

# **Capítulo II**

## **LA ENTREVISTA INICIAL**

# Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico

**María L. Siquier de Ocampo,  
María E. García Arzeno,  
Elsa Grassano y colab.**



Capítulo II

## La entrevista inicial

Caracterización. Objetivos. Dinámica de esta entrevista

María L. S. de Ocampo y María E. García Arzeno

Caracterizamos la entrevista inicial como entrevista semidirigida. Una entrevista es semidirigida cuando el paciente tiene libertad para exponer sus problemas comenzando por donde prefiere e incluyendo lo que desee. Es decir, que permite que el campo psicológico configurado por el entrevistador y el paciente se estructure en función de vectores señalados por este último. Pero, a diferencia de la técnica de entrevista totalmente libre, el entrevistador interviene con el fin de: a) Señalar algunos vectores cuando el entrevistado no sabe cómo empezar o cómo continuar. Estas preguntas se hacen, por supuesto, de la manera más amplia posible. b) Señalar situaciones de bloqueo o paralización por incremento de la angustia para asegurar el cumplimiento de los objetivos de la entrevista. c) Inquirir acerca de aspectos de la conducta del entrevistado a los que éste no se ha referido espontáneamente, acerca de "lagunas" en la información que el paciente ha suministrado y que se consideran de especial importancia, o acerca de contradicciones, ambigüedades y verbalizaciones "oscuras".

En términos generales recomendamos comenzar con una técnica directiva en el primer momento de la entrevista correspondiente a la presentación mutua y a la aclaración del encuadre por parte del psicólogo, y luego operar con la técnica de entrevista libre, para que el paciente tenga la oportunidad de expresar libremente el motivo de su consulta. Finalmente, en el último momento de esta primera entrevista debemos forzosamente adop-

tar una técnica directiva para poder "rellenar" nuestras "lagunas". Este orden recomendado opera como guía y cada psicólogo debe aprender cuál es en cada caso el momento oportuno en que debe permanecer en la actitud adoptada o cambiarla, para hablar o callar y escuchar.

Para recomendar esta técnica de entrevista semidirigida tuvimos en cuenta dos razones: la primera es que debemos conocer exhaustivamente al paciente y la segunda responde a la necesidad de extraer de la entrevista ciertos datos que nos permitan formular hipótesis, planificar la batería de tests e interpretar posteriormente con mayor precisión los datos de los tests y de la entrevista final. La correlación entre lo que el paciente (y sus padres) muestra en la primera entrevista, lo que aparece en los tests y lo que surge en la entrevista devolutiva, brinda un importante material diagnóstico y pronóstico.

Desde nuestro punto de vista, la entrevista clínica es "una" técnica, no "la" técnica. Es insustituible en tanto cumple con ciertos objetivos del proceso psicodiagnóstico, pero los tests (y nos referimos especialmente a los tests proyectivos) presentan ciertas ventajas que los hacen irremplazables e imprescindibles. Mencionaremos entre ellas su estandarización, característica que otorga al diagnóstico un mayor margen de seguridad, la exploración de otros tipos de conducta que no se pueden investigar en la entrevista clínica (por ejemplo, la conducta gráfica) y que bien pueden constituir el reducto de los aspectos más patológicos del paciente ocultos tras una buena capacidad de verbalización.

En síntesis, los tests constituyen para nosotros instrumentos fundamentales. Ya hemos aclarado que nos referimos a los tests proyectivos. Estos presentan estímulos ambiguos pero definidos (láminas, preguntas, etc.). Operan con consignas que son verbalizaciones controladas y definidas que transmiten al paciente el tipo de conducta que esperamos de él en ese momento frente a ese estímulo. La mayoría de los tests incluye un interrogatorio. Hacer preguntas y recibir respuestas es una labor en la que colaboran ambos integrantes del proceso en una tarea igualmente común. También la entrevista se incluye en este contexto. Está encuadrada dentro de estas mismas pautas dado que no incluimos en nuestra técnica la interpretación. Cuando nos hallamos frente a una situación de bloqueo no nos limitamos a señalarla como único indicador útil para el diagnóstico, ya que restringirnos

a eso ocasiona consecuencias serias. Al empobrecimiento de nuestro diagnóstico se le suma la total ignorancia respecto de lo que tal bloqueo encubre. Necesitamos más información y la obtenemos efectuando señalamientos para movilizar al paciente durante la entrevista clínica y administrando tests apropiados. Si queremos marcar una diferencia entre la entrevista clínica y la dedicada a la administración de tests, diremos que la primera brinda una pantalla más ambigua, semejante a la lámina en blanco del T.A.T. o del Phillipson. De ahí que extraiga una muestra de conducta de tipo diferente de la que se recoge en la administración de tests. Los criterios generales que utilizamos para interpretar la entrevista inicial son coincidentes con los que aplicamos para los tests. Allí incluimos: el tipo de vínculo que el paciente establece con el psicólogo, la transferencia y contratransferencia, la clase de vínculo que establece con otros en sus relaciones interpersonales, las ansiedades predominantes, las conductas defensivas utilizadas habitualmente, los aspectos patológicos y adaptativos, el diagnóstico y el pronóstico.

Para poder satisfacer toda esta información debemos precisar cuáles son los *objetivos de la entrevista inicial*:

1º) Percibir al paciente tal como se nos aparece en el primer contacto con nosotros, ver si esta primera impresión se mantiene a lo largo de toda la entrevista o cambia y en qué sentido. Son aspectos importantes: su lenguaje corporal, su vestimenta, sus gestos, su manera peculiar de estar quieto o moverse, su semblante, etcétera.

2º) Atender a lo que verbaliza: qué, cómo y cuándo verbaliza y con qué ritmo. Cotejar esto con la imagen que trasmite a través de su manera de hablar cuando solicita la consulta (generalmente por teléfono). Apreciar las características de su lenguaje: la claridad o confusión con que se expresa, la preferencia por términos equívocos, imprecisos o ambiguos, la utilización del tono de voz que puede entorpecer la comunicación hasta el punto de no entenderse lo que dice aun cuando hable con un lenguaje preciso y adecuado. En cuanto al contenido de las verbalizaciones es importante tener en cuenta qué aspectos de su vida elige para comenzar a hablar, a cuáles se refiere preferentemente, cuáles provocan bloqueos, ansiedad, etc., es decir, todo lo que indica un desvío respecto del clima reinante con anterioridad. Lo que exprese como motivo manifiesto de consulta puede mantenerse,

anularse, ampliarse o restringirse durante el resto de esta primera entrevista o del proceso y constituye otro dato importante. Por otra parte el paciente incluye en su verbalización los tres tiempos de su vida: pasado, presente y futuro, datos que luego se cotejarán con su producción, por ejemplo, en el test de Phillipson. Es importante que ni el paciente ni el psicólogo intenten restringirse a uno o dos de esos momentos vitales. Esto es útil para apreciar la capacidad de *insight* del paciente respecto de unir su pasado con su presente y su porvenir. Promovido por el psicólogo (quien, por ejemplo, recurre persistentemente a preguntas tales como: ¿Qué ocurrió antes? ¿Le ocurrió algo similar cuando era chico? ¿A qué le gustaba jugar cuando era niño?) o traído espontáneamente por el paciente, la persistencia en la evocación del pasado puede convertirse en una fuga defensiva que evita tomar *insight* con lo que está ocurriendo en el "aquí y ahora conmigo". Otro tanto podemos diagnosticar si la fuga es hacia el futuro. La actitud que resulta más productiva es centrarse en el presente y desde allí tratar de integrar el pasado y el futuro del paciente. De este modo también podremos apreciar la plasticidad con que cuenta para entrar y salir de cada secuencia temporal sin angustiarse demasiado. Esto de por sí es un elemento indicador de buena capacidad de integración y como tal de buen pronóstico. De la secuencia temporal debemos extraer en la entrevista inicial ciertas hipótesis: cómo fue, es y será el paciente. Una vez que se cotejen con lo extraído de los tests y de la entrevista devolutiva, se ratificarán o no.

3º) Establecer el grado de coherencia o discrepancia entre todo lo verbalizado y todo lo que captamos a través de su lenguaje no verbal (vestidos, gestos, etc.). Lo que expresa no-verbalmente es algo real pero mucho menos controlado que las verbalizaciones. Tal cotejo puede informarnos acerca de la coherencia o discrepancia entre lo presentado como motivo manifiesto de consulta y lo que percibimos como motivo subyacente. Podríamos ejemplificar esto del siguiente modo: un paciente puede estar explicándonos que está preocupado por sus fracasos intelectuales y acompañar estos comentarios con gestos claramente amañados. En un caso así nos vamos planteando desde la primera entrevista la discrepancia entre lo que el paciente piensa que le pasa y lo que pensamos nosotros. El diagnóstico se basará en el grado de coherencia o discrepancia entre los datos obtenidos en la primera

entrevista, en los tests y en la entrevista devolutiva. Es interesante comparar las características de las verbalizaciones del paciente en esas tres oportunidades, tan diversas.

4º) Planificar la batería de tests más adecuada en cuanto a: a) elementos a utilizar (cantidad y calidad de los tests elegidos); b) secuencia (orden de administración), y c) ritmo (número de entrevistas que calculamos nos insumirá la administración de los tests elegidos).

5º) Establecer un buen *rappor*t con el paciente como para reducir al mínimo la posibilidad de bloqueos o paralizaciones y crear un clima preparatorio favorable para la administración de tests.

6º) A lo largo de toda la entrevista es importante captar lo que el paciente nos transfiere y lo que esto suscita en nosotros. Nos referimos aquí a los aspectos transferenciales y contratransferenciales del vínculo. Es asimismo importante poder detectar qué tipo de vínculo trata de establecer el paciente con el psicólogo: si trata de seducirlo, confundirlo, evitarlo, mantenerse a distancia, depender excesivamente de él, etc., porque esto indica de qué manera específica siente su contacto con él (como peligroso, invasor, maternal, etc.). Contratransferencialmente surgen en el psicólogo ciertos sentimientos y fantasías de importancia vital para la comprensión del caso, que permiten determinar el tipo de vínculo objetal que opera como modelo interno inconsciente en el paciente.

7º) En la entrevista inicial con los padres del paciente, es importante detectar también cuál es el vínculo que une a la pareja, el vínculo entre ellos como pareja y el hijo, el de cada uno de ellos con el hijo, el de éste con cada uno de ellos y como pareja, el de la pareja con el psicólogo. Otro vínculo es el que tratan de inducirlo a establecer con el hijo ausente y todavía desconocido (lo que nos dicen de él), lo cual puede facilitar o entorpecer la tarea posterior. Por eso puede resultar útil en algunos casos trabajar con la técnica de Meltzer, quien ve primero al hijo y después a los padres.

8º) Estimar la capacidad de los padres de elaboración de la situación diagnóstica actual y potencial. Es interesante apreciar si ambos, o uno, y cuál de ellos puede promover, colaborar o por lo menos aceptar las experiencias de cambio del hijo en caso de que comience una terapia. Es importante detectar la capacidad

de los padres para aceptarlas en la medida, calidad y momento en que se den, pues de ello depende muchas veces la iniciación y, especialmente, la continuidad de un tratamiento.

Ya que nos hemos referido a la entrevista con los padres queremos aclarar que la presencia de ambos es imprescindible. Consideramos al niño como emergente de un grupo familiar y podemos entenderlo mejor si vemos a la pareja parental. Entendemos que es más productivo romper el estereotipo según el cual se impone la entrevista con la madre solamente por el estrecho vínculo que se establece entre ella y el hijo. Esto es cierto y tiene plena vigencia en los primeros meses de vida del niño. Pero en la historia del hijo el padre a menudo desempeña un papel tan importante como el de la madre, aun cuando sea una figura prácticamente ausente de la vida familiar. El hijo ha introyectado algún tipo de imagen paterna que seguramente tendrá que ver con su sintomatología actual, y la problemática subyacente: de ahí la necesidad de su presencia. Pedir que ocurra y crear las condiciones para que así sea, es valorizarlo ubicándolo en el rol que corresponde. Resulta evidente que operamos con el concepto de que el hijo es el producto de una pareja (no de la madre solamente) y que ambos deben acudir a las entrevistas, a menos que se trate de alguna situación inusual (padre que viaja constantemente, enfermo, internado por largo tiempo, padres separados, etc.). Cuando se cita sólo a la madre pareciera que la destacamos del resto del grupo familiar, pero esto tiene su contrapartida: únicamente a ella la hacemos responsable de cómo es su hijo. No asegurarnos la presencia del padre equivale a pensar que él nada tiene que ver con ello. Por otra parte, si recomendamos la iniciación de una terapia, ambos deben recibir esa información, encarar esa responsabilidad y adoptar una resolución. Entendemos que informar de todo esto solamente a la madre significa transferirle lo que es responsabilidad del psicólogo. Dado que el padre no ha sido incluido en ningún momento previo del proceso que culmina con tal información (por ej. necesidad de terapia) no está preparado para recibirla y sin embargo puede ser el responsable de un elemento tan importante para su concreción como es su aceptación, el pago de los honorarios y la continuidad del tratamiento. Según el aspecto disociado y proyectado en el esposo, aspecto que ha quedado marginado en la entrevista por la ausencia de él, se enfrentará con mayores o menores dificultades. Puede ocurrir

que el aspecto disociado y depositado en el ausente sea el de una seria resistencia hacia el tratamiento. La madre se mostrará, por ejemplo, receptiva, colaboradora y complaciente, pero luego podrá racionalizar "Mi marido no quiere". De este modo en el marido actúa un aspecto de resistencia al cambio que parece caracterizar a ese grupo familiar sin que el psicólogo pueda tener oportunidad de trabajar con ese aspecto incluido en las entrevistas ni hacerles consciente la dinámica. Con respecto a la resistencia frente al manejo de la culpa decimos: entrevistar sólo a la madre facilita la admisión de toda la culpa por la enfermedad del hijo; la presencia de ambos permite compartirla y por lo tanto disminuirla. Por otra parte, si pensamos que la devolución de información procura ciertos beneficios psicológicos, ¿por qué otorgarlos exclusivamente a la madre y no a la pareja? En muchos casos ocurre que a raíz de una consulta por los hijos, los padres acaban reconociendo la propia necesidad de un tratamiento y se lo procuran.

Cambiemos ahora de perspectiva y ubiquémonos desde el punto de vista del psicólogo. Entendemos que la presencia del padre y la madre le resulta útil e indispensable por varias razones. La inclusión de ambos implica la observación *in situ* de cómo son, qué roles desempeñan cada uno de ellos respecto del otro, con el psicólogo, qué aporta cada uno, qué aspectos del hijo muestran respectivamente, cómo vivencian el psicodiagnóstico y la posibilidad de una psicoterapia. Muchas veces uno desempeña el rol de corrector de lo que dice el otro. Si la actitud de uno es de mucha desconfianza y envidia, el otro puede equilibrarla con signos de mayor agradecimiento y confianza. Si excluimos a uno de los miembros de la pareja de las entrevistas perdemos uno de esos aspectos del vínculo con el psicólogo. Como producto del interjuego de emergentes que se dan hay mayores posibilidades de detectar vicios y corregirlos. Por otra parte, la presencia de ambos evita el peligro de aceptar al ausente como "chivo emisario", es decir, como depositario de lo malo del vínculo, y al presente como representante de lo bueno y exitoso. No incluir al padre es tratarlo como tercero excluido y de este modo negar el complejo edípico que es uno de los núcleos básicos de la comprensión de cada caso. Esto fomenta celos y rivalidad en el excluido. Hay padres que no reaccionan protestando por su no inclusión, pero luego en una forma u otra atacan al psicodiagnóstico o la terapia (interrumpen, se niegan a pagar lo estipulado, interfieren constantemente, etc.). Acaba-

mos de referirnos a un aspecto del encuadre, el económico, que es otra razón por la que se debe incluir al padre. Él es quien generalmente paga los honorarios. Si atribuimos a este aspecto no sólo el significado monetario sino también reparatorio del vínculo con el psicólogo de quien se ha recibido algo (tiempo, dedicación, orientación, esclarecimiento, etc.), debemos incluir al padre para que asuma la responsabilidad económica y para que tenga la oportunidad de sentirse como reparador del hijo y del psicólogo y no como quien debe asumir una mera obligación comercial. Si el psicólogo insiste en considerar prescindible la presencia del padre, implícita o explícitamente lo está excluyendo, con lo cual muestra un aspecto propio regresivo porque evita la situación de quedar él transformado en tercero excluido frente a una pareja unida "en contra de" el psicólogo-hijo. La visualización de una pareja muy unida, sea ésta una alianza sana o patológica, puede movilizar envidia y deseos de destruirla. La insistencia en ver solamente a la madre o a ambos padres, pero por separado, es una táctica evitativa que puede encubrir estos sentimientos. En ese caso el psicólogo, a través de sus aspectos infantiles, no tolera funcionar como tercero excluido con la fantasía de ser espectador obligado de la escena primaria envidiada. Si en el curso de la entrevista comienzan las discusiones y los reproches, el psicólogo enfrenta una escena primaria sádica, lo cual reactiva en él la fantasía de haber logrado romper la pareja. En casos tales puede ocurrir que uno de los padres o los dos alternativamente lo busque como aliado para transformar al otro en tercero excluido. Si el psicólogo no está alertado, puede establecer distintos tipos de alianzas peligrosas para el hijo, para los padres y para él mismo. Esto es válido para padres de niños y de adolescentes.

Queremos detenernos en otro tema que puede ofrecer dudas respecto de su manejo técnico: el caso de hijos de padres separados. El psicólogo debe aceptar los hechos consumados por la pareja. Si esa pareja ya no existe como tal, sus intentos de volver a unirlos, además de infructuosos, podrían resultar una interferencia seria en su trabajo. Podemos decir que se ha contraidentificado proyectivamente con el hijo en sus aspectos negadores de la realidad (la separación) y que por la culpa de haber logrado concretar sus fantasías edípicas y el dolor ante esa pérdida real, trata de juntarlos sea mediante intentos directamente actuados por él o transferidos a otros (en este caso el psicólogo). Si desean

venir juntos a las entrevistas tendremos un caso en el que la técnica no diferirá de lo antes acotado. Si en cambio desean venir separadamente, hay que respetarlos. También puede ocurrir que deseen venir por separado y con sus respectivas parejas nuevas. En este caso la realidad se muestra mediante esas dos parejas actuales que representan (cada padre del niño) dos aspectos irreversiblemente disociados. También debemos advertir al psicólogo respecto de sus impulsos contrarios a los de unir la pareja. Nos referimos a casos en los que contratransferencialmente siente que esa pareja no le cae bien, que "esa mujer no es para ese hombre" o viceversa. Si actúa lo que ellos le han transferido, tratará de lograr una separación pidiendo explícitamente que vayan por separado, o manejando la dinámica de la entrevista de manera tal que se vayan acentuando los puntos de divergencia entre la pareja en lugar de efectuar un balance justo de los aspectos divergentes y convergentes que realmente se dan.

Otro tema a considerar que merecería un desarrollo mucho más amplio del que podemos realizar aquí es el de los hijos adoptivos. Según nuestra experiencia son las madres las que generalmente están dispuestas a pedir la consulta e iniciar el proceso, transmitiendo la sensación de que todo debe trascender lo menos posible. El psicólogo debe tratar de que concurren ambos padres por las razones ya expuestas y, además, porque necesita investigar elementos esenciales tales como las fantasías de cada uno con respecto a la adopción (no sentirse inferior a otros por no tener hijos, no estar solo ahora o el día de mañana, tener a quien dejar una herencia, etc., pueden aparecer como motivos manifiestos de la adopción además de las motivaciones inconscientes que también se deben investigar). Otros datos a tener en cuenta son: cómo sienten actualmente la situación de padres adoptivos, si están conformes con la decisión tomada, si han podido comunicársela al hijo y a otros. Cuando la adopción no ha sido esclarecida, sin desvalorizar lo que traigan como motivo de consulta, centramos en el hecho de la adopción el motivo real y subyacente de la misma. Todos los demás motivos que aparezcan, sean éstos de mayor o menor gravedad, dependen para su resolución de la elaboración previa por parte de los padres de su condición de padres de hijos adoptivos. Por ello recomendamos que en el momento en que surja la información de que el hijo es adoptivo, el psicólogo se dedique a elaborar este punto de urgencia con los padres.

Deberá esclarecerlos acerca de que el hijo debe saber la verdad porque tiene derecho a ello, que decirse no constituye como ellos creen un daño sino por lo contrario un bien que el propio niño puede estar reclamando inconscientemente a través de otros conflictos (robos, enuresis, problemas de aprendizaje, problemas de conducta, etc.). Pensamos que la situación de hijo adoptivo constituye un fenómeno que es fuente de posibles conflictos, que puede llegar a ser en sí misma un conflicto según como los padres manejen esta situación y la elaboren. En general resulta indispensable tener algunas entrevistas del tipo operativo en las que se vea lo mejor posible lo que ocurre en los padres que no se animan a decir la verdad o que se oponen terminantemente a esa idea. A menudo piensan que el psicólogo quiere destruir las fantasías que han alimentado durante años, quitarles el hijo, en suma, castigarlos. Pero todo esto está relacionado directamente con las fantasías previas, concomitantes y posteriores a la adopción. El hecho de ser hijo adoptivo o no hace tan esencialmente a la identidad que pensamos que la resolución de todos los conflictos en torno de esa situación tienen primacía respecto de otros. Por eso continuar el proceso psicodiagnóstico centrado en el motivo traído por los padres constituye algo así como caer en una trampa. Sea cual fuere el camino de abordaje del caso nos encontraremos en el fondo con el problema centrado en la propia identidad. Si los padres, a pesar de la intervención terapéutica, aún se resisten a esclarecer al niño (ellos deben asumir esa responsabilidad), debemos advertirlos respecto de las dificultades que surgirán en el trabajo psicodiagnóstico con el niño, no tanto durante la administración de los tests sino en la entrevista de devolución. En ese momento deberemos dar nuestra opinión veraz respecto de lo que le ocurre. Si previamente hemos aceptado el límite impuesto por los padres en el sentido de no incluir la verdad (adopción), deberemos soslayar u omitir por completo una temática que sin duda debe haber aparecido en el material y que, si el yo del niño es lo suficientemente fuerte, deberíamos incluir en la devolución. Si aceptamos la limitación impuesta por los padres establecemos con ellos una alianza basada en el engaño y la impostura, engañamos y decepcionamos al hijo y hasta podemos transmitirle la sensación de que es un enfermo que desconfía de todos, ocultándole que inconscientemente él ha percibido algo real y objetivo (su adopción) y el conflicto surge a causa de esa realidad. Entrar

en el juego de los padres significa, también, procurarles unseudoalivio, ya que han percibido ciertos síntomas del hijo y han consultado. En apariencia, ellos cumplieron con su deber y nosotros con el nuestro. Pero el hijo resulta doblemente engañado, por lo cual no sería raro que su sintomatología se agravara.

Es interesante registrar en qué momento los padres comunican esa información, si surge espontáneamente, si la dejan entrever de alguna manera (lagunas mnémicas cuando se les pregunta respecto del embarazo y parto, expresión muy culposa acompañada de verbalizaciones incompletas pero que permiten sospecharla o si la ocultan hasta último momento y surge sólo en la entrevista devolutiva. En este caso puede ocurrir que lo digan en un momento de *insight* a raíz de algo que el psicólogo les está explicando. Entonces podemos tomarlo como un dato de buen pronóstico porque implica una mayor apertura respecto de la actitud inicial. Han estado ocultando la verdad al psicólogo hasta el momento en que lo han sentido como un buen continente con quien se puede compartir la verdad. Es la expresión de un impulso reparador.

En otros casos los padres esperan que el psicólogo haga una pregunta directa al respecto. Ésta puede surgir a propósito de una cierta percepción inconsciente del psicólogo o de datos claramente expresados por el hijo en el material que ha brindado. Recordamos por ejemplo el caso en el que una niña había dibujado una casa y dos árboles a cada lado. Como aparecían otros elementos recurrentes en cuanto a la alusión de tener dos parejas de padres y una familia muy grande se les formuló a los padres una pregunta directa y éstos respondieron que, en efecto, era hija adoptiva. En situaciones como ésta, en la que los padres callan la verdad hasta el final, no podemos dejar de incluirla en forma directa.

9º) Otro objetivo importante que debe investigarse en la primera entrevista es el *motivo de consulta*. Retomamos aquí los conceptos expresados en otro trabajo nuestro.<sup>1</sup>

En el motivo de consulta cabe discriminar entre *motivo manifiesto* y *latente*. El motivo manifiesto es el síntoma que preocupa

<sup>1</sup> Ocampo, M. L. S. de, y García Arzeno, M. E., "El motivo de consulta y su relación con la devolución de información en el cierre del proceso psicodiagnóstico", comunicación presentada al Primer Congreso Argentino de Psicopatología Infanto-Juvenil, Bs. As., 1969.

al que solicita la consulta hasta el punto de operar en él como señal de alarma. Es decir que algo le ha preocupado, reconoce que no puede arreglarlo solo y decide solicitar ayuda. En algunos casos el receptor de la señal de alarma es un tercero (pariente, amigo, pediatra, etc.), que es quien solicita la consulta o moviliza al paciente a hacerlo. Este dato de por sí nos indica un menor grado de *insight* con la propia enfermedad. En la mayoría de los casos el motivo manifiesto es, dentro de una gama más o menos extensa de síntomas que aquejan al paciente, o a quienes conviven con él, lo menos ansiógeno, lo más inocuo, lo más fácil y conveniente de decir al psicólogo, a quien por lo general acaban de conocer. Este, por su parte, mientras escucha y piensa acerca del caso, puede elaborar ciertas hipótesis respecto del verdadero motivo que trae al paciente (o a sus padres) a la consulta. Por lo general el motivo es otro, más serio y más relevante que el invocado en primer término. Lo denominamos *motivo latente, subyacente o profundo* de la consulta.

Otro elemento diagnóstico y pronóstico importante es el momento en que el paciente toma conciencia (si puede) de ese motivo más profundo. Si lo hace durante el proceso psicodiagnóstico, es de mejor pronóstico que si no aparece. En la entrevista devolutiva habrá que dilucidar si es posible incluir esa información o no. Si se la incluye, la reacción del paciente será otro elemento importante: si recibe la información y la acepta como posible es de mejor pronóstico. Si la negativa a reconocerlo como propio es total, cabe pensar que las resistencias son muy fuertes y por lo tanto el pronóstico no es muy favorable.

Esta discrepancia surge como consecuencia de un proceso de disociación intrapsíquica que se ha dado en el paciente. Es importante que lo disociado intrapsíquicamente en el paciente no quede también disociado en el psicólogo, en el material recogido y en el informe final. Como veremos más adelante ésta es una de las razones por las cuales nos parece imprescindible la devolución de información: es la oportunidad que se le da al paciente para que integre lo que aparece disociado entre lo manifiesto y lo latente. En ciertos grupos familiares el grado de disociación es tal que el miembro que traen a la consulta es el menos enfermo, quedando así oculto el verdadero foco del problema, a menos que el psicólogo pueda detectar y esclarecer esta situación. Por eso es importante saber si el síntoma aludido resulta egosintónico o

egodistónico para el paciente y su grupo familiar. Saber primero si el paciente traído a la consulta (o el que ha venido por su cuenta) siente que sufre por el síntoma o no le preocupa ni apena. En el caso de que no sufra no hay que investigar si es por efecto de su especial patología (proyección del conflicto y de los sentimientos dolorosos en otro miembro del grupo que se hace cargo de ellos) o si lo que sucede es que él se ha convertido en el depositario de los conflictos de otro u otros miembros del grupo familiar que no han venido a consultar o que han venido en calidad de padre, madre, cónyuge, etc. El grado de disociación, el aspecto más enfermo del paciente (o de su grupo familiar), influirá en el tiempo y monto de energías que insuma el proceso de integrarlo conscientemente. La disociación es más acentuada y más resistente a la mejoría cuanto más intensos son los sentimientos de culpa, ansiedad, represión, etc., que tal conflicto moviliza en el paciente y que funcionan como responsables de esa disociación.

Una actitud recomendable para el psicólogo es la de escuchar al paciente pero no quedarse ingenuamente con la versión que él le transmite. El paciente cuenta su historia como puede. Centra el punto de urgencia de sus problemas donde le parece menos ansiógeno. Esta actitud ingenua y, en el fondo, prejuiciosa, ha impedido muchas veces al psicólogo escuchar y pensar con libertad. Frente a un dato que "no encaja" con el esquema inicial del caso, ha experimentado muchas veces estupor ante la aparente incongruencia. Por ejemplo: si la historia del caso es muy siniestra, se esforzará por hallar toda suerte de trastornos dando por seguro que ha quedado una grave secuela. Le parecerá imposible diagnosticar que ese niño presenta un grado de salud mental aceptable pese a todos los males padecidos. También puede ocurrir lo contrario, es decir que frente a un caso presentado como un simple problema de aprendizaje se limita a investigar la dificultad pedagógica descartando la existencia de otros conflictos que pueden ser más serios. Tomemos como ejemplo el caso de un joven que fue traído a la consulta porque no podía estudiar solo, pero en la entrevista inicial surgió la siguiente información: le gustaba pasearse desnudo y acostarse con la madre cada vez que se le ocurría. Si el psicólogo no centra en estos últimos datos el punto de mayor gravedad y urgencia del caso y se restringe al primer problema, cae en la misma actitud negadora de los padres y reduce al mínimo las posibilidades de una ayuda efectiva al paciente. A veces son los padres

o el paciente quienes disocian y niegan importancia a lo más grave. El propio psicólogo, influido por la primera aproximación del paciente o sus padres hacia él, se cierra a toda otra información que no coincida con la del comienzo de la entrevista y minimiza o niega francamente la relevancia de datos que van surgiendo a medida que el proceso avanza. El momento y la manera como emerjan los aspectos más enfermos forman parte de la dinámica del caso y se deben tener muy en cuenta.

Analizaremos a continuación otro aspecto de lo relacionado con el motivo de la consulta. Se trata de investigar si el paciente funciona como tercero excluido o incluido respecto del motivo de la iniciación del proceso psicodiagnóstico. Suele suceder que los padres de un niño o un adolescente no aclaran al paciente por qué lo llevan a ver al psicólogo. En ese caso se trata al paciente como tercero excluido. Si le aclaran el motivo, funciona como tercero incluido, pero es preciso reparar en el punto hasta el cual los padres (o quienes intervengan como derivantes) lo hacen partícipe de esa información. En algunos casos le comunican un motivo real pero no aquel que más les preocupa. Para que hayan tomado esta determinación deben existir ciertas fantasías respecto de lo que ocurriría si le dijese toda la verdad. Diríamos entonces que esos padres han transmitido al hijo el motivo manifiesto pero han callado el motivo profundo. En otros casos, ante la recomendación del psicólogo de aclarar al paciente el motivo real de su presencia en el consultorio, aceptan y lo hacen, pero no siempre logran atenerse a la verdad. Surgen entonces distorsiones, negaciones, etc., que en realidad confunden al paciente y lo conflictúan aún más que el conocimiento de la verdad. Ejemplificaremos esto con un caso. Se trata de un niño de 7 años, con un hermano mellizo, un hermano mayor de 9 años y una hermanita de 3 años. Desde el primer momento los padres expresaron que consultaban porque a ese hijo le gustaba disfrazarse de española, bailar, rechazaba los deportes de varones como el fútbol, comía menos que el hermano mellizo y era muy apegado a la madre. Sin embargo se resistieron a decirle la verdad y le expresaron que lo traían porque comía poco. La fantasía que actuaba como inhibidora del motivo real de la consulta procedía en especial del padre y consistía en que decirle la verdad "podía crearle un trauma". Analizaremos a partir de este ejemplo las consecuencias que sobrevienen si el psicólogo no modifica esto y sigue adelante el proceso sin rectificaciones.

En primer lugar el proceso se inicia con un encuadre en el que se ha desplazado el verdadero punto de urgencia. En el ejemplo deberíamos centrarnos en la investigación de un caso de perturbación de la identidad sexual infantil, pero el acento ha recaído en la oralidad del paciente.

En segundo lugar, se complica la tarea de estudio del material recogido en la hora de juego y en los tests. El paciente controla mejor el motivo aducido por quienes lo han traído pero inconscientemente percibe la incongruencia o el engaño y lo trasmite o proyecta en el material que nos comunica. En ese niño enfermo surgieron sentimientos de sorpresa dado que su negativa a comer preocupaba más a los padres que todos sus amaneramientos y demás rasgos homosexuales que provocaban reacciones negativas en todos, especialmente en el padre. También esta actitud de los padres movilizó sentimientos de estafa y hasta de complicidad. Si el psicólogo acepta todo esto, entra en ese peligroso juego en el cual hace como que está investigando una cosa, pero solapadamente explora otra socialmente rechazada y sancionada. Cuando trabaja, por ejemplo, con el material de tests encontrará que por una parte debe estudiar cómo aparece el motivo aducido por los padres (oralidad), porque de ello deberá hablar el niño y a los padres en la entrevista final. Por otra parte deberá investigar lo que realmente preocupa a los padres y también al niño. Esta situación introduce nuevas variables, torna confuso el panorama y produce una sensación de estar trabajando "a dos puntas". Si los padres aceptan y reconocen el motivo real de consulta y lo transmiten fielmente al psicólogo y al hijo, el panorama que se abre frente al psicólogo es más coherente.

En tercer lugar, se crean dificultades muy serias cuando el psicólogo debe dar su opinión profesional en la entrevista devolutiva. En este momento puede optar por callar, entrando así en complicidad con los padres, y, en última instancia, con la patología; puede mantener una actitud ambigua, sin callar del todo ni hablar claro, o decir la verdad en la medida en que la fortaleza yoica de los padres y del paciente lo permitan.

En cuarto lugar, el destino de la posible terapia futura, en caso de resultar necesaria, es muy diferente según se haya dado ese clima de ocultamiento y distorsiones o de franqueza dosificada durante el proceso psicodiagnóstico. Indudablemente ese clima puede haber creado una relación transferencial peculiar con el psicólogo que ha realizado la tarea. En la medida en que este vínculo

esté viciado predispone al paciente a operar con la fantasía de que con el futuro terapeuta se repetirá la misma experiencia. En muchos de los casos en que el paciente se pierde en el pasaje del psicodiagnóstico a la terapia, éste ha sido uno de los factores decisivos.

Por todas estas razones recomendamos muy especialmente detectar la coincidencia o discrepancia entre el motivo manifiesto y el motivo latente de la consulta, el grado de aceptación de los padres y el paciente de lo que resulte ser el punto de mayor urgencia, y la posibilidad del paciente y sus padres de lograr un *insight*. Indudablemente esta dinámica surge porque el motivo de consulta es el elemento generador de la ansiedad que emerge en la primera entrevista (o más adelante). En otro trabajo nos hemos referido a la importancia de la instrumentación de esta ansiedad dentro del proceso.<sup>2</sup>

En general, lo que los padres (o el mismo paciente) disocian, postergan o evitan transmitir al psicólogo es lo más ansiógeno. En otros casos verbalizan lo que debería ser muy ansiógeno para ellos pero no asumen la ansiedad como propia sino que la transfieren al psicólogo. Así, por ejemplo, sucede cuando los padres se muestran preocupados porque el niño es enurético, pero a pesar de incluir el hecho de que también se muestra pasivo, que busca el aislamiento, que no habla y prefiere jugar solo, no dan señales de que esto constituya una preocupación para ellos. En estos casos tratan de que algún profesional les ratifique sus fantasías de enfermedad heredada o constitucional o por lo menos la base orgánica del conflicto psicológico. Estas teorías operan por una parte como reductoras de la ansiedad en la medida en que desligan a los padres de su responsabilidad en el proceso patológico, pero, por la otra, la incrementan porque suponen un mayor grado de irreversibilidad del síntoma.

Algunos padres relatan con mucha ansiedad un síntoma que parece poco relevante al psicólogo. En esos casos puede pensarse que la carga de ansiedad ha sido desplazada a un síntoma leve pero proveniente de otro más serio del cual los padres no han tomado

conciencia o no se atreven a encararlo, y cuya trascendencia se expresa a través del monto de ansiedad desplazada al síntoma que sí llegan a verbalizar.

Relataremos un caso para mostrar esto más detalladamente. Jorge es un niño de 9 años, a quien su madre lleva al Hospital de Clínicas porque en la escuela tiene ciertas dificultades: confunde la "M" y la "N", la "S" y la "C", la "V" y la "B". Ningún otro dato apareció como motivo de consulta durante la admisión ni al realizar la primera entrevista a la madre. Antes de proseguir con la supervisión del material de tests de la madre y del niño, nos detuvimos a plantearnos algunos interrogantes: ¿Es ésta la manera como una madre comúnmente encara un problema de aprendizaje tan sencillo como éste? ¿Por qué no recurrió a una maestra particular? ¿Qué habrá detrás de esta dificultad escolar que justifique la movilización de la madre y el niño para aceptar el proceso psicodiagnóstico generalmente desconocido y por lo tanto ansiógeno?

Como respuesta cabe plantearse la existencia de algún otro problema tanto más serio cuanto más minimizado fue el motivo de la consulta y más rotundamente negado para mantener a raya la intensa ansiedad persecutoria que movilizaría su emergencia. Continuando con la supervisión del caso, nos encontramos con que el niño había padecido una craneoestenosis por la cual fue operado a los seis meses y estuvo hospitalizado durante un año y medio. A los seis años se le practicó una amigdalectomía. En ninguna de las dos oportunidades se le explicó nada antes, durante ni después de las intervenciones. A esto se sumaba la intensa ansiedad de la madre por fantasías de muerte durante el embarazo y parto de este hijo y la muerte real de varios familiares. Madre e hijo compartían la fantasía de que había sido parcialmente vaciado en la primera operación, que había quedado transformado en un microcéfalo (esto se ve con claridad en los gráficos de la madre y del hijo) y de ahí que fuera torpe, incapaz, impotente. Desde esta perspectiva pudimos comprender el síntoma traído a la consulta como expresión del alto nivel de exigencia y el mínimo margen de error permitido por la madre al hijo (se trata de errores de ortografía bastante corrientes) frente a su constante temor a la realización de tales fantasías de castración en todos los niveles, al mismo tiempo que como una permanente necesidad de reaseguramiento de que la cabeza le funcionaba bien. Indirectamente nos pedía que revisáramos la cabeza del hijo y la suya y despejáramos sus incógnitas.

<sup>2</sup> Ocampo, M. L. S. de, y García Arzeno, M. E., "El manejo de la ansiedad en el motivo de consulta y su relación con la devolución de información en el cierre del proceso psicodiagnóstico en niños", trabajo presentado al Primer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil, Punta del Este, R. O. del Uruguay, noviembre de 1969.

Esta táctica obedeció, pues, desde el punto de vista de lo más enfermo, a un ocultamiento de lo más patológico por miedo a entrar en pánico. Desde el punto de vista adaptativo, en cambio, respondió a una necesidad sentida pero no concienzializada por la madre y el niño, de que se los sometiera a un trabajo de asepsia mental que en su oportunidad no se hizo y que estaba interfiriendo el sano desarrollo de ambos.

La acomodación del paciente y/o sus padres al síntoma hace que el nivel de ansiedad (cualquiera que sea su naturaleza) descienda y quede facilitada su depositación masiva en el psicólogo, quien deberá discriminarla y reintegrarla con mayores dificultades en la entrevista devolutiva. Por lo contrario, una conducta cuyos elementos latentes alarman al yo del paciente y, fundamentalmente, a sus padres, podría movilizar otro tipo de ansiedad y culpa, lo que a su vez condicionaría otro tipo de manejo técnico desde el comienzo del proceso y una más fácil devolución de información.

Los primeros signos de ansiedad aparecen usualmente en la primera entrevista cuando los padres comienzan a relatar la historia del hijo. Si el psicólogo no adopta una actitud ingenua, no esperará registrar una historia ordenada y completa. Los padres transmiten la historia que quieren y pueden dar. Por su parte el psicólogo entiende la historia que puede entender. En la primera entrevista es importante registrar qué dice cada uno de los padres, cómo y cuándo lo dicen, qué recuerdan y cómo lo hacen, qué es lo que olvidan, de manera de poder reconstruir posteriormente con la mayor fidelidad posible el diálogo y los elementos no verbales que se dieron. Las amnesias son siempre muy significativas porque suponen un alto monto de ansiedad que ha determinado una inhibición en el proceso mnémico. Un índice favorable de la buena comunicación entre los padres y el psicólogo es el descenso de ese montante de ansiedad, la supresión de la inhibición y la aparición del dato olvidado.

Es útil averiguar, desde el principio, qué fantasías, qué concepción de la vida, la salud y la enfermedad tienen los padres y/o el paciente; el conocimiento de esos esquemas referenciales permiten comprender mejor el caso y evitar la emergencia de ansiedades confusionales o persecutorias. Conociendo estos esquemas podremos, por ejemplo, entender mejor por qué esos padres han pensado que el hijo está enfermo, cómo debería estar para que ellos consideren que está curado y qué debería hacer el terapeuta para lo-

garlo. Muchas veces estos datos permiten prever interrupciones del tratamiento (confusión por parte de los padres entre una "fuga" a la salud o un estado maniaco y la verdadera salud mental, o creer que un acceso de furia es indicador de mayor enfermedad que el acceso de asma anterior al tratamiento).

Al mismo tiempo aclarar estos puntos permite al psicólogo establecer si los propios padres necesitarán asistencia psicológica o no, y en caso de necesitarla, cuál es la técnica más apropiada (terapia profunda individual de uno de los dos, terapia de pareja, grupo de padres, terapia familiar, etcétera).

Otro elemento digno de tener en cuenta cuando se trabaja con la técnica de entrevista libre, es la secuencia de aspectos del hijo que los padres van mostrando o los aspectos de sí que va mostrando el paciente adulto. Cuando se trata de padres que vienen por su hijo (niño o adolescente) podemos registrar distintas alternativas: uno muestra los aspectos sanos del hijo y el otro los más enfermos y esto se mantiene a lo largo de la primera entrevista y de todo el proceso. Los roles se intercambian y cuando uno de los dos muestra algo sano el otro muestra un aspecto enfermo. Ambos muestran lo mismo, sólo lo sano o sólo lo enfermo. También es posible que el acento vaya pasando a lo largo de la entrevista de lo más sano a lo más enfermo o viceversa. Como en este sentido el psicólogo otorga a los padres la más amplia libertad, tiene derecho a conceder significatividad a tal secuencia.

Consideremos en primer lugar el caso de padres que comienzan por los aspectos más sanos y gratificantes del hijo, incluyendo paulatinamente lo más enfermo. Si ésta es la secuencia elegida, pensamos que se trata de padres que se preparan y preparan al psicólogo para recibir gradualmente lo más ansiógeno. Además puede decirse que adoptan una actitud más protectora y menos devastadora hacia el hijo externo y hacia sus propios aspectos infantiles. Esto conduce a diagnosticar la posibilidad de una buena elaboración depresiva de la ansiedad, con lo que también puede preverse una positiva colaboración con el psicólogo durante el proceso psicodiagnóstico y con el terapeuta si el niño necesitase tratamiento.

Puede ocurrir que los padres muestren exclusivamente lo positivo del hijo hasta el punto de que el psicólogo se pregunte la razón de la consulta y deba preguntarla a los padres mismos. Algunos necesitan que el psicólogo les muestre que da por sentado que

algo anda mal, que hay que encarar lo que falla y que esta actitud no supone invalidar lo que funciona bien. Lo más difícil para el psicólogo frente a casos como éstos es lograr que los padres consideren los aspectos más enfermos del hijo como algo que hay que mostrar y que deben integrar junto a lo positivo, sobre todo en la última entrevista. Como es evidente, estos padres necesitan idealizar al hijo, negar maníacamente lo enfermo porque lo sienten como muy ansiógeno, y porque, en el caso de admitirlo, deberían cargar con una excesiva dosis de culpa persecutoria. Justamente es esa probabilidad de caer alternativamente en ambos estados de ánimo lo que hace difícil el contacto con los padres y el logro de uno de los principales objetivos del psicodiagnóstico: mostrarles la imagen del hijo más completa posible.

En otros casos la secuencia elegida es la inversa: aparece primero lo más enfermo y luego ocasionalmente incluyen lo adaptativo. Consideramos esto, en términos generales, como un indicador del deseo de depositar en forma rápida y masiva en el psicólogo lo más ansiógeno para proseguir la entrevista con mayor tranquilidad y soltura. En muchos casos este recurso evacuativo sirve a los padres para estimar el grado de fortaleza del psicólogo como continente de la enfermedad del hijo. Es algo así como un desafío al yo del psicólogo, quien desde el comienzo se ve acibillado por relatos muy angustiosos. En esta dinámica podemos prever dificultades en la entrevista devolutiva ya que estos padres difícilmente podrán tolerar el *insight* de los aspectos más enfermos del hijo.

Así como nos referíamos antes al caso de padres que idealizan al hijo, nos encontramos también con el caso opuesto, el de aquellos que no logran rescatar nada positivo y lo tratan como el cajón de residuos que les sirva para no asumir sus propios aspectos enfermos y la culpa por la enfermedad del hijo. En estos casos también resulta dificultosa la devolución de información por cuanto los padres no toleran la inclusión de aspectos sanos y adaptativos del hijo a causa de la culpa que les suscitara. La culpa y la ansiedad concomitantes serían de tipo depresivo, sentimientos que estos padres no soportan. Es muy frustrante trabajar con padres así en psicodiagnóstico o en psicoterapia, puesto que si ellos no reciben la asistencia terapéutica para que se opere un cambio positivo, se resistirán siempre a admitir la mejoría y los progresos del hijo.

El psicólogo espera que ambos padres indistintamente apor-

ten asociando libremente aspectos positivos y negativos, que conformen una imagen del hijo que a medida que la entrevista transcurre se va completando. Esta expectativa no siempre se cumple. Se da el caso de los padres con roles francamente contrarios (no complementarios, que son los que más se ajustan a la normalidad). Uno de los padres asume el rol de abogado defensor y otro el de acusador del hijo. Uno aporta algo positivo e inmediatamente el otro asocia algo negativo que invalida la aportación anterior. Ponemos por ejemplo que la madre dice: "Es muy ordenado" y el padre agrega: "Sí, pero ayer dejó todo tirado, su cuarto estaba revuelto". En algunos casos cada uno de estos dos roles es fijo y lo desempeña uno de los padres a lo largo de toda la primera entrevista e incluso de todo el proceso. En otros casos lo que vemos es que son roles intercambiables y lo que esos padres necesitan no es la función que determinado rol les confiere sino la existencia de ambos roles cualquiera que sea el que les toque desempeñar. No toleran estar de acuerdo, no soportan que el hijo sea alguien que coherentemente muestra lo mismo a todos, no pueden ponerse de acuerdo en lo que ven y a veces lo que ven no tiene mucho valor para ellos, enfrascados en una permanente lucha indirecta o directa. En la entrevista, el psicólogo se siente como el hijo de la pareja, como espectador obligado de peleas continuas y con dificultades para entender los mensajes porque son permanentemente contradictorios. Estos padres llegan a la entrevista final con la fantasía de que por fin se sabrá quién de los dos tenía razón. Cuando perciben que el psicólogo no toma partido por ninguno, sino que comprende a los dos, suelen aliviarse o enojarse según el caso. El alivio surge cuando logran hacer *insight* del tipo de pareja que forman, cuando no se sienten recriminados por ello, cuando comprenden que entenderse les permite entender mejor al hijo. Es indudable que en estos padres hay una reserva de sentimientos depresivos que se pone en marcha cuando el psicólogo les muestra los efectos del tipo de vínculo que han establecido entre sí y con el hijo. El enojo, manifiesto o encubierto, surge cuando lo que el psicólogo dice lo sienten como un reproche o castigo por las peleas continuas. El castigo consiste en sentirse tratado como tercero excluido que recibe las admoniciones de la pareja parental representada entonces por el psicólogo aliado con el otro. Por esta razón es tan importante abstenerse de entrar en la actitud de tomar partido o de desautorizar francamente a uno de los padres del

paciente. Lo más saludable es mostrar en qué está acertado cada uno y qué efectos producen en el hijo los errores de cada uno. No es, pues, recomendable entrar en el juego de tres, que inconscientemente proponen al psicólogo, sino mostrarles que ellos constituyen una pareja y el tercero es el hijo en quien debe recaer el acento de cuanto se hable.

Otra dificultad que puede presentarse ya desde la primera entrevista deriva de la similitud entre la patología del hijo y la de uno de sus padres. Una reacción defensiva común en el padre aludido puede ser la de restar importancia a dicha patología reforzando esto con racionalizaciones del tipo de: "De chico yo era igual y estoy bien." Los datos que apuntan a esa patología no aparecen como motivo manifiesto o no se les da primacía. Es el psicólogo el que debe captarlos y preguntar más exhaustivamente al respecto y unir los datos del hijo con el material verbal y preverbal del padre, la madre o ambos (gestos de contrariedad, nerviosismo, deseos de irse, verborragia invasora o parquedad extrema y todo tipo de intentos de convencer al psicólogo de que es mejor no preguntar más al respecto). Es muy importante entonces que el psicólogo no se someta a tales imposiciones para poder recabar todo el material necesario sin aliarse con la patología del grupo familiar, cargando con todas las consecuencias que este rol trae apareado.

Las dificultades señaladas, y muchas otras que no se pueden agotar en este capítulo, surgen de las características psicodinámicas del paciente o del grupo familiar que nos consulta y las del propio psicólogo. Este debe ocuparse desde el primer momento de discriminar identidades dentro del grupo familiar que lo consulta. Es muy importante que establezca cuáles y de qué tipo e intensidad son las identificaciones proyectivas que hace cada padre con el hijo y éste con ellos. En cada caso debe estudiar las probabilidades que tiene de establecer una alianza terapéutica sana entre sus aspectos más serios, reparadores y maduros y los de los padres. Si la alianza se establece, en cambio, entre sus aspectos más infantiles y los de los padres, son pocas sus probabilidades de hacer un buen diagnóstico y prever con corrección el pronóstico del caso así como también planificar una terapia adecuada al mismo. Cuanto menos experiencia tenga y menos elaborados estén sus conflictos personales, más expuesto se halla el psicólogo a dejarse llevar por el mecanismo de contraidentificación proyectiva.

Esta puede darse con uno de los padres, con ambos como pareja o con el hijo. Se disminuye notablemente la comprensión del caso y las posibilidades reparatorias de la devolución.

En todo esto la ansiedad desempeña un papel importante, así como también el grado de madurez alcanzado por los aspectos infantiles del psicólogo y de los padres del paciente. Si el psicólogo mantiene un sometimiento infantil respecto de sus padres internos, poca libertad de pensamiento y acción puede permitirse frente a la pareja que lo consulta. Propenderá a creer lo que le digan, a aceptar el encuadre que ellos fijen, le resultará difícil o imposible ponerles un límite si es necesario, etc. Esto significa confundirse y no poner la distancia suficiente como para meditar en forma adecuada sobre el caso. También en el psicólogo surge la ansiedad y no siempre puede instrumentarla en su beneficio. La ansiedad funciona en él como una señal de alarma ante un emergente en determinado momento de la entrevista. Si entonces puede instrumentalizarla, logrará un mejor *insight*. Si, por lo contrario, el yo observador del psicólogo se deja invadir por la ansiedad, pierde capacidad de discriminación, se confunde, se deja manejar, incurre en actuaciones, etc. Fracasa su capacidad de penetración en el otro o toma un camino que nada tiene que ver con el punto de urgencia que determinó la aparición de la alarma. La ansiedad puede favorecer o inhibir las posibilidades del psicólogo de preguntar, escuchar, retener, elaborar hipótesis, integrar datos y efectuar una buena síntesis y posterior devolución. Por eso creemos oportuno destacar la importancia de la calidad del mundo interno del psicólogo, sus posibilidades reparatorias respecto de sus propios aspectos infantiles y de sus padres internos. Si esto es favorable, es muy posible que pueda tomar una distancia óptima y adoptar la técnica más adecuada. De lo contrario se contraidentificará con los padres atacando al hijo o con el hijo atacando a los padres, interfiriendo su propia labor hasta el punto de constituir una barrera impenetrable en la comunicación. Esta dificultad se trasmite a través de la forma más que a través del contenido de lo que se dice. Este último se controla mejor que un tono de voz cortante, seco, agresivo e indiferente.

Además de la ansiedad, la culpa desempeña un papel preponderante tanto en los padres y el paciente como en el psicólogo. Cuanto mayor es la ansiedad que detectamos en la entrevista, mayor es también la culpa subyacente. En algunos casos los padres

la verbalizan diciendo: "¿Qué habré hecho mal?". Independientemente del monto y calidad de la culpa, es casi general que aparezca en los padres la fantasía de irreparabilidad, cuando se enfrentan con una historia más real que incluye sus aspectos amorosos y destructivos. Enfrentarse con su calidad de padres no perfectos duele, y si el psicólogo no lo comprende puede aparecer como figura censora que los castigará como a hijos sorprendidos en falta. Este duelo no siempre se elabora favorablemente; para algunos padres el fracaso de su omnipotencia es algo tan intolerable que prefieren evitar o suspender la consulta. Si la ansiedad y la culpa se encaran adecuadamente desde la primera entrevista, quedará asegurada una mayor garantía de la calidad del trabajo diagnóstico del psicólogo, y sobre todo se dejará el terreno bien preparado para la entrevista devolutiva y para la elaboración de un plan terapéutico correcto si es menester.

### Bibliografía

- Abt, L. E., "The Analysis of Structural Clinical Interview", *J. Clin. Psychol.*, 5, 1949.
- Aberastury, Arminda, *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*, Paidós, Bs. As., 1969.
- Baer Bahía, A., "Represión, recuerdo y amnesia", presentado en la Asoc. Psicoanal. Argentina en 1956.
- Baranger, W., "La situación analítica como campo dinámico", *Rev. Urug. de Psicoanál.*, t. IV, 1, 1961-62.
- Bleger, José, "La entrevista psicológica", cuad. n° 4, Dto. de Psicol., Univ. Nac. de Buenos Aires.
- Bleger, José, *Psicología de la conducta*, Eudeba, Bs. As., caps. 1 a 14.
- Cesio, F., "El lenguaje no-verbal: su interpretación", *Rev. de Psicoanál.*, t. IV, n° 1-2.
- Deutsch, F. y Murphy, W. F., *The Clinical Interview*, Intern. Univ. Press, 1955.
- Fenichel, O., *Teoría psicoanalítica de la neurosis*, Paidós, Bs. As., 1971.
- Freud, S., *El yo y los mecanismos de defensa*, Paidós, Bs. As., 1965.
- Freud, S., "Los recuerdos encubridores" (1899), *Obras completas*, t. XII.
- Freud, S., "La dinámica de la transferencia" (1912), *Obras completas*, t. XIV.

- Freud, S., "La iniciación del tratamiento" (1923), *Obras completas*, t. XIV.
- Grinberg, L., "Perturbaciones en la interpretación por la contraidentificación proyectiva", *Rev. de Psicoanál.*, t. XIV, n° 1-2.
- Klein, M., *Envidia y gratitud*, Hormé, Bs. As., 1964.
- Klein, M. y ot., *Desarrollos en psicoanálisis*, Hormé, Bs. As., 1964.
- Klein, M. y ot., *Contribuciones al psicoanálisis*, Hormé, Bs. As., 1964.
- Klein, M. y ot., *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Paidós, Bs. As., 1965.
- Lagache, D., "El problema de la transferencia", *Rev. Urug. de Psicoanál.*, 1-3 y 1-4, 1956.
- Lieberman, D., *Comunicación en terapéutica psicoanalítica*, Eudeba, Bs. As., 1962, caps. III y IV.
- Mom, J. M., "Aspectos teóricos y técnicos en las fobias y en las modalidades fóbicas", *Rev. de Psicoanál.*, Bs. As., 1960, pp. 172-90.
- Nahoum, C., *L'entretien psychiatrique*, P.U.F., Paris, 1958.
- Ocampo, M. L. S. de y García Arzeno, M. E., "El motivo de consulta y su relación con la devolución de información en el cierre del proceso psicodiagnóstico", trabajo presentado en el 1er. Congreso de Psicopatología Infanto-Juvenil Argentino, Bs. As., junio de 1969.
- Ocampo, M. L. S. de y García Arzeno, M. E., "El manejo de la ansiedad en el motivo de consulta y su relación con la devolución de información en el cierre del proceso psicodiagnóstico en niños", trabajo presentado en el 1er. Congreso Interamericano de Psiquiatría Infantil, Punta del Este, 1969.
- Racker, H., *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Bs. As., 1960.
- Rascovsky y ot., "Patología psicósomática", *Asoc. Psic. Arg.*, 1948.
- Rodrigué, E., *El contexto del proceso psicoanalítico*, Paidós, Bs. As., 1964.
- Ruesch, J., *Comunicación. La matriz social de la psiquiatría*, Paidós, Bs. As., 1959.
- Ruesch, J., *Disturbed Communication*, W. W. Norton, N. York, 1957.
- Szpilka, J., "Notas sobre tiempo, espacio y encuadre", *Rev. Arg. de Psicol.*, año 1, n° 2, dic. 1969.