

# EL DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO: ASPECTOS CONCEPTUALES<sup>1</sup>

Carmen Maganto Mateo<sup>2</sup> y Alejandro Ávila Espada<sup>3</sup>

## RESUMEN

Se revisa el concepto de psicodiagnóstico basado en las teorías psicoanalíticas y el modelo psicodinámico de ellas derivado, los presupuestos teóricos en los que se sustenta, la metodología diagnóstica e instrumental que utiliza y las razones para la misma. Se describen los principales avances en nosologías psicopatológicas coherentes con las teorías psicoanalíticas. Se analizan las líneas de futuro en los tres frentes anteriores: principios conceptuales, técnicas de evaluación e investigación, así como la integración con otros modelos teóricos actuales. Finalmente se señalan las limitaciones intrínsecas al modelo psicodinámico.

PALABRAS CLAVE: Psicodiagnóstico, técnicas proyectivas, psicoanálisis, adultos, clasificación psicopatológica.

## SUMMARY

The psychoanalytical concept of psychodiagnosis and the derived psychodynamic model are revised. It is explained the theoretical basis of this model, their methodological techniques and diagnostic procedures and the reason for making use of them. Recent developments derived from psychoanalytic contributions concerning classification in psychopathology are described. There is also a perspective of the future about psychodiagnostic research on this model and the integration with another conceptual frameworks. Finally, it is pointed out the inherent limitations of the psychodynamic theory.

KEY WORDS: Psychodiagnosis, projective techniques, psychoanalysis, adults, psychopathological classification.

English Title: PSYCHODYNAMIC DIAGNOSIS: CONCEPTUAL FRAMEWORK

## INTRODUCCIÓN

El psicoanálisis surgió como una aproximación psicológica a la comprensión y explicación del comportamiento humano normal y patológico a través de la constante interrogación que Freud hace sobre lo psíquico, dando lugar a un método de investigación, una clínica y una teoría. A lo largo del siglo de historia que ya ha cumplido, desde el psicoanálisis se han producido permanentes contribuciones que han venido enriqueciendo y transformando la escena clínica y en particular la diagnóstica, tanto a nivel teórico aportando modelos para comprender el origen y la dinámica de los trastornos, ubicándolos estructuralmente en una teoría descriptiva del sujeto y posibilitando el desarrollo de nosologías propias, como instrumentalmente al ofrecer las bases para el desarrollo de una amplia variedad de técnicas de evaluación que han contribuido a enriquecer la escena psicodiagnóstica. El modelo psicoanalítico es especialmente rico para la generación de hipótesis que interesan al clínico que quiere contar con una visión del sujeto en la que el comportamiento funcional y disfuncional está integrado en una perspectiva estructural e integradora del ser humano total con el que interviene.

La historia del psicoanálisis, y de los planteamientos diagnósticos a él asociados es muy extensa y se han ocupado de ella numerosos autores, tanto de desde una perspectiva general como por sus acentos en nuestro entorno (Kline, 1973; Ávila-Espada, 1979; Ávila, Jiménez y cols., 1992; Shapiro, 1989; Muñoz, 1990; Forns, Kirchner y Torres, 1991; Gabbard, 1994;

<sup>1</sup> Referencia de la publicación: MAGANTO-MATEO, C. & ÁVILA-ESPADA, A. (1999). El diagnóstico psicodinámico. Aspectos conceptuales. *Clínica y Salud*, Año IX, 10, (3), 287-330. El diagnóstico psicodinámico. Aspectos conceptuales. [Psychodynamic diagnosis. Conceptual framework]

<sup>2</sup> Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco.

<sup>3</sup> Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.

Sánchez-Barranco, 1996). Un resumen de este recorrido histórico puede ser esbozado en las siguientes etapas: a) formalización del “núcleo duro” de la teoría psicoanalítica en torno a los principales postulados freudianos, que incluyen una visión divalente del valor del diagnóstico; b) expansión y difusión internacional, a la par que se inicia el surgimiento de teorías postfreudianas y disidencias; c) interés por el diagnóstico basado en la exploración psicológica mediante técnicas de evaluación, en su mayor parte no basadas propiamente en la teoría psicoanalítica; d) crisis y nuevo rechazo del diagnóstico por posiciones radicales dentro del psicoanálisis; e) finalmente renovación de los planteamientos y métodos de diagnóstico, con especial énfasis en el desarrollo de sistemas nosológicos propios y nuevas técnicas construidas desde las teorías psicoanalíticas actualmente vigentes. No siendo nuestra intención hacer un minucioso recorrido histórico, la mención a las implicaciones y ejemplos característicos de estas etapas se incorpora en los epígrafes que siguen.

Las posturas teóricas sustentadas dentro del psicoanálisis han sido y son muy variadas, y precisamente por ello se hace necesario clarificar cuales son los ejes conceptuales que sustentan el modelo, ubicando en ellos la problemática de la evaluación y diagnóstico. La adhesión acrítica al modelo trazado por Freud y las perspectivas de plena integración con otros modelos teóricos (Wachtel, 1977; Elderyi, 1985; Ollendick y Hersen, 1998) en función del contexto de intervención y las variables socioculturales del momento serían las dos posiciones más extremas entre un abanico de posibilidades. Factores externos como la convivencia e integración con otras disciplinas que operan con puntos de vista diferentes sobre lo humano, la salud y la enfermedad, unido a factores internos como la propia disciplina de trabajo, estudio, reflexión y autocrítica de la comunidad psicoanalítica, ha operado transformaciones en la teoría y clínica psicoanalítica dando lugar a que surjan formas nuevas de entender el trabajo clínico con las personas. Ambos aspectos son importantes porque la integración sin reflexión crítica confundiría y haría perder identidad, pero la conservación a ultranza de los postulados iniciales bajo una pretendida fidelidad, como dice Schutt (1991), transformaría en dogma de fe postulados discutibles. Por ello podemos afirmar que en la actualidad la teoría psicoanalítica ha permanecido fiel a sí misma en los principios básicos, pero ha incorporado aquellos «saberes» que otras ciencias con las que convive aportan a su propio saber. El modelo psicodinámico del diagnóstico que resulta de esta tradición, debe entenderse desde esta perspectiva de enriquecimiento y transformación en base al diálogo interdisciplinar.

Abordaremos los siguientes apartados.

- a) Presupuestos conceptuales del modelo psicodinámico.
- b) El diagnóstico desde el modelo dinámico.
- c) Metodología y técnicas diagnósticas.
- d) Perspectivas del psicodiagnóstico dinámico

### **PRESUPUESTOS CONCEPTUALES DEL MODELO PSICODINÁMICO**

Trazaremos aquí una síntesis de las principales bases conceptuales, necesaria por la ambigüedad con que se usan ciertos términos. El *psicoanálisis* tiene un corpus teórico con entidad propia y una técnica muy específica (el tratamiento psicoanalítico convencional), mientras que bajo la etiqueta de modelo psicodinámico se da la convergencia de modelos teóricos explicativos de base psicoanalítica, en los que el psicoanálisis es el marco conceptual básico, pero no la única teoría conceptual explicativa de su quehacer clínico, ni sus técnicas se ajustan a las propias del tratamiento psicoanalítico convencional. La distinción que estamos trazando excluye entrar en la polémica entre lo que es propiamente psicoanalítico y lo que no, y acepta como idea de trabajo la diferencia entre el psicoanálisis como método de autodescubrimiento y abordaje al inconsciente que se efectúa en una relación singular y las amplias y muy variadas intervenciones clínicas y comunitarias que desarrollan los clínicos con formación psicoanalítica, y que rotularemos como psicodinámicas. Pero no aceptamos un uso muy amplio del término psicodinámico que incluya los abordajes humanistas, fenomenológicos, existencialistas, rogerianos o incluso sistémicos. El término *psicodinámico* queda para nosotros restringido a todo lo basado y derivado principalmente –aunque no exclusivamente– del psicoanálisis, y que queda bien reflejado en la expresión “de orientación psicoanalítica”.

Siguiendo y desarrollando la idea de Russ (1998), las principales diferencias entre modelo psicoanalítico y modelo psicodinámico son las siguientes:

|   | MODELO PSICOANALITICO   | MODELO PSICODINAMICO<br>(o de Orientación Psicoanalítica)   |
|---|---|---|
| <i>Concepto de cambio</i>                 | Se define a nivel estructural por la integración de niveles de organización estructural de la personalidad, cualitativamente más evolucionados. | Delimitado por el trabajo sucesivo para la obtención de logros funcionales y estructurales en torno a uno o varios "focos" o ciertas áreas.                         |
| <i>Duración usual del trabajo clínico</i> | Más de 5 años.  | Indeterminada, tanto en periodos breves ajustados al foco escogido y con límites derivados del contexto de intervención, o en periodos más extensos (2 o más años). |
| <i>Intensidad del tratamiento</i>         | 3 a 5 sesiones por semana.  | 1 a 2 sesiones por semana.  |
| <i>Formación requerida al clínico</i>     | Formación psicoanalítica, superior a 8 años.  | Formación psicoterapéutica de orientación psicoanalítica: 4 años.   |
| <i>Actitud del clínico en la relación</i> | Actitud analítica, «pasiva», neutra, no directiva, «atención flotante» ...  | Según los casos, más activa, directiva y focalizada, pero conservando los límites éticos del trabajo analítico.   |
| <i>Objetivo</i>                           | Conocer los orígenes de los problemas/conflictos y explicar el funcionamiento personal inconscientemente sobredeterminado.                      | Comprender y cambiar los síntomas incapacitantes y atender a necesidades estructurales del sujeto que son deficitarias.   |
| <i>Marco conceptual</i>                   | Exclusivamente psicoanalítico.  | Psicoanalítico, pero más flexible, integrando otras perspectivas teóricas tanto del psicoanálisis como relacionadas.  |

Aunque aparentemente las diferencias pueden tener importancia, sin embargo los aspectos comunes son indudablemente más relevantes como rasgos de identidad compartidos. Los presupuestos conceptuales teóricos y técnicos comunes se han mantenido a lo largo de sus más de 100 años de historia, y a pesar de las controversias, críticas y reformulaciones que fuera y dentro de la comunidad psicoanalítica han existido. Estos presupuestos conceptuales son los que sirven de base teórica y teórico-técnica al diagnóstico psicodinámico, y por ello, antes de pasar propiamente a explicar el concepto de diagnóstico, conviene que revisemos sus presupuestos conceptuales. Son los siguientes:

a) *La unión de teoría y práctica.* Este es un aspecto fundamental desde sus orígenes. El psicoanálisis es una teoría, un método y una técnica, que en todos sus niveles implica una articulación teórico-práctica, de lo contrario se convierte en un discurso dogmático alejado de la práctica o en una práctica ritualizada disociada de la teoría. Hasta en los escritos más teóricos y aparentemente especulativos de Freud hay siempre una referencia explícita o implícita a la práctica (Schutt, 1991). El modelo psicodinámico mantiene esta misma vinculación en el trabajo clínico.

b) *El por qué del síntoma o la causa del malestar.* El psicoanálisis es un modelo clínico basado en la psicopatología, en el trastorno y el malestar psíquico, es decir, fuertemente vinculado en su historia a un quehacer que busca las causas del "trastorno" como explicación científica de los hechos clínicos. Entre sus limitaciones, aceptadas en la actualidad como inherentes al propio modelo (Tizón, 1995) están el no ser un modelo que se plantea la prevención. Es más, considera que puede ser inútil su esfuerzo. Sin embargo plantea desde su constructo teórico la *promoción de la salud*, concepto éste que difiere del anterior en aspectos significativos y que no vamos a abordar en esta ocasión.

c) *El concepto de infancia* como tiempo en el que se integra la estructura del sujeto. En el concepto de infancia se integran cuatro aspectos claves para el psicoanálisis: estructura, sexualidad infantil, trauma y neurosis. Consideramos de interés detenernos en este aspecto por la importancia que tiene en la teoría psicoanalítica. En la infancia está el origen estructural de los trastornos, el desarrollo de la sexualidad infantil y sus implicaciones, las experiencias con las figuras significativas y la matriz de la posterior transferencia. La conceptualización de la infancia es la piedra de toque para la aceptación o las resistencias al psicoanálisis.

La infancia es concebida desde un parámetro diferente al de otros modelos teóricos. Ésta se entiende (Bleichmar, 1996) como el tiempo de estructuración del aparato psíquico, a través de la construcción del vínculo intersubjetivo mediante la relación con la madre-ambiente y el espacio potencial que ésta genera para el desarrollo (Winnicott, 1965). La infancia para el psicoanálisis no es un concepto cronológico, en el sentido de etapas de evolución en el

desarrollo, aunque haya unos momentos de seriación temporal, sino de posiciones diferenciadoras que expresan momentos estructurales, modos de integrar el Sí mismo y situarse ante el Otro. Para Freud las posiciones tienen que ver con los momentos de satisfacción vinculados a zonas de desarrollo que estructuran el significado de la relación, si bien las fases de la libido es una de las cuestiones teóricas que en psicoanálisis requieren revisión a la luz de los conocimientos actuales sobre el desarrollo psicológico.

El psicoanálisis no considera la infancia desde una perspectiva cronológica, pero esto no significa que para el psicoanálisis y el modelo psicodinámico la temporalidad y secuenciación del desarrollo no sea importante. A diferencia de los modelos esencialmente biologicistas, madurativos o sociológicos pone su eje en completar una comprensión del sujeto que pivota sobre lo psíquico-estructural, aunque toma las aportaciones que hacen esas otras perspectivas.

Las propuestas de Lacan (1966), al reactualizar el pensamiento freudiano, sugieren especialmente dos momentos bien diferenciados en el desarrollo de la subjetividad: el *Estadio del Espejo*, como momento fundante en la diferenciación del yo y del otro, lo que constituye la relación imaginaria, y la *Función del Padre* actuada en el complejo de Edipo, y constituyente de la función simbólica. Siguiendo a Catalá (1991) sabemos que en los primeros momentos de la vida el niño y su madre constituyen una unidad de percepción en la que inicialmente no hay diferencia. La repetida experiencia de «presencia - ausencia» permite adquirir la percepción de dos, la diferencia entre uno y otro, la progresiva identidad diferenciadora.

Este sujeto que nace por el deseo del Otro es un sujeto inserto en lo «real», aunque está en el simbólico (lenguaje) de los padres. Eso supone que es «significado», etiquetado, por otro con su lenguaje. De ese modo el otro le proporciona la dimensión «imaginaria»: debe de tener hambre, llora porque tiene frío... Progresivamente entra en el «lenguaje», en la cultura, en lo que se ha denominado el nivel «simbólico».

Ese primer momento de unidad indiferenciada se supone como una relación en la que la madre proporciona al niño todo lo que éste le pide. En el momento en que el niño necesita algo y la madre no acude, o se retrasa, es decir, cuando por cualquier razón no hay respuesta inmediata aparece un intervalo entre la demanda del niño y su satisfacción, aparece la ausencia, la falla materna (Winnicott, 1958, 1965), el otro no está, está separado. El niño puede darse cuenta de que eso que le viene le viene del otro: alimentación, cuidados, protección. «Así no es por la presencia que sepamos de la ausencia, sino porque hubo ausencia en algún momento, sabemos de la presencia» (Catalá, 1991 p. 17). Y porque no hay un objeto que nos complete totalmente es por lo que podemos desear, pero es también por lo que aparece la frustración. El deseo se dirigirá interminablemente, tal como comprobamos cada día en nuestra existencia, de un objeto a otro y a otro, y a otro... con el deseo de sentir la completud.

El estadio del espejo configura la subjetividad humana. En ese lugar donde se reflejan las cosas, una imagen se privilegia sobre las demás: su propia imagen que desde el espejo le mira. Esta escena de dos, la imagen del espejo que le mira y él, produce efectos de estructura. Su vivencia previa de ser fragmentado y parcializado, se vuelve totalizadora, globalizante, unificante. Además, la madre que aparece para introducirle en el lenguaje y decirle «ese del espejo eres tú», le propicia el reconocimiento entre el otro y él mismo. De este modo, para el psicoanálisis, la configuración de la imagen humana se realiza por la intervención del otro. Ese otro completo del espejo permite la identificación primera, elicitando llegar a ser ese otro que ahora no es. Es el inicio de la agresividad entendida como la rivalidad consigo mismo. Para lograr ser ese ser completo que la mirada le devuelve y la palabra le confirma, debe dejar de ser ese ser fragmentado que es, se tiene que perder la dimensión en que ahora se experimenta. Constituirse en ese otro, a partir de otro, lleva siempre una pérdida, se paga un precio. Pero hay además dos factores que se vinculan a la estructura de este estadio: la envidia (Klein, 1975) y los celos. La envidia encuentra su basamento en la mirada, en la visión de algo que se desea y no se tiene. Ese ver al otro como ser completo llena de regocijo en un primer momento, pero la fascinación que produce deja «paralizado» al niño, lo inmoviliza. De la «función escópica proviene el deseo de ser o tener lo que el otro es o tiene. Mirada y fascinación van unidos a la envidia» (Catalá, 1991). La salida de la identificación imaginaria ocurre cuando la mirada del niño se vuelva a otro lugar, a otra cosa, cuando su deseo se dirija a desear algo más allá de su imagen. Es el paso a la «terceridad», si se puede llamar así. La madre mira a otra cosa porque desea algo más que su propio hijo, y el niño mira a otro lugar porque quiere saber cuál es el deseo de la madre, quién es ese otro que la madre desea. Así, los celos, rompen la relación especular, dual, y permiten salir de la identificación primaria. Es este uno de los factores que preludian el estadio del complejo de Edipo (Catalá, 1991).

El Edipo puede definirse como un universal que hace estructura. Hay que pensarlo como lo prohibido frente a un objeto. Hace estructura porque coloca lo prohibido en la constitución del sujeto humano. En este sentido es universal. Aunque no en todas las culturas sea la madre lo prohibido, siempre hay algo que lo está para la constitución de sujeto frente a esa prohibición. No vamos a desarrollar aquí el devenir del complejo de Edipo y sus vicisitudes y salidas, pero sí apuntar los rasgos que intervienen en la propia constitución de estructura. La función materna y paterna (no el padre y madre reales) intervienen en su devenir, el hijo como función de ambos es el tercer elemento, y la función del falo-poder (no el pene, ni el clítoris, ni ningún órgano) es el cuarto elemento que cuandragula la estructura, y que funciona como un eje organizador alrededor del cual se ordenan todos los intercambios. Es el elemento que organiza, estructura, marca diferencias por presencia y ausencia. La ausencia señala la falta, la castración, la limitación humana. La posición ante ésta estructura al sujeto. Esta función paterna, es esencial para la estructuración del mundo simbólico, y el que permite la salida de la fascinación del espejo y de la creencia en la omnipotencia materna, que Winnicott (1958, 1965) propuso desde el lado materno como la importancia de ciertas fallas en el sostenimiento materno para hacer viable el desarrollo.

Decimos posiciones estructurantes porque las diferencias de estructura provienen de aquí. Si la función paterna no «funciona», la *psicosis*<sup>ii</sup> es la estructura. Si actúa, la *neurosis* deviene como estructura básica. Si la *perversión* es la estructura, significa que, en esa estructura que se rige en el «como si», algo organiza la función paterna, pero no es propiamente tal. Algunos prefieren llamarla estructura *límite*, a caballo entre neurosis y psicosis, tema éste controvertido en la literatura e investigación clínica actual. Por lo que a la infancia respecta, la *fobia* sería ese paso anterior a la constitución de una estructura neurótica, pudiendo identificarse como el paso previo a las posiciones estructurantes del proceso nombrado como «complejo de Edipo».

Para concluir, siguiendo a Bleichmar, y desde la perspectiva actual del psicoanálisis la infancia puede definirse en los siguientes términos: «la infancia es el tiempo de la instauración de la sexualidad humana, y de la constitución de los grandes movimientos que organizan sus destinos en el interior de un aparato psíquico destinado al «après coup, abierto a nuevas resignificaciones y en vías de transformación hacia nuevos niveles de complejización posible» (Bleichmar, 1996. p. 132).

d) La *sexualidad infantil*. El origen de la vida y la diferencia de los sexos son cuestiones primordiales (Grinberg, 1997). Las teorías sexuales que elabora el niño/a tienen los errores propios de una observación incompleta y de la incomprensión de lo observado, así como de la proyección de sus iniciales experiencias en la interpretación de los datos.

La sexualidad está en la base del desarrollo evolutivo en el psicoanálisis, entendida ésta no como genitalidad, sino ampliada al interés por todas las zonas erógenas que articulan el binomio deseo-placer propuesto en un sentido amplio, y que evoluciona en sus formas de definición y satisfacción a través de la conformación de la relación de objeto. El choque de estas ideas con la cultura de su tiempo produjo un rechazo ideológico de sus teorías. También en la actualidad existen serias resistencias a admitir la sexualidad en el origen del desarrollo del sujeto humano, a entender ésta como un aspecto estructurante de la psicología del sujeto, y a concebir la neurosis como constituida por un trauma de origen sexual infantil, donde el niño pasó de ser concebido como un «angelito» a ser pensado como un «perverso polimorfo».

La idea del «polimorfismo perverso infantil» se toma de forma ingenua, para poder digerir su significado, pero no hay duda de que existe desde la infancia la posibilidad de estructuraciones perversas que se manifiestan de forma más evidente en la vida adulta. Como ya expuso Freud al tratar el tema de las «Pulsiones y el destino de la pulsión» (Freud, 1915), existen cuatro vías preferentes para dar salida a las mismas: vuelta contra la propia persona, transformación en lo contrario, represión y sublimación. Sin embargo, que exista una «disposición originaria y universal de la pulsión sexual a la perversión, no puede homologarse con el ejercicio de la perversión por parte del «infantil sujeto», el cual puede devenir un perverso, siempre y cuando las condiciones de su crianza, que lo someten al adulto, lo lleve en esa dirección» (Bleichmar, 1996, p. 115). En realidad lo que define la perversión es la posición del sujeto frente a la misma, es la resultante de una posición en la que lo que debería estar reprimido no lo está. Y para explicar esto el criterio cronológico es claramente insuficiente, porque uno no puede preguntarse cuánto tiempo es necesario para que un sujeto adquiriera la función de sentir asco, repugnancia, rechazo a sus propias heces en lugar de placer en la manipulación de las mismas, o de satisfacción y goce en lugar de compasión o pena al infringir daño a un compañero.

En la infancia la pulsión tiene entre otros destinos la represión, y ésta se convierte en motor del progreso psíquico, aunque a su vez la misma conlleva la instalación en el inconsciente de dicha pulsión y de los contenidos específicos de la misma. Sólo el «après coup» hará posible el carácter prohibido de las experiencias pulsionales infantiles. Por ello, el inconsciente es inseparable de lo pulsional y de lo sexual, que, como anteriormente se indicó, afectan a la estructura del sujeto. En este ejercicio de represión el modo y el cuántum, entre otros factores, afectan a la amnesia infantil. Por ello, «la práctica analítica tratará, por una parte, de hacer consciente lo inconsciente, y por otra, de rellenar las lagunas mnésicas. Y esto tiene su razón de ser por la importancia de considerar el inconsciente como producto de inscripciones desde lo histórico vivencial, de origen traumático y exógeno» (Bleichmar, 1996 pag. 119).

e) El concepto de trauma y su vinculación con la neurosis. Freud sostuvo (1926), expresado en términos muy concisos, que algún acontecimiento de carácter sexual en la vida del niño produjo un trauma, y que éste es el origen, la causa, de la neurosis. El particular trauma y/o la particular manera de procesarlo (pensarlo, reprimirlo, olvidarlo, transformarlo en lo contrario, fantasearlo, negarlo, idealizarlo, etc.) ocasiona la especificidad del sujeto y la necesidad de su análisis (trabajo clínico) personal para elaborarlo. Este trauma se configura como una escena, y esta escena, aunque se cuente en una simple frase, es susceptible de ser dramatizada y representada. La forma visual de la misma ocupa un espacio en el recuerdo. En esa escena se articula tanto el deseo inconsciente como las defensas o la represión.

El modo de abordar clínicamente el trauma infantil ha sido objeto de modificaciones e innovaciones en función de múltiples variables. La asociación libre es la vía por excelencia, pero las técnicas proyectivas vienen también, como veremos al hablar del diagnóstico, a cumplir esta función. Recientemente, por ejemplo, Miller (1996) ha aplicado al ámbito infantil las ideas de Kohut que revolucionaron la psicoterapia psicoanalítica en su momento. Demuestra, ejemplificándolo con casos clínicos, cómo cada niño tiene en sí mismo una poderosa fuerza creativa y curativa que empuja y tiende a la integración y maduración del yo, especialmente en su proceso de formación, en la infancia y adolescencia. Una revisión sobre los efectos de la rememorización del trauma, las vías de acceso al mismo, las diferencias entre ilusiones constructivas y verdaderos recuerdos, así como algunas orientaciones para futuros psicoterapeutas, ha sido planteado recientemente por Mollon (1998).

El concepto de neurosis tiene, por consiguiente un sustrato histórico, «implica el reconocimiento de que algo del pasado insiste en su carácter repetitivo y busca modos de ligazón y organización transicionales a partir de la constitución de un síntoma. Aquello del pasado que insiste no deja lugar a dudas en la teoría freudiana: se trata de algo «fijado, del orden del inconsciente, e inscrito en forma permanente a partir de la sexualidad infantil reprimida» (Bleichmar, 1996, pág. 113). Siguiendo a la misma autora, los síntomas que los padres definen como conflicto «con» el colegio, conflicto «con» los compañeros, «con» el aprendizaje, deberían nombrarse como conflictos «entre» representaciones amorosas y representaciones hostiles, «entre» representaciones competitivas y agresivas y representaciones inhibidas, «entre» deseos epistemofílicos y la inhibición por temor que imposibilita su ejercicio para el aprendizaje, etc.

f) El *concepto de síntoma y el funcionamiento inconsciente*. Aceptar la sexualidad infantil es aceptar también un modo de hacer síntomas. El concepto de síntoma está vinculado a una situación traumática infantil de origen sexual, y es entendido como expresión de lo reprimido. Por ello se contempla la «comprensión» del mismo desde la asunción del inconsciente. El síntoma expresa un deseo inconsciente que encuentra su vía de salida a través de la disfunción en el cuerpo, el pensamiento, el aprendizaje, las relaciones sociales, los hobbies, los ideales, el placer en las cosas, el deseo de crecer y de independizarse, etc. Al modelo psicodinámico le interesa y trabaja el doble registro de lo manifiesto y de lo latente (Szpilka, 1996), la queja manifiesta y el deseo inconsciente que la mantiene. Lo que se dice y lo que se oculta, porque lo que se disfraza, tapa, niega o transforma en lo contrario, al final produce el malestar que impele a pedir ayuda, a realizar una demanda, a solicitar un tratamiento.

La comprensión del síntoma no es sólo la descripción del mismo en categorías taxonómicas, sino que incluye las dimensiones de significado y estructura. Esto tendrá sus consecuencias a la hora de «etiquetar» una conclusión diagnóstica, como veremos más adelante. El síntoma es un lenguaje simbólico con el que se expresa que hay un malestar.

Además cada cultura genera sus propios «malestares». Ya lo apuntó Freud en el «Malestar en la Cultura» (1930). Por ello los síntomas cambian, aparecen con expresiones distintas e incluso desaparecen unos y aparecen otros. Los índices de prevalencia e incidencia cambian en función de las épocas y en función de las culturas en una misma época.

Sabiendo que, como dice Sales (1995), no hay cultura sin malestar, pero no todo malestar es una enfermedad, el diagnóstico está al servicio de conocer los malestares de la cultura que nos toca vivir y las respuestas que en la sociedad se propugnan. Debido a que en nuestro momento «cultural» actual el médico de atención primaria recibe las «quejas» de dicho malestar, la medicalización de la salud mental se ha incrementado, y desde el biologicismo se da respuesta a dicho malestar. La farmacología es la respuesta al síntoma. Y por eso es crucial no reducir el diagnóstico a lo médico sino considerar los dos planos: biológico y psicológico, ambos expresados socialmente.

Los estudios llevados a cabo con los síntomas del malestar actual, abuso y maltrato físico y sexual, los trastornos de alimentación, los desórdenes de la personalidad antisocial, los problemas de violencia juvenil o racismo, las adicciones en cualquiera de sus manifestaciones, el cáncer, el SIDA... han sido objeto de trabajos empíricos desde esta perspectiva teórica y el modo de abordaje clínico ha demostrado ser de utilidad tanto a nivel diagnóstico como terapéutico.

Por último, el concepto de síntoma lleva implícito el de causalidad. Buscar y conocer el origen del trastorno y promover su erradicación o modificación esencial es la motivación primigenia del corpus teórico y el cimiento que establece la relación terapéutica. Conocer las causas de los hechos clínicos es al diagnóstico como promover el cambio es a la psicoterapia. Así pues, tratándose de plantear qué diagnóstico y para qué en el modelo dinámico, el primer rasgo de identidad es el de la causalidad de los hechos, el origen del trastorno, el rastreo del por qué de los síntomas. Dejar hablar a los síntomas y no enmudecerlos prematuramente posibilita llegar a los núcleos conflictivos del sujeto y a las fallas por déficit en la integración de la identidad.

g) La *transferencia*. Se considera una herramienta de trabajo común al psicoanálisis y al modelo psicodinámico. Se entiende por tal la repetición, por actualización, de los deseos o conflictos inconscientes y fallas en los vínculos fundantes con las figuras significativas en el proceso de construcción e integración del Sí mismo. Hay un consenso en considerar la transferencia como la actualización en el aquí y ahora (con el profesional) de los vínculos intersubjetivos más significativos, a través los cuales la psicopatología se organiza y expresa. Estudios empíricos han mostrado la importancia del trabajo clínico realizado a partir del análisis de la transferencia y contratransferencia para la continuación del proceso de integración del Self, reduciéndose el funcionamiento del falso Self y la producción de síntomas en los planos cognitivo, emocional e interpersonal. Esto es posible al trabajar procesos inconscientes a través de las actuaciones transferenciales que ya muestran los niños en tratamiento (Cohen, 1997). En la relación con el sujeto la transferencia mediatiza y orienta el trabajo clínico. La interpretación que de ésta realiza el profesional moviliza la represión y posibilita la toma de conciencia del verdadero conflicto. Y el plano de la contratransferencia (Aburto y cols, 1999) nos permite considerar tanto el valor como la interferencia de la subjetividad del clínico en su relación con el sujeto al que diagnostica y con el que interviene.

### **EL DIAGNÓSTICO DESDE EL MODELO DINÁMICO.**

Entre las características propias del diagnóstico en el modelo psicodinámico están las siguientes:

a) *El diagnóstico como conclusión*. Gómez-Franco (1996) plantea que el diagnóstico es una conclusión, que implica un procedimiento para llegar a ella. En el inicio existe una demanda y la demanda es una queja. La diferencia entre el modelo psicodinámico y los demás modelos es que para los segundos se escucha la demanda como síntoma. El sumatorio de síntomas y la combinación de los mismos deciden la conclusión diagnóstica nosológica, de acuerdo al manual de uso en vigor. Se pregunta por los síntomas para etiquetarlos e intervenir sobre ellos directamente. Para el modelo dinámico el síntoma no es concluyente, aunque sí importante. Refleja tanto el malestar de la cultura actual como el malestar particular de un sujeto. Por ello, hay que permitir que el paciente hable del síntoma, que habla a su vez del sujeto que lo expresa. Solo cuando el síntoma es parte central de la estructura pasa a ser foco de atención en sí mismo, como sucede en los cuadros psicopatológicos graves que se manifiestan en las organizaciones límite y psicótica de la personalidad.

b) *Diagnóstico de estructura*. El diagnóstico en la comunidad psicoanalítica y psicodinámica ha tenido siempre una considerable importancia. Se realiza en dos momentos esenciales: el momento inicial para orientar el trabajo clínico, donde se concluye con un *diagnóstico de*

estructura, y un momento procesual, *diagnóstico como proceso*, en el que la tarea diagnóstica es de permanente confirmación y reelaboración mientras se trabaja terapéuticamente con el paciente. Este diagnóstico de proceso permite precisar y concluir sobre la particularidad del sujeto en dicha estructura. Ambos aspectos del diagnóstico tienen efectos subjetivos en el profesional. Por ejemplo, la etiqueta «psicosis» produce alerta, inhibe o invita al trabajo clínico, pero especialmente el diagnóstico específico tiene efectos en dicho profesional porque no sólo se concluye sobre la estructura de la persona, como dirá Soler (1996, p. 24) «sino sobre la estructura del material clínico que el paciente presenta». En este caso, sí merece la pena realizar un diagnóstico» porque es una permanente fuente de orientación sobre el consecutivo trabajo clínico.

c) *Diagnóstico idiográfico*. Los psicólogos orientados a la conducta suelen limitar su evaluación a las conductas que soportan las contingencias estudiadas. Los psicólogos de orientación familiar entienden los problemas como síntomas de un sistema familiar desestructurado. Los psicometristas piensan en términos de medición de rasgos en tests convenientemente estandarizados, mientras que el modelo que nos ocupa trabaja con la idea de una estructura de personalidad que sostiene los síntomas, por lo que privilegia las entrevistas libres o semi-estructuradas y las técnicas proyectivas por su carácter idiográfico, así como otras de método y propósito similar. El diagnóstico puede entenderse en tres sentidos. En un sentido estricto, *Diagnóstico Formal*, vendría a responder a las categorías vigentes de una clasificación nosológica actual, como puede ser la ICD-10 o bien la DSM-IV. En un sentido amplio, *Formulación Diagnóstica* haría relación a las conclusiones sobre la naturaleza o las causas de un problema. En un tercer sentido, *Proceso Diagnóstico*, se entendería como los procedimientos de obtener datos, las fuentes de los mismos, la manera en que los profesionales los combinan e integran y las inferencias que se concluyen de ellos (Achenbach, 1998). En el caso que nos ocupa, el interés prioritario estriba en el *Proceso Diagnóstico*, dándole especial relieve a la *Formulación Diagnóstica*, es decir a las causas del problema, y utilizando, como más adelante veremos, una taxonomía basada en la posición estructural del sujeto.

El foco de atención prioritaria es el propio sujeto, su singularidad e idiosincrasia. Los diagnósticos, como el trabajo terapéutico, devienen en lo que se ha denominado el «uno a uno» (Escrivá, 1997; Di Caccia, 1997). Por ello el interés es esencialmente idiográfico, para desde allí, interesarse por lo nomotético. Las leyes que explican el funcionamiento de la psicopatología y del tratamiento provienen del estudio de los casos clínicos, pero éstos concluyen en programas inequívocos y homogéneos para trabajar con el nuevo paciente con similar trastorno. Ni el diagnóstico ni la psicoterapia son paquetes de programas automáticamente aplicables a otro sujeto, como ocurre en otros modelos teóricos, no son, podríamos decir utilizando un símil actual, «Programas Dolly». La singularidad de cada sujeto ordena y articula la relación terapéutica. La conclusión diagnóstica a la que nos referíamos previamente define qué tipo de estructura tiene un sujeto, y la especificidad sintomatológica hace relación al diagnóstico psicopatológico idiográfico.

d) La *vinculación diagnóstico - tratamiento*. Esta es la respuesta del modelo psicoanalítico al para qué del diagnóstico, esta es su razón de ser. El diagnóstico orienta el trabajo clínico. Incluso las mismas técnicas instrumentales pueden ser utilizadas en ambos momentos del proceso, porque en definitiva el proceso es único. Hay una continua interrelación entre diagnóstico e intervención. Las entrevistas iniciales y las técnicas instrumentales se plantean como un momento de intervención terapéutica en sí mismo.

En la revisión que Ávila-Espada y cols. realizan (1994) sobre las perspectivas de la evaluación psicológica en España se indicaba ya este vínculo inseparable entre diagnóstico y tratamiento. Casualmente éste ha sido un punto objetado al psicoanálisis, bien la ausencia de diagnóstico o la falta de relación del tratamiento con el mismo, criticándolo por realizar un diagnóstico desligado del tratamiento. Cabe pensar que el opina así opina no conoce el psicoanálisis si no a través de una lectura parcial de los textos o que no tiene experiencia del mismo. Como dice Baldiz (1996) es necesario si quiera el establecimiento de una hipótesis como condición necesaria para el inicio de un tratamiento, que guíe el trabajo posterior en el que dicha hipótesis debe ser confirmada.

En el modelo psicodinámico la focalización de los problemas, la mayor directividad en el proceso de evaluación y la brevedad de la intervención, , como ya indicamos, hace que haya un tiempo para la definición diagnóstica y un tiempo para la intervención, pero inclusive en



estos casos la evaluación no está ausente del proceso terapéutico y el proceso diagnóstico hace señalamientos de carácter terapéutico.

Esto nos lleva a hacer explícita la idea de que el tiempo del diagnóstico no se «acaba» en una valoración sintomática ni en una etiquetación de estructura, sino que a lo largo del trabajo clínico sigue la confirmación de cómo un sujeto ha articulado ambos aspectos. En su devenir histórico y en su situación actual. Por ello se habla con más frecuencia de trabajo clínico que de trabajo diagnóstico porque el primero incluye el proceso continuo de valoración diagnóstica y de intervención terapéutica.

e) El *diagnóstico sobre la «analizabilidad»*. Éste es un concepto utilizado para pronosticar hasta qué punto un paciente se beneficiará de un trabajo clínico de orientación psicodinámica. Una concepción clásica de “analizabilidad” concebida como cumplimiento o no de criterios definidos para aprovecharse con éxito del tratamiento, viene siendo sustituida por la idea de “Accesibilidad al tratamiento”, que implica tanto los criterios como las vías para promover que sujetos que inicialmente no son accesibles a la intervención, puedan llegar a serlo.

La evaluación de la analizabilidad/accesibilidad tiene más de una dimensión. Para Zimmerman (1982) es entendida desde dos puntos de vista complementarios: el punto de vista dinámico, basado en los datos obtenidos en las entrevistas preliminares, y el punto de vista genético, basado en los datos obtenidos de la primera infancia del sujeto a través del estudio de la calidad estructural de la relación que establece con el profesional. El objeto de este último es determinar hasta qué punto será viable promover los cambios psíquicos en el paciente.

En el constructo de analizabilidad están implícitos varios criterios clínicos que hacen referencia al sujeto. El trabajo diagnóstico (y terapéutico) exige del sujeto que reúna todos ellos al menos en alguna medida para ser considerado «analizable», es decir, sujeto para un encuadre psicodinámico. Éstos son:

- Experiencia de malestar psíquico, de sufrimiento, que se traduce en una *demanda personal*.
- Preguntarse por las causas de lo que le ocurre, incluida alguna “teoría” o “representación” sobre su malestar.
- Que el sujeto se sienta implicado o concernido por el problema. Significa la aceptación de que él o ella tiene algo que ver, alguna participación o responsabilidad en lo que le ocurre, aunque no esté claramente representada.
- Deseo de cambio y esperanza de recibir ayuda, que hace viable el establecimiento de un vínculo de confianza básica suficiente con el clínico.

f) Características del evaluador. Sugarman (1978) ya apuntó algunas de las características esenciales del evaluador que tiene en cuenta la condición de persona del evaluado. A esas características hay que añadir como foco de interés de la indagación psicodinámica haber construido a través de su formación una sensibilidad especial para detectar los efectos de estructura en el vínculo que ofrece el sujeto con el que interviene, manteniendo las exigencias éticas que caracterizan al encuadre psicodinámico: respeto a la persona y compromiso con el cambio que el sujeto busca.

## **METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS**

Cuando hablamos de metodología en psicoanálisis nos estamos refiriendo a un método específico, el método de conocimiento del inconsciente, para lo cual la técnica por excelencia es la asociación libre. En el modelo dinámico esta perspectiva se mantiene, pero se trabaja con otras técnicas que van más allá de lo verbal y que pretenden objetivos más focales. Toda técnica que, aunque susceptible de tratamiento psicométrico total o parcial, permite recoger respuestas subjetivas narrativas, expresivas o gráficas, puede ser utilizada desde el punto de vista psicodinámico. Los ejemplos clásicos son las entrevistas libres y semi-estructuradas, las muy variadas y diversas técnicas proyectivas, la autobiografía y documentos personales, y toda técnica de recogida de datos que utilice lenguaje natural del sujeto. Además los clínicos de orientación psicodinámica se sirven también de técnicas provenientes de otros modelos (p.e. cuestionarios psicométricos) para contrastar sus hipótesis de trabajo.

### **Técnicas Proyectivas**

Las técnicas proyectivas, aunque se usen en el marco de los avances metodológicos incorporados en las últimas décadas, implican para el clínico de orientación psicodinámica su

aprovechamiento como “reactivos” de entrevistas instrumentalizadas aptas para propiciar la asociación libre, el lenguaje simbólico y el conocimiento del mundo interno del sujeto. Son reactivos lo más ambiguos e indeterminados posibles, que eliciten que el sujeto hable, dibuje, construya o recree sus experiencias emocionales, sus conflictos, el mundo de sus relaciones, temores, sus ansiedades y sus expectativas y deseos de cambio. Son, por tanto, un método de estudio de la personalidad a través de un material escasamente estructurado.

Se basan en un concepto de proyección derivado de su acepción psicoanalítica, mecanismo que significa representar en el exterior contenidos del mundo interno del sujeto, y cuyo objetivo, como en los demás mecanismos de defensa, es aliviar la culpa, el dolor o la ansiedad. Su objetivo es explorar las áreas específicas de conflicto, la organización afectiva, las defensas, los fenómenos de transferencia, la motivación y potencialidad para el trabajo clínico y el cambio.

Las respuestas posibles reflejan la amplia gama de variaciones que se pueden dar y que van desde la expresión de un desarrollo e integración normal de la personalidad hasta la expresión de graves desorganizaciones patológicas. La discriminación entre normalidad/patología y la valoración conclusiva de las respuestas proviene de varios factores: de la técnica que se utiliza, de las propias variables del sujeto, y de factores provenientes del profesional.

Estas técnicas no pretenden evaluaciones cuantitativas de un aspecto concreto, como puede ser la inteligencia o la depresión, sino p.e. valoraciones cualitativas del modo de pensar, razonar, utilizar o bloquear el potencial cognitivo, así como del porqué y el modo que tiene un sujeto de sentir el dolor y la soledad frente a la pérdida de un objeto, al servicio de qué está ese sufrimiento, que beneficios obtiene del mismo y qué recursos tiene para salir de él. Por tanto debe seguir intentándose mejorar sus propiedades psicométricas (validez y fiabilidad) para dotarlas del mayor rigor posible, aunque su uso “cualitativo” será siempre la fuente de contenidos más útil. La progresiva psicometrización de estas técnicas en las dos últimas décadas ha aportado muchas ventajas a la hora de reducir sesgos de evaluación e interpretación, pero ha implicado perder parte de la «libertad de expresión» en y para las que fueron creadas. El equilibrio entre ambos aspectos requiere otras aproximaciones metodológicas que les doten del rigor que en algunos casos carecen. No olvidemos que el diagnóstico se basa en ellas para explorar y comprender conflictos internos, para establecer hipótesis, para trabajar con el sujeto sobre dichos conflictos, pero sería osado establecer una formulación diagnóstica sin otros recursos de obtención de información como pueden ser las entrevistas, la historia familiar, observación de interacciones y otras técnicas complementarias provenientes de otros modelos teóricos, que tienen como finalidad especificar cuantitativamente aspectos de la personalidad, desarrollo y comportamiento. No hagamos decir a las técnicas proyectivas aquello para lo que no fueron creadas y permitámosles expresar aquello para lo que fueron diseñadas.

El desarrollo y utilización de las técnicas proyectivas ha tenido vaivenes históricos. Ha habido una proliferación de técnicas de diversa índole especialmente entre los años 40 y 60 con una tasa alta de utilización de las mismas. A partir de los 80 de nuevo se ha producido un evidente incremento en su uso, como ha sido puesto de relieve por múltiples autores (Clark, 1995; Ávila-Espada, 1997), llevándose a cabo abundantes estudios empíricos en su uso clínico con pacientes. En cuanto a la clasificación de estas técnicas, su valoración y modo de interpretación, sus objetivos de evaluación y las propiedades psicométricas de las mismas, han sido objeto de varias revisiones (Ávila-Espada y cols., 1994, 1997; Ávila-Espada y Rodríguez, 1987, 1992; Ávila-Espada y Poch, 1994; Maganto, 1995a, 1995b). La técnica de Rorschach, el Test de Apercepción Temática y sus derivados y el test del Dibujo de la Figura Humana siguen siendo los ejes instrumentales en Técnicas Proyectivas.

### **Entrevista, autobiografía y documentos personales**

La entrevista es común a todos los modelos teóricos, pero el mayor grado de libertad que se otorga al sujeto para hablar, es propio del modelo dinámico. Ésta es entendida como relación, lenguaje de un lado y escucha del otro. En la interacción de ambas se construye el trabajo clínico. Desde un modo específico de escucha (atención flotante), se posibilita el análisis del lenguaje, la equivocación, el fallo, la repetición, así como el análisis del contenido. Crear el espacio para el lenguaje libre, sin trabas, posibilita la manera propia y personal de contar el malestar, el síntoma, la queja y el conflicto. Se considera la estrategia eje del diagnóstico de adultos (Ávila-Espada y Rodríguez, 1997). Recordemos que el fundador del psicoanálisis se

caracterizó por reconocer que los enfermos tenían que tener un protagonismo importante en el diálogo con el profesional (Samanes, 1996). Bleger (1977) definió las bases de la entrevista psicológica de orientación dinámica mediante su condición de escena diádica en la que se reproducen en la escena grupal con el clínico los vínculos significativos del sujeto.

Entre las formalizaciones técnicas de la entrevista de orientación psicodinámica destaca la *Entrevista estructural* (Kernberg, 1981). Se trata de una estrategia para la conducción de entrevistas orientadas a la determinación estructural de los estados psicopatológicos, de especial interés para la realización de las valoraciones previas a la indicación e iniciación de la psicoterapia psicoanalítica. Este dispositivo técnico se ha mostrado especialmente útil a la hora de valorar la accesibilidad al tratamiento de los casos con trastornos de la personalidad límites y narcisistas graves, si bien es utilizable en una gama de supuestos mucho más amplia. Podemos afirmar que el estilo de entrevistar semi-directivo es el eje en torno al que se organiza y articula la estrategia indagatoria en el modelo psicodinámico y en su investigación y clarificación técnica se han producido importantes avances en las últimas décadas (Chiland, 1983; Aguilar y cols., 1996; Aguilar, Oliva y Marzani, 1998).

Complementariamente a la entrevista, es frecuente la utilización de escritos autobiográficos y otros documentos personales del sujeto (Ávila-Espada, 1985) como estrategia que facilita la implicación del sujeto en su propia exploración y permite a la vez disponer de un material semi-proyectivo útil para la intervención, particularmente cuando está dirigida focal o estratégicamente.

### **Aportaciones psicodinámicas a la clasificación psicopatológica**

En la actualidad dos clasificaciones nosológicas son utilizadas a nivel internacional: las ICD y las DSM. Estas clasificaciones responden a criterios estadísticos de sumatorio y combinación de síntomas, en un tiempo e intensidad determinadas. Son guías diagnósticas que se reformulan en función de confirmaciones o refutaciones de investigaciones de intención experimental y de estudios controlados. Es perfectamente válida y útil su utilización para los fines a los que dirige. Los clínicos actuales, independientemente del modelo teórico al que se adscriban, pueden servirse de ella, y de hecho lo hacen, en su trabajo cotidiano. Sin embargo, el modelo psicodinámico considera que, además, se debe apuntar más allá: a la «comprensión» dinámica del síntoma del paciente para no plantear un trabajo terapéutico «a los síntomas del DSM», sino a un paciente concreto, idiosincrático, singular y único en su malestar.

La crítica que desde el modelo psicoanalítico se hace a estas guías es la de ser utilizadas como fines absolutos y no como medios para ser completadas con otras perspectivas. Se han convertido para muchos en una especie de esperanto de la salud mental, una lengua única que homogeneiza y que no da lugar a ningún saber más allá de la estadística (Gómez-Franco, 1996).

El problema de estas guías no es que sean exclusivamente categorías descriptivas, sino el concepto de salud mental que tras ellas se asoma. En el momento actual, la preocupación por la salud mental de la comunidad, y a la vez el gasto público que ésta conlleva, obliga a planes de reforma con un criterio prioritario: reducir gastos. La salud mental ha pasado a formar parte de una concepción más global, biopsicosocial según fue auspiciado por la OMS, pero del que sólo la primera parte se cumple. Hasta el punto de que la mediación o filtro de la Atención Primaria está ocasionando, como ocurre en Cataluña, una saturación de la Atención Primaria por consultas de Salud Mental (Sales, 1995). Así la psiquiatría mayor, las psicosis, sigue teniendo sus circuitos específicos asistenciales, pero la «psiquiatría menor» se ha convertido en salud pública. Es evidente que esto prioriza lo «bio» en detrimento de lo «psicosocial». La medicalización que conlleva ha sido denunciada en nuestro país por Tizón (1992) como una forma progresiva de cronificación y yatrogenia, ya que como consecuencia aumenta la dependencia de los servicios del aparato sanitario al reducir las capacidades elaborativas del paciente y no dotarle de recursos personales para su mejoría o cura. No son sino formas de dependencia y consumo que en otro orden de cosas también denuncia Sales (1995). «El peligro de la inadecuada utilización no se circunscribe sólo al ámbito de la salud mental, sino que son utilizadas dichas clasificaciones por expertos de compañías de seguros, bancos, tribunales, etc.» (Gómez-Franco, 1996, pág. 18)

¿Cuál es entonces la posición del psicoanálisis respecto a las clasificaciones?. Colette Soler (1996) realiza una excelente reflexión releando los textos clásicos de Freud y Lacan en relación a este tema. A su juicio, no son en absoluto reacios a utilizar nosologías descriptivas. Es más, apenas Lacan hizo comentarios a la aparición de las DSM de su tiempo. Según él, no

hay un salto cualitativo entre la nosología psiquiátrica clásica y la nosología actual. Ambas comparten la especificación de síntomas a nivel descriptivo. Lacan, como Freud, aceptan una clínica descriptiva, aunque su interés es construir la estructura de los tipos clínicos descriptivos (Soler, 1996).

Ir más allá de la nosología sintomática es apuntar a la estructura. El psicoanálisis y el modelo psicodinámico se preguntan por la estructura de funcionamiento del sujeto. Las estructuras, ya se ha indicado, provienen de la infancia, del modo de posicionamiento ante la castración, entendida ésta como lo que uno siente que le falta, lo que no se tiene o posee, aquello que desea tener y no es posible o se prohíbe. La castración entendida desde un sentido más amplio o riguroso siempre apunta al reconocimiento de la incompletud y al deseo. Las posiciones tomadas en la infancia troquelan la estructura, y ésta hace relación a los modos de funcionamiento globales de un sujeto: cognitivo, emocional, relacional, social, sexual... todo aquello con lo que el sujeto vive y se configura, y que va a entrar a formar parte significativa en la dirección de la cura o del trabajo terapéutico.

No obstante lo dicho anteriormente, se utilizan dichas guías diagnósticas para finalmente hacerse la pregunta clave ¿cuál es la estructura de este sujeto? Porque en el objetivo de la cura y en la relación terapéutica el diagnóstico de estructura guía al profesional de forma decisoria. Las clasificaciones son necesarias porque diagnosticar es hallar la especie general dentro de la cual se inscribe la singularidad del caso (Vicens, 1996).

Por ello los psicoanalistas y psicoterapeutas dinámicos las conocen, las utilizan, pero han solicitado que se incorpore un eje donde codificar los factores dinámicos. Estas formulaciones enriquecerían la comprensión de los sujetos y ayudarían a focalizar los objetivos terapéuticos. De lo contrario la sola utilización del DSM aporta diagnósticos de homogeneidad, no de singularidad. Como Cantwell dijo en 1980 el DSM es un libro sobre desórdenes, no un libro que describe personas (adultos o niños).

*Clasificación estructural:* La clasificación en la psicopatología dinámica clásica se organiza en tres niveles cualitativamente diferentes (Psicosis, Perversión, Neurosis) según la estructura, aunque se haya debatido la hipótesis de un *continuum* bajo la teoría de la enfermedad única, y deriva de los presupuestos teóricos ya expuestos y en la investigación de los mismos a través de los casos clínicos.

Desde el punto de vista de la teoría de las relaciones de objeto internalizadas (Kernberg, 1976) se asumen tres niveles de organización de la personalidad (Neurótica, Límite y Psicótica) en base a las características que derivan de tres criterios (nivel funcional del juicio de realidad, operaciones defensivas predominantes, cualidad de la integración de las representaciones del sí mismo y del objeto). Psicosis, neurosis, perversión y estado límites son "niveles estructurales" que nos sitúan respecto de posiciones del sujeto frente al objeto dependientes del nivel de integración y diferenciación de las representaciones de sí mismo y del otro. De esta forma «el diagnóstico estructural nos conduce a una conclusión lógica en la que las premisas no están establecidas previamente sino que es necesario que se construyan en el terreno de la transferencia. No se trata de encajar el fenómeno en la quilla de la guía, sino de que el fenómeno se subjetivice en el síntoma que, al hablar, irá desplegando la estructura» (Gómez-Franco, 1996, p. 50).

En la última década se ha formalizado un sistema de diagnóstico y clasificación psicopatológica que intenta conciliar las necesidades propias de la conceptualización psicodinámica con los sistemas multiaxiales que han venido dominando la escena diagnóstica en psiquiatría desde el DSM-III. Se trata del *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado* (OPD), un novedoso e interesante sistema diseñado por Hoffmann (1996) en Alemania y orientado a la exploración de adultos que cuenta con cinco ejes (Experiencia del paciente con la enfermedad y las condiciones previas al tratamiento; Valoración del estilo relacional del paciente; Conflictos intrapsíquicos; nivel de integración estructural (según Kernberg); y diagnóstico sindrómico según la ICD-10/DSM-IV).

En el ámbito de los niños y adolescentes la aportación más novedosa es la *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente* (CFTMEA) (Mises y cols. 1988). Es una clasificación biaxial que ofrece una visión global del niño. En el Eje I se incluyen las categorías clínicas de base, y en el Eje II los factores etiológicos asociados: orgánicos, ambientales.

## **PERSPECTIVAS DEL PSICODIAGNÓSTICO DINÁMICO**

Al finalizar el siglo es común la pregunta acerca del futuro en cualquier ámbito, también en nuestro contexto. Es difícil, dice Etchegoyen (1993), predecir el futuro del psicoanálisis por la vitalidad que desarrolla, por las discusiones e incluso divisiones que se generan dentro del propio movimiento que le imprimen la capacidad de reflexión crítica necesaria para avanzar. Por otra parte, la expansión del mismo a geografías culturales tan diversas, transidas por diversas culturas científicas asociados a lenguajes distintos, con metodologías y técnicas diversas, explica la riqueza de revisiones y reformulaciones que se hacen y continúan haciéndose a este modelo conceptual (Cassini de Vázquez, 1997). Se recogen aquí algunas de las respuestas sobre el futuro o bien algunas de los signos actuales que permiten sugerir predicciones.

### **Perspectivas de evolución conceptual**

Algunos aspectos han sido objeto de especiales controversias, por lo que siguen en permanente estudio, revisión e investigación. Son temas que no están «acabados». Citamos los de mayor discusión en la actualidad, porque presumiblemente serán objeto de reformulaciones y precisiones en el futuro.

Para Etchegoyen, a las puertas del 2005, un siglo después de la publicación de «Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad», es hora de revisar la *teoría sexual del psicoanálisis*. Hay que valorar cómo ésta ha influido en la cultura de nuestro tiempo y cómo debe ser comprendida en un mundo tan diferente al que se escribió. Analizar este constructo a la luz de las variables de nuestro momento histórico caracterizado no por la ocultación de la sexualidad, sino por la invasión de la violencia y sexo en los medios de comunicación, en el que el concepto de familia se ha roto y los niños sufren de «ocupación parental», en un momento en que las diferencias entre ricos y pobres, como personas individuales y como naciones, es cada vez mayor, y donde la irritación y la intolerancia se incrementan a todos los niveles. Debemos, esta es una tarea de futuro, repensar y reformular los presupuestos teórico-conceptuales a la luz del contexto social y mejorar nuestra identidad y eficiencia profesional (Etchegoyen, 1993).

Directamente relacionado con la infancia el propio *concepto de sexualidad infantil* y la atribución del origen de los conflictos a la misma como causa originaria y única. Hoy se acepta que hay que situar los conflictos, «entre otras cosas» en la sexualidad infantil y en el inconsciente articulado a partir de todas las vivencias vinculadas en su entorno.

Tyson (1996) también plantea la necesidad de reformular algunos conceptos claves en el psicoanálisis. A lo largo de los años, el concepto de *neurosis* y la *neurosis de transferencia*, que es una pieza clave para el psicoanálisis, ha sido objeto de una variedad de significados en función de autores, teorías dentro del modelo psicoanalítico, e incluso países. Actualmente las opiniones se dividen entre abandonar definitivamente el término neurosis de transferencia o bien abandonar incluso el concepto de neurosis en la infancia. Para Tyson, ambos conceptos refieren fenómenos clínicos significativos y más que abandonarlos hay que redefinirlos a la luz de las teorías contemporáneas del desarrollo. Quizá, como Tyson (1996) ilustra en un caso clínico, no siempre el complejo de Edipo ocupa una posición central en la investigación psicoanalítica y sea necesario reformular la organización de estructura en la evaluación sobre la neurosis. Esta redefinición de neurosis ha sido también realizada por Grotstein (1995). El desplazamiento del foco en la *patología del conflicto* a la *patología del déficit* (Killingmo, 1989, 1995)

El debatido tema entre los clínicos de la psicología del yo y de la preferencia por los factores inconscientes, proveniente ya de la división entre Ana Freud y Melanie Klein, pretendiendo diferenciar los límites entre *fantasía inconsciente* y *realidad psíquica*, no ha acabado, aunque las contribuciones en este punto se incrementan en los últimos años (King and Steiner, 1991; Rangell, 1988; Blum, 1988; Wallerstein, 1988; Brenner, 1993; Laplanche, 1992).

El tema de realidad psíquica ha sido debatido en los últimos años desde una perspectiva nueva. Las imágenes interactivas de la realidad virtual con la posibilidad de navegar por un mundo creado por el propio sujeto, desdibuja la idea de realidad y fantasía. La revisión de este concepto por parte de Pragier y Faure-Pragier (1995) abren una perspectiva de

reconceptualización de estos términos muy interesante. El goce de la fantasía inconsciente proviene de elementos libidinales y eróticos, así como de figuraciones sádicas y agresivas que el sujeto recrea a su deseo, aunque éste no sea deliberadamente consciente. La «inmersión» en la virtualidad de los juegos que se presentan abundan en estas mismas fantasías, pudiendo destruir miles de enemigos con armas supersofisticadas o tener relaciones con partenaires virtuales. «Las combinaciones llamadas «Piel inteligente», que contiene millares de captadores microvibradores y sensoriales, constituyen una red de telecomunicación que permite instalar a los protagonistas en una situación de simulación en la que el sujeto puede realizar sus fantasmas más improbables ¡y hasta encontrarse consigo mismo y gozar de su propio clon!» (Pragier y Faure-Pragier, 1995, p. 55). Varias preguntas se abren en esta reflexión. Por una parte la diferencia entre realidad física y realidad psíquica, funcionando lo virtual en el espacio «transicional» de ambas según el concepto de Winnicott. Quizá el inconsciente, es así mismo una realidad virtual, ya que ambos están estructurados como un lenguaje simbólico, y en el caso de la realidad virtual este simbolismo cae del lado de la cibernética. Además, al igual que el inconsciente, la realidad virtual escapa al tiempo y al espacio y admite las contradicciones lógicas. Y finalmente, parafraseando a Pragier y Faure-Pragier (1995, p. 68), «lo virtual es torneado por las mociones pulsionales: ampliar el dominio por el conocimiento, jugar con los propios fantasmas sin temor a la prohibición, amar sin ser rechazado, matar virtualmente sin destruir de veras. El progreso técnico cambia la puesta en escena, la realidad psíquica permanece y se refleja en los mundos virtuales».

Shapiro y Esman (1992) repasan los 25 últimos años de avances psicoanalíticos sobre el desarrollo infantil y concluyen que muchas cosas han cambiado desde Freud hasta el momento actual. En los 100 años de evolución los cambios han sido significativos especialmente en los aspectos que siguen:

El *concepto de relación de objeto* y las consecuencias de la interacción madre-hijo en la formación del yo, sosteniendo que el niño no es en absoluto una tabla rasa al nacer y que las interacciones tempranas, más que los objetos en sí mismos, se internalizan formando la estructura psíquica infantil (Loewald, 1978; Tolpin, 1986).

La teoría sobre la *formación de síntomas*. Se ha comprobado que otras variables forman parte de la formación de síntomas, como las interacciones tempranas primarias (Shapiro y Esman, 1992), lo que tendrá sus consecuencias en el concepto de transferencia y contratransferencia. En los trastornos infantiles con un componente cognitivo importante, como el autismo, lejos de buscar una única vía de explicación causal con raíces en el complejo de Edipo, se integran explicaciones multivariantes, incluyendo las biologicistas, pero integrando también la manera que el sujeto tiene de resolver las situaciones triangulares que reestructuran la mente infantil. Los estudios de Hobson (1990) y Shapiro y Hertzog (1991) enfatizan estos resultados.

El concepto de relación de objeto y las relaciones tempranas enlazan con el concepto de *transferencia*, donde el lugar del clínico viene redefiniéndose en su papel de *objeto transicional* del sujeto (Winnicott, 1958) y más recientemente como *objeto transformacional* (Bollas, 1987) con el que se dan planos de transferencia y relación real que también puede ser aprovechada con ciertos límites para los objetivos terapéuticos.

El concepto de «*neutralidad*» en la relación analítica vinculado al concepto de contratransferencia (Gill, 1992). Parece demostrarse que la interpretación no es ajena al profesional en el que juegan un papel indiscutible sus preferencias teóricas, su propio proceso de formación y el análisis personal, entre otras variables. Este constructo se prevé que va a ser reformulado a la luz de éstas y otras variables, como la redefinición del concepto de abstinencia (Killingmo, 1997).

El futuro debe contestar a la pregunta de si el concepto de *empatía* juega un papel fundamental en la relación terapéutica o no es sino un instrumento al servicio de obtención de datos como primer paso de la interpretación analítica, como sostiene Kohut (1971, 1984). La revisión y reconceptualización de este temas ha sido realizado, entre otros, por Wasserman (1999) enlazándolo con el de neutralidad. No comparte Wasserman la idea de que los «hechos» descubiertos por medio de la comprensión empática reflejen de modo neutro las vivencias del paciente, sin un mínimo de contaminación por parte del clínico. En contra de las posturas de Renik (1996) y de Hoffman (1996) la empatía viene condicionada por factores transferenciales y contratransferenciales en los que, a su juicio, está implicado el propio profesional. Es evidente, según Wasserman (1999) que están vinculados los conceptos de neutralidad y empatía con el concepto de contratransferencia.

El concepto de *contratransferencia* ha enfrentado a la propia comunidad psicoanalítica, por lo que es imposible exponer aquí una visión unitaria de la misma. Sin embargo, una serie de artículos van a ser expuestos en el *International Journal of Psychoanalysis* a partir del año 1999 intentando mostrar las variaciones de este concepto desde perspectivas culturales distintas. El primero de ellos escrito por Jacobs (1999) aborda el tema de la revisión del concepto en el pasado y en el momento presente. Los autores que más han contribuido a la clarificación de este concepto (cf. Jacobs, 1999) son : Gill (1982) analizando el término desde la dimensión del paciente; Boesky (1990) resaltando la inevitabilidad de la misma e incluso la «ganancia» del paciente a través de la interpretación; Chused (1991) revisando la actuación del profesional y sus consecuencias en la interpretación de la misma; Stolorow (1992) insistiendo en la importancia de las relaciones de objeto más que en la sexualidad temprana para la comprensión de la misma; Renik (1993) puntualizando los conceptos de neutralidad, abstinencia y objetividad en relación a la contratransferencia indicando que es imposible mantenerlos como hasta el presente se comprendían; Ogden (1994) comprendiendo este concepto como una valiosa fuente de información del sujeto tanto para el paciente como para el profesional; Schafer (1997) insistiendo más en lo que significa en el aquí en el ahora, siguiendo la línea de investigaciones americanas, más que en reactualización de relaciones del pasado; finalmente Jacobs (1999) enumera algunos de los investigadores que están incorporando tecnología audiovisual e informática al análisis de este concepto, como los bancos de datos, las grabaciones de sesiones en cassette o vídeo y las interpretaciones (Reiser, 1997; Waldron, 1997; Dahl, Thomä y Kächele., 1988). Desde la investigación y reformulación teórica del papel que tiene la contribución de la subjetividad del clínico a la intervención psicoanalítica (Aburto y cols., 1999) se abre un amplio horizonte de posibilidades.

Kumin (1996) plantea abiertamente, en la excelente revisión y exposición del concepto de relación pre-objetal, el desarrollo del vínculo entre la madre y el bebé en la infancia temprana, y ofrece con honestidad *una crítica sobre las interpretaciones erróneas y sus consecuencias* en la situación de análisis. Estas autocríticas comienzan a ser publicadas con más asiduidad por los profesionales de este paradigma con el fin de avanzar en el modelo psicodinámico sin la omnipotencia del que cree que el propio análisis le garantiza que nunca yerre. En el futuro se avanzará por esta línea de revisión y autocrítica.

### **Perspectivas en la metodología diagnóstica**

Hace pocos años nos planteábamos (Ávila-Espada y cols., 1994) la revisión de psicodiagnóstico en nuestro país, especificando una valoración sobre las técnicas de evaluación. Se insiste en el mismo en el lugar que siguen ocupando las técnicas proyectivas en la evaluación clínica, juntamente con otras escalas o autoinformes más conductuales-cognitivos, y sobre la necesidad de seguir incrementando las propiedades psicométricas de dichas técnicas. Algunos trabajos empíricos se citan a continuación y se presupone que estas *técnicas serán de mayor utilización en el futuro*. En la misma dirección Peñate y González (1995) indican que las técnicas proyectivas son utilizadas por los profesionales con la misma frecuencia, al menos, que en años precedentes. Además de la entrevista, utilizada por el 95,6% de los profesionales, el 54,4% aplican tests proyectivos. Alto porcentaje comparado con la aplicación de otras técnicas tal como recogen los autores, con una frecuencia de utilización media en su trabajo clínico y con escasas bajas de usuarios en los últimos años. Se puede predecir, por consiguiente lo que venimos diciendo, las *técnicas proyectivas seguirán utilizándose*, a pesar de las limitaciones empíricas expresadas. Estudios de validación sobre las mismas, así como sobre la convergencia en los resultados conceptuales, comparando técnicas proyectivas y no proyectivas, se viene repitiendo en los últimos años (Hibbard y cols., 1995). El estudio de Brogen y Brogen (1999) en relación al procesamiento de información visual y los mecanismos de defensa en la esquizofrenia, dan cuenta de ello. Esto va a dar lugar a que en el futuro, como veremos seguidamente, se utilice una *variedad y diversidad de métodos diagnósticos* en función de las mejores propiedades psicométricas, en función del objeto de evaluación, en función del soporte conceptual de las mismas o en función de su relación con el tratamiento.

Más reciente es la *colaboración de paradigmas diferentes en la utilización de metodología diagnóstica*. Es un hecho ya constatado cómo la instrumentación tradicional, psicométrica y proyectiva, y las técnicas procedentes del campo comportamental conviven sin demasiados roces. Es más, se considera por parte de algunos clínicos que existe una complementariedad

que enriquece la evaluación (Ávila-Espada y cols., 1994). Los psicólogos clínicos utilizan multitécnicas y multimétodos de forma habitual, especialmente en los servicios públicos donde la demanda es multivariada y los demandantes también. En este horizonte, han venido surgiendo instrumentos de base psicométrica pero creados a propósito de las necesidades de evaluación de los clínicos de orientación psicodinámica. El ejemplo más representativo y ambicioso es el *Inventario de Organización de la Personalidad* (IPO) de Clarkin, Foelsch y Kernberg (1997), que ofrece indicadores psicométricos para el diagnóstico estructural de la personalidad en el adulto. Con menos impacto hay un sin fin de estudios y propuestas. Entre ellos la *Escala de Insight para la Psicosis*, con resultados sobre validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio en la psicosis (Birchwood, Smith, Drury, Healy, Macmillan y Slade, 1994). Ésta ha sido utilizada para evaluar, junto con otros instrumentos como autoinformes, entrevistas estructuradas y cuestionarios psicométricos, la relación entre el insight y la percepción de la calidad de vida en la esquizofrenia.

Otros estudios con técnicas observacionales, es decir, con métodos naturalistas no experimentales, y con técnicas cuantificables, para evaluar el desarrollo temprano del yo del niño durante el primer año de vida, son presentados por Brody y Axerald (1993)

### **Perspectivas de diálogo e integración**

Las investigaciones sobre cómo logran los niños las representaciones mentales de la realidad han abierto un camino entre psicoanalistas y cognitivistas. Para Climan (1991) hay una relación directa entre algunos psicólogos cognitivistas y las ideas de Freud acerca de cómo «repetir» es una manera de «recordar», y cómo la repetición nos abre el camino para la memoria. Se sabe que los niños son capaces de hacer cosas aunque no sean capaces de explicar cómo lo hacen. Estas representaciones mentales han sido trabajadas en terapia de juego sabiendo que pueden no ser pensamientos conscientes, pero que su repetición puede llegar a hacerlos conscientes. Similar división ofrece la psicología cognitiva entre memoria episódica y semántica con evidencia de que la primera se almacena como visualización y no como pensamientos verbales. Al intentar poner en palabras estas representaciones el psicoterapeuta ofrece reestructurar los patrones existentes que provocan en el niño malestar o sufrimiento. Las proposiciones verbales propuestas por el terapeuta tienen efectos beneficiosos incluso en niños orientados preferentemente a la acción. Cuando son incapaces de nombrar sus sentimientos, el terapeuta dirige su atención a nombrar esos sentimientos como una manera de «cortocircuitar» su acción impulsiva (Shapiro y Esman, 1992).

El interés creciente por integrar *variables explicativas de algunos trastornos*, como variables neurológicas, temperamentales, ambientales, ecológicas, culturales, entre otras, y conocer el papel que juegan los afectos como motivadores conductuales y moduladores de las interacciones, han sido determinantes sobre los cambios habidos en el concepto de transferencia y contratransferencia en la psicoterapia infantil.

Otro punto de interés que apunta a un futuro cercano, en el que ya se han dado pasos importantes, es la *investigación empírica de presupuestos conceptuales desde otros paradigmas teóricos*

El cognitivismo, protagonista en el escenario teórico actual, no es un modelo unitario, homogéneo y unívoco en la explicación de su objeto de estudio. Ha crecido rápidamente en un contexto donde demasiadas ciencias afines se entrecruzan en la explicación los hechos, por ello, se ha visto obligado a confrontar sus propios presupuestos desde otras paradigmas. El interés por dar respuesta sobre los procesos más controvertidos y confusos para las teorías psicológicas, y que son a su vez el objeto de mayor interés para el sujeto humano, como son los procesos cognitivos de la emoción, la emergencia de la psicopatología, la multicausalidad socio-familiar-ambiental, la influencia de variables de orden psicofisiológico, etc. ha impelido a los investigadores sociocognitivos a volver sobre «viejos» conceptos para redescubrir, o al menos leer con más atención e interés, las teorías mentalistas de la psicología psicoanalítica (Strauman, 1994).

Un ejemplo de colaboración interdisciplinar entre modelos teóricos fue la publicación en 1994 de un número monográfico del *Journal of Personality* integrando el paradigma psicoanalítico y el socio-cognitivo. Cada artículo da cuenta de un aspecto teórico de la investigación planteada, realizada con muestras diversas, con técnicas provenientes de varios modelos teóricos y con diseños metodológicos apropiados a cada concepto. La diversidad instrumental y metodológica en el estudio de los conceptos puestos a prueba permite concluir acerca de la riqueza de la colaboración interparadigmática y de la posibilidad de demostrabilidad de algunos conceptos



freudianos presumiblemente indesmostrables. Se recoge aquí textualmente la síntesis que sobre este monográfico hizo Garaigordobil (1998) por la correcta concreción y precisión de la misma: «Andersen y Baum (1994) reexaminan el concepto freudiano de *transferencia a la luz del procesamiento de la información*, concluyendo que este fenómeno puede ser demostrado en el laboratorio a través del uso de técnicas cognitivas bien validadas. Desde su punto de vista el objetivo de la investigación consiste en «identificar y examinar empíricamente los procesos mentales básicos implicados en la transferencia» (Andersen y Baum, 1994, pág. 461), definiendo la transferencia como un proceso que implica una representación de un otro significativo y una idiosincrática experiencia que puede aplicarse inapropiadamente a otros. En relación a este aspecto Kihlstrom (1994, págs. 689-690) señala que «el estudio experimental de Andersen y Baum pone de manifiesto el fenómeno de la transferencia, sin embargo estos resultados no apoyan la más radical hipótesis freudiana, porque este estudio no señala el rol de las relaciones arcaicas, ya que los otros significativos pueden no haber sido los padres o figuras parentales». No obstante, la metodología experimental utilizada por Andersen y Baum muestra que las representaciones de gente significativa en la vida de uno realmente «tienen» las nuevas relaciones sociales. Kihlstrom señala que siendo éste un gran avance, en el análisis final es importante conocer si esto es algo más que un caso de generalización de estímulos.

Crits-Christops y cols. (1994) estudian cómo los individuos tienden a percibir temas particulares en función de diferentes ambientes o escenarios. Presentan un nuevo método para evaluar temas personalmente significativos que ocurren durante la terapia, aportando «evidencia del concepto de repetición de temas interpersonales» (p. 499). Discuten la extensión del contenido de la repetición y su relación con el tipo de terapia.

Horowitz y sus colegas aplican un modelo integrativo de *los procesos de control defensivos* al estudio de una psicoterapia. Estudian los procesos de la mente y su relación con procesos cognitivos de control. Los autores presentan evidencia de la «existencia de relaciones entre estados emocionales que se caracterizan por específicos procesos defensivos» (Horowitz y cols., 1994, pág. 527). Utilizando técnicas de evaluación multidimensional subrayan procesos mentales en la psicoterapia.

Hughes y cols. (1994) también presentan una nueva metodología para estudiar cómo la *expresión de emociones y el uso de estrategias defensivas* diferentes podría ser reflejado a través de cambios momentáneos en la actividad del sistema nervioso autónomo. Los resultados de su estudio presentan sugerencias concernientes a la «asociación entre procesos de control y fisiología con implicaciones para la salud psicológica y física (Hughes y cols., 1994, pág. 565).

Weinberger y Davidson (1994) realizan diversos *estudios empíricos sobre la represión*, tratando de diferenciarla de otros estilos de inhibición de la expresión emocional. Usando experimentalmente tareas de laboratorio los autores concluyen la existencia de una diferencia entre ambos conceptos. Desde su punto de vista, «los represores aparecen para inhibir su expresión de emociones con la finalidad de controlar su conciencia de afecto, más que en orden a maximizar la autorepresentación» (Weinberger y Davidson, 1994, pág. 587). En esta línea, Wegner y Zanakos (1994) intentan establecer que la inclinación hacia la supresión de pensamientos es un fenómeno distinto de otros regulatorios procesos cognitivos. Estos autores destacan la existencia de «una relación entre la supresión crónica de pensamientos y variables relevantes clínicamente como obesidad, reactividad emocional, y afectos depresivos y ansiosos» (p. 615).

Finalmente Kihlstrom (1994) sustentándose en la psicología cognitiva y en la cognición social, presenta su propio punto de vista sobre la integración del psicoanálisis y la cognición social, sugiriendo que las dos perspectivas representan una rica fuente de inspiración e hipótesis. Para Kihlstrom (1994, p. 682) «el intento de vincular el psicoanálisis a la psicología científica es siempre interesante, pero existen muchas diferentes formas de psicoanálisis, y además muchos modos de hacer conexiones». Desde su punto de vista, la psicología cognitiva contemporánea ha redescubierto el inconsciente psicológico, pero la naturaleza de la vida mental inconsciente, es muy diferente a la que Freud planteó (Kihlstrom, 1994, p. 693).

Es demasiado pronto para decir si esta actual tendencia a la integración de enfoques acerca del sí mismo, del afecto y de la psicopatología, finalmente liderará una más sofisticada comprensión de cómo la gente trata con aspectos emocionalmente significativos de sus vidas. (Strauman, 1994, p. 451).

El trabajo clínico desde parámetros teóricos y técnicos diversos plantea la cuestión del eclecticismo y/o la integración. En nuestra opinión hay una diferencia esencial entre el eclecticismo diagnóstico y el diagnóstico desde la *integración psicodinámica*. Al eclecticismo no

se le presupone una adscripción preferente, directriz, e integradora de los datos obtenidos desde un paradigma teórico. Se usa lo más útil, beneficioso, más adecuado para este caso, etc. integrando los resultados desde el objetivo diagnóstico y las técnicas preferentes que hayan sido empleadas. A la integración desde un modelo teórico se le presupone que los objetivos diagnósticos, las técnicas preferentes (aunque use otras necesarias en un caso concreto), el método de trabajo (aunque requiera una metodología específica y diferente en un momento del proceso), los presupuestos conceptuales en los que se basa (aunque realice hipótesis complementarias provenientes de otros marcos teóricos), las clasificaciones nosológicas que tiene in mente (aunque se sirva también de las taxonomías estadísticas no psicodinámicas), y especialmente el modo de integrar los datos, con las inevitables inferencias que se hacen sobre los mismos, así como las orientaciones terapéuticas consecuentes, provienen del marco teórico conceptual psicodinámico. La integración no sólo no desdibuja la identidad, sino que la reafirma. En el eclecticismo no se plantea este punto, se plantea la riqueza y capacidad de integración desde lo tecnológico y metodológico, no desde lo conceptual. Los resultados son diferentes en ambos casos y no valorables en términos de bondad científica, al menos en el momento presente.

### Limitaciones del modelo psicodinámico

Siguiendo el esquema que ha mantenido este artículo, podríamos decir que existen puntos débiles en cuanto a presupuestos conceptuales, en cuanto a las técnicas y metodología y en cuanto a la propia investigación. No se trata de inventariar todas ellas a modo de índice, sino de subrayar aquellas que son relevantes a estos.

Los *límites epistemológicos* del psicoanálisis deben ser reconocidos de forma explícita, dice Tizón (1995). Entre otros cabe señalar el propio conocimiento que aporta y el que no aporta y esto se hace evidente en su convivencia con otras ciencias. El psicoanálisis no aporta conocimientos biológicos o sociológicos, dos grandes grupos de ciencias con las que se relaciona. Podrá proporcionar apuntes, datos, hipótesis, modelos, metáforas a esas ciencias y recibirlos de ellas, pero tales aportaciones psicoanalíticas no tendrían el carácter de datos científicos (comunicables y verificables) hasta no haber sido procesadas por la metodología específica de esas ciencias.

Un segundo límite vendría de la consideración del psicoanálisis como una tecnología, por supuesto una tecnología blanda y del grupo de las *tecnologías psicosociales* (Tizón, 1995). Los tratamientos psicoanalíticos, por ejemplo, aunque no sea directamente el tema que nos ocupa, están siendo objeto de investigaciones rigurosas en varios ámbitos (Kächele y Thomä, 1993; Poch y Ávila-Espada, 1998) y se prevé que los hallazgos en este campo van a abrir una vía de investigación/confirmación de este paradigma. No obstante, le queda un camino por recorrer a fin de lograr la confirmación procedimental de otras ciencias.

### Referencias:

- ABURTO, M. y cols. (1999). La subjetividad en la técnica analítica. Escucha en acción. *Intersubjetivo*, 1 (1), 7-56.
- ACHENBACH, T. (1998). Diagnosis, Assessment, Taxonomy, and Case Formulations. En T. Ollendick y M. Hersen, *Handbook of Child Psychopathology*. 3ª edic. New York: Plenum Press.
- AGUILAR, J. ., SALAMERO, M., DIEZ, A. y GRIMALT, M. (1996). L'escala de diagnostic psicoanalitic model kleinia. Presentacio i estudi de la seva fiabilitat. *Revista Catalana de Psicoanalisi*, 10, (1-2), 153-162.
- AGUILAR, J., OLIVA, M.V. y MARZANI, C. (1998). *L'entrevista psicoanalitica. Una investigació empírica*. Barcelona: Columna.
- ANDERSEN, S. y BAUM, A. (1994). Transference in Interpersonal Relations: Inferences and Affect Based on Significant-Other Representations. *Journal of Personality*, 62, (4), 459-498.
- ÁVILA-ESPADA, A. (1979). Psicodiagnóstico vincular. En A. Ávila-Espada y C. Rodríguez Sutil (coord.) *Psicodiagnóstico Clínico. Fundamentos conceptuales y perspectivas* (191-202). Madrid. Eudema, 1992.
- ÁVILA-ESPADA, A. (1985). El uso de los documentos personales en la investigación e intervención psicológica. Autobiografía y cambio en el nivel psicológico. *Clinica y Análisis Grupal*, 9, (37) pp. 409-433.
- ÁVILA-ESPADA, A. (1992). Aproximación a perspectivas y modelos de la Evaluación Psicológica en la Clínica Contemporánea. En A. Ávila-Espada y C. Rodríguez Sutil (coord.) *Psicodiagnóstico Clínico. Fundamentos conceptuales y perspectivas* (62-82). Madrid. Eudema, 1992.
- ÁVILA-ESPADA, A. (Coord.). (1997). *Evaluación en Psicología Clínica II. Estrategias cualitativas*. Salamanca: Amarú.
- AVILA-ESPADA, A. y Colbs. (1994). "El diagnóstico y la evaluación psicológica en España: revisión y perspectivas". *Clinica y Salud*, 5, (1), 83-120.

- ÁVILA-ESPADA, A. y POCH I BULLICH, J. (Comps.) (1994). *Manual de técnicas de Psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- ÁVILA-ESPADA, A. y RODRIGUEZ, C. (Comp.) (1987). *Psicodiagnóstico Clínico*. Bilbao: DDB Biblioteca de Psicología.
- ÁVILA-ESPADA, A. y RODRIGUEZ, C. (Comp.) (1992). *Psicodiagnóstico Clínico. Fundamentos conceptuales y perspectivas*. (2ª ed. Revisada) Madrid: Eudema.
- ÁVILA-ESPADA, A., JIMENEZ, F., ORTIZ, P. y RODRIGUEZ, C. (1992). *Evaluación en Psicología Clínica I. Proceso, método y estrategias psicométricas*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- BALDIZ, M. (1996). La supervisión y el diagnóstico: entre la ética y la ciencia. *Freudiana*, 16, 99-105.
- BIRCHWOOD, M., SMITH, J., DRURY, V. HEALY, J. MACMILLAN, F. Y SLADE, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta psychiatric Scandinav*, 89, 62-67.
- BLEGER, J. (1977). *Temas de psicología: entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- BLEICHMAR, S. (1996). El concepto de infancia en psicoanálisis (prerrequisitos para una teoría de clínica). *Revista de Psicoanálisis con niños y adolescentes*, 1, (1), 109-132.
- BLUM, H.P. (1988). Shared fantasy and reciprocal identification, and their role in gender disorders. In *Fantasy, Myth and Reality. Essays in Honor of Jacob A. Arlow*, ed. H. Blum et al. Madison, CT: Int. Univ. Press, 323-338.
- BOESKY, D. (1990). The psychoanalytic process and its components. *Psychoanalysis Quarterly*, 59, 580-584.
- BOGREN, L.Y., y BOGREN, B.H. (1999). Early visual information processing and the defence mechanism test in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 99, 460-465.
- BOLLAS, C. (1987). *La sombra del objeto*. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- BRENNER, C. (1993). Modern conflict theory or beyond "The Ego and de Id". *Journal Clinical Psychoanalysis*.
- BRODY, S. y AXELRAD, S. (1993). *Anxiety and ego formation infancy*. Madison: International University Press.
- CANTWELL, D. (1980). The diagnostic process and diagnostic classification in child psychiatry - DSM III. *Journal American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 345-355.
- CASINI DE VÁZQUEZ, M.C. (1997). La investigación en psicoanálisis. *Revista Argentina de psicología*.
- CATALÁ, C. (1991). *Qué es un niño en psicoanálisis*. Pamplona: Centro Psicosocial de Navarra, Asociación de Psicoanálisis Lacaniano de Pamplona.
- CLARK, A. (1995). Projective techniques in the counseling process. *Journal of Counseling and Development*, 73, (3), 311-316.
- CLARKIN, J., FOELSCH, M. Y KERNBERG, O.F. (1997). *Inventory of Personality Organization. (Experimental edition)*. New York: Cornell University.
- COHEN, E. (1997). "I am the master of the nuts of the whole world". Dialogues of the unconscious: Enactments in the treatment of a latency age boy. *Psychoanalysis and Psychotherapy*, 14, (2), 189-220.
- CRITS-CHRISTOPH, P., DEMOREST, A., MUENZ, L. y BARANACKIE, K. (1994). Consistency of Interpersonal Themes for Patients in Psychotherapy. *Journal of Personality*, 62, (4), 499-526.
- CHILAND, C. (Dir.) (1983, 1985). *L'entretien clinique*. Paris: PUF.
- CHUSED, J. (1991). The evocative power of enactment. *Journal American Psychoanalysis Association*, 31, 617-639.
- DAHL, H., THOMÄ, H. y KÄCHELE, H. (comps). (1988). *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Berlin: Springer-Verlag.
- DI CACCIA, A. (1995). El psicoanálisis con niños una cuestión ética. *Freudiana*, 14, 33-43.
- ERDERLYI, M. (1985). *Psicoanálisis: La psicología cognitiva de Freud*. Barcelona: Labor.
- ESCRIVA, A. (1997). Reflexiones del trabajo del psicoanalista de niños. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 26, 203-216.
- ETCHEGOYEN, R.H. (1993). Psychoanalysis Today and Tomorrow. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 1109-1115.
- FORNS, M., KIRCHNER, T. y TORRES, M. (1991). *Principales modelos de evaluación psicológica*. Barcelona: L'estudi d'en llop.
- FREUD, S. (1915). Pulsiones y destinos de la pulsión. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 14.
- FREUD, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 20.
- FREUD, S. (1930). Malestar en la cultura. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 21.
- FRIEDMAN, I. (1994). La realidad psíquica en la teoría psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis*, 1/2, 67-74.
- GABBARD, G.O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV edition*. Washington: American Psychiatric Press.
- GARAIGORDOBIL, M. (1998). Evaluación psicológica. Bases teórico-metodológicas, situación actual y directrices de futuro. Salamanca: Amarú Ediciones.
- GILL, M. (1982). *Analysis of Transference*. Vol. I. New York: International University Press.
- GILL, M. (1992). Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *Journal American Psychoanalytical Association*, 2, 771-797.
- GÓMEZ-FRANCO, A. (1996). Diagnóstico estructural-Diagnóstico sintomatológico. *Freudiana*, 16, 47-51.
- GRINBERG, R. (1997). La curiosidad: formas y deformaciones. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 25, 141-156.

- GROTSTEIN, J. (1995). The infantile neurosis reassessed. In B. Mark y J. Ingorvaia (Edi.): *The handbook of infant, child, and adolescent psychotherapy: A guide to diagnosis and Treatment*. Northvale: Jason Aronson.
- HOBSON, P. (1990). On psychoanalytic approaches to autism. *American Journal Orthopsychiatry*, 60, 324-336.
- HOFFMANN, I. (1996). The intimate and ironic authority of psychoanalyst's presence. *Psychoanalysis Quarterly*, 65, 102-136.
- HOFFMANN, S.O. (coord.) (1996). *Operationalisierung psychodynamischer Diagnostik (OPD)*. Berna: Hans Huber.
- HOROWITZ, M., MILBRATH, C., et al. (1994). Expressive and Defensive Behavior during Discourse on Unresolved Topics: A Single Case Study of Pathological Grief. *Journal of Personality*, 62, (4), 257-564.
- HUGHES, C., UHLMANN, C. y PENNEBAKER, J. (1994). The Body's Response to Processing Emotional Trauma: Linking Verbal Text with Autonomic Activity. *Journal of Personality*, 62, (4), 565-586.
- JACOBS, T. (1999). Countertransference past and present: A review of the concept. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80, 575-594
- KÄCHELE, H. y THOMÄ, H. (1993). Investigación del proceso psicoanalítico: Método y resultados. *Clínica y Análisis Grupal*, 19 (2), 157-172.
- KERNBERG, O.F. (1976) *La teoría de las relaciones de objeto y el psicoanálisis clínico* Buenos Aires: Paidós, 1979.
- KERNBERG, O.F. (1981) Structural Interviewing. *Psychiatric Clinic of North America*, 4 (1), 169-195.
- KIHLSTROM, J. (1994). Comentario: Psychodynamics and Social Cognition. Notes on the Fusion of Psychoanalysis and Psychology. *Journal of Personality*, 62, (4), 681.
- KILLINGMO, B. (1989). Conflict and Deficit: implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70: 65-79.
- KILLINGMO, B. (1995). Affirmation in Psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76: 503-518.
- KILLINGMO, B. (1997). The so-called rule of abstinence revisited. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 20, 144-159. [traducción castellana: Revisión de la denominada "Regla de Abstinencia". *Intersubjetivo*, 1 (1) 65-78.]
- KING, P. y STEINER, R. (Eds.) (1991). *The Freud Klein Controversies. 1941-45*. London: Tavistock and the Institute of Psycho-Analysis.
- KLEIN, M. (1975). *The Writings of Melanie Klein*, London: The Hogarth Press.
- KLINE, P. (1973). La evaluación en psicología dinámica. En A. Ávila-Espada y C. Rodríguez Sutil (ccord.) *Psicodiagnóstico Clínico. Fundamentos conceptuales y perspectivas* (153-176). Madrid. Eudema, 1992.
- KOHUT, H. (1971). *The analysis of the Self*. New York: University Press.
- KOHUT, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: University Chicago Press.
- KUMIN, I. (1996). Pre-object Relatedness: Early Attachment and the Psychoanalytic Situation. London: Guilford Press.
- LACAN, J. (1966). *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil.
- LAPLANCHE, J. (1992). Interpretation between determinism and hermeneutics: a restatement of the problem. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 429-445.
- LOEWALD, H. (1978). Instinct theory, object relations and psychic structure formation. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 26, 493-506.
- MAGANTO, C. (1995a). *Psicodiagnóstico Infantil*. Bilbao: Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.
- MAGANTO, C. (1995b). Instrumentos aplicados para la evaluación y el diagnóstico en psicopatología infantil. En J. Rodríguez Sacristan: *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Publicaciones de la Universidad, Manuales Universitarios.
- MERENDA, P. (1990). Present and Future Issues in Psychological Testing in the United States. *Evaluación Psicológica*, 6, (1), 3-31.
- MILLER, J. A. (1994). Psicoterapia y Psicoanálisis. *Freudiana*, 10, 11-19.
- MIRO, M. y MITJAVILA, M. (1994). La psicoterapia psicoanalítica en la infancia y la adolescencia. En A. Ávila-Espada y J. Poch: *Manual de técnicas de psicoterapia*. Madrid: Siglo XXI.
- MISÈS, R., FORTINEAU, J., JEAMMET, P., LAMG, J., MAZET, P., PLANTADE, A. y QUEMADA, N. (1988). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant*, 1, 63-144.
- MOLLON, p. (1998) *Remembering Trauma: A Psychotherapist's Guide to Memory and Illusion*. Chichester, England: John Wiley and Sons.
- MUÑOZ, M.L. (1990). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico en España: formación de la Asociación Psicoanalítica de Madrid. *Revista de Psicoanálisis de Madrid, nº extraordinario*, 121-152.
- OGDEN, T. (1994). The concept of interpretive action. *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 219-245.
- OLABARRIA, B. y ESCUDERO, C. (1993). Situación actual y perspectivas de la psicología clínica en España. *Clínica y Salud*, 4, (1), 5-23.
- OLLENDICK, T. y HERSEN, m. (1998) (3ª Edic.). *Handbook of Child Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- PEÑATE, W., y GONZALEZ, P. (1995). Estudio sobre los procedimientos diagnósticos de la práctica psicológica y psicopedagógica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, (77), 327-357.

- POCH, J. Y ÁVILA-ESPADA, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- PRAGIER, G. y FAURE-PRAGIER, S. (1995). Más allá del principio de realidad: lo virtual. *Revista de Psicoanálisis*, 1, 45-70.
- RANGELL, L. (1988). Roots and derivatives of unconscious fantasy. In *Fantasy, Myth, and Reality. Essays in Honor of Jacob A. Arlow*, ed. H. Blum et al. Madison, CT: International University Press.
- REISER, M. (1997) The art and science of dream interpretation: Isakower revisited. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 891-906.
- RENIK, O. (1993). Analytic interaction: conceptualizing technique in the light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalysis Quarterly*, 64, 585-591.
- RENIK, O. (1996). The perils of neutrality. *Psychoanalysis Quarterly*, 65, 495-517.
- RODRIGUEZ, C. y ORTIZ, P. (1993). Una entrevista con Irving B. Weiner. Presente y futuro del psicodiagnóstico. *Clínica y Salud*, 4, (1), 75-78.
- RUSS, S. (1998) (3ª Edic.). *Psychodynamically Based Therapies*. In T. Ollendick y M. Hersen: *Handbook of Child psychopathology*. New York: Plenum Press.
- SALES, L. (1995). Psicoanálisis y asistencia primaria, una reflexión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 53, 327-332.
- SAMANES, M. (1996). La escucha psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 23, 107-120.
- SANCHEZ-BARRANCO, (1996). Una contribución a la historia del psicoanálisis en España. *Apuntes de Psicología*, 46, 5-20.
- SCHAFER, R. (1997) *The contemporary Kleinians of London*. Madison, CT: International University Press.
- SCHUTT, F. (1991). Sobre la formación y la enseñanza psicoanalítica en España. *Clínica y Salud*, 2, (1), 91-101.
- SHAPIRO, T. (1989). Clasificación psicoanalítica y observación empírica tomando como modelo el trastorno límite de personalidad. En A. Ávila-Espada y C. Rodríguez Sutil (coord.) *Psicodiagnóstico Clínico. Fundamentos conceptuales y perspectivas* (178-190). Madrid. Eudema, 1992.
- SHAPIRO, T. y ESMAN, E. (1992). Psychoanalysis and Child and Adolescent Psychiatry. *Psychiatry*, 31, (1), 6-13.
- SHAPIRO, T. y HERTZIG, M. (1991). Social deviance in autism: a central integrative failure as a model for social non-engagement. *Psychiatric Clinical North America*.
- SIEGEL, M. (1987). Cognitive and Projective Test Assessment. En G. Wiedeman (Ed.), *Personality Development and Deviation*. New York: International Universities Press.
- SOLER, C. (1996). Los diagnósticos. *Freudiana*, 16, 21-35.
- STOLOROW, R. (1992) *Context of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale: Analytic Press.
- STRAUMAN, T. (1994). Introduction: Social Cognition, Psychodynamic Psychology, and the Representation and Processing of Emotionally Significant Information. *Journal of Personality*, 62, (4), 451-458.
- SUGARMAN, A. (1978). ¿Es humanista la evaluación psicodiagnóstica?. En A. Ávila-Espada y C. Rodríguez Sutil (coord.) *Psicodiagnóstico Clínico. Fundamentos conceptuales y perspectivas* (138-149). Madrid. Eudema, 1992.
- SZPILKA, J. (1996). El sujeto psicoanalítico y su palabra. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 23, 91-105.
- TIZON J. (1992). *Atención Primaria en salud mental y salud mental en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma.
- TIZON, J. (1995). ¿Existen las ciencias interpretativas?: una reflexión acerca de los límites epistemológicos del conocimiento psicoanalítico. *Anuario de Psicología*, 67, 51-75.
- TOLPIN, M. (1986). The Self and Its Self Objects: A Different Baby. In: *Progress in Self-Psychology*, Volume II, ed. A. Goldberg. New York: Guilford Press.
- TYCHEY, D. (1993). Comparative genetic approach to the study of body image of children from 4 to 14 years of age using the fairy tale of the ant. *Perceptual and Motor Skills*, 76, (3, Pt. 2), 1179-1189.
- TYSON, R. (1986). Countertransference evolution in theory and practice. *Journal of American Psychoanalysis Association*, 34, 251-274.
- TYSON, R. (1996). Neurosis in childhood and in psychoanalysis: A development reformulation. *Journal of the American Psychoanalysis Association*, 44, (1), 143-165.
- VICENS, A. (1996). Goce del diagnóstico y diagnóstico del goce. *Freudiana*, 16, 91-99.
- WACHTEL, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*, New York: Basic Books.
- WALDRON, S. (1997). How can we study the efficacy of psychoanalysis? *Psychoanalysis Quarterly*, 66, 283-322.
- WALLERSTEIN, R.S. (1988). The continuum of reality, inner and outer. In *Fantasy, Myth, and Reality. Essays in Honor of Jacob A. Arlow*, ed. H. Blum et al. Madison, CT: Int. Univ. Press, 305-321.
- WASSERMAN, M. (1999). The impact of psychoanalytic theory and a two psychology on the empathising analyst. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80, 449-464.
- WEGNER, D. y ZANAKOS, S. (1994). Chronic Thought Suppression. *Journal of Personality*, 62, (4), 615-640.

- WEINBERGER, D. y DAVIDSON, M. (1994). Styles of Inhibiting Emotional Expression: Distinguishing Repressive Coping from Impression Management. *Journal of Personality*, 62, (4), 587-614.
- WINNICOTT, D. W. (1958) *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Tavistock. [Versión castellana: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona: Paidós, 1999]
- WINNICOTT, D.W. (1965) *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. London: Hogarth. [versión castellana: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* Barcelona: Paidós, 1992].
- ZIMMERMAN, D. (1998). Analysability in relation to early psychopathology. *International Journal of Psycho-Analysis*, 63, (2), 189-200.

---

#### **Notas**

<sup>i</sup> Que Lacan denomina “El nombre del padre”.

<sup>ii</sup> Psicosis, neurosis, perversión, límite, fobia, son términos que indican en el texto niveles de organización estructural de la personalidad o estados estructurales , y no son diagnósticos nosológicos ni categorías psicoapatológicas.