



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica  
Chile

Yasky P., Jaime

Las Entrevistas Iniciales

Terapia Psicológica, vol. 23, núm. 2, diciembre, 2005, pp. 13-17

Sociedad Chilena de Psicología Clínica

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523202>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Las Entrevistas Iniciales

## Initial Interviews

Jaime Yasky P.\*

(Rec: 28 agosto 2005 – Acep: 18 nov. 2005)

### Resumen

Este artículo presenta el tema de las entrevistas que dan inicio a un tratamiento psicoanalítico, resaltando sus objetivos y técnica, y enfatizando la importancia que tienen para determinar las posibilidades de éxito del tratamiento a iniciar.

*Palabras claves:* entrevistas iniciales, diagnóstico, psicoanálisis.

### Abstract

This paper presents the issue of the interviews that initiate a psychoanalytic treatment, highlighting their objectives and technique, and emphasizing the importance they have in determining the success possibilities of the initiating treatment.

*Keywords:* initial interviews, diagnosis, psychoanalysis.

### Introducción

En general, se llaman así a las entrevistas que sostienen analista y consultante al comenzar su trato profesional, entrevistas en que se realiza, según Freud (1913), un "...sondeo a fin de tomar conocimiento del caso y decidir si es apto para el psicoanálisis" (p. 126) antes de dar inicio formal al tratamiento psicoanalítico.

Este encuentro se define por los particulares roles que ocupa cada parte. Uno, el paciente, acude donde la otra parte, el clínico, con la expectativa de ser ayudado a tratar con algún tipo de sufrimiento psicológico que lo aqueja y que no ha sido capaz de resolver por otros medios. El clínico, en virtud de su formación y cierta experticia adquirida en el tratamiento del sufrimiento humano, lleva a cabo un procedimiento para enterarse del caso y así poder estimar las posibilidades de ofrecer al paciente algún tipo de auxilio.

Estas entrevistas reciben distintas denominaciones según se recalque uno u otro aspecto de éstas. Algunas de estas denominaciones son: "entrevistas preliminares" resaltando que estas entrevistas son los necesarios encuentros preliminares al inicio del análisis, o sea, que no son el tratamiento mismo o que no siguen necesaria y estrictamente los lineamientos técnicos de éste; "análisis de prueba" para resaltar que sí se está aplicando la técnica propia del tratamiento analítico pero a modo de evaluar si éste tiene posibilidades de prosperar; y "entrevistas diagnósticas" para resaltar que estas entrevistas tienen como objetivo establecer la naturaleza y el tipo de dolencia que presenta el paciente.

La denominación "entrevistas iniciales" resalta el hecho que estas entrevistas ya son el inicio del tratamiento. Si bien es cierto son entrevistas en las cuales evaluamos si están dadas las condiciones necesarias para iniciar un tratamiento, y si bien es cierto que la técnica y el encuadre no son iguales a los que rigen el tratamiento propiamente tal, en los casos en que sí iniciamos efectivamente el tratamiento, retrospectivamente éstas ya fueron el inicio. De esta manera se propicia el inicio inmediato del análisis, aunque como fruto preliminar de éste lleguemos a la conclusión de que no están dadas las condiciones para iniciar un tratamiento.

### Objetivos de la Entrevistas Iniciales

Son varios los objetivos que se pretenden cumplir a través de estas entrevistas, objetivos que no son excluyentes entre sí, que representan los intereses tanto del analista como del paciente y en el fondo se supeditan a un propósito mayor: determinar si es que en cuanto analista podemos ofrecer ayuda al paciente que nos consulta.

Más específicamente, tratamos de evaluar conjuntamente con el paciente si se dan las condiciones para iniciar un tratamiento psicoanalítico. Digo conjuntamente pues es necesario que el paciente participe activamente de toda esta empresa, lo que incluye la evaluación de la pertinencia de su inicio. Por supuesto, la participación de ambas partes en esta evaluación no es igualitaria dada la diferencia de roles; cada parte aporta desde lo suyo para resolver este asunto, pero constatar que el paciente pueda participar activamente en el tratamiento es clave, ya que el análisis no es algo que se le haga al paciente, sino algo que él hace, con la colaboración del analista.

\* Psicólogo Clínico Acreditado. Correspondencia: Avda. Pedro de Valdivia 555, Of. 510, Providencia. Fono 2092657. Email [jaimeyasky@gmail.com](mailto:jaimeyasky@gmail.com)

Como lo planteara Freud en 1913, desconsiderar esta evaluación inicial puede acarrear consecuencias negativas tanto para el intento de cura que comienza como para el paciente mismo. No da lo mismo percatarse de la inviabilidad de un tratamiento en la segunda entrevista que pasados seis meses o un año. En el segundo caso hay más chances que el paciente se desilusione de la utilidad del tratamiento analítico en general y/o de sus expectativas de mejorar su situación de vida, y conviene ahorrarle tales penurias, en la medida de lo posible, al paciente. Esta precaución también protege al analista y –en términos más abstractos– también a la profesión (puede causar una mella en la credibilidad de ésta), pues la evaluación realista de las posibilidades de ayudar al paciente permite que éste se ahorre la frustración y potencial merma en la seguridad de sus competencias que un fracaso en un tratamiento, no previsto pero tal vez previsible, pudiera acarrear.

De lo anterior se desprende el reconocimiento de que el tratamiento analítico no funciona para todos los casos ni en cualquier condición, o dicho de manera menos abstracta, que lo más probable es que no podamos ayudar a todas las personas que nos lo solicitan, o por lo menos, no bajo cualquier condición. Partir con estas precauciones, en la medida que no nos inhiban a actuar, pues no hay empresa exenta de incertidumbre y riesgos, nos ubica frente a la tarea de una manera en que son mayores las posibilidades de que el trabajo que se inicia sea fructífero. Cada analista tiene límites –más amplios o más estrechos, más o menos móviles, que dependen de su personalidad, su experiencia y del caso en cuestión– en su capacidad de trabajar productivamente con un paciente. Visto de otra manera, las posibilidades de establecer una relación con un particular paciente –*rapport*– en que sea posible hacer un trabajo analítico son específicas de tal dupla, y la responsabilidad última por zanjar este asunto recae en el analista. Esta forma de ver las cosas, por cierto, cuestiona la premisa que plantea que la analizabilidad del paciente es un problema que radica fundamentalmente en la patología de éste.

Son varias las condiciones ideales o mínimas que debieran darse para resolver el inicio de un tratamiento y como ya vimos, evaluarlas es un objetivo central de estas entrevistas.

Por un lado, es importante sondear el motivo de consulta. Tomar noticia de lo que aqueja al paciente, intentar bosquejar las características de las problemáticas que nos presenta, tanto las que plantea a nivel explícito como aquellas que se perfilan o deducen de sus comunicaciones pero que no están formuladas de manera explícita. Es necesario precisar si las quejas o demandas del paciente están formuladas en términos de que se reconozca, en cuanto sujeto, involucrado o aporreado por aquello que trae como motivo de consulta, o que por lo menos exista el potencial de que se pueda preguntar qué tiene que ver con aquello que lo está aquejando. Que el paciente nos diga que fue engañado por su mujer o que tiene un dolor crónico en la

espalda no es suficiente, distinto es si averiguamos que le sorprende su indiferencia ante el engaño de ésta, o que se siente deprimido por tener tal dolor de espalda, en ambos casos podemos constatar la forma en que el paciente da cuenta de cómo está involucrado en lo que le pasa o en lo que ocurre en su vida. ¿Cuál es el grado de precisión y profundidad del conocimiento que se persigue o cuanto es necesario sondear? Lo necesario para arribar a la conclusión de que el paciente se experimenta, explícita o implícitamente, conflictuado por aquello que lo aqueja.

Este sondeo del caso implica una aproximación tanto nomotética como ideográfica. Intentamos sintonizar con la singularidad del caso, de hecho la tarea medular del psicoanálisis consiste justamente en el intento por reconocer las verdades subjetivas que el paciente no tolera, la “realidad psíquica” al decir de Freud, no así lo común o lo constante entre caso y caso: esto último más bien es un resultado secundario –sin desmerecer su importancia– de la labor analítica. Pero en este sondeo también incluimos una mirada comparativa, intentamos ubicar o reconocer el caso en el contexto de lo ya conocido, lo ya descrito, en una nosografía o teoría psicopatológica, con la expectativa de que estas generalidades nos orienten en la comprensión del caso. No siempre lo ya sabido nos sirve para conocer un nuevo caso, es más, puede obstaculizar su comprensión. También es cierto que a partir de un caso podemos hacer intelecciones más o menos extrapolables, pero lo cierto es que a todo caso lo abordamos desde cierta teoría que valoramos (valoración que, por cierto, guarda relación con las implicancias eróticas o resistenciales para el propio equilibrio narcisista del analista), y es necesario cotejar el mutuo encaje entre el caso y la teoría que sostenemos, pues en esta interrelación se juega la dirección del proceso analítico. Estas dos orientaciones –nomotética e ideográfica– son polos de una dialéctica constante en que transcurre el comprender del analista, pues indefectiblemente “comprendemos” el caso particular en virtud de nociones psicopatológicas que, consciente o inconscientemente, nos constituyen como observadores y desde las cuales damos o captamos el sentido de lo que observamos, y a la vez, “comprendemos” o nos hace sentido la teoría justamente cuando la realidad clínica parece comportarse u organizarse como ésta lo propone. Lo que comprendemos no se reduce a una reiteración o reimpresión de lo supuesto –nuestra teoría– sino que está vivo y remueve o hace variar nuestros supuestos, hace que se vuelvan “propios”. Si esto no fuera así, la teoría no sería más que un ejercicio de taxidermia, riesgo que siempre acecha en la relación entre la clínica y la teoría: la teoría puede estar al servicio del análisis o de la resistencia.

Al respecto Bleger (1964) señala “...la observación que se realiza (es) siempre en función de ciertos supuestos y que, cuando éstos son conscientes y manejados como tales, la observación se enriquece”; “...ir formulando hipótesis mientras se observa, y en el curso de la entrevista veri-

ficar y rectificar las hipótesis durante su transcurso mismo en función de las observaciones subsiguientes...” “Observar, pensar e imaginar coinciden totalmente y forman parte de un solo y único proceso dialéctico” (p. 22). El interpretar debiéramos incluir como relativo al imaginar, comprender. Subrayaría lo que señala Bleger en términos de que estos supuestos e hipótesis están siempre ahí en nuestra actividad investigativa, sepámoslo o no.

En consecuencia, la comprensión intelectual del caso, su ubicación dentro de ciertas coordenadas teóricas (ej. identificar la repulsión hacia ciertos alimentos en un paciente como síntoma histérico, por sobresexualización de tal alimento), es una labor auxiliar, es una pista, pero no es la labor analítica en sí: la labor analítica consiste en el descubrimiento de cuál es la significación inconsciente de las manifestaciones que trae el paciente, no en su equiparación con la significación de otras manifestaciones similares. El logro de esta labor analítica requiere que el analista se disponga a explorar y reconocer cómo está involucrado subjetivamente en la configuración y comprensión del caso, lo que particularmente se pone de relieve en la dinámica transferencial–contratransferencial.

Entonces, desde esta óptica clasificatoria, es importante el reconocimiento de ciertas pautas de funcionamiento psíquico preponderantes en el paciente, tales como la presencia de síntomas, de angustia, de inhibiciones, de rasgos caracterológicos, dinámicas defensivas particulares, recuerdos o elementos biográficos claves, etc., lo que nos permita establecer si estamos ante un funcionamiento neurótico, perverso o psicótico<sup>1</sup>, y en función de tal precisión, estimar la magnitud de la tarea a emprender o definitivamente, estimar si es que podemos ofrecer un tratamiento viable.

Aunque ya fue mencionado en el punto relativo al motivo de consulta, es necesario hacer hincapié en la importancia del reconocimiento de la aptitud y disposición del paciente para el “trabajo psicológico”, para la reelaboración. En términos operativos, importa conocer la disposición a extrañarse respecto a sus propias producciones mentales y a su experiencia, a tomarse a sí mismo y a lo que le ocurre como objeto de interrogación e indagación, a pensarse, a explorar la manera en que está involucrado en la determinación de su experiencia. No se trata de buscar al paciente perfecto, sino a establecer si existe un mínimo de disposición a hacerse preguntas respecto a sí mismo, pues, como se planteó anteriormente, en definitiva quien hace el análisis es el paciente, y si éste no está dispuesto a hacerlo, por muy brillante y laborioso que sea el analista, el análisis no ocurre.

Un objetivo tácito de las entrevistas iniciales es permitir al futuro paciente conocer al analista y su forma de trabajo, para que así tenga más elementos para decidirse a iniciar el tratamiento. Es un hecho que los pacientes nos

evalúan y sacan sus propias cuentas y pienso que hay buenas razones para destacarlo. Explicitar que el paciente es partícipe de la decisión de iniciar o no el tratamiento, subraya su rol activo y participativo en el tratamiento. Propicia que el paciente se apropie de su análisis. Aunque al final el paciente termine resolviendo el inicio del tratamiento impulsado por las vicisitudes de su neurosis (ej. temor a que el analista se desilusione de él) y no tanto por consideraciones realistas, el delinear esta prerrogativa nos ubica en mejor pie para analizar justamente del modo en que se inicia el tratamiento. Considerar la participación del paciente en la toma de esta decisión puede propiciar la manifestación de dudas que tanto la técnica como la persona del analista puedan despertar en éste, lo que puede constituir un auspicioso punto de inicio del análisis de la transferencia o puede precipitar el aborto de un análisis con pies de barro.

Ligado a lo anterior está el sondear si es posible establecer una relación de afinidad básica necesaria entre paciente y analista que permita emprender la labor analítica, un *rapport* operativo. Esto tiene que ver con que el analista sienta que puede comprender al paciente, identificarse con éste tanto en su posición de padeciente respecto a lo que lo aqueja, como también identificarse con éste en su posición de provocante de aquello que lo aqueja. En general, esta comprensión que el analista puede tener por el paciente se correlaciona con la sensación de parte del paciente de ser mínimamente comprendido por el analista, lo que es indispensable para el desarrollo del tratamiento.

Aparte –pero no menos importante– hay variables prácticas que deben considerarse pues son claves para el inicio y continuidad del tratamiento. La coincidencia y disponibilidad mutua de horarios y el acuerdo en el valor de los honorarios y forma de pago son puntos que deben discutirse y acordarse de la manera más franca y abierta posible.

### La situación de entrevista y la técnica

El paciente que enfrentamos en la primera entrevista viene impulsado a contactarnos y a apersonarse ante nosotros aquejado por algo que lo angustia, por algún derivado de dicha angustia o por las consecuencias de sus intentos por defenderse de sus problemas y por la expectativa de que nosotros tenemos algún saber o poder que le permitiría resolver tal sufrimiento. Considerando este hecho, creo que la primera y principal tarea del analista es no entorpecer el despliegue del caso y no sofocar este verdadero motor del análisis.

Bleger (1964) plantea este punto en términos de “...permitir en todo lo posible que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular, o –dicho de otra manera– que el campo de la entrevista se configure al máximo posible por las variables que dependen de la personalidad del entrevistado” (p. 10).

Esto implica permitir o favorecer que el paciente se exprese de la manera más abierta posible, que tome la de-

<sup>1</sup> O el tipo de categorías diagnósticas que usemos desde nuestras particulares referencias teóricas.

lantera en cuanto a mostrarse, a comunicarse y en general a desplegar su intento por determinar –por acción u omisión– la relación con el analista, sea lo que sea que ponga o suponga en nosotros (me refiero a que, por ejemplo, la locuacidad de un paciente o su inhibición ante nosotros son equivalentes en cuanto a manifestación de una propuesta relacional).

Con lo anterior no estoy sugiriendo negar nuestra presencia o negar el hecho de que el paciente que conocemos es en definitiva *nuestro* paciente: indefectiblemente, por acción o por omisión, participamos en que el paciente se nos presente de tal o cual forma<sup>2</sup>. El punto es evitar “colonizar” la relación, evitar imponerle determinada estructura de relación que resulte artificiosa y que eclipse el encuentro con el paciente, que impida el reconocimiento de lo que espontáneamente ocurre o se da con éste (por ejemplo, aplicando un cuestionario, una pauta preestablecida de entrevista o siguiendo un curso preestablecido de pensamiento). O sea, intentar defenderse lo menos posible del encuentro con el paciente. Este no es un tema fácil de plantear, es tentador afirmar que debiéramos tender a ser la constante en el encuentro con el paciente y dejar que éste sea la variable, pero esta aproximación es insuficiente pues puede ser confundida con un mandato que prevenga el surgimiento de una experiencia nueva en el analista en su encuentro con el paciente.

El defenderse lo menos posible del paciente incluye tolerar el lugar idealizado en que el paciente nos pone y que usualmente lo impulsa a consultarnos y que se corresponde a la transferencia positiva que Freud (1912) sugiere no analizar en la medida que no haga resistencia, pues como señalamos antes, es motor del análisis. Es lo que plantea Lacan (1967/68) cuando enfatiza la importancia de que, para partir, el analista dé soporte al lugar de “sujeto supuesto saber” en que el paciente ubica al analista.

El paciente que ya hizo los esfuerzos necesarios para ubicarse frente a nosotros en la primera consulta lo ha hecho impulsado por la necesidad de dar cuenta de lo que le pasa, por lo que expresiones tales como “no sé por qué vine”, “no tengo nada que decir”, el mutismo o la incoherencia deben ser tomadas en este contexto, como comunicaciones a ser entendidas dentro de las vicisitudes propias de la dinámica transferencial–contratransferencial.

No es parte del rol del entrevistador provocar angustia –aunque eso sea lo que el encuentro con el entrevistador genere en el paciente– ni mitigarla por otros medios que no sean los analíticos (principio de abstinencia). Esto es particularmente importante ante la solicitud tácita o explícita

de parte del paciente por que hagamos cosas o representemos determinados roles que aplaquen las particulares ansiedades que se actualizan en el encuentro con el analista. No está de más plantear que lo recién dicho también es válido en sentido inverso: el paciente no está ahí para atenuar o aplacar la angustia que el encuentro con éste pueda provocar en el analista. Todo esto en el entendido que nuestra actividad analítica se nutre de que ambos partícipes puedan efectivamente tratarse con naturalidad, como personas comunes. Desafortunadamente no con poca frecuencia esto se pierde de vista en nombre de una mal entendida neutralidad, confusión que como lo señaló Heimann (1949[1950]) años atrás, pareciera responder a un intento por identificarse con determinado ideal de analista (aséptico, distante emocionalmente) que pareciera repetirse entre los analistas a lo largo del tiempo: no es lo mismo prestarse a ser depositario de una idealización con que el paciente nos inviste que efectivamente identificarse con determinada idealización para ubicarse frente al paciente.

*“En la contratransferencia se incluyen todos los fenómenos que aparecen en el entrevistador, como emergentes del campo psicológico que se configura en la entrevista; son las respuestas del entrevistador a las manifestaciones del entrevistado, el efecto que tienen sobre él. Dependen en alto grado de la historia personal del entrevistador, pero si aparecen o se actualizan en un momento dado de la entrevista es porque en ese momento hay factores que operan para que ello suceda así. Durante mucho tiempo se los ha considerado como elementos perturbadores de la entrevista, pero progresivamente se ha reconocido que ellos son indefectibles o ineludibles en su aparición, y el entrevistador debe también registrarlos como emergentes de la situación presente y de las reacciones que provoca el entrevistado”* (Heimann (1949[1950]) p. 25).

En último término, lo importante es sostener una actitud analítica, o sea, la disposición a considerar lo que hacemos con el paciente, lo que éste nos despierta o provoca como parte del material a analizar.

En cuanto a las intervenciones que realizamos, básicamente se orientan a escuchar y observar lo que el paciente nos comunica de manera consciente e inconsciente (lapsus linguae, particulares palabras o particulares articulaciones de frases que se escogen para decir algo, gestualidad, entonación), lo que incluye clarificar las comunicaciones del paciente a través de formularle preguntas, señalar aquellas manifestaciones que estimamos relevantes pero que hayan sido planteadas “al pasar” o con indiferencia, y confrontar al paciente con aquellos aspectos de sus comunicaciones que parezcan contradictorios. Estas maniobras además de permitirnos comprender mejor lo que el paciente comunica, nos permite observar su funcionamiento mental, plantearnos hipótesis, provocar asociaciones, sondear la disposición al trabajo psicológico. En general, como es un estu-

<sup>2</sup> Es más, el *caso* es la particular manera en que configuramos nuestra experiencia con el paciente.

dio previo al inicio del tratamiento mismo, nos abstemos de ofrecer interpretaciones, o sea, aclaramos, resaltamos o reorganizamos aquello que el paciente plantea a nivel conciente o que está a nivel preconciente, pero todavía no nos proponemos añadir mucho, salvo que queramos evaluar su reacción a las interpretaciones o que en términos estratégicos juzguemos necesario interpretar para provocar la adhesión del paciente al proceso analítico.

En las entrevistas iniciales no operamos de la misma manera que cuando iniciamos el análisis propiamente tal y esto tiene su razón de ser. El tratamiento analítico es una situación bastante extraña: uno de los partícipes –el analista– no actúa con todas las propiedades de una persona común sino que durante la relación que mantienen se dedica casi exclusivamente a referirse al propio paciente inclusive cuando éste lo interpela. El común de los pacientes se ubican y nos ubican en lugares –socialmente sostenidos– dentro de la serie paciente–médico/hijo–padre con roles determinados (el paciente no sabe y acude donde el analista que sí sabe lo que ocurre y sabe lo que se debiera hacer). Dado este estado de cosas, es recomendable introducir al paciente al encuadre psicoanalítico, explicarle e instruirlo respecto a en qué consiste el procedimiento y cuál es su parte en éste.

Esto incluye la necesidad de discutir y acordar concreta y francamente con éste las condiciones de trabajo y responder de manera lo más clara posible –hasta lo que sea razonable– las inquietudes legítimas de una persona que acude por asistencia profesional, tales como dar cuenta de

nuestras calificaciones profesionales, nuestra inscripción en Isapres u otros sistemas de salud, la explicación del sentido del tratamiento, explicar en qué consiste la técnica, cuál es el rol de cada cual en el tratamiento, y otros elementos del encuadre. Entretanto no renunciamos a analizar lo que ocurre, pero no por eso desconsideramos responder a los elementos de realidad relativos al encuadre que son necesarios de tratar antes de “echar a andar” el tratamiento psicoanalítico. Esta aclaración previa no impide ni tiene como propósito desalentar la idealización del analista o de la relación con éste, pero sí es un punto de apoyo, puesto desde el principio, desde el cual posteriormente puede iniciarse la desarticulación de la transferencia.

### Referencias

- Bleger, J. (1964) La Entrevista Psicológica. En: Bleger, J. *Temas de Psicología*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Freud, S. (1912). Consejos al médico tratante sobre el tratamiento psicoanalítico. En S. Freud, *Obras Completas*. Vol. 12. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1912): La dinámica de la transferencia. En S. Freud, *Obras Completas*. Vol. 12. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1913): Sobre la iniciación del tratamiento. En S. Freud, *Obras Completas*. Vol. 12. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Heimann, P. (1949[1950]): On countertransference. En: Heimann, P. *About Children and Children–No–Longer (Collected Papers 1942 – 80)*. London: Ed. Routledge,
- Lacan, J. (1967/68): Seminario El acto psicoanalítico. Recuperado el 20 de agosto de 2005 en: [www.psicoanalisis.org](http://www.psicoanalisis.org).