunicación al hacerlo en el propio y personal modo de decir las cosas del paciente.

En esta entrevista no se trata de devolver al paciente un psicodiagnóstico –categorial y/o dimensional– completo con recomendaciones terapéuticas. Se trata, más bien, de hacerle caer en la cuenta de que el profesional **le ha captado adecuadamente** y, por tanto, va a orientar bien a su terapeuta. Con frecuencia, por distorsiones provenientes del modelo médico, el paciente espera una especie de foto fija de su psiquismo, una respuesta a la pregunta “¿Cómo se llama lo que me pasa?”. Sabemos que en determinadas situaciones vinculares, y/o ante determinadas estructuras de personalidad, es necesario un cierto nivel de concreción en la respuesta, sin embargo, desde nuestro punto de vista, sería un error tratar de responder por sistema a esta cuestión, entre otras muchas razones, por el reduccionismo que la respuesta supondría. El alumno en prácticas, con la ayuda de su supervisor si fuera necesario, deberá ser capaz de transmitir al paciente las áreas en las que su terapeuta podrá ayudarle: ¿Qué sufrimientos entiende que deberían ser atendidos? ¿Qué actitudes, conductas, comportamientos parece que tendrían que ser mirados con calma para, tal vez, tratar de cambiarlos en orden a mejorar su mundo relacional? ¿Qué preconcepciones de sí o de otros, tal vez no del todo precisas, parecen estar produciendo qué cosas? ¿Qué posibles temores laten bajo determinados modos de reaccionar? Etc. Para concluir con una especie de “*en esto creo que su terapeuta le podría ayudar y así se lo haré saber*”.

Esta entrevista no debería ser un monólogo y, mucho menos, un pulso entre profesional y paciente. Es un momento de comunicación que tiene que ofrecer al paciente la oportunidad de reaccionar, matizar, completar, etc. Como decimos, ahí puede surgir información valiosa para el informe escrito. Cabría esperar que esta entrevista termine en una especie de acuerdo que será base importante para la alianza terapéutica que habrá de establecer con su psicoterapeuta.

<sup>13</sup> Sobre el tema “Aproximaciones psicodinámicas y clasificaciones diagnósticas” resulta interesante ver la reflexión que hacen al respecto H. Bleichmar (1997, p. 17ss); A. Lemma, M. Target y P. Fonagy (2011, p.45ss.).

## Elaboración de un informe escrito

En el proceso de aprendizaje será indispensable que el alumno haga el esfuerzo de realizar un informe escrito que reúna de modo coherente su trabajo sobre los datos que tiene del paciente. Recordamos que estamos ante un **doble objetivo**. Por un lado ayudar al profesional en prácticas a familiarizarse con un modo de trabajar con el paciente y de analizar la información obtenida. Por otro, ayudar al terapeuta a quien irá dirigido el paciente a hacerse una idea de los principales aspectos implicados en la patología del mismo.

El escrito ha de dejar constancia de un uso del lenguaje que de cuenta de que se han comprendido los términos técnicos y que, por tanto, pueden transmitirse con razonable claridad. No es infrecuente encontrarse con profesionales que dominan los tecnicismos y que, en el mejor de los casos, comprenden suficientemente su significado pero que se ven incapaces de transmitir su saber a los no iniciados. Si, como hemos dicho, deseamos que este estadio sea significativo para el paciente otorgándole, al menos, la sensación de que está siendo comprendido (con la importancia que esto tiene para entretejer el ulterior vínculo terapéutico) hemos de lograr que el informante en prácticas sea capaz de expresarse con suficiente claridad. Además, el foco ha de estar puesto en los aspectos patológicos, obviamente con las indispensables alusiones a la dinámica general del psiquismo del paciente pero sin detenerse en una descripción pormenorizada de la integridad del sujeto psíquico. La concisión y la razonabilidad de las hipótesis de trabajo serán de vital importancia.

Según lo que venimos relatando, debe de contener los siguientes apartados:

1. Datos relevantes de la biografía del sujeto.
2. Datos relevantes obtenidos del análisis de las entrevistas.
3. Comprensión del sujeto conforme a los principales parámetros del EMoT
4. Hipótesis de trabajo: objetivos terapéuticos y posible plan de trabajo.

## Ejemplificación clínica

En este último apartado del trabajo, queremos ejemplificar todo lo dicho mediante su aplicación a un caso clínico. Por razones obvias presentamos un caso escrito, con las limitaciones de las que ya hemos hablado en comparación con el material audiovisual. Con todo, al tratarse de unas primeras entrevistas diagnósticas descritas con gran detalle, vamos a poder mostrar cómo todo el modelo teórico que hemos planteado tiene su aplicación práctica en el trabajo con un caso clínico concreto.

## Entrevista diagnóstica orientada a la obtención de datos sobre el paciente

Presentamos una entrevista diagnóstica, realizada en este caso a lo largo de **cuatro sesiones**, con un paciente al que llamaremos C. El conjunto de las cuatro sesiones han de ser consideradas como una unidad en la que se busca obtener los **objetivos diagnósticos** y vinculares de los que hablamos antes. Como cada paciente, cada psicopatología y cada situación vincular tiene sus propias necesidades y su propio desarrollo temporal en ocasiones necesitaremos de varias sesiones y en otros casos será suficiente con una sola para alcanzar el objetivo de disponer de una visión global suficientemente buena.

En la descripción de las sesiones que vienen a continuación hemos incorporado, al hilo de los acontecimientos narrados, apreciaciones que el terapeuta hace para sí mismo *a posteriori* sintetizando en la exposición, por imperativo de brevedad, la recogida de datos de la biografía del paciente y el análisis de la entrevista.

Se trata de un **varón de 38 años**, empleado con un cargo de relevancia en una empresa multinacional. Relataremos:

## Iª Sesión

Viene a la consulta a petición propia, pero presionado por sus familiares cercanos, motivado por un problema caracterizado por un estado de ánimo depresivo episódico. Además, en esos momentos, presentaba una importante patología ansiosa que se movía entre intensos ataques de pánico y un estado permanente de ansiedad junto a un consumo excesivo de alcohol que ponía en marcha buena parte del resto de la sintomatología. Cuando explica estos síntomas especifica que *“las borracheras de verdad”* son previas a la toma de alcohol y las describe como periodos de euforia y expansividad en los que siente que no hay límites: *“si en esos momentos tomo ansiolíticos, que tomo en mucha cantidad, tampoco puedo parar... salgo con chicas sin límite, no tengo horarios, después la caída es en barrena”* ... (¿Qué le ocurre en los otros momentos?) ... *“en las etapas intermedias me encuentro fatal, me centro totalmente en el trabajo... por la noche me agobio, me ahogo. Luego vienen etapas más normales”* ... (¿Cómo son esas etapas que llama normales?) ... *“trato de vivir sin emociones, sin alcohol y descansando del enorme cansancio que me entra”*

Me dice que vive con sus padres y le pregunto por qué: *“no es por lo económico, es por cosas de la vida”* ... (¿Cuáles son esas cosas de la vida?) ... *“estuve casado durante seis años, nos separamos hace dos porque no aguantó estos ciclos que tengo y, sobre todo, porque unos meses antes el descontrol fue total y tuve una relación paralela que ella descubrió”*.

Trato de saber con más detalle los pormenores de esas crisis de las que habla. Por eso, y por sus descripciones tan escuetas, mis preguntas buscan que sea más explícito. *“Son irregulares, igual paso largas temporadas sin que me pase o me vienen cada tres o cuatro meses, entonces se produce una subida... puede ser un día o 6-7 sin dormir”* ... Se puede observar que son frases cortas, dichas en tono seco, poco explícitas, su discurso es muy vago e inespecífico. No se niega a responder, pero hay que pedirselo. *“Son días sin límite alguno, en nada... hago todo lo que no hago o se me pasa por la cabeza en otro momento (juegos, chicas, alcohol)... no puedo parar, es una desesperación”* ... No habla de disfrute en ningún momento, le pregunto ¿qué pasa luego?: *“luego no me puedo mover, levantarme de la cama, no trabajo durante unos días... aunque he conseguido mantener esto lejos de mi trabajo”* ... (¿Cómo es usted cuando está en esos periodos que llama normales?) ... *“soy responsable, serio, tímido”* ... (¿Cómo es su vida?) ... *“no hablo casi con nadie, soy más bien callado, salvo en el trabajo, allí soy un gran actor. Fuera del trabajo trato de no ver a nadie... (¿Cómo lo consigue en el trabajo?)”* ... *“en el trabajo no me cuesta, allí interpreto”*. Trato de sacarle de la mera descripción sintomática mediante una fórmula: (¿Y qué le pasa a C. con C.?) ... *“miedos terribles, a veces me asustan las cosas que hago, otras me da miedo a que acabe por provocarme serios problemas en el cuerpo... todos estos miedos se evaporan en la euforia”* ... (Me describe actitudes absolutas y contrapuestas en cada una de las situaciones)... *“Así es”* ... (¿Qué siente entonces C. por C.?) ... *“si me preguntan ahora, nada”* ... (¿Qué tremenda es entonces la fase que usted llama normal!) *“sí, es así... desde pequeño ya me pasaba, me sentía triste, con doce o trece años me parecía todo un fracaso... abandonaba las actividades en las que me metía. No aguantaba haciendo las cosas. Aunque cuando entré en la adolescencia tuve un periodo en el que me fui sintiendo mejor”* ... (¿Qué motivaba esos abandonos?) *“no tenía fuerza para seguir”* ... (también me comenta sus dificultades con los estudios) ... *“hice la licenciatura sin problemas porque no me ha costado enterarme de las cosas, pero siento que todo me ha importado muy poco ... de repente no soportaba ir a clase, tener gente alrededor y me presentaba sólo a los exámenes ... (¿a qué atribuye esa sensación?)”* ... *me sentía ridículo, como si me juzgasen permanentemente”*

Llega el final de esta primera sesión, ya levantados y casi en la puerta me dice en un tono que siento mitad suplicante y mitad amenazante: *“¡le aseguro que estoy muy harto de aguantar esta situación!”*. Mi sensación al terminar esta entrevista es ambivalente, siento que me ha provocado un enorme deseo de ayudarlo. Y es justamente así como lo siento, como una estrategia vincular inconsciente, y a la vez muy activa, para sumergirme en su mundo emocional. Siento que entro ahí o quedo totalmente fuera. Por otro lado, me quedo con el temor de estar frente a un paciente complejo y difícil por su alto nivel de impulsividad descontrolada. Mi primera

impresión es que debo acompañarle en su mundo afectivo, pero manteniendo mi autonomía de pensamiento, sentimiento y acción.

## 2ª Sesión

Al iniciar la segunda de nuestras entrevistas continúan mis dudas, de un lado veo el riesgo que suponen sus episodios críticos, pero me parece que centrarme en ese terreno es repetir anteriores tratamientos, que pretendían controlar sus síntomas pero resultaron ineficaces a la hora de modificar su situación. Por ello le planteo que no deberíamos dejarnos absorber sólo por los síntomas y que deberíamos hablar de él, intentar entender qué le pasa. Trato, sin embargo, de dejar claro que no desdeño la importancia de sus síntomas, que, muy al contrario, entiendo la gravedad de la situación porque en una de esas conductas impulsivas puede ponerse en riesgo; que conozco bien este tipo de patologías y que, por lo tanto, puedo dirigir el necesario tratamiento farmacológico si fuera preciso (el paciente estaba controlado en estos momentos por un psiquiatra) pero que es preciso hablar de él y no sólo de sus síntomas. Es una larga, pero creo que indispensable explicación, tras la que le digo:

(Como le he explicado, creo que siempre se han tomado en cuenta sus síntomas, se ha hablado de sus fases críticas, etc. pero creo que han sido olvidados los periodos que denomina “normales”, por eso quiero preguntarle: ¿qué le pasa a C. cuando está normal, cómo siente, qué hace, qué piensa?.. tratemos de poner una especie de microscopio y miremos. Para ello, me gustaría ir ordenando los datos de su vida, conocer cómo ha llegado al punto en el que se encuentra) ... *“En ese momento que llamo normal todo son pensamientos negativos: sientes que no vales para nada, que has fracasado, que nada importa; en esos momentos todo da igual, en realidad, después de haberme separado todo da igual... no son las ganas de matarse como en alguno de los momentos peores, es dejarse ir, dejar que pasen las horas en el trabajo, haciendo las cosas que me piden en la empresa con el piloto automático. Hasta la hora de ir a casa y encerrarme en el cuarto. Muchas veces busco una música que me aturda”* ... (como tener un ruido que rellene) ... *“casi siempre es sólo un ruido”* ... (parece que lo que hay que rellenar es un verdadero socavón) ... *“si, es algo enorme”*.

(¿Qué es lo que falta, qué pilares no están para que el suelo se derrumbe?) ... *¡Falta una familia... me encuentro aislado en mi casa, sin lazos afectivos, seguro que es por mi culpa!”* ... (¿Por qué?) ... *porque no sé querer, aunque eso se lo digo sin saber muy bien qué quiero decirle en realidad”*... (¿Qué sería saber querer?) ... *“muchas veces me miro en el espejo y no me gusta. No me gusta lo que veo. Todas esas conductas descontroladas me horrorizan. Pienso en quién soy de verdad. A mí me gustaría tener una familia normal, tener unos hijos, salir con ellos, jugar”* ... (Esa es una buena recreación de una realidad que contrasta con lo que ve en el espejo) ... *“paso temporadas buenas en las que actúo de otra manera, como si fuese otra persona, me veo cariñoso y me parece que puedo conseguir las cosas que quiero para triunfar en el trabajo y con los demás. Acabo creyéndolo mientras dura, a veces dura mucho tiempo y me relaciono de manera normal, no pienso casi en lo negativo. A veces esto me ha durado largas temporadas en las que me he sentido de otra manera. El problema es que siempre viene la imagen del espejo al final. Esas temporadas cada vez se dan menos. A mi mujer trataba de compensarle por las cosas que le hacía comprándole cosas o haciendo lo que me pedía”*... (Al escucharle, me parece tremendo que usted parece no tener jamás un momento de tranquilidad y menos aún de disfrute. ¿Cómo explica esto?) ... *“no me gusta, no soy quien quiero ser”*... (¿Y quién le gustaría ser?) ... *“alguien al que la gente quiera y respete, al que llamen, al que la gente necesite y en realidad veo que no soy nada de eso, supongo que no valgo nada para nadie”*...

En estos primeros contactos me parece prioritario, aproximarme a sus estados afectivos, conectar con sus estados subjetivos, favorecer los fenómenos de entonamiento -que su estado afectivo resuena en mí- por ello dejo parcialmente de lado el contenido del discurso y no ahorro adjetivos a cómo percibo sus sentimientos, le digo: (¡Me resulta impresionante la dureza que emplea al describirse! es como una especie de enorme látigo)... Veo que se queda perplejo, se mantiene unos segundos en silencio y responde: *“¡y cómo voy a tratarme!”*...



(Ese es, desde mi punto de vista, el problema, que ni siquiera pueda considerar otro modo de tratarse, esa es la dureza)... *“¡si es que tengo padres y hermanos que son maravillosos, me han dado todo, la vida me lo ha dado todo y yo nada!, ¡lo estropeo todo!”* ... (¡me parece terrible esa relación que mantiene consigo mismo y que hace que todo lo vea desde ese punto de vista!) ... *“pienso en lo que sufren mis padres por mi culpa. Mi padre sobre todo. Si les pasa algo, si mueren no lo aguantaré. ¿Qué haría usted si le dijiesen que iba a morir en unos días?”* ... (No lo sé, pero tampoco usted puede saberlo porque tampoco se lo han dicho, es una creación interna suya)...

Aunque mantengo mi línea de trabajo, no me parece que deba seguirle indiscriminadamente en las expresiones de sus experiencias subjetivas, creo que también es preciso establecer límites. Siento que al final de esta segunda entrevista acabamos lo dos con síntomas de cansancio. Ha sido un intercambio intenso, muy emocional por ambas partes en muchos momentos de la sesión. El sentimiento de desgarramiento que muestra y su enorme ansiedad, son realmente conmovedores y no es difícil empatizar con todo ello, sin embargo, no es lo único que yo siento contratransferencialmente, también existe en ese discurso y sus expresiones emocionales algo de irritante para mí, algo que me incomoda y me pone en estado de alerta, es como si viese algo de impostura en tanto sufrimiento mostrado a la mirada del otro.

### 3ª Sesión

En la siguiente entrevista me propongo establecer un poco de orden en su relato. Pretendo evaluar su funcionamiento intrapsíquico y relacional, y para ello creo que es preciso poner un poco de orden en sus expresiones emocionales, salir de un mero disparo de sentimientos, más compulsivo que al servicio del cambio.

(¿Cuál es la explicación que me podría dar sobre el origen de todo esto?) ... *“con cuatro o cinco años lloraba sin saber el porqué, lo recuerdo muy bien. Mi infancia fue infeliz, insatisfactoria, teniéndolo todo”* ... (Quizá es que no lo tenía todo)... *“mi relación con mis padres siempre ha sido difícil. El ambiente era de cariño, pero no se expresaba, ahora pienso que todo era un poco frío. Recuerdo el terror por cosas muy pequeñas, por algo desordenado o fuera de sitio”* ... (¿Qué ocurría?) ... *“voces, gritos. Eran muy exigentes. Luego se fueron flexibilizando”* ...

Ha introducido a sus padres y el ambiente en la casa en la respuesta “motu proprio”. Aprovecho para pedirle que me hable de ellos. Empieza hablando de su madre. *“Es intransigente, quiere pero a su forma. Hay que hacer lo que ella dice o te deja un poco de lado. Nunca lo he pensado muy bien, pero creo que prefería a mi otro hermano. De mí nunca se ha sentido orgullosa, o por lo menos eso me ha parecido siempre”* ... (¿Por qué?) ... *“es que ella siempre ha querido que se hiciesen las cosas como ella decía. Pasó con mis estudios, estaba empeñada en que hiciese una carrera de letras”* ... (¿Cómo era su relación con ella?) ... *“no fue una madre cercana, estaba más pendiente de cómo nos comportábamos fuera de casa”* ... (Eso no parece una relación de cercanía, de intimidad)... *“nunca tuve muchos mimos. Eso sí, me compraban todo lo que pedía”* ... (¿Qué sentimiento le provoca lo que me cuenta?) ... *“no lo sé”* ...

Noto un punto de irritación por su parte, como si estuviera molesto ante una actitud inquisitorial por mi parte, por eso le aclaro: (Pregunto todo esto porque me es difícil creer que usted naciese raro, más bien imagino que, para llorar desde los cinco años, deben existir razones en estos años de su vida. Busco razones, no culpables)... *Silencio*... Le pregunto entonces por su padre: *“es un empresario que ha tenido mucho éxito en sus negocios. Lo vi poco, sólo estaba con nosotros los fines de semana o algunos días que estaba libre de viajes... con 14 o 15 años fue diferente, le acompañaba a algunas de sus actividades y pasaba tiempo con él”* ... Como al hablar de su madre, establece en esta edad el inicio de su relato. *“Siempre he pensado que ocultaba algo, como si tuviera rasgos de debilidad que trataba de ocultar. Es un buen hombre, lo pasó mal de pequeño y supo sacar su vida adelante. Ha peleado mucho. Desde luego no hay comparación conmigo, lo que ha hecho él y lo que hago yo”* ...

Noto un tono de rabia contenida, se va enfadando a medida que habla. “A él no le preocupaban las cosas sociales, siempre ha sido muy campechano”... (¿Su padre sí ha sido más cariñoso, más cercano?) ...“ha ido ganando en cercanía, ahora puedo hablar muchas cosas con él. Se preocupa por lo que me pasa, pero creo que a veces me entiende”... (¿Por qué inicia sus relatos sobre los catorce años?) ...” antes no tengo buenos recuerdos, en esa época tenía momentos en que me encontraba algo mejor”...

Es el segundo de tres hermanos, un hermano mayor y una hermana más pequeña. Sobre sus hermanos no aporta datos relevantes... “tengo buena relación con ellos, pero nunca hemos estado muy unidos. Hoy cada uno hace su vida”

Cuando le pregunto por su escolaridad me relata el siguiente episodio: ... “me han dicho que cuando fui a la guardería lo pasé muy mal, gritaba y me escondía para no ir. Me dicen que me escapaba por el jardín y tenían que buscarme para ir al colegio. Parece ser que lo pasé muy mal”... (¿Luego, también fue así?) ... “en el siguiente colegio, ya fue mejor, pero siempre con mis rarezas”.... Su relato sobre estos primeros años de escolaridad es muy confuso, se muestra muy inquieto cuando trata de memorizar sobre esta época, me parece que le angustia mucho hablar de ello, aunque parece ser una angustia muy poco concreta y poco accesible, al menos en este momento. ... (¿Qué rarezas?) ... “me refiero a no relacionarme”... (por lo que me cuenta siempre ha existido esa dificultad) ... “hace años que no participo en ninguna actividad social”.... De nuevo siento su exhibicionismo del dolor y pienso qué efectos espera obtener: ... (Póngame ejemplos)... “Por ejemplo en las fiestas familiares o del trabajo prefiero no intervenir, en cuanto puedo desaparezco. ¡A lo mejor es que lo que me gusta es la rutina, que las cosas no cambien!”... (Cuando le escucho, no sé si pensar en alguien con mucha rabia, con mucho temor, o con un poco de todo)... “ahora es, sobre todo, desprecio, estoy irascible. Antes era vergüenza, miedo a qué pensarán, a que se podían reír, miedo al ridículo”... (Es muy intenso eso que me dice)... “¡no lo sé, es miedo al ridículo, no sé más!”.... Lo dice en un tono de evidente enfado, que no tomo en cuenta en ese momento. ... (Lo que describe se podría definir como que todo le ha resultado muy difícil)... “siempre, sí, todo difícil, es agotador tener que rehacer y empezar de nuevo, sobre todo cuando uno sabe que volverá a ocurrir”... (esto no consigo entenderlo muy bien. ¿Quiere decir que siente que las cosas no son estables, que todo puede moverse de sitio?) ... “nunca ha gustado, o a lo mejor es que me ha dado miedo, pelear por las cosas. Muchas veces dejo de lado cosas por no pedir las... aunque nunca he avisado antes de dar el porrazo”... (¿Quiere decir que nunca se ha sometido?) ... “nunca he tolerado que se burlen de mí. Cuando veo que la gente viene de buenas, que son “legales” no tengo problemas, pero no soporto la gente con malas intenciones. En esos casos reacciono muy fuerte siempre. Me han llegado a tener miedo en el colegio. A veces golpeaba sin avisar. Con el tiempo aprendí a controlar mejor la rabia y ya no me metía en tantas peleas. Pero lo que es a controlarme nunca he aprendido del todo, soy muy exagerado en mis reacciones”....

Cuando le pido ejemplos me los pone del colegio pero también de su trabajo en los últimos años:... (Veo, entonces, que puede ser muy duro consigo mismo, pero también con los demás)... “eso es algo que no entiendo bien, por un lado me dicen que soy sensible, pero en realidad soy muy desconfiado. La verdad es que sólo cuando estoy eufórico es cuando tengo más confianza en la gente o en las cosas. Pero nunca estoy del todo seguro, así que en cualquier momento las cosas pueden cambiar y ahí empieza la crisis” ... (que le resulta imparables) ... “no siempre es imparables, a veces consigo salir de ella con mucha facilidad, me ayuda mucho el hacer cosas que no me hagan pensar mucho, si son cosas repetitivas a veces consigo calmarme. Otras veces me voy al cine yo solo, incluso leyendo un libro que me distraiga”... (Me dice que en el fondo es muy desconfiado, me habla de gente con la que puede pelearse, ¿no ha tenido experiencias de cercanía, de intimidad?) ... “en mi matrimonio estuve cerca, pero siempre temí que se rompiera en cualquier momento y terminase en un desastre, como así ocurrió. Es como si lo hubiera sabido desde el principio”. Prefiero no entrar en estos detalles, no pido aclaraciones concretas, prefiero no interrumpir su discurso. ... “Lo que ahora estoy pensando es que nunca he vivido situaciones normales, de esas que vive todo el mundo. Será porque no tengo tranquilidad interior y paciencia”

#### 4ª Sesión

En el inicio de la siguiente sesión no me deja continuar con el trabajo cronológico que veníamos haciendo: ... “¿puedo contar una cosa?” ... Se le ve tenso, su tono de voz es duro. ... “quiero contarle que lo que peor llevo es que las cosas con mi ex mujer no saliesen bien. No consigo superarlo, ya sé que hace dos años que nos separamos, pero en realidad los papeles del divorcio me han llegado ahora, acabo de recibirlos, y eso me ha revuelto otra vez. Ya sé que las cosas son como son pero la quise mucho. Ya sé que mi forma de querer es rara pero no consigo olvidarme de ella” ...

Le señalo que no me ha contado nada sobre ella, que no sé nada sobre la relación, empieza a darme algunos datos cuando percibo en sus ojos, su tono de voz y su actitud corporal que rezuma rabia y un cierto menosprecio hacia mí. Le interrumpo: ... (me parece sentir una mirada de rabia y de un cierto desdén, es como si pensase: “yo con el dolor que tengo y este imbécil no entiende nada, haciéndome hablar como si esto fuera un curso de historia” ... yo siento muy claramente que ahora sufre porque recibir los papeles del divorcio es una forma de sentir que la relación se ha roto definitivamente, es fácil sentirlo al verlo ahora, pero me es imposible entenderlo sin que me de algunos datos sobre lo que ha sido y significado para usted la relación) ... “sí, estoy muy rabioso y muy dolido. ¡Ayer fue el peor momento, cuando estuve con el abogado!” ... (Parece que el dolor y la rabia se confunden en una sola cosa)... “yo sé que si la relación se ha roto ha sido por mi culpa, por eso me parece que la rabia es conmigo y de ahí va a la gente con la que me cruzo en la calle, los veo normales, viviendo sus vidas y no los puedo soportar” ...

Aparece una enorme rabia, de repente, cambia su actitud y de manera retadora me pregunta: ... “bueno, pero ¿qué hago con todo esto, con esta rabia que siento, con mis cambios permanentes?” ... En ese momento, me siento realmente abrumado, agobiado, con la tentación de contestar a su demanda. Pero creo que una cosa es seguir cercano a su subjetividad y otra perder el control del proceso, lo que nos llevaría a repetir anteriores pautas, por eso le digo: ... (¡Lo siento, pero no puedo responderle!, no me parece que sea útil seguir el ritmo de sus bajadas y sus subidas, como una especie de corsé que nos ata a lo inmediato y que impide hablar sobre usted, sobre su vida, sus preocupaciones, me es imposible ayudarle sin tener los datos y además no creo que aquí podamos hacer milagros!) ... “¡pero los papeles quien los ha tenido que firmar soy yo, quien ha perdido su matrimonio soy yo! ¡No puede saber cómo me siento!” ... (Eso es lo que quiero decirle: que está permanentemente rabioso, enfadado, y sobrepasado por los sentimientos)... “¡pero algo tendré que hacer!, ¡cuando me siento así no se me quita la idea de romper con todo!” ... (¡Y cómo no!, ¡no puede ser de otro modo con el tipo de vida que lleva!) ... “¡es que no tiene ningún sentido la vida que llevo, no vale para nada, de mis aficiones no saco ni una gota de placer. El trabajo tampoco es que me interese mucho...! ¡Y ahora la separación! ¡Esto es vivir como si fuera un robot!””. Le insisto en que no podemos hacer milagros y le hago una propuesta de tomar en cuenta lo que va ocurriendo en el día a día, pero sin que llegue a bloquear el trabajo propuesto. Lo acepta, pero quedo preocupado por si podrá aguantarlo sin desbordarse y ahogar la relación entre nosotros. Son movimientos afectivos muy intensos, sin ningún control subjetivo. De todos modos esta explicación le ha tranquilizado, parece relajarse y aprovecho para entrar en los detalles de la relación: ... (Vamos entonces a repasar cómo ha sido la relación, ¿qué ha pasado en ella?)... “Estuvimos saliendo juntos un año. Después nos casamos. Hubo un primer periodo de más de dos años en que estábamos muy juntos. Yo me sentía muy bien con ella. No me costaba adaptarme a su ritmo” ... (¿Por ejemplo?) ... “ella tenía su propio trabajo y yo iba a buscarla cuando podía. Los fines de semana en general hacíamos lo que ella quería, me hice amigo de sus amigos. Pasábamos mucho tiempo con su familia, ella es muy familiar y a mí no me costaba hacer todo eso, incluso me encontraba bien así” ... (¿Qué le gustaba de ella?) ... “era cariñosa conmigo, me hacía sentir bien, me encontraba bien a su lado” ... (¿Cuándo empezaron las cosas a ir mal?) ... “bueno, cuando pasó el tiempo ella empezó a pedirme que pasase más tiempo con su familia, en su ambiente. Empecé a sentir que ya no le gustaba tanto estar conmigo... bueno, es peor que eso, empecé a sentir que no le gustaba como era, como si ya no le gustara aunque no me lo decía... empecé a entrar en picado” ... (¿Qué quiere decir?) ... “quiero decir que antes de

*eso nunca me había sentido tan mal. Es verdad que lo he pasado muy mal en la vida, pero cuando peor me he sentido y cuando empezaron de verdad las crisis ha sido en estos últimos años. En realidad desde entonces”... (¡parece más que una casualidad!, eso merece que lo pensemos) ... “antes me he encontrado mal, como ya le he dicho, desde pequeño he sido un poco triste y me ha costado relacionarme, pero hasta tuve una buena época en la adolescencia y un poco después. En ese tiempo ligaba con chicas, no me costaba y eso me hacía sentir bien. La parte más loca ha llegado en estos años” ... (es decir, que el volcán está ahí, pero en buena parte tiene fecha de inicio) ...”es todo muy confuso, yo empecé a encontrarme mal con ella porque no me gustaban muchas cosas que hacía, y a la vez no podía separarme o enfrentarme a ella porque me daba miedo perderla. A veces pienso que todo ha sido por mi culpa y a veces me parece que ella se ha aprovechado de mi, de que no podía separarme”... (¿Cómo iba solucionado esos sentimientos encontrados?) ... “no los solucionaba, no podía. Me fui poniendo cada vez más rabioso y empecé con la bebida primero y luego a quedar con algunas amigas. Cuando me di cuenta ya no podía pararme” ...*

No veo la manera de saber cuánto hay de percepciones correctas por su parte de lo que sucedió en ese periodo y cuánto proyecta de sus propias dificultades. Mi opción es seguir preguntando para que me cuente todos los sentimientos que ha ido almacenando en estos últimos años: ... “creo que fue el momento en que ya no me controlé”... (¿Fue el final de su capacidad de control?) ... “ya no entendía nada. A veces pensaba que ya no la quería, otras que no podían estar con ella. Empecé a tener relaciones con muchas mujeres” ... Prefiero no romper el clima emocional creado, que es de mucha intensidad, y dejo que continúe sin interrupciones. ... “pasaba por etapas muy diferentes, durante periodos largos me parecía que todo se arreglaría y luego, sin que sepa muy bien que pasaba, volvía a sentir que la relación era una mierda”... (¿Cómo era esa relación entonces?) ... “teníamos momentos de felicidad, otros en los que me mostraba desagradable.... Desaparece entonces cualquier alusión al comportamiento de ella, todo está puesto en él mismo: quizá por cargar él con todo lo negativo, quizá por su incapacidad para explicar sus sentimientos ante el comportamiento de ella. ... “al final todo se rompió cuando descubrió una de mis relaciones, que ya duraba una temporada. Después de la separación todo fue a peor”

En este punto terminan las entrevistas diagnósticas y quedo pendiente de una entrevista de devolución con la que iniciar el tratamiento.

## Comprensión del sujeto conforme a los principales parámetros del EMoT

Nos hemos decidido a presentar este caso clínico porque su complejidad y el modo pormenorizado en que está recogido nos permitirán una buena ejemplificación de la sistematización de datos que buscamos para establecer un diagnóstico dimensional y establecer unas primeras hipótesis terapéuticas. No olvidemos nunca que en estos momentos de la intervención estamos en posesión de una serie limitada de datos intrapsíquicos y contextuales. Lo que se puede hacer en este momento es organizar la información lo más precisamente posible para comenzar a trabajar con la conciencia de que, en el transcurso de la terapia, es más que probable que haya que reformular muchos de los aspectos que provisionalmente se han ordenado como sigue.

### Estudio de los Sistemas Motivacionales

Utilizaremos la **Tabla 2** para organizar la información y comenzaremos por el Sistema Motivacional Narcisista. Como hemos indicado, este modo de comenzar no tiene por qué ser el recomendable en todos los casos, habrá que decidir por qué sistema comenzar según la problemática que tengamos delante.



Tabla 2.1. Sistema motivacional narcisista (SMN)

<b>1.1 Primacía o déficit del SMN</b>	Es un sistema motivacional en constante peligro de derrumbe total. En permanente denigración de la imagen que tiene de sí mismo y de sus conductas.
<b>1.2. Ansiedades específicas del SMN.</b>	Las angustias de minusvalía y vergüenza tan propias de los trastornos narcisistas están en primer término.
<b>1.3. Defensas Intrapsíquicas (ocultamiento y/o transformación) propias del SMN</b>	Las defensas intrapsíquicas incluyen una gran disociación con respecto a sus estados emocionales profundos, y son muy llamativas las defensas de transformación llegando a crear verdaderas identidades, en buena medida inconscientes, de éxito que contrarrestan sus temores, también en parte inconscientes, narcisistas. Asimismo, es posible considerar como defensas muy primitivas los episodios de expansividad, aunque condicionados por la toma de alcohol y los elementos biológicos de bipolaridad. Lucha permanente por sostener una representación valorizada siempre precaria (aspecto muy importante a considerar a lo largo del tratamiento).
<b>1.4 Defensas interpersonales (Aloplásticas y/o autoplásticas) propias del SMN</b>	Las defensas interpersonales le llevan, cuando se lo permite su estado emocional, a tratar de modificar sus relaciones, especialmente laborales y en la búsqueda de la valoración de los demás.
<b>1.5 Función del otro en el equilibrio del SM Narcisista</b>	La dependencia del otro es total para salvaguardar su imagen de valoración. Los datos que tenemos hablan de una crianza en la que sus figuras significativas han perturbado seriamente el buen desarrollo de su propia imagen por no estimularla.
<b>1.6 Interacciones del SMN con otro/s sistema/s</b>	Parecen estar muy confundidas las necesidades narcisistas y las de apego, desplazando en muchas ocasiones a la propia valoración su problemática con el apego y su sensación de abandono. Los problemas narcisistas potencian la pérdida de regulación psicobiológica y potencian los ataques a la autoconservación. La sexualidad parece puesta al servicio del mantenimiento de la autoestima.

Tabla 2.2. Sistema Motivacional Hetero/auto conservación (SMH)

<b>2.1 Primacía o déficit del SMH</b>	Déficit en su capacidad de autoconservación que le lleva a ponerse en grave riesgo con frecuencia. Parecen mejor instauradas sus capacidades para cuidar al otro, salvo en los momentos de pérdida de la regulación psicobiológica.
<b>2.2. Ansiedades específicas del SMH.</b>	Las angustias debidas a estas conductas autolesivas parecen ser de vergüenza narcisista y no implicar las de este sistema modular.
<b>2.3. Defensas Intrapsíquicas (ocultamiento y/o transformación) propias del SMH</b>	Niega sus miedos.
<b>2.4 Defensas interpersonales (Aloplásticas y/o autoplásticas) propias del SMH</b>	Son exitosas al poder controlar sus estados emocionales más destructivos en el ámbito laboral.
<b>2.5 Función del otro en el equilibrio del SMH</b>	No tenemos datos sobre el modo en que sus figuras significativas hayan podido intervenir en este déficit de la autoconservación, si sabemos que los otros no parecen tener un peso importante para evitar los momentos en que se pone en peligro. Desde luego, él no los busca para que lo ayuden en este aspecto.
<b>2.6 Interacciones del SMH con otro/s sistema/s</b>	El cuidado de los otros, cuando puede hacerlo, parece ayudar a aplacar sus angustias de apego y narcisistas.

Tabla 2.3. Sistema Motivacional Sensual/sexual (SMS)

<b>3.1 Primacía o déficit del SMS</b>	No parece ser un sistema con problemas en sí mismo, pero opera en interacción con otros sistemas motivacionales, apareciendo entonces una sexualidad muy descontrolada.
<b>3.2. Ansiedades específicas del SMS.</b>	No son específicamente sexuales, las ansiedades sexuales tienen que ver con el daño narcisista que provocan.
<b>3.3. Defensas Intrapsíquicas (ocultamiento y/o transformación) propias del SMS</b>	No aparecen.
<b>3.4 Defensas interpersonales (Aloplásticas y/o autoplásticas) propias del SMS</b>	No aparecen.
<b>3.5 Función del otro en el equilibrio del SMS</b>	Utiliza al otro para su sexualidad, la cual es, a su vez, usada al servicio de su narcisismo.

(continúa en pág. siguiente)



Tabla 2.3. Sistema Motivacional Sensual/sexual (SMS) (*continuación*)

<b>3.6 Interacciones del SMS con otro/s sistema/s</b>	Parece usar la sexualidad para apuntalar su narcisismo y tener una mejor imagen de sí mismo. Es también un medio para poder relacionarse. Sin embargo, puede ponerse al servicio de la autodestrucción transformándose en una actividad compulsiva muy negativa para ese mismo narcisismo y acabar colaborando en destruir su relación de apego.
---	--

Tabla 2.4. Sistema Motivacional de Regulación Psicobiológica (SMR)

<b>4.1 Primacía o déficit del SMR</b>	Es muy deficitario. Incapaz de poner un límite al sentimiento de angustia, que le desborda permanentemente. También es incapaz de mantener regularmente el sentimiento de vitalidad, también en este terreno sufre una gran desregulación.
<b>4.2. Ansiedades específicas del SMR.</b>	Intensas angustias debidas a los momentos de pérdida de control. El miedo al descontrol y sus consecuencias aparece muy negado, son más explícitos los sentimientos de gran frustración y desprecio hacia sí mismo tras comprobar su falta de control. El no tener constituida la posibilidad de regulación psicobiológica supone uno de los pilares de los sentimientos autodenigratorios y autoagresivos hacia su self.
<b>4.3. Defensas Intrapsíquicas (ocultamiento y/o transformación) propias del SMR</b>	No parecen claras las defensas que puede oponer a la desregulación. Parecen pocas y poco exitosas, sobre todo una vez que se ponen en marcha sus crisis. Quizá la creación de esas identidades, que contrarrestan sus temores, le sirve como una defensa frente a la desregulación en determinados momentos.
<b>4.4 Defensas interpersonales (Aloplásticas y/o autoplásticas) propias del SMR</b>	No aparecen.
<b>4.5 Función del otro en el equilibrio del SMR</b>	Los datos nos hacen intuir que sus figuras significativas, quizá por su distancia emocional, no fueron un apoyo para el desarrollo de esta función de regulación, posiblemente actuaron como elementos perturbadores de dicha función.
<b>4.6 Interacciones del SMR con otro/s sistema/s</b>	Parece claro que las frustraciones en sus relaciones de apego contribuyen a un refuerzo de la desregulación y que ésta dificulta el establecimiento de vínculos estables. Además la desregulación contribuye a la destrucción de su imagen narcisista y a poner en riesgo su autoconservación.

Tabla 2.5. Sistema Motivacional del Apego (SMA)

<b>5.1 Primacía o déficit del SMA</b>	Estos primeros datos parecen hablarnos de un apego enormemente inseguro como posible causa central del cuadro clínico.
<b>5.2. Ansiedades específicas del SMA.</b>	Las angustias de separación y pérdida del cariño, así como la imposibilidad de sentirse seguro, en cuanto a ser querido, en las relaciones que refiere a lo largo de su vida, tanto infantil como en la edad adulta, parece ser el detonante de buena parte de su patología.
<b>5.3. Defensas Intrapsíquicas (ocultamiento y/o transformación) propias del SMA</b>	Las defensas intrapsíquicas parecen de una gran disociación con respecto a sus tremendos sentimientos de abandono y lejanía afectiva de sus padres. La creación de esas imágenes inconscientes sobre sí mismo también parecen querer tapar el agujero del apego inseguro. La representación de sí mismo como alguien muy necesitado de afecto y con el sentimiento de no poder conseguirlo no ayudan al equilibrio de este sistema.
<b>5.4 Defensas interpersonales (Aloplásticas y/o autoplásticas) propias del SMA</b>	Como ocurría en el caso del narcisismo, se deben incluir aquí los intentos por modificar su actuación en la relación con los demás en búsqueda del cariño que tanto necesita.
<b>5.5 Función del otro en el equilibrio del SMA</b>	Los datos de estas primeras entrevistas nos hacen pensar que sus padres, cada uno en su propio estilo vincular de acuerdo a su propia personalidad, han sido figuras lejanas. Parece haberse criado en un ambiente de mucha distancia emocional, no refiere experiencias de cercanía emocional y en su vida adulta parece incapaz de mantener relaciones afectivas estables.
<b>5.6 Interacciones del SMA con otro/s sistema/s</b>	Aunque habrá que investigarlo a lo largo del tratamiento, parece que sus problemas de apego están en la base de buena parte de su patología, poniendo en marcha sus reacciones de desregulación psicobiológica y potenciando los problemas narcisistas. A su vez, los problemas de apego y narcisistas se potencian mutuamente y el problema con el apego le lleva a poner en peligro su autoconservación. Es posible que la sexualidad tenga en parte la finalidad de actuar como una relación de "pseudapego".

### *Articulación del conjunto de sistemas motivacionales con otras dimensiones del psiquismo*

Según lo enunciado anteriormente, descritos los Sistemas Motivacionales debemos tomar en consideración otras dimensiones psíquicas con las que éstos se articulan como: agresividad, impulsividad, recursos yoicos, etc. También es importante no olvidar los diversos acontecimientos externos con los que el sujeto ha de lidiar, especialmente si son de potencial traumático.

En el caso expuesto vemos que buena parte de los problemas clínicos que presenta vienen dados por la articulación entre sus problemas de apego, narcisismo o culpa con un alto nivel de activación neurovegetativa y una fuerte tendencia a la impulsividad, es decir, a actuar su ansiedad y sus dificultades psíquicas en general.

El alto nivel de activación neurovegetativa hace que sentimientos, que de otro modo serían abordables por él, se transformen en un conjunto de reacciones psico-biológicas agudas que resultan imposibles de controlar. La tendencia a la impulsividad le impide matizar sus respuestas y, seguramente, es una de las bases de sus conductas adictivas con el alcohol o de su sexualidad desbordada. Ambas articulaciones dan lugar a que se inscriban formas muy procedimentales de actuación<sup>14</sup>. La unión de ambas condiciones tiene un gran protagonismo en el resultado final del cuadro clínico.

### **Objetivos terapéuticos y posible estrategia de trabajo**

#### *Objetivos terapéuticos*

1. Se trata de un caso clínico de gran complejidad por lo que es necesario pensar en objetivos diferenciados y en diversas áreas de intervención.
2. Nos parece que el objetivo terapéutico básico consiste en tratar los problemas de apego que están en la base de buena parte de su patología. Dicho objetivo es, a la vez, a largo plazo y de actuación inmediata, ya que el establecimiento de un vínculo de apego lo más seguro posible es esencial para que pueda iniciarse y mantenerse el tratamiento. Si siempre resulta fundamental establecer un vínculo que le ofrezca seguridad y tranquilidad, en este caso parece esencial para que podamos hacer cualquier otra cosa después.
3. De modo coordinado con lo anterior, porque apego y narcisismo se retroalimentan permanentemente, es necesario trabajar sobre la fragilidad de su narcisismo y, por lo tanto, sobre los constantes y drásticos vaivenes en la valoración de su imagen y su conducta. Este trabajo debe realizarse cuidando no atacar las defensas que ha ido construyendo para protegerse sin ofrecer contrapartidas.
4. El trabajo sobre los puntos anteriores debe ser acompañado por la puesta en marcha de medidas de control (farmacológico y psicológico) de unas desregulaciones psicobiológicas que son especialmente complejas al estar articuladas con un alto nivel de activación neurovegetativa.
5. Finalmente, parece necesario el control de sus conductas adictivas, hasta donde sabemos referidas al consumo de alcohol y al juego.

#### *Estrategia terapéutica*

En una primera aproximación, parece evidente que en el cuadro clínico ocupan un lugar preponderante los factores que tienen que ver con los sentimientos de abandono y lejanía emocional interpersonal, las heridas narcisistas y los efectos de la culpa; con el matiz de que ésta última parece ser de poca utilidad en cuanto a la función de reparación y modificación de conductas. Estos factores actúan en forma de serie complementaria, es

<sup>14</sup> Sobre los diversos tipos de memoria y sus implicaciones en el psicoanálisis: Bleichmar (2001), Davies (2001).

decir, sobredeterminan el cuadro clínico participando simultáneamente en su causación. Por ello, debemos realizar intervenciones técnicas sobre sus contenidos intrapsíquicos y las significaciones que subyacen a sus conductas.

Esto debe llevar a intervenciones de tipo aclarativo e interpretativo que permitan ir aumentando el conocimiento de sus problemas emocionales. Hemos de pensar en un tratamiento en el que habrá que compaginar un trabajo sobre los contenidos psíquicos que es necesario modificar (trabajo para la comprensión de sus motivaciones, sus angustias y defensas), junto al trabajo sobre sus episodios de descontrol, en muchos casos influidos por haber consumido alcohol. Desde el principio, deberá ser puesto en marcha, en paralelo, un tratamiento sobre sus adicciones.

En un paciente con estas características, abordar los contenidos no sería suficiente. Su déficit en la regulación psicobiológica junto a sus altos niveles de activación, hace que los diferentes estados afectivos tiendan a retroalimentarse unos a otros pasando a dotarse de contenido ideativo solamente en un segundo momento.

La estrategia técnica debería ser doble: potenciar tipos de vínculo que ayuden a crear nuevas pautas procedimentales de regulación e intervenir sobre la desmesurada intensidad emocional con que son vividos los acontecimientos vitales. Para ello el ambiente emocionalmente diferente que proporciona el contexto de tratamiento permitirá una reconstrucción emocional detallada de cada uno de los episodios críticos concretos. Se trataría de tomar ejemplos reales y ayudarle a poner palabras a sus secuencias emocionales descontroladas.

## Referencias

- Abelin-Sas, G. (2008). Recent work by Hugo Bleichmar. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56, 295-304.
- Ávila Espada, A. (2009). *La Psicoterapia Psicoanalítica Relacional: conceptos fundamentales y perspectivas. Conferencia en 10º Congreso Virtual de Psiquiatría*. Consultado online el 1 de noviembre de 2011: <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/39274/>
- Bleger, J. (1984). *Temas de psicología. Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleichmar, H. (1994). Aportes para una Reformulación de la teoría de la Cura en psicoanálisis: Ampliación de la Conciencia, Modificación del Inconsciente. *Revista Argentina de Psicología*, año XXV, 44, 23-44.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- Bleichmar, H. (1999a). Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular-transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, 1. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000052&a=Fundamentos-y-aplicaciones-del-enfoque-modular-transformacional>
- Bleichmar, H. (1999b). Del apego al deseo de intimidad: las angustias del desencuentro. *Aperturas Psicoanalíticas*, 2. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000074&a=Delapego-al-deseo-de-intimidad-las-angustias-del-desencuentro>
- Bleichmar, H. (1999c). El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000094&a=El-tratamiento-de-las-crisis-de-panico-y-el-enfoque-Modular-Transformacional>
- Bleichmar, H. (2000). Aplicación del enfoque Modular-Transformacional al diagnóstico de los trastornos narcisistas. *Aperturas Psicoanalíticas*, 5. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000123&a=Aplicacion-del-enfoque-Modular-Transformacional-al-diagnostico-de-los-trastornosnarcisistas>
- Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas Psicoanalíticas*, 9. Consultado online el 1 de noviembre de

- 2011 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000178&a=El-cambio-terapeutico-a-la-luz-de-los-conocimientos-actuales-sobrela-memoria-y-los-multiples-procesamientos-inconscientes>
- Bleichmar, H. (2003a). Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 14. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000245&a=Algunos-subtipos-de-depresion-sus-interrelaciones-y-consecuencias-para-eltratamiento-psicoanalitico>
- Bleichmar, H. (2003b). Attachment and intimacy in adult relationships. En M. Cortina y M. Marrone, *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process*. 382-406. Londres: Whurr/ Wiley.
- Bleichmar, H. (2004). Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: Some mechanisms of therapeutic change. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 1379-1400.
- Bleichmar, H. (2005). Consecuencias para la terapia de una concepción modular del psiquismo. 44° Congreso de IPA, Río de Janeiro. Julio 2005. Panel: Diferentes intervenciones terapéuticas de acuerdo a psicopatología, estructura de personalidad y formas de organización inconsciente. *Aperturas Psicoanalíticas*, 21. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=%20000350&a=Consecuencias-para-la-terapia-de-una-concepcion-modular-del-psiquismo>
- Bleichmar, H. (2006). Hacer consciente lo inconsciente para modificar los procesamientos inconscientes: algunos mecanismos del cambio terapéutico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 22. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000369&a=Hacer-consciente-lo-inconsciente-para-modificarlos-procesamientos-inconscientes-algunos-mecanismos-del-cambio-terapeutico>
- Bleichmar, H. (2008). La esclavitud afectiva: clínica y tratamiento de la sumisión. *Aperturas Psicoanalíticas*, 28. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000389&a=La-esclavitud-afectiva-clinica-y-tratamiento-de-la-sumision>
- Bleichmar, H. (2010). Rethinking pathological mourning: Multiple types and therapeutic approaches. *The Psychoanalytic Quarterly*, 79, 71-93.
- Bleichmar, H. (2010). ¿Son todas las psicoterapias psicoanalíticas iguales? *Clínica Contemporánea*, 1(1). 5-17. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.revistaclinicacontemporanea.org/&numero=20100217121215406000>
- Caligor, E., Kernberg, O. y Clarkin, J. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Clarkin F., Fonagy, P., Gabbard, G. O. (2010). *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Davies, J. T. (2001). Revising psychoanalytic interpretations of the past. *International Journal of Psychoanalysis*, 82, 449-462.
- Díaz-Benjumea, D. (2011). Fundamentos del cambio en la psicoterapia psicoanalítica: la interpretación, el vínculo y el análisis del vínculo. *Clínica Contemporánea*, 2 (1). 5-24. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n1a2.pdf>
- Dio Bleichmar, E. (1996). *Género, Psicoanálisis, Subjetividad (Compiladora con Burin, M.)*. Buenos Aires: Paidós.
- Dio Bleichmar, E. (1998). *La Sexualidad Femenina. De la niña a la mujer*. Barcelona: Paidós.
- Dio Bleichmar, E. (1999). *La Depresión en la Mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Etchegoyen, R. H. (1993). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gabbard, G. O. (2007). *Long-Term psychodynamic psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G. O. (Ed.) (2009). *Textbook of psychotherapeutic treatments*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Greenberg, J. R. y Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.



- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. Londres: Hogarth.
- Iceta, M., Méndez, J. A., Ramos, I. (1999). Psicoterapia psicoanalítica específica en dos subtipos de depresión. *Archivos de Neurobiología*, 62, 7-22.
- Jiménez, J. P. (2005a). The search for integration or how to work as a pluralist psychoanalyst. *Psychoanalytic Inquiry*, 25,5. Consultado online en la traducción de Marta González Baz el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=383&a=La-busqueda-de-integracion-o-como-trabajar-como-psicoanalista-pluralista>
- Jiménez, J. P. (2005b). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 20. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=341&a=El-vinculo-las-intervenciones-tecnicas-y-el-cambio-terapeutico-en-terapia-psicoanalitica>
- Leuzinger-Bohleber, M. y Fischmann, T. (2006). What is conceptual research in psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 1355-1386.
- Lemma, A. (2003). *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy*. Sussex: Wiley and Son.
- Lemma, A., Target, M. y Fonagy, P. (2011). *Brief dynamic interpersonal therapy*. Oxford University Press: Oxford.
- Levinton, N. (2001). Aplicación del “Enfoque Modular-Transformacional” a un caso de depresión y crisis de angustia por masoquismo. *Aperturas Psicoanalíticas*, 7. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000143&a=Aplicacion-del-enfoque-Modular-Transformacional-a-un-caso-de-depresion-y-crisis-de-angustia-por-masoquismo>
- Maroda, K. (2010). *Psychodynamic techniques. Working with emotion in the therapeutic relationship*. Nueva York: The Guilford Press.
- Meissner, W. W. (1991). *What is effective in psychoanalytic therapy. The move from interpretation to relation*. Londres: Aronson.
- Meissner, W. W. (1996). *The Therapeutic Alliance*. Londres: Aronson.
- Méndez, J. A., Ingelmo, J. (2009). *La psicoterapia psicoanalítica desde el enfoque Modular-Transformacional. Introducción a la obra de Hugo Bleichmar*. Madrid: Forum.
- Méndez, J. A., Ingelmo, J. (2011). Las creencias matrices pasionales desde la perspectiva de la intersubjetividad. *Aperturas Psicoanalíticas*, 39. Consultado online el 30 de diciembre de 2011 en: [http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000731&a= Las-creencias-matrices-pasionales-desde-la-perspectiva-de-la-inter-subjetividad](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000731&a=Las-creencias-matrices-pasionales-desde-la-perspectiva-de-la-inter-subjetividad)
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: an integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Muran, J. Ch. y Barber, J. P. (2010). *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Approach to Practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Norcross, J. C. (2010). *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness (2<sup>nd</sup> Ed.)*. Nueva York: Oxford University Press.
- Pichon-Rivière, E. (1960). Técnica de los grupos operativos. *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, 6, 32ss.
- Riera, R. (2001). Transformaciones en mi práctica psicoanalítica (Un trayecto personal con el soporte de la teoría intersubjetiva y de la psicología del self). *Aperturas Psicoanalíticas*, 8. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000158&a=Transformaciones-en-mi-practica-psicoanalitica-Un-trayecto-personal-con-el-soporte-de-la-teoria-intersubjetiva-y-de-la-psicologia-del-self>
- Riera, R. (2011). Transformaciones en mi práctica psicoanalítica (2ª parte). El énfasis en la conexión intersubjetiva. *Aperturas Psicoanalíticas*, 37. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: [http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000687&a =Transformaciones-en-mi-practica-psicoanalitica-2a-parte-El-enfasis-en-la-conexion-intersubjetiva](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000687&a=Transformaciones-en-mi-practica-psicoanalitica-2a-parte-El-enfasis-en-la-conexion-intersubjetiva)
- Sanmiguel, M. T. (2008). Regulación emocional, mentalización y constitución del sí-mismo. *Aperturas*



- Psicoanalíticas, 29. Consultado online el 1 de noviembre de 2011 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=550&a=Regulacion-emocional-mentalizacion-y-constitucion-del-si-mismo>
- Stern, D. (2009). Partners in thought: A clinical process theory of narrative. *Psychoanalytic Quarterly*, vol. LXXVIII: 701-732.
- Sendin, C. (2000). *Diagnóstico psicológico. Bases conceptuales y guía práctica en los contextos clínico y educativo*. Madrid: Psimática.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, Vol. 65, 2: 98-109.
- Summers, R. (2010). *Psychodynamic therapy. A guide to evidence-based practice*. Nueva York: The Guilford Press.
- Thöma, H. y Kächele, H. (1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Barcelona: Herder.
- Weiner, I. (2009). *Principles of psychotherapy. Promoting evidence-based psychodynamic practice. (3<sup>rd</sup> Ed.)*. Nueva Jersey: John Wiley & Son.

### Páginas web de interés

[www.aperturas.org](http://www.aperturas.org)

[www.upcomillas.es/uninpsi](http://www.upcomillas.es/uninpsi)

[www.psicoterapiapsicoanalitica.com/](http://www.psicoterapiapsicoanalitica.com/)

Manuscrito recibido: 18/01/2012

Revisión recibida: 13/02/2012

Manuscrito aceptado: 15/02/2012

## APENDICE I GUIA PARA LA ENTREVISTA

Ofrecemos algunos aspectos que podrían ser hablados y recogidos en las entrevistas con el paciente. No se trata de un interrogatorio. El terapeuta debe tener conciencia de que estos aspectos, al menos, son importantes y que, según el tipo de paciente, el momento en que se produce el encuentro, el tipo de vínculo y las circunstancias externas de encuadre en que se desarrolla la entrevista, deberán ser investigados con mayor o menor detalle e intensidad emocional.

Hemos de permitir que sea el paciente quien traiga unos temas u otros, siendo tan importantes los asuntos que van surgiendo como aquellos que se omiten. La ausencia puede ser un dato que nos de pistas sobre la persona, su modo de vincularse, sus dificultades o miedos etc. Aquí cabrían intervenciones que sugieran más que interroguen: ¿sabría decir algo sobre...? ¿Hay algún asunto relacionado con... que usted crea que es importante?, etc.

Debemos poder crear un marco en el que el paciente pueda sentir y expresarse del modo más libre que le permita su estructura psíquica. Nuestra función es crear ese marco que lo facilite.

### 1. Motivo de consulta.

### 2. Sobre la persona. Orígenes. Devenir de la vida hasta el presente.

- Dónde nació, ciudad, casa... ¿qué recuerdos tiene? El nombre... por qué y por quién le han llamado así... los apellidos... expresan un origen, un vínculo a unas personas y a unos lugares... la familia del padre... de la madre... ¿qué conoce de ellos?... ¿Qué impresión global le merecen?
- La familia próxima (padres y hermanos), ¿cuántos son? ¿Cuántos eran cuando nació? ¿Quiénes vivían en casa durante su infancia? Cuáles son sus impresiones sobre las **relaciones entre sus padres**... sabemos que son sólo una impresión. Ambiente familiar... ¿eran felices? ¿Con quién se llevaba mejor? ¿Y peor? ¿Por qué?
- ¿Cómo les describiría (padre/madre/hermanos)? Qué le gusta más de ellos. Qué le disgusta, qué cambiaría de su persona. Cómo eran sus relaciones con ellos. ¿Siempre fueron iguales estas relaciones o algo ha ido cambiando? (de niño, ahora).
- ¿Cómo ve las **grandes etapas de su historia**?: infancia, primera y segunda enseñanza, estudios o trabajos diversos... resultados académicos y/o laborales, sentimientos que se iban sucediendo. En cada etapa ver las experiencias y acontecimientos más significativos, las relaciones con los demás, las personas más significativas...
  - Primeros recuerdos, “*flashes*” de la temprana infancia, olores, tacto, imágenes, sonidos, temores, ilusiones...
  - Primeros sentimientos en la escuela: las relaciones con los compañeros, profesores, amigos... (Juegos, compañías, soledades, fiestas...)
  - En la adolescencia y primera juventud... amistades, grupos, actividades...
  - La sexualidad... fantasías... masturbación... relaciones. Sentimientos que tenía, recuerdos, miedos... Parejas, noviazgos... ¿cómo vive hoy la sexualidad?
  - El estudio y/o trabajo... oportunidades aprovechadas y perdidas.
- *Fracasos o momentos peores de la vida*: Cuáles, por qué fue fracaso, cómo reaccionó...cómo se siente ahora al recordarlos...
- *Momentos buenos, agradables*: Cuáles, cuándo... sentimientos actuales al recordarlos...

### 3. Actualmente...

- **Salud y físico**. En términos generales ¿Cómo es su salud actualmente? Problemas que ha tenido y cómo le han influido... Tabaco, alcohol, drogas... Deporte: cuánto, cómo, por qué... Cuidado de la imagen física. ¿Qué opina de su aspecto físico? ¿Cuánto se cuida, se arregla? ¿cuida su modo de vestir? ¿Por qué?
- **Relaciones personales**, ¿Cómo diría que es su estilo de relacionarse?: líder, sumiso, gregario, independiente... Vinculaciones a grupos o asociaciones... ¿Cómo es su ideal de amistad? ¿Cómo es su ideal de pareja? ¿Se parecen a su realidad?
- **Valores**. ¿Qué valora en la vida? Lo que importa de verdad... actitudes... personas... logros... ¿qué da sentido a su vida? ¿Por qué lucha?
- ¿Qué respondería a la pregunta **quién soy yo**? Cómo es, cómo se ve... Lo que le gusta de sí mismo, sus cualidades... Lo que le disgusta... lo que cambiaría. ¿Cuál es su humor predominante? (sensible, celoso, egoísta, superficial, ansioso, preocupado, optimista, agresivo, pacificador...) Sentimientos que le produce el verse así...
- ¿Qué cree, o sabe, que **piensan los otros** de él/ella?
- **Futuro**. Aspiraciones, fantasías de futuro, sueños e ideales. ¿Cómo se imagino dentro de 10 años o 15...? Temores... Esperanzas.

## APÉNDICE II

### GUÍA PARA ANALIZAR LA ENTREVISTA A POSTERIORI

- ◆ **Motivo explícito de consulta:** síntomas, rasgos de carácter, relaciones interpersonales conflictivas, acontecimientos vitales actuales, etc.
- ◆ **Qué aspecto tenía y cómo se presentó el paciente:** con respecto a los temas de los que hablaba y a sus actitudes procedimentales (forma de hablar, actitud corporal, modo de mirar o dar la mano, tono de voz, silencios, etc.)
- ◆ **Sobre los datos de la historia del paciente que surgieron en la entrevista:**
  - ¿Cómo selecciona los datos biográficos? ¿Con qué contenido emocional los presenta?
  - Sucesos y personajes que fue introduciendo y en qué orden. Perspectiva con la que los fue considerando (atacantes, inadecuados, egoístas, maravillosos, protectores, etc.) ¿Permite establecer un patrón?
  - ¿Desde qué identidad (sufriente, maravilloso, perseguido, en peligro, etc.) actúa, habla y construye su relato?
  - ¿Su relato es estable o es cambiante en lo semántico y emocional?
  - ¿Es un relato caótico, confuso, excesivamente ordenado, apegado a la realidad, fantasioso, etc.? ¿Cómo es la secuencia con que presenta los diferentes temas que refiere: se justifica, se escapa, se ataca, se entusiasma, se asusta?
  - ¿Existen huecos significativos en su relato?
- ◆ **¿Cómo se relacionó el paciente con el terapeuta?:**
  - ¿Qué modos de relación y sentimientos prevalecieron: sumisión, pasividad, autoritarismo, desafío, desconexión, cercanía afectiva, sobreinvolucración emocional, temor, confianza, suspicacia exhibicionismo, idealización, desvalorización, etc.
  - ¿Buscó con su relato provocar determinados sentimientos, ideas o inducir un determinado rol? ¿Cómo reaccionó si no lo consiguió?
  - ¿Cómo recibió y respondió (corporalmente o en palabras) las intervenciones del terapeuta?
  - ¿Se vincula con el terapeuta de modo congruente con el relato que manifiesta?
  - ¿Usó sus sentimientos como una forma de vincularse con el terapeuta: creando un clima de encuentro o, por el contrario, los utilizó para mantener alejado al terapeuta?
- ◆ **¿Cómo se sintió el terapeuta? (sentimientos contratransferenciales):**
  - ¿Se sintió cómodo, valorizado, denigrado, ansioso, exigido impotente, asustado, desbordado, manipulado, etc.?
  - ¿Qué conductas, sentimientos o fantasías del paciente activan esos sentimientos en el terapeuta?
  - ¿Qué conflictos del terapeuta activa ese paciente en particular?
  - ¿Esos sentimientos los experimentó frente a otros pacientes? ¿frente a cierto tipo de pacientes?
  - ¿Se sintió libre para explorar todos los temas y situaciones emocionales?
- ◆ **Evolución del paciente a lo largo de la entrevista:**
  - En su tipo de relato,
  - En sus sentimientos,
  - En su modo de vincularse, etc.?
- ◆ **¿Colaboró el paciente en la entrevista?:**
  - En qué punto entre la hiper-adaptación y la hostilidad.
  - Grado de intervención de la racionalización.
  - ¿Se captan elementos de Alianza Terapéutica?
- ◆ **¿Qué grado de insight presenta el paciente? ¿Qué grado de mentalización o función reflexiva presenta el paciente? ¿Presenta tendencia a la actuación?**
  - ¿Mostró penetración psicológica y capacidad de introspección?
  - ¿Mostró capacidad para detectar el efecto que crea en el otro u el efecto de los demás en uno mismo?
  - ¿Es rico su mundo de fantasía y su nivel de simbolización?
  - ¿Parece apto para la psicoterapia de insight?
  - ¿Tiene capacidad de contención de la angustia?
  - ¿Tiene tendencia a actuar sus conflictos, sus angustias, sus conflictos relacionales?
- ◆ **¿Cuáles fueron sus angustias y prevalentes?**
  - ¿Se permitió sentir las y expresarlas?
  - ¿Qué grado de tolerancia (modo de reaccionar) presenta el paciente ante la angustia, es decir, la angustia ante la angustia: la puede afrontar, se asusta, se descontrola y se siente desbordado en el cuerpo o la mente, etc.?
  - ¿La angustia ocasiona algún grado de desorganización psicobiológica?: ¿hay desequilibrio neurovegetativo o manifestaciones psicósomáticas? ¿le provoca desorganización psíquica?
  - ¿Existe un hipercontrol de sus emociones?
  - ¿Qué angustias surgen frente al conflicto interno y cuáles frente a la realidad exterior?
- ◆ **¿Cuáles son los deseos prevalentes del paciente?**
  - ¿Cómo reacciona el paciente ante sus propios deseos? ¿Tolera, rechaza, se castiga?
  - ¿Los deseos son vividos por el paciente como realizables o, por el contrario, considera que no los podrá realizar?
  - ¿Qué recursos tiene el paciente para llevar a cabo sus deseos, es decir, que capacidades emocionales e instrumentales puede poner en marcha para realizar los deseos?

### APENDICE III

#### Esquema de posibles áreas de intervención psicoterapéutica según el EMoT:

##### 1. Mundo intrapsíquico (relación consigo mismo)

###### a. *Sistemas motivacionales prevalentes:*

- \* Complementariedad/conflicto entre ellos
- \* Recursos para llevar a cabo los deseos:
  - capacidad emocional
  - capacidad instrumental
- \* Reacción a los deseos:
  - tolerancia versus rechazo y/o castigo
  - expectativas de realización versus sentimiento de impotencia

###### b. *Angustias prevalentes:*

- \* Tipo de angustia ante el conflicto interno y/o realidad exterior
- \* Grado de tolerancia a la angustia
- \* Grado de desorganización psicobiológica:
  - desequilibrio neurovegetativo
  - enfermedades psicosomáticas
  - alteraciones en la operatoria del psiquismo

###### c. *Defensas:*

- \* Intrapsíquicas:
  - de ocultamiento
  - de transformación
- \* Interpersonales:
  - autoplásticas
  - aloplásticas

###### d. *Identidad y estructura de organización:*

- \* Identidades inconscientes que llevan al sujeto a sentir, pensar o actuar de manera más o menos estable.
- \* Identidades inconscientes que se atribuyen a los demás (lo que espero de ellos).
- \* Alteraciones en el mantenimiento de la estabilidad de la identidad (difusión, alternancia...).
- \* Tendencia a la regresión en la organización psíquica y/o en los vínculos.
- \* Tipo prevalente de organización de la personalidad (rasgos prominentes).

###### e. *Modo en que se encuentran los contenidos de lo inconsciente:*

- \* Reprimidos
- \* Desactivados
- \* Sectores no constituidos
- \* Como identificaciones
- \* Como resultado de las interacciones

###### f. *Contenidos y funcionamiento del superyó:*

- \* Relación con sus códigos de normas e ideales
- \* Conciencia crítica

###### g. *Articulación de los sistemas motivacionales con otras dimensiones del psiquismo:*

- \* Agresividad
- \* Tendencia a la acción/impulsividad
- \* Nivel de activación neurovegetativa...

##### 2. Área de las relaciones intersubjetivas:

- a. Tipos de vínculo con las figuras significativas
- b. Tipos de vínculo trasferencial-contratrasferencial

##### 3. Área de los estados emocionales

(Considerados como estructuras complejas que incluyen cogniciones, conductas y representaciones)

- a. Cómo se articulan, desencadenándose o inhibiéndose, entre ellos.
- b. Esquemas afectivos y de acción, a modo de secuencias automatizadas (repercuten significativamente en los modos de intervención).
- c. Como forma de interacción e inducción de estados emocionales en el otro (satisface los sistemas motivacionales y/o evita angustias).
- d. Articulación con el sistema neurovegetativo.

##### 4. Área de la capacidad de integración en la realidad

(Adaptación activa)

- a. Insight (captación de deseos, angustias y defensas y nivel operatorio)
- b. Función reflexiva (capacidad para anticipar y entender estados emocionales e Intencionalidades en uno mismo y en el otro; y las reacciones ante ello).
- c. Vínculo con el pasado:
  - \* Capacidad de desarrollar narrativas.
  - \* Capacidad de “crear” (proceso de neogénesis) en el proceso terapéutico nuevas simbolizaciones y/o pautas de relación procedimental.
  - \* Capacidad de “olvidar” lo que quedó inscrito simbólicamente y procedimentalmente.
- d. Desempeño instrumental:
  - \* Recursos yoicos.
  - \* Capacidad de organizarse.

##### 5. Área de acontecimientos vitales externos

- a. Circunstancias traumáticas.
- b. Capacidad de regulación ante el medio:
  - \* Vertiente psíquica.
  - \* Vertiente física.