

1.OBJETIVOS DE LA TERAPIA PSICODINÁMICA.

El Protocolo de Evaluación Terapéutica (PET) ha surgido como una necesidad de trabajo en el grupo de profesionales del Centro Psicoanalítico de Madrid, para llegar a una validación de los resultados obtenidos con los tratamientos de psicoanálisis y psicoterapias de orientación analítica, realizados en el Centro.

Entendemos esta presentación del método como un primer acercamiento al intento de objetivación de las modificaciones dinámico estructurales que se producen con este tipo de tratamientos. Consideramos que el PET deberá ser revisado en su planteamiento conforme se vaya haciendo experiencia del mismo, hasta llegar a un método de evaluación que reúna las necesarias condiciones de precisión, viabilidad y facilidad de manejo. Dado nuestro concepto de la curación como una experiencia individual, entendemos que la valoración de la evolución terapéutica tiene que producirse en el propio contexto del enfermo, y a ser determinado por comparación con su situación previa (Historia Clínica Dinámica inicial).

Dentro de esta línea de pensamiento, consideramos que el concepto de “mejoría” debe vincularse al grado de modificación dinámico estructural que se produce en el paciente, y en este sentido, la desaparición de los síntomas, la experiencia de mejoría subjetiva y/o la “adaptación” del enfermo a su medio pueden ser términos engañosos para determinar un proceso de auténtica “curación”.

Para abordar el planteamiento del tema, debemos establecer en primer lugar los límites de nuestro intento y las ordenadas, dentro de las cuales está programado.

- 1) El PTE está basado en una concepción psicoanalítica de la personalidad, entendiendo el proceso de maduración como la progresión hacia formas de relación de objeto consideradas como más evolucionadas, dentro de esta metodología.
- 2) La situación del tratamiento es entendida como un artefacto transitorio, que permite la elaboración de la estructura patológica, pero que, a su vez, tiene que ser resuelta.
- 3) Los criterios habituales de “remisión” de la enfermedad (desaparición de la sintomatología, sensación de curación y/o <adaptación”), no son considerados como exponentes de un logro positivo, sino en todo caso como índices de una progresión hacia el mismo.
- 4) La idea de “curación” debe aparecer como una vivencia estable y compartida por los dos miembros de la relación.
- 5) Entendemos el concepto de “curación” en el sentido de “maduración” de la personalidad, que se hace capaz de asumir su mundo interno y su circunstancia de “otra manera”.
- 6) Consideramos válidas “curaciones parciales”, que pueden llevar al paciente a posiciones que le permiten evolucionar hacia nuevas posibilidades de forma espontánea. Dichos procesos “parciales”

son entendidos siempre como maduraciones estructurales, y no solamente como “remisiones”.

Si bien la metodología psicodinámica en general y el psicoanálisis en particular comenzó siendo un procedimiento terapéutico, las metas planteadas por su metodología rebasan muy ampliamente lo que se puede considerar como una perspectiva de “curación”. Las técnicas psicodinámicas buscan básicamente el logro de objetivos y cambios, que sólo secundariamente son causa de “curación” [2.31].

Como ya insistimos anteriormente [2.31], el mantenimiento de una finalidad “excesivamente” curativa en el desarrollo de la metodología psicodinámica es en sí misma francamente perturbadora para el proceso de investigación que le es propio, y falsea notablemente el método. La “curación” no es casualmente un efecto secundario al proceso de investigación, sino que debe serlo.

Dentro de esta misma línea de definición, consideramos que el psicoanálisis, en sus verdaderos objetivos, está próximo a las actividades propias de la “enseñanza” y al “aprendizaje”, en el sentido más clásico del término. Entendemos “enseñanza” en su sentido etimológico de “marcar” o “designar”, y “aprendizaje” como las modificaciones que se hacen a partir de la experiencia. Lo verdaderamente original del método es la incorporación de las vivencias y motivaciones inconscientes a dicho “conocer” o “experimentar”.

Podemos distinguir dos órdenes en los objetivos que la metodología psicodinámica se plantea frente al enfermo: objetivos “mayeúticos” y objetivos de “curación”.

Damos el nombre de objetivos “mayeúticos” **(1)** a la búsqueda de un enriquecimiento y más amplio desarrollo de la personalidad, con independencia de que ello tenga o no una repercusión en las pautas conductuales del sujeto. El paciente puede considerar su tratamiento como satisfactorio por haberse producido una mejoría significativa en importantes áreas de su personalidad, sin que por ello haya habido una modificación de las estructuras patológicas. Se trata en estos casos, de la movilización de nuevas posibilidades del sujeto, de una reevaluación de los síntomas o limitaciones, con el abandono de actitudes reivindicativas, que bloquean la progresión, o del logro de un mayor nivel de autenticidad.

El segundo aspecto que debemos plantearnos son los objetivos de “curación”, que, Si bien son habitualmente consecuencia de los objetivos “mayeúticos”, pueden aparecer con una cierta autonomía. Por supuesto, en ningún caso el término de “curación” tiene por qué coincidir con el concepto de “normalidad”, tal como ha señalado ampliamente CASTILLA DEL PINO en la introducción a esta Ponencia [1.25].

Frente al concepto de “curación”, necesitamos plantearnos, como hace BLEGER **(2)**, dos preguntas básicas: a) ¿Cuánto de curación?, b) ¿Qué clase de curación?

2. ¿CUANTO DE CURACIÓN?

El “cuánto” de la “curación” tiene que ver con el tipo de paciente que tenemos ante nosotros y las circunstancias que le son propias. Nos sentimos muy identificados con GLOVER (3), cuando señala la necesidad de conformarse con “curaciones honrosas” y no pecar de una ansiedad perfeccionista, que nos lleve a planteamientos inadecuados a las motivaciones y posibilidades del paciente. Entendemos que es el paciente, y no el analista, el que tiene que establecer el momento de la terminación del tratamiento; sobre la base, por supuesto, de que no se trate de una huida del mismo. Es misión del analista el denunciar tanto los intentos de evitación de una mayor profundización de la terapia como los deseos de permanecer en ella utilizándola como un medio de gratificación y de aislamiento de la realidad, pero no considerando su misión, el establecimiento del “cuánto” de la “curación”.

3. ¿QUÉ CLASE DE CURACIÓN?

Este planteamiento nos remite a la consideración de los objetivos “mayéuticos” y de “curación” sobre los que ya hemos insistido, pero queremos destacar que entendemos el término de “curación” como una armonización del sujeto consigo mismo, y no la imposición de ningún tipo de modelo o imagen.

El terapeuta es básicamente un “agente de cambio”, y es fundamental plantearse la cuestión de en qué medida lo favorece, o es, por el contrario, un agente de “no cambio”, en función de sus propias premisas ideológicas, tanto a nivel personal como a nivel teórico. Todo criterio de “curación” lleva implícito el sello ideológico de quien lo sustenta [KESSELMAN (4)]. Desde la imagen tradicional del modelo de “adaptación”, en el que hemos sido fundamentalmente formados, hasta los modelos anticulturales, existe toda una gama de posibilidades, en las que consideramos que no debemos entrar. Creemos que hay una “curación” para cada sujeto, unos límites específicos para cada individuo, y sería tan erróneo “adaptarlo” a un esquema como impulsarlo hacia motivaciones que no le son propias y que pueden incluso escapar a sus posibilidades reales.

4. MADURACIÓN-INDIVIDUACIÓN

Para que un paciente sea curable, es necesario que la relación cuantitativa de las pulsiones se mantenga por sí misma dentro de determinados límites. Cuando el antagonismo de las fuerzas pulsionales sobrepasa los mismos, la posibilidad de obtener modificaciones cualitativas no es viable [NACHT (5)].

Hemos citado esta consideración de NACHT porque estamos plenamente de acuerdo en que el proceso de elaboración a partir de los aspectos “genéricos” requiere por parte del individuo unas capacidades de integración del mundo pulsional, que no todo el mundo tiene. La posibilidad de definir una identidad propia

y específica, a la que vinculamos el proceso de maduración, es un logro permanente, que el sujeto tiene que estar continuamente elaborando frente a una presión alienante y negativa del ambiente [DEVEREUX (6)].

En la amplia bibliografía (7) sobre el proceso de individuación e identidad se define básicamente la misma, como la capacidad de conservar una noción de “mismidad” en medio de un continuo cambio en el tiempo; así como de continuidad con el grupo cultural, sin perder el carácter individual. La quiebra de la “mismidad” conduce al enajenamiento del Self y a la alienación a partir del mundo “genérico” interno; la quiebra de la individualización del Self frente a su cultura lleva igualmente a otra forma de alienación por pérdida de los límites en relación con la misma. El ser humano tiene que luchar continuamente en su proceso de definición, para no ser absorbido por las pautas establecidas, dentro y fuera de sí. La adaptación a las mismas supone la seguridad, basada en la pertenencia, pero, a la par, también la mixtificación y la alienación del sujeto como individuo.

Entendemos como identificaciones, en la teoría psicoanalítica, a los bloques formativos (“building blocks”), que integran una estructura o complejo de procesos, que una persona puede tomar de otra, con la que está unida de un modo significativo [SCHECTER (8)]. El proceso de identificación no es un fenómeno simple, sino complejo y altamente investido desde el punto de vista libidinal, que, si bien es fundamental en la estructuración de la personalidad, es preciso establecer cuál es la capacidad del Self para no ser alienado y mixtificado por el mismo.

Se considera que una vez que el “Self identidad” se ha organizado es capaz de emitir y perpetuar mecanismos propios que le permitan ser selectivo en sus identificaciones, en el sentido de no asumir las mismas, mientras no sean auténticamente asimiladas por el “sí mismo”. SCHECTER señala la necesidad del empleo de conceptos como “ultra identificaciones” (“beyond identification”), para comprender esta capacidad en la que no se ha llegado a establecer una discriminación clara entre ambos mundos, con confusión de límites, y no discriminación de partes, de manejo de la selectividad, a partir de identificaciones previas. Las nociones de autenticidad y de lealtad están condicionadas a este interjuego incorporativo y las posibilidades de toma de distancia, frente a las pautas “genéricas”, tanto internas como ambientales. Cada familia y cada ambiente cultural facilita un tipo y estilo de identificaciones, así como una asignación de “roles” y de capacidad de manejo de los mismos.

La capacidad del sujeto de integrarse a partir de la dependencia primaria va a depender de los siguientes factores:

- a) Capacidad del Yo de desarrollar estructuras intrapsíquicas adecuadas.
- b) Carácter traumático, o no, de las separaciones o pérdidas (lapso de tiempo y cualidades de la experiencia).
- c) Subyacentes condiciones afectivas entre el “modelo” y el sujeto que hace la identificación.

- d) Forma en que la identificación se organiza en la personalidad total, y en relación con las identificaciones opuestas.

Hemos considerado necesario presentar con una cierta extensión la contraposición entre identificación identidad, ya que consideramos, con BALINT (9), que juega un papel fundamental en la comprensión de los fenómenos de maduración.

5. CRITERIOS DINÁMICOS DE CURACIÓN MADURACIÓN

Si entendemos los síntomas y las manifestaciones de la conducta como resultados transaccionales entre la pulsión y la defensa, y, por otra parte, como adaptaciones defensivas frente a las ansiedades psicóticas de fondo, debemos considerar que su forma y modificaciones debe tener para nosotros un valor puramente expresivo de las estructuras patológicas de base que los están alimentando.

A partir de los trabajos de la escuela psicoanalítica argentina y específicamente de la introducción por PICHON RIVIERE de las concepciones kleinianas, se ha tendido a sistematizar las manifestaciones patológicas de la conducta, como expresión de elaboraciones defensivas a partir de núcleos psicóticos de base, presentes en todo sujeto. Los tres núcleos psicóticos básicos son: a) El núcleo “melancólico”, conforme al cual el mundo interno es investido de los objetos “malos” con una vivencia dañada del “sí mismo”, y, por el contrario, un investimento de lo “bueno” e idealizado en el mundo externo. b) El núcleo “persecutorio”, en el que se tiende a experimentar la situación contraria, con una vivencia idealizada del mundo interno, y c) El núcleo “confusional”, como situación en la que no se ha llegado a establecer una discriminación clara entre ambos mundos, con confusión de límites y no discriminación de las partes. Según que el núcleo psicótico predominante se manifieste en el área del pensamiento, de la corporalidad o de las relaciones interpersonales, tenemos las distintas formas de organización neurótica. Si tales estructuras no pueden realizarse, aparecerá una clínica psicótica, conforme al núcleo de base. En nuestro planteamiento de la valoración de la evolución terapéutica (PET) hemos pretendido realizar una valoración, tanto directa como indirecta, de dos planos de la estructura; por una parte, de la estabilidad y significación actual de los núcleos psicóticos de base, y, por otra, de la capacidad yoica de establecer defensas adecuadas frente a los mismos, en forma de estructuras neuróticas o manifestaciones de conducta.

Todo este planteamiento conceptual nos ha llevado a la organización del PET, como una búsqueda de los índices básicos de madurez a nivel del sujeto, valoradas a través de una concepción dinámica de su estructura personal. En este sentido, hemos tomado como punto de partida los tres criterios centrales recogidos por ALVAREZ TOLEDO, GRINBERG y LANGER, en su presentación en México sobre la “terminación del tratamiento”. Dichos criterios son:

- 1) El logro de un Yo fuerte y crítico, capaz de soportar tensiones considerables sin recurrir a identificaciones innecesarias y de cualquier transferencia automática, a patrones de pensamiento dado (BALINT).
- 2) Capacidad de transformar la dependencia básica (transferencial, a nivel de terapia), en una verdadera introyección, adquiriendo una autonomía frente al “otro.,.
- 3) Capacidad de elaborar el duelo de las imágenes idealizadas (del analista, a nivel de la terapia), con el logro de un sentido de relatividad y causalidad.
- 4) Que la fuerza integradora del Yo sea capaz de incorporar lo irracional como propio y su miedo a su propio mundo inconsciente.

Los parámetros que habitualmente son utilizados como índice de madurez, basados en las manifestaciones de la conducta, creemos que tienen la facilidad de ser más directamente observables, pero consideramos que son menos expresivos de la estructura interna y, por ello, los tomamos solamente en consideración en cuanto a vías de información sobre dichas estructuras básicas.

Las consideraciones de BLEGER (10), de concebir la personalidad como un sistema de correlaciones entre la parte neurótica (PNP) y psicótica (PPP) de la personalidad, que se establecen a través del fenómeno de “clivaje”, nos hace plantearnos la evolución en el seno de la terapia psicoanalítica, como el logro de objetivos “mayéuticos” basados en la obtención de un adecuado “clivaje”, que permita la estabilidad de la personalidad. A este nivel, los objetivos “mayéuticos” de la terapia incluyen experiencias como:

- 1º) Suplir en la relación terapéutica la simbiosis de la que el paciente ha carecido en su desarrollo.
- 2º) Modificar una simbiosis patológica. Habitualmente hemos utilizado el término de persecutoria para la misma.
- 3º) Establecer un adecuado “clivaje”, cuando éste no ha tenido lugar (estructura borderline de la personalidad).
- 4º) Ampliar los contenidos de la parte neurótica de la personalidad, a partir de una mayor discriminación con la parte psicótica y su adecuada depositación, no conflictiva.

En los primeros casos, se trata de adquirir y crear lo que no estaba, ni como experiencia inconsciente en el sujeto. El proceso terapéutico debe llevar a la “adquisición” de posibilidades y sentimientos, que nunca existieron como tales. Cuando la terapia se enfrenta con las neurosis de carácter o las psicosis, el objetivo “mayéutico” no se logra por una incorporación de lo segregado (tal como ocurre en la neurosis propiamente dichas), sino por el logro de experiencias nuevas y diferentes, a las que el paciente tenía. Es un “descubrimiento” de posibilidades. Los objetivos “mayéuticos” en los pacientes con un contenido preferentemente neurótico (“clivaje” bien estructurado), corresponde a los logros clásicos del trabajo

psicoanalítico, que podemos resumir en sus aspectos fundamentales en los siguientes puntos:

- 1º) Ampliación de la plasticidad y la capacidad de síntesis, del Yo.
- 2º) Resolución de las situaciones conflictivas, por incorporación del componente inconsciente de las mismas.
- 3º) Elaboración de la posición depresiva, con aceptación de la experiencia de culpa y el logro de una adecuada capacidad de duelo.
- 4º) Hacer asequible a la experiencia el cerrado mundo interno, con la consiguiente resolución de la compulsión a la repetición.
- 5º) El logro de una mayor capacidad de “reparación”.
- 6º) La adquisición de una correcta noción de la “alteridad”, mediante un adecuado sentido de la relatividad y causalidad.

El PET representa un intento de evaluación, tanto directo como indirecto, por una parte, de estos objetivos “mayéuticos” más estructurados, y, por otra, de las estructuras de base que están alimentando las sobreestructuras neuróticas y que tenemos igualmente que validar para una adecuada comprensión del tratamiento.

6. EXPLORACIÓN PSICODINÁMICA

Dentro de la metodología psicodinámica existen dos corrientes de planteamiento de la exploración del enfermo psíquico; por una parte, la no aceptación de una fase exploratoria como tal, entendiéndose que el diagnóstico y el curso mismo del tratamiento va surgiendo de una forma individual, a partir de las libres asociaciones del enfermo y de la continua observación, de la situación interpersonal creada en el propio “setting”, de la cura. El diagnóstico surge propiamente como un producto final de la terapia, y el propio trabajo analítico se hace sin ningún tipo de hipótesis previa. En el segundo planteamiento se tiende a aceptar la conveniencia de una fase exploratoria previa, perfectamente definida, que nos lleva a la elaboración de entrada de un diagnóstico, un pronóstico y una hipótesis inicial de tratamiento. El interrogatorio y la toma de datos es aquí dirigida y encauzada hacia la obtención de datos concretos, que nos permitan una formulación dinámica del caso. El primer método está basado en una búsqueda de lo individual; en el segundo hay un planteamiento de comprensión previa a nivel de lo ..genérico*, para, a partir de ahí, llegar al individuo.

Ambos enfoques presentan ventajas e inconvenientes, frente a los cuales es necesario plantearse una opción,

ya que la forma de abordaje es diametralmente opuesta. En el Centro Psicoanalítico de Madrid se ha decidido adoptar la segunda de las posibilidades, no solamente por razones de orden “intrínseco”, sino también de “enseñanza”.

Consideramos como ventajas ..intrínsecas” a la forma de abordaje con una etapa exploratoria definida las siguientes:

- 1º) Delimitar las posibilidades del tratamiento y los límites dentro de los cuales se va a mover, así como la técnica más adecuada.
- 2º) La posibilidad de realización de formas de terapia de duración y objetivos, limitados (terapias breves, focalizadas, etcétera).
- 3º) Posibilidad de formulación de una hipótesis dinámica y ambientales, con una posibilidad del planteamiento precoz, de “quién” es el enfermo.

Los inconvenientes “intrínsecos” de la realización de esta técnica de abordaje serían los siguientes:

- 1º) Que el planteamiento inicial se adopte rígidamente, dificultando la incorporación y captación de informaciones posteriores.
- 2º) Crear un condicionamiento al paciente, para la posterior aportación de material.
- 3º) Que se tienda a un manejo excesivamente teórico de la situación, sobre un material todavía insuficiente.

Básicamente, los inconvenientes pueden resumirse en que se tienda a tomar una información parcial, que ha permitido crear una hipótesis inicial de trabajo, como un planteamiento y una hipótesis definitiva, a la cual el terapeuta tiende a condicionarse en exceso.

En el segundo aspecto entendemos que el proceso de docencia a nivel de la metodología psicodinámica tiene que realizarse sobre la base de la sistematización y la objetivación de los aspectos “genéricos” de la conducta, y en este sentido consideramos que el establecimiento de los aspectos “genéricos” e “individuales” del paciente, que tiene evidentes ventajas en la utilización, con carácter docente, del material, con independencia de las ventajas de carácter “intrínseco”, que hemos señalado anteriormente.

Los criterios de carácter “docente” que nos han movido a este planteamiento son los siguientes:

- 1º) Permite que la fase exploratoria sea realizada por candidatos en formación psicoanalítica, con lo cual se

acostumbran al contacto con el paciente y es posible la posterior crítica de su trabajo en esta fase.

2º) Permite la realización de sesiones clínicas sobre el material “genérico*” antes de iniciarse el auténtico proceso de tratamiento, separándose perfectamente la fase de exploración de la correspondiente al contrato terapéutico.

3º) La objetivación inicial del material clínico permite realizar una labor de establecimiento diagnóstico, pronóstico y de indicación terapéutica, así como de evaluación de las posibilidades y estrategias a desarrollar en el mismo.

4º) La posibilidad de una más correcta elección de los casos iniciales para el tratamiento por parte de candidatos en formación.

5º) La facilitación de la realización de informes, en los casos en los que el motivo de la consulta no es de tratamiento, sino puramente de exploración.

7. HISTORIA CLÍNICA-DINÁMICA

La Historia Clínica Dinámica (HCD) está concebida para facilitar la recogida y la ordenación del material durante la fase de exploración, así como para la sistematización de los datos, con objeto de configurar un diagnóstico clínico y dinámico. La segunda finalidad de esta forma de exploración es permitir la posibilidad de elaboración de una hipótesis inicial de trabajo, que dé forma a las estrategias y niveles técnicos adecuados al caso. Por último, la HCD debe permitir igualmente el establecimiento de un pronóstico y los posibles límites de la terapia, así como la indicación técnica más adecuada.

El eje central sobre el que gira la ordenación de la recogida de datos en la HCD es el esquema (2.34).

Causa desencadenante.

Estructura de personalidad. Conflicto.

Síntomas y/o manifestación de conducta.

La “enfermedad” va a surgir por la incidencia de una causa desencadenante sobre una determinada estructura personal, con la creación del consiguiente foco de tensión (conflicto) y las adecuadas transacciones (síntomas y manifestaciones de conducta), para intentar restablecer la “armonía” anterior. El paciente va a referir preferentemente los síntomas, y es misión del explorador la investigación del proceso por el que se ha llegado a los mismos. Con el análisis de los cuatro factores en juego y de las interrelaciones existentes entre los mismos, pretendemos entender el modo en que enfermó el paciente, cuál es su manera específica de hacerlo

y cuáles son sus recursos para intentar la curación. Es útil igualmente el análisis de las fantasías del paciente en relación con el tratamiento y lo que espera de éste.

Las condiciones técnicas más adecuadas para la realización de la HCD son las siguientes: **a)** Disponibilidad de tiempo. **b)** Flexibilidad del examinador para permitir un diálogo fácil al paciente. **c)** Investigación detenida de los detalles (importa con frecuencia, más que los datos, “cómo” los aporta). **d)** Actitud de aceptación y mínima actividad para permitir que el enfermo estructure (transfiera) la forma de relación “interpersonal” que le es propia.

El examinador debe conservar a lo largo de toda la historia el esquema básico de la concepción de la misma, para realizar una búsqueda intencionada de los aspectos que el paciente deja en la oscuridad.

8. PARTES DE LA HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA (HCD)

Como se puede ver en el protocolo de la misma (3.6.3.1.2.), la HCD consta de cuatro partes, de las cuales las dos primeras y parte de la cuarta se realiza frente al paciente, y durante el tiempo de la entrevista. La tercera parte la realiza el examinador, y la cuarta la lleva a cabo la persona o el equipo encargado de realizar la evaluación de la misma.

La primera parte va dirigida fundamentalmente al establecimiento del cuadro clínico del enfermo, el motivo de la consulta y la causa desencadenante consciente. Es importante estudiar detenidamente el momento de aparición de la enfermedad (de descompensación de la personalidad), así como el grado de conocimiento y de sintonía yoica, con las circunstancias del mismo. Debe ser igualmente motivo de atención las oscilaciones del cuadro sintomatológico y el establecimiento de las correlaciones con los acontecimientos vivenciales del sujeto, en las distintas áreas (relacional, corporal, de trabajo, etc.).

En esta primera parte existen dos apartados a los que concedemos especial importancia; por una parte, el apartado correspondiente a los antecedentes personales, en el que se debe buscar la determinación de los niveles de fijación y de defensa, mediante el análisis de las fases del desarrollo libidinal y la estructura global de la personalidad previa a la enfermedad actual. El segundo capítulo de interés está integrado por los antecedentes familiares, en los que nos interesa determinar los fenómenos identificativos del enfermo, el establecimiento o no de “roles” complementarios y las características de la pareja parental, como núcleo facilitante, o no, de la resolución de los fenómenos de escisión (estructuras persecutorias o no de la propia pareja parental).

La segunda parte de la HCD está orientada hacia la determinación de la estructura de la personalidad, a partir

de un análisis de las relaciones “interpersonales” e “intrapersonales”, elaboradas a partir de situaciones externas generales, o de vivencias internas básicas. Dado que este cuestionario interno a la HCD es retomado en el PET, consideramos útil presentarlo con una mayor extensión.

9. RELACIONES INTERPERSONALES

En lo que se refiere a este concepto, podemos dividir el cuestionario en varios bloques, en función de los determinantes que desea fijar:

Los apartados a), b), c) y d) pretenden obtener información sobre las diversas formas de dependencia y reflejar los problemas de autoridad y poder, así como de sometimiento de las relaciones padre hijo y la incidencia o no de emparejamientos sobre una estructura sadomasoquista.

Los apartados e) y f) pretenden reflejar la capacidad de espontaneidad, creatividad y manejo de la libertad; es decir, del grado de autonomía y capacidad de autorrealización.

Los apartados g) y h) tratan de reflejar la capacidad de compartir, informándonos del grado de persistencia del esquema familiar en sus relaciones interpersonales, especialmente en la esfera afectiva, así como de la forma de relación a nivel de hermanos. El apartado g) refleja el nivel de desarrollo sexual, en el sentido de la determinación de la progresión hacia la genitalidad (relación sexual, como necesidad de dependencia, como poder o prestigio, o como intercambio). También informa este apartado sobre el grado de identificación con los valores culturales propios del sexo.

El apartado i), con sus tres cuestionarios, trata de investigar las fantasías de omnipotencia y la estructura de la imagen ideal de sí mismo, así como su nivel de planteamientos de ideales en relación con la realidad y sus auténticas posibilidades. Da noticia igualmente de las fantasías de espera en relación con el propio terapeuta.

Los apartados j) y k) tratan de valorar el nivel de compromiso y responsabilización social, laboral y la estructura de la forma de actuación en los mismos. Refleja igualmente si el trabajo tiene un valor real o compensatorio (cobertura de insatisfacciones emocionales) y el grado de creatividad y capacidad de sublimación en el mismo.

10. RELACIONES INTRAPERSONALES

Se pretende en esta serie del cuestionario el establecimiento de la reacción global del sujeto frente a las emociones y situaciones internas más básicas, tanto para determinar aspectos específicos como cuadros globales de bloqueo de la afectividad y de la capacidad perceptiva. Los aspectos fundamentales a fijar son los siguientes:

- I) Los apartados a) y b) reflejan las características de la autoestima del sujeto y de las fantasías relativas y masoquistas e, indirectamente, sádicas. Ambos apartados son índice igualmente del grado de

elaboración de la situación simbiótica y la posición depresiva, respectivamente.

11. PROTOCOLO DE LA HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA

DATOS ADMINISTRATIVOS

Nombre, edad, sexo, estado, profesión, nacionalidad, dirección, teléfono, referido por..., finalidad de la referencia, historia realizada por el doctor..., fecha.

12. PRIMERA PARTE

ENFERMEDAD ACTUAL:

- 1º) Motivo de la consulta.
- 2º) Crisis de desencadenamiento de la enfermedad. Causa desencadenante consciente.
- 3º) Historia de la enfermedad actual.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- 1º) PERSONALIDAD ANTERIOR: a) Nacimiento, lactancia. Edad preescolar. b) Edad escolar. Juegos. Capacidad de autonomía. c) Pubertad. d) Formas generales de relación interpersonal. Otras consideraciones en relación con la personalidad social. e) Trabajo y actividad profesional. f) Formas de emparejamiento. Matrimonio y adaptación al mismo. g) Reacción al nacimiento de los hijos. Capacidad de realización del “rol” paterno.
- 2º) NÚCLEOS FAMILIARES EN LOS QUE HA VIVIDO.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- 1º) FIGURAS PARENTALES: a) Personalidad del padre. b) Personalidad de la madre. c) Relación entre los padres. Ambiente de la casa paterna. Medio social y económico. d) Otras personas significativas.
- 2º) RELACIÓN DE HERMANOS: a) Hermanos. Orden en la serie. b) Figura especialmente significativa a nivel de hermanos.
- 3º) PERSONALIDAD DE LA ESPOSA O FORMA DE RELACIÓN DE LA PAREJA.
- 4º) HIJOS: DATOS SIGNIFICATIVOS.
- 5º) MEDIO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA FAMILIA.
- 6º) ENFERMEDADES ORGÁNICAS DEL PACIENTE: a) Postura emocional frente a las enfermedades orgánicas.

13. SEGUNDA PARTE

ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD

1º) RELACIONES INTERPERSONALES: a) Valoración de la aprobación y de la obtención de prestigio. b) Relación con los superiores y figuras de autoridad. c) Relación con los inferiores. d) Valoración del dinero y del “prestigio” social. e) Valoración del descanso. Forma de ocupar el tiempo libre. f) Tendencias artísticas y aficiones. Actividades y motivaciones paraprofesionales. g) Valoración de la relación de amistad. Tipo de amigos y forma de relación. h) Valoración de la relación amorosa (relación heterosexual). Vida sexual. i) Ilusiones y fantasías: i1) Expresión de tres deseos. i2) Primer sueño que recuerda. i3) Cualidades predominantes que “desearía,* tener. j) Valoración y sentido que tiene el trabajo y la actividad profesional. k) Valoración del aprendizaje escrito y oral. Forma de aprendizaje preferido.

2º) RELACIONES INTRAPERSONALES: a) Formas de reacción frente al sentimiento de ternura. b) Forma de reacción frente al sentimiento de fracaso o inferioridad. c) Forma de reacción frente al sentimiento y la sensación de miedo. d) Forma de reacción frente a las dificultades en general. e) Forma de reacción frente a los sentimientos de odio y rencor. f) Forma de reacción y modo de expresión de la envidia. g) Vivencia y forma de reacción frente al sentimiento de agradecimiento. h) Vivencia y forma de reacción frente a la sensación de triunfo.

14. TERCERA PARTE

DATOS DE EXPLORACIÓN

1º) EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA: a) Forma de presentarse y actitud. b) Persona que la acompaña y actitud de la misma en relación con el paciente. c) Abordabilidad. d) Orientación auto y alopsíquica. Lucidez de conciencia. e) Estado de ánimo y sintonía afectiva. f) Lenguaje. Coherencia y curso del pensamiento. g) Estado de inteligencia. h) Memoria y capacidad de atención. i) Otros datos significativos.

2º) EXPLORACIÓN FÍSICA: a) Hábito del enfermo. b) Defectos físicos valorados por el paciente. c) Datos del examen médico general.

3º) EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA. DATOS SIGNIFICATIVOS.

4º) PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

15. CUARTA PARTE

Realizada por el doctor...

- 1º) RELACIÓN PACIENTE EXAMINADOR. FORMA GLOBAL DE LA RELACIÓN DE OBJETO.
- 2º) IMPRESIÓN CONTRATRANSFERENCIAL DEL EXAMINADOR.
- 3º) “FANTASÍA” DEL PACIENTE EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO: a) ¿Qué sabe o imagina el paciente de lo que es el psicoanálisis o la psicoterapia? b) ¿Qué espera del tratamiento? c) ¿Qué tipo de psicoterapia cree necesitar? d) ¿Qué sexo, edad y personalidad desearía en el terapeuta? e) ¿Cuánto tiempo cree que va a durar el tratamiento?
- 4º) JUICIO DIAGNOSTICO: a) En cuanto a la enfermedad actual. b) En cuanto a la personalidad.
- RESUMEN DIAGNOSTICO.
- 5º) JUICIO PRONOSTICO: a) Grado de presión de sufrimiento. b) Motivación para el tratamiento. c) Posibles ventajas secundarias de la enfermedad. d) Capacidad resolutive y de trabajo del paciente antes de la enfermedad actual. e) Intereses y grado de proyección para el futuro en la realidad. f) Posibilidades de cambios ambientales. Figuras familiares compensadas con la enfermedad. g) Tendencia al “acting out” como medio de la cura. h) Posibilidades económicas y de continuidad del tratamiento.
- JUICIO PRONOSTICO FINAL.
- PREVISIÓN DE CURSO ESPONTANEO DE LA ENFERMEDAD
- 6º) RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS: a) Forma de psicoterapia recomendada. Frecuencia. b) Personalidad adecuada por parte del terapeuta (edad y sexo).
- 7º) FORMULACION DINÁMICA DEL TRATAMIENTO.
- 8º) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO. 1) Medicación psicótropa. Fundamentos. 2) Tratamientos médicos complementarios a tomar en consideración.
- 9º) PROPUESTA DE CONTROL CATAMNÉSICO.

16. PRESENTACIÓN DEL P.E.T.

Como hemos señalado anteriormente, el Protocolo de Evaluación Terapéutica surge entre los profesionales del Centro Psicoanalítico de Madrid como un intento de recoger las modificaciones dinámico estructurales que se producen en la personalidad de los pacientes sometidos a tratamientos de psicoanálisis y psicoterapias de orientación analítica.

La idea es que dichas modificaciones se pueden reflejar a través de un modelo estandarizado para mayor facilidad de aplicación y a efectos de manejabilidad de los datos del material recogido. El estudio de los datos obtenidos con la aplicación del protocolo que ahora presentamos será motivo de un posterior trabajo.

Para la confección del protocolo hemos partido de lo que MALAN (11) considera como condiciones mínimas para un estudio satisfactorio sobre la validez de la psicoterapia, que son las siguientes:

1ª Suministrar “controles” adecuados.

2ª Criterios de evaluación claramente expresados y verdaderamente relacionados con la variable que están

destinados a medir.

3ª Seguimiento adecuado.

La primera y tercera de las condiciones estarían más centradas en lo referente al modo de aplicación, y la segunda es el objeto principal del apartado dedicado a los ítems, que veremos más adelante.

17. CONDICIONES DE APLICACIÓN

El PET se aplica por una persona que posea la suficiente perceptividad psicodinámica como para detectar las modificaciones estructurales de la personalidad pero que sea independiente, es decir, que no sea el terapeuta encargado del tratamiento. La persona que aplica el PET debe mantenerse en una actitud bastante pasiva para no producir interferencias en el proceso transferencial de la terapia; por tanto, debe limitar su actividad a lo referente a las aclaraciones de lo que, en relación con el PET, no haya entendido suficientemente.

El PET se aplica una vez cada seis meses, desde que comienza la terapia hasta el final de la misma (función de control), y una vez cada año después de haber finalizado la terapia (función de seguimiento).

El terapeuta encargado del tratamiento le pregunta al paciente si accede, tanto él mismo como un familiar suyo, a tener una entrevista con un colaborador del terapeuta en relación a la evolución del tratamiento.

Además de aplicar las partes correspondientes del protocolo al paciente y al familiar próximo, el observador tiene que cumplimentar la parte que le corresponde.

El terapeuta encargado del tratamiento recibe una hoja adicional del protocolo, que debe cumplimentar y entregar al observador.

18. PARTES EN QUE SE DIVIDE EL PET

La primera parte se refiere a las CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO, y en ella se trata de reflejar el tipo y la forma de la psicoterapia que se está aplicando por medio del tiempo de duración, de la frecuencia de las sesiones, de si va acompañada de medicación psicótropa, etc. Esta parte se complementa con el apartado 3) de la séptima parte.

La segunda parte se refiere a la IMPRESIÓN SUBJETIVA DEL PACIENTE; en ella el primer apartado se refiere a las modificaciones en cuanto a síntomas (presencia o no, intensidad, frecuencia, circunstancias en que se presentan, etc.). Se relaciona con los apartados 1) de las partes 5, 6 y 7 y, eventualmente, con otros

apartados de las partes 3 y 4. El segundo apartado explora las modificaciones en la personalidad y está relacionado con el mismo apartado en las partes 5, 6 y 7. El tercer apartado tiene que ver con la capacidad de imaginarse “sano”, y está relacionado con la esperanza de curación, con la conciencia de sí mismo y con la visión que tiene del tratamiento.

La tercera parte es la repetición de los apartados referentes a RELACIONES INTERPERSONALES E INTRAPERSONALES que hemos desarrollado con extensión en la Historia Clínica Dinámica (3.6.3.1.), por lo cual no vamos a repetir.

La cuarta parte es la referente a los ITEMS BÁSICOS, que desarrollamos en otro lugar (3.6.3.2.2.).

Las partes quinta, sexta y séptima constan de los mismos apartados que la segunda, pero desde la impresión del observador, familiar y terapeuta, respectivamente. La justificación de su inclusión en el PET deriva de que ofrecen impresiones subjetivas, pero desde distintos ángulos, con lo cual se tiene un mayor criterio de realidad con respecto a las circunstancias del paciente, las modificaciones que se efectúen desde el comienzo del tratamiento y la causa de las mismas.

Estas partes, además de su utilidad para la investigación, tienen una utilidad terapéutica, ya que el encargado del tratamiento recibe una imagen contrastada del paciente a través de las impresiones del familiar próximo y del observador. Para reforzar esta utilidad del PET se ha incluido en la parte quinta el último apartado.

19. ITEMS BÁSICOS

Los ítems básicos que constituyen la cuarta parte del PET tienen por fundamento la discriminación del grado de elaboración de la fase depresiva del sujeto. A nivel de conducta esta fase se manifiesta por la aparición de un sentido de relatividad, al ser capaz de relacionarse el sujeto con objetos totales y haber aceptado los aspectos negativos de sí mismo, con cesación de los consiguientes mecanismos proyectivos, lo que daría un sentido de causalidad. Los fenómenos de idealización negación y de identificación proyectiva e introyectiva van a dejar paso a defensas más elaboradas, que suponen la existencia de una discriminación entre lo que es propio y lo que es externo.

Vamos a hacer un breve desarrollo de cada uno de los ítems empleados para establecer la significación precisa que le vamos a otorgar. Debemos destacar que la cumplimentación de esta parte del PET no es la respuesta directa del paciente, sino que obedece a una evaluación del observador a través de las mismas, una vez contrastadas las respuestas del PET (partes segunda, tercera y sexta) con las obtenidas en la exploración inicial a través de la historia clínica dinámica.

El primer ítem se refiere a la CALIDAD DE LA CULPA DEPRESIVA O PERSECUTORIA.

MELANIE KLEIN, en su obra “Envidia y gratitud”, se refiere a una culpa de aparición precoz, que es experimentada por el YO cuando aún no está en condiciones de soportarla y es vivida por ello como persecución, y el objeto que la despierta, como perseguidor. Esta vivencia de culpa es atemporal por faltar una suficiente noción del tiempo; las emociones que la acompañan son el rendimiento* el dolor, la desesperación, el temor y los autorreproches. El sujeto teme al otro por considerar que le ha dañado con su voracidad (no asumida como propia) y del que espera una actitud retaliativa.

LEON GRINBERG (12), tomando conceptos de M. KLEIN, señala la necesidad de discriminar dos clases de culpabilidad: la culpa persecutoria y la culpa depresiva.

La culpa depresiva aparece más tardíamente, cuando el sujeto es capaz de asumir su voracidad y agresividad como propia y sentirse por tanto, “actor” del daño al otro. La culpa depresiva supone una responsabilización con la propia agresividad; en ella existe una clara noción temporal y una clara discriminación entre pasado y presente. Los sentimientos más importantes son la preocupación por el objeto y el Yo: la pena, la nostalgia y la noción de responsabilidad, que da lugar a un movimiento de reparación.

La discriminación de la calidad de la culpa tiene una doble significación; por una parte, determinar el núcleo psicótico predominante en el sujeto (“persecutorio” o “melancólico”), y, por otra, el nivel de progresión desde la culpa persecutoria a la depresiva como índice de maduración.

El segundo ítem se refiere a la DETERMINACIÓN DE LA “CALIDAD” DEL MUNDO INTERNO Y DEL GRADO DE INTEGRACIÓN TOTAL DE LOS OBJETOS.

El planteamiento de este ítem está basado en los mecanismos que son propios de la defensa a nivel de la fase esquizoparanoide y depresiva (M. KLEIN). La relación con aspectos parciales de objetos (objetos parciales), que son tomados como expresión de la totalidad del mismo, es el mecanismo básico de la primera; la parte complementaria es simultáneamente negada, por lo que los objetos son percibidos con una única dimensión (totalmente “buenos” o totalmente “malos”). La incapacidad del Yo de asumir las tensiones que derivan de la vivencia en sí mismo de objetos que, en función de la escisión, son sentidos como totalmente negativos, da lugar a la proyección como defensa contra los mismos, con la consiguiente negación de su presencia en la mismidad. El sujeto se puebla entonces de objetos idealizados, siendo su vivencia básica la de que su interior está lleno de contenidos positivos, frente a un mundo del que no se puede esperar nada válido, puesto que todo lo que alberga ¿es lo dañado, deteriorado y negativo (núcleo persecutorio).

En la medida en que el sujeto es capaz de tolerar aspectos negativos en sí mismo, la capacidad de idealización de su mundo interno (consecuencia de la proyección) deja de tener lugar; a la vez, el mayor desarrollo

evolutivo del Yo no le permite utilizar mecanismos tan mágicos como la negación. La vivencia de la situación es la de ser depositarios de contenidos poco valiosos, frente a un mundo idealizado del que se espera recibir lo positivo y no dañado (ésta sería, en nuestro criterio, la base de la tendencia a la dependencia oral). En la forma extrema de esta situación (núcleo “melancólico”), el sujeto se siente depositario de todo lo malo y dañado, con las consiguientes formas clínicas derivadas de esta situación.

El planteamiento de este ítem es la búsqueda del núcleo psicótico predominante, del grado de integración de los objetos (parciales o totales) y de la ambivalencia hacia los mismos.

El tercer ítem se refiere al NIVEL DE CULPA RETALIATIVA HACIA LAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS. Entendemos el término “culpa retaliativa” como el movimiento de culpabilización hacia un objeto externo (habitualmente los padres o representantes simbólicos de los mismos), de las dificultades y frustraciones personales. Aunque es cierto que las dificultades de adaptación y crecimiento del sujeto están entroncadas en los procesos identificativos con las figuras parentales, no es menos cierto que la persistencia de esa justificación representa una evitación de la responsabilidad de realización personal en la propia vida. La actitud “retaliativa” representa la persistencia de una culpa “persecutoria”, a un nivel que impide la integración y la discriminación de las partes propias y ajenas en las dificultades actuales. La persistencia de la “actitud retaliativa” supone, para nosotros, las siguientes situaciones dinámicas:

- a) Persistencia de la fantasía de la omnipotencia de las figuras parentales, que no son vividas en su realidad limitada y concreta, sino como los que niegan las gratificaciones “pudiendo darlas”.
- b) Persistencia de la fantasía de no separación de las figuras parentales, que son fijadas y mantenidas presentes mediante la actitud persecutoria, real o fantaseada.
- c) Insuficiente elaboración de la autoestima y persistencia de una vivencia de impotencia e inseguridad, que impide al sujeto sentirse capaz de realizar y concebir un proyecto vital propio.
- d) Incapacidad de vivenciar la propia limitación, que es experimentada como impotencia, con la consiguiente no asunción de las relaciones de intercambio a nivel de necesidades y de realizaciones.

La valoración de la “actitud retaliativa” nos ha parecido un parámetro especialmente válido para determinar el grado de estructuración de la fase represiva; por esa razón lo hemos incluido como ítem individualizado.

El cuarto ítem se refiere a la CAPACIDAD DE RELATIVIDAD Y DE CAUSALIDAD. NIVEL DE FANATISMO.

Representa una valoración directa y positiva de la fase depresiva en sus aspectos más esenciales. Lo nuclear de la exploración en este ítem es la determinación del grado de integración del objeto total, con la consiguiente concomitancia de aspectos positivos y negativos y la persistencia o no de fenómenos de idealización y negación, que constituyen la base del fenómeno del fanatismo. El análisis del nivel de fanatismo nos es igualmente productivo para la evaluación del nivel de individuación y de la capacidad de autonomía (ítems 5

y 6).

El segundo aspecto que abordamos en el ítem es el nivel de la noción de causalidad, que es igualmente un exponente directo del grado de evolución de la situación depresiva, ya que representa un índice de la capacidad de experimentar como propias las emociones y de responsabilizarse con su significación para los demás. El establecimiento de una noción de causalidad supone:

- a) Elaboración de las fantasías de omnipotencia, tanto en sí mismo (narcisismo) como en los “otros” (imágenes parentales idealizadas) **(13)**.
- b) Adquisición de una capacidad suficiente de internalización y de mantenimiento de los contenidos propios en sí mismo **(BALINT 14)**.
- c) Una vivencia de culpa predominantemente depresiva, así como el desarrollo de una capacidad reparatoria **(15)**.
- d) Un avanzado nivel de individuación y de percepción de la “alteridad”, con abandono de formas de pensamiento sincrético y de la vivencia narcisística del “otro”.

Los cuatro primeros ítems constituyen un conjunto para establecer el nivel de elaboración de la fase depresiva, tanto directa como indirectamente.

Los ítems 5, 6 y 7 forman igualmente un conjunto dirigido a la exploración de los aspectos yoicos y del grado de integración de la experiencia de individuación.

El quinto ítem se refiere a la

CAPACIDAD DE INTROSPECCION, AUTOOBSERVACION Y AUTOCRITICA. TENDENCIA AL “ACTING OUT”.

Hemos insistido ampliamente en otro lugar **(GALLEGO y LLEDO) (16)** sobre la necesidad de estudiar el grado de estructuración yoica, para llegar a una correcta valoración de la capacidad del sujeto de discriminar sus partes neuróticas y psicóticas de personalidad. Establecimos allí cuatro puntos fundamentales para la valoración del grado de estructuración yoica:

- a) La determinación de la capacidad de autoobservación, que es la condición básica para la creación de una situación “tripolar” y la adquisición de la noción de “conflicto”; para ello es preciso que el sujeto sea capaz de hacer la experiencia de desdoblar su Yo en una parte que hace la experiencia y un Yo “observador”. LIBERMAN da el nombre de “escisión esquizoide instrumental” al mecanismo de carácter funcional que permite al Yo del sujeto desconectar transitoriamente el área corporal de la mente, funcionando entonces el Yo de un modo oral receptivo en relación con la comunicación exterior y protegiéndose mediante la disociación de las emociones y tendencias a la acción, que pueden ser observadas a cierta distancia. Para **LIBERMAN (17)**, esta “capacidad instrumental esquizoide” constituye una de las características funcionales de la madurez del Yo individual.

- b) Capacidad de “interiorizar” la realidad externa y hacer una experiencia reparadora. Tal capacidad supone la existencia de un Yo suficientemente estructurado para que pueda resistir las tensiones derivadas de este proceso, sin recurrir a las defensas de “externalización”.
- c) Capacidad de síntesis y de integración de los objetos parciales, con la posibilidad de discriminar lo fundamental y lo secundario.
- d) Posibilidad de espera y de tolerancia a la frustración como condición necesaria a la transición del proceso primario al secundario. Cuando la sensación de adaptación no está suficientemente establecida, el sujeto tiende a reaccionar frente a cualquier tensión como a una experiencia de abandono, impidiendo la posibilidad de elaboración (18).

Las capacidades de introspección, autoobservación y autocrítica están relacionadas con esta capacidad de desdoblamiento del Yo y de establecer una situación tripolar frente a la vivencia, la clarificación de la misma mediante la interpretación y la capacidad de observación del propio Yo, que discrimina lo transferencial en lo actual.

Entendemos en psicoanálisis el término de “acting out” como una acción de carácter impulsivo, no sintónica con el Yo, en el que surgen y se realizan contenidos reprimidos del sujeto al margen de una elaboración válida que lo identifique como vivencia propia. Es una forma de descarga cuando el sujeto no es capaz de tolerar el conflicto movilizado dentro de sí, y en este sentido es exponente del grado de inmadurez del Yo en su labor de síntesis de la pulsión y la realidad externa. El “acting out” es la estructura básica de todos los mecanismos de “externalización”.

El sexto ítem se refiere al NIVEL DE CREATIVIDAD Y BIOFILIA (TENDENCIA PROGRESIVA) O DE NECROFILIA (TENDENCIA REGRESIVA).

Los términos de “biofilia” y “necrofilia” han sido introducidos por ERICH FROMM para significar determinadas tendencias básicas del sujeto hacia la elaboración de experiencias nuevas y la aceptación de las corrientes de información procedentes del mundo externo o, por el contrario, hacia la actitud defensiva y estática en relación con el mismo.

FROMM (19) describe el “biofilico” como una tendencia a la experiencia, prefiere construir a conservar y se siente movido hacia todo lo vivo y sus manifestaciones. Ve el todo y no únicamente las partes, y desea moldear e influir por el amor, por la razón y por el ejemplo, no por la fuerza. Ama la aventura de vivir más que la seguridad.

En contrapartida, el “necrofilico” se siente atraído y fascinado por todo lo que no vive, lo enfermo, lo destruido; vive del pasado, alimentándose continuamente de recuerdos, sin horizonte futuro, y tiende a

conservar y preservar lo que tiene, no a crear. Es característico de él su tendencia a utilizar la fuerza y la presión, así como el control y la dominación del “otro”, cuya libertad no tolera, tendiendo a paralizar las cosas y a hacerlas rutinarias. Su control es un modo de matar la vida; la ley y el orden son sus ídolos; la obediencia y la sumisión, su forma de relación.

Utilizamos el término “creatividad” en este ítem en el sentido de oposición al de estructuración y fijación del carácter como estructura defensiva. Consideramos una personalidad creativa, en la medida que tiene los atributos de receptividad de su mundo inconsciente y capacidad de respuesta adecuada a partir del mismo, en oposición a las actitudes de rigidez y estereotipia, que suponen un instrumento de control de dicho mundo vivencial y el uso de estructuras identificativas ajenas a la propia individualidad. Los atributos de plasticidad, capacidad de empatía, receptividad y libertad de respuesta son componentes de la “creatividad” del sujeto. El séptimo ítem se refiere a las CARACTERÍSTICAS DE LA EXPERIENCIA CORPORAL.

El cuerpo puede ser instrumento de estructuraciones defensivas diversas, frente a los núcleos psicóticos de base, tanto con un carácter transitorio como estabilizado. Desde la anorexia nerviosa “vera” como cuadro límite de disociación psicótica sobre el mismo (SELVINI) (20), hasta las formas más simbólicas de conversión, tenemos toda una gama con sus distintas significaciones específicas.

La experiencia del cuerpo como lugar de desplazamiento de tensiones aún no estructuradas tiene para nosotros una gran validez dinámica; no obstante, consideramos que una situación psíquica que se torna corporal ya no es significativa a nivel individual, sino a nivel genérico. En este caso se trata de un indicio de que algo está alterado, no tanto como un texto a descifrar, sino como una forma particular de defensa que interesa indagar. No consideramos que los comportamientos en sí mismos sean significativos, ni que el desentrañar el mismo en términos dramáticos permita explicar causalmente su aparición (PAZ) (21).

El interés radica no solamente en la estructuración de padecimientos concretos (fobias, síntomas corporales, manifestaciones hipocondriacas) como expresión de situaciones de hiperinvestimiento libidinal o de bloqueo del mismo, sino igualmente en la aparición de síntomas generales como: a) Confusión y pérdida de la noción precisa de sí mismo. b) Sensaciones de vértigo mareo, vacío, irrealidad y despersonalización. c) Sensación de pesadez, torpor o malestar general, sin posibilidad de precisión. Es importante la valoración de la vivencia de los padecimientos orgánicos de que el sujeto puede ser portador.

El octavo ítem se refiere a la CAPACIDAD DE RELACIÓN PERSONAL Y DE INTERCAMBIO AFECTIVO. ACTITUD FRENTE AL TRABAJO.

El clásico considerar como índice de madurez el nivel del desarrollo de la interrelación en sus dos vertientes: de la vida sexual y del trabajo. Consideramos útil abordarlas conjuntamente

porque existen mutuas correlaciones entre ambas, tanto de paralelismo como de compensación (LAFORGUE) (22).

La capacidad de relación personal y de trabajo, junto con la gratificación sexual, son exponentes globales del grado de estructuración de la relación de objeto y de la medida en que ha sido elaborada la “alteridad”; son también índice de las condiciones de “relatividad” y “causalidad”.

20. CONSIDERACIONES FINALES Y RESUMEN

Como puede deducirse fácilmente tras una lectura del formulario del PET, son fundamentalmente tres cuestiones las que pretende investigar:

1. Modificaciones a nivel del cuadro clínico.
2. Modificaciones a nivel de estructura de personalidad.
3. Capacidad de imaginarse el propio paciente y de imaginarlo los demás como “sano”.

Dentro de la segunda de las cuestiones es fundamental determinar la estructura transferencial global de la relación terapeuta /paciente como vía de acceso a los aspectos fundamentales (KESSELMAN) (23).

- a) Grado de “cooperación” en el tratamiento, en el sentido de la eficacia real con que el sujeto participa al logro o fracaso de la misma.
- b) Grado de “pertinencia”, en el sentido de capacidad de centrarse en la tarea y mantener el interés en el conocimiento de sí mismo.
- c) Nivel de “comunicación”, como exponente de la forma básica de la relación de objeto, reflejada en la transferencia y sus posibilidades de progresión a partir de la misma.

Esta determinación de la estructura transferencial global nos parece de una importancia fundamental respecto a los límites de nuestra actitud terapéutica y saber reducirnos a la forma de curación que es específica por cada paciente concreto. Consideramos que hay que ser muy cauto en calificar las dificultades de progresión como “resistencias”, ya que muchas veces puede ser el modo de señalar el propio paciente el límite de sus posibilidades.

La tercera de las cuestiones fundamentales planteadas anteriormente hace referencia a la capacidad de imaginarse “sano” el propio paciente y a la capacidad de los demás para imaginarlo. Esto es lo que hemos llamado esperanza de curación (GALLEGO) (24), y está basado en la consideración de que el paciente solamente intenta su movilización cuando tiene confianza de llegar satisfactoriamente a otras formas de relación, es decir, cuando ha adquirido la posibilidad de imaginarse a sí mismo como “sano”. La esperanza de curación está íntimamente relacionada con el duelo de las imágenes idealizadas y, en el caso del tratamiento,

con la elaboración de una imagen real del terapeuta.

En relación con todo lo anterior, consideramos muy importante destacar que tanto el concepto de madurez como el de progresión en la misma tienen un sentido singular y específico, y no es válido para ellos establecer criterios genéricos. Cada individuo tiene que hacer su propia forma de progresión, que debe ser evaluada en relación con los estadios anteriores, determinando con precisión sus posibilidades y metas intermedias, pero de ningún modo manejando un criterio teórico e ideal.

21. RESUMEN

Entendemos el PET como un instrumento de investigación que intenta objetivar la evolución a nivel dinámico estructural, de los pacientes en tratamiento de psicoanálisis y psicoterapias de orientación analítica, a través de los siguientes parámetros:

1º) Correlación existente entre una posible mejoría clínica (sintomatología) y la modificación estructural del sujeto como vía de objetivación de resultados reales a nivel de “curación” y no solamente a nivel de “remisión” o de “pseudocuraciones”, en el sentido de DURSEN.

2º) Valoración del grado de evolución dinámico estructural con una concepción psicoanalítica de la personalidad, para poder valorar objetivamente las modificaciones clínicas.

Las funciones más importantes que debe cubrir el PET y que en buena parte han condicionado su concepción, son:

- a) Función de “control” de la evolución del proceso terapéutico.
- b) Función de seguimiento una vez finalizada la terapia, de cara a la validación de la misma.
- c) Función de estudio retrospectivo de los tratamientos, a efectos de crítica y de perfeccionamiento de las técnicas.

Entendemos que la versión actual del PET que presentamos tiene un carácter de primer acercamiento al problema; pensamos que tanto la praxis como las críticas que se le hagan pueden hacernos modificar su formato y condiciones de aplicación.

Jose Luis de la Mata
Centro Psicoanalítico de Madrid

22. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN TERAPÉUTICA

DATOS ADMINISTRATIVOS:

Nombre, estado, edad, sexo. Terapeuta doctor...

H. C. D. número... Fecha de realización del protocolo.

1º. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO: 1) Tiempo y número total de sesiones. 2) Frecuencia (núm./semana). 3) Continuidad. 4) Otros tratamientos: a) farmacológicos; b) psicológicos.

2º. IMPRESIÓN DEL PACIENTE: 1) Modificaciones en relación con el cuadro clínico. 2) Modificaciones en relación con la personalidad. 3) Imagen de sí mismo: ¿qué había en él de enfermo?, ¿qué es lo que persiste actualmente?, ¿cuál es su imagen como “sano”?

3º. ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD: RELACIONES INTERPERSONALES. RELACIONES INTRAPERSONALES. Se repiten los mismos epígrafes que figuran en esa parte de la Historia Clínica Dinámica.

4º. ITEMS BÁSICOS: 1) Calidad depresiva o persecutoria de la culpa. 2) Determinación de la “calidad” del mundo interno y del grado de integración total de los objetos. 3) Nivel de culpa retaliativa hacia las personas significativas. 4) Capacidad de “relatividad” y de “causalidad”. Nivel de fanatismo. 5) Capacidad de introspección, autoobservación y autocrítica. Tendencia al “acting out”. 6) Nivel de creatividad y biofilia (tendencia progresiva) o de necrofilia (tendencia regresiva). 7) Características de la experiencia corporal y de intercambio afectivo. Actitud frente al trabajo.

5º. IMPRESIÓN DEL OBSERVADOR: 1) En cuanto a la modificación del cuadro clínico. 2) En cuanto a la estructura de la personalidad. 3) Impresión general del tratamiento. Nivel de productividad y curso que está siguiendo. 4) ¿Se imagina “sano” al paciente? ¿Cuál serían las características esenciales de esa imagen? 5) ¿Qué desearía conocer el terapeuta a través del protocolo?

6º. IMPRESIÓN DEL “FAMILIAR PRÓXIMO”: 1) En cuanto a la modificación del cuadro clínico. 2) En cuanto a la estructura de la personalidad. 3) En cuanto a la posibilidad de que haga vida “normal” y nivel de productividad.

(La siguiente parte del PET figura en una hoja adicional e independiente del anterior formato.)

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN TERAPÉUTICA. Terapeuta Dr,.. Nombre. Fecha.

7º. IMPRESIÓN POR PARTE DEL TERAPEUTA: 1) En relación con el cuadro clínico. 2) En relación con la estructura de carácter y la personalidad. 3) Situación del tratamiento: a) Situación transferencial predominante. b) Vivencia contratransferencial predominante. c) Impresión general del tratamiento y productividad del mismo. ¿Posibilidades para el futuro? 3) ¿Se imagina “sano” al paciente? ¿Cuál serían las características esenciales de esa imagen?

NOTAS

- (1) J. BLEGER, *“Criterios de curación y objetivos del psicoanálisis”*. Trabajo presentado con carácter póstumo al IX Congreso Latino Americano de Psicoanálisis. Caracas, 1972.
- (2) J. BLEGER, o. cit. en nota 1.
- (3) E. GLOVER, *Technique de la Psychoanalyse*, 1.ª edición. Ed. Press Univ. de France. Paris, 1958.
- (4) H. KESSELMAN, *Psicoterapia breve*, 2. edición. Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1972.
- (5) S. NACHT, *“Guérir avec Freud”*, Traducción castellana, *“Curar con Freud”*. 1.ª edición. Ed. Fundamentos, Madrid, 1972.
- (6) Considera el autor que el logro de una identidad definida es experimentada como “peligroso”, por el movimiento de envidia que suscita en el “otro”. G. DEVEREUX, *“La renonciation à l’identité: défense contre l’anéantissement”*. Rev. Fran. de Psych. 1. XXXI. 1967.
- (7) Una amplia bibliografía sobre el tema, se cita en el trabajo de D. E. SCHECTER, *“Identification and Individuation”*. Jour. Ame. Psych. Ass. 1. XVI. 1968.
- (8) D. E. SCHECTER, Ob. cit. en nota 7.
- (9) M. BALINT, *“Amour primaire et Technique Psychoanalytique”*. Título original *“Primary Love and Psycho analytic Technique”*. 1ª. edición. Ed. Payot, París, 1972.
- (10) J. BLEGER, *“Simbiosis y ambigüedad”*. 1ª. edición. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1972.

- (11) D. H. MALAN, *A Study of Brief Psychotherapy. Traducción castellana, Psicoterapia Breve. 1.ª edición. Ed. América Latina. Buenos Aires, 1974.*
- (12) L. GRINBERG, *Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico. 1.ª edición. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1963.*
- (13) H. KOHUT, “*Formas y transformaciones del narcisismo*”. *Rev. Psicoanálisis. 2. XXVI 1969.*
- (14) M. BALINT, *The Basic Fault. Traducción francesa, Le Défaut Fondamental. 1.ª edición. Ed. Payot. Paris 1971.*
- (15) M. KLEIN, “*Envidia y gratitud*”, en *Las emociones básicas del hombre. 1.ª edición. Ed. Nova. Buenos Aires, 1960.*
- (16) A. GALLEGO y J. L. LLEDO “*El proceso de la cura en psicoterapia*” *XIII Cong. Nacional de Neuropsiquiatría. Mérida, 1975.*
- (17) D. LIBERMAN, “*La Comunicación en terapéutica psicoanalítica*”. 2.ª edición. Ed. Eudeba. Buenos Aires, 1966.
- (18) A. GALLEGO, “*La esperanza de curación*” y *el proceso de elaboración*”. *II “Workshop” del Forum Int. de Psicoanálisis. Madrid, 1970.*
- (19) E. FROMM, *The Heart of Man. Traducción castellana, El corazón del hombre. 2.ª edición. Ed. Fondo de Cult. México, 1967.*
- (20) M. P. SELVINI, *L’anoressia Mentale. 1.ª edición. Ed. Feltrinelli. Milán, 1963.*
- (21) J. R. PAZ *Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos. 2.ª edición. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1973.*
- (22) R. LAFORGE, *Psychopathologie de l’échec. 3.ª edición. Ed. Mont Blanc. Ginebra, 1950.*
- (23) H. KESSELMAN, *ob. cit. en nota 4.*
- (24) A. GALLEGO, *ob. cit. en nota 18.*