

## **DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN PSICOANÁLISIS Y TERAPIA PSICOANALÍTICA**

Marina Bueno Belloch  
*Universidad Complutense de Madrid*

### **Resumen**

El análisis de los trastornos de personalidad es una tarea compleja debido tanto a la heterogeneidad de los cuadros psicopatológicos, como a los diferentes modelos teóricos con los que se conceptualizan y abordan en el marco de la psicología.

Presentamos aquí el modelo teórico psicoanalítico en su aplicación al psicodiagnóstico y evaluación psicológica de los trastornos de la personalidad.

Revisamos algunos de los conceptos teóricos más significativos, tales como *síntoma, demanda terapéutica, aparato psíquico, estructuras psicopatológicas*.

Describimos seguidamente cómo se realiza el proceso de evaluación así como la batería de tests que se utiliza con más frecuencia, las Técnicas Proyectivas, y se describe el proceso tanto en niños como en adultos. Presentamos también datos de investigación acerca del psicodiagnóstico psicoanalítico en psicoterapia (Appelbaum; Exner; Fundación Menninger).

Concluimos presentando Indicadores Diagnósticos para la indicación de Psicoanálisis o Psicoterapia Psicoanalítica, a partir de varios autores (Paz, Malan, Braier, Brammer y Shostrom, Fiorini, Coderch).

**PALABRAS CLAVE:** *Técnicas Proyectivas, estructuras psíquicas, modelo psicoanalítico.*

### **Abstract**

The analysis of personality disorders is a complex task. This is due to the heterogeneity of the psychopathological conditions and the different psychological models which conceptualize and address them. We shall present herein the psychoanalytic theoretical model applied to the psychodiagnosis and the psychological evaluation of personality disorders.

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Marina Bueno Belloch. Departamento de Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. 28223. Madrid.

E-mail: [marinabueno@psi.ucm.es](mailto:marinabueno@psi.ucm.es)

*Fecha de recepción del artículo:* 19-01-2010.

*Fecha de aceptación del artículo:* 13-04-2010

Significant theoretical concepts will be reviewed, such as *symptom*, *therapeutic demand*, *psychic apparatus*, and *psychopathological structures*. We will then describe how the process of evaluation is conducted, and additionally, which are the most extensively used batteries of tests. Particular emphasis will be made on Projective Techniques, describing the process in adults as well as in children. We will also present empirical data of investigations of psychoanalytic psychodiagnosis in psychotherapy (Appelbaum, Exner, and Fundación Menninger)

We conclude with the presentation of Diagnostic Indicators for the suitability of Psychoanalysis or Psychoanalytical Psychotherapy, according to several authors (Paz, Malan, Braier, Brammer and Shostrom, Fiorini, Coderch).

KEY WORDS: *Projective Techniques*, *psychic structures*, *psychoanalytical model*.

### Fundamentación teórica

Desde el inicio de la clínica psicoanalítica, ya en primeros textos como en *Estudios sobre la histeria* (1895), Freud presenta la paradoja del diagnóstico en psicoanálisis. Plantea el diagnóstico previo como imprescindible para la indicación de tratamiento psicoanalítico, siendo que realmente podrá llegarse a un diagnóstico certero sólo una vez terminado dicho proceso analítico ... "es muy difícil penetrar de una manera acertada en un caso de neurosis antes de someterlo a un análisis profundo.... Pero la decisión acerca del diagnóstico y la variedad de terapia debe tomarse antes de disponer de esa noticia en profundidad" (Buenos Aires, AE, vol. II, pág.264).

De este diagnóstico inicial derivará la orientación hacia el tipo de tratamiento que el analista considerará indicado para el paciente.

Freud (1905) analizó el problema de la indicación del tratamiento psicoanalítico y planteó que la indicación óptima era para las que denominó psiconeurosis. Propuso una serie de criterios que habría que analizar para prescribir este tipo de tratamiento a un paciente concreto (véase el apartado IV de este artículo, pág.19).

A partir del trabajo sobre *El yo y los mecanismos de defensa*, de Anna Freud (1936), crece el interés por analizar los mecanismos de defensa para realizar el diagnóstico del funcionamiento del yo, de cara a la prescripción de tratamiento psicoanalítico a los pacientes. En el campo de la clínica surgen una serie de técnicas para el estudio de los mismos que son las Técnicas Proyectivas. Desde esta perspectiva se desarrollan métodos de diagnóstico que perduran, ampliados, adaptados y sometidos a amplia investigación, como: el Test de Rorschach, sistema Exner, el Test de Apercepción Temática (TAT) de Murray,

el Test de Apercepción para niños (CAT) de Bellak, el Test de la Figura Humana de Machover, otros Tests Gráficos (H.T.P. de Buck, Test de la Familia de Corman), etc.

Posteriormente, y a consecuencia del planteamiento que hace la escuela inglesa con la Teoría de las Relaciones Objetales, se crean otros métodos de diagnóstico como el Test de Blacky de Blum, el Test de Relaciones Objetales (TRO) de Phillipson, o, en Francia, el Test de Pata Negra (PN), de Corman. Todos ellos parten del modelo psicoanalítico desde diferentes enfoques, pero con el objetivo común de lograr un profundo conocimiento del paciente que permita hacer una mejor indicación de psicoterapia.

Se considera preciso, por tanto, iniciar la tarea desde el psicodiagnóstico para poder responder a las preguntas: ¿Cómo saber a qué sujetos podemos derivar hacia Psicoanálisis o Psicoterapia psicoanalítica?, ¿cómo evitar el riesgo de una mala indicación de estas modalidades de terapia en sujetos no idóneos para obtener resultados satisfactorios?, ¿cómo prever una desorganización psicótica por una inadecuada intervención, o el estancamiento perverso de un proceso?. Ésta y mil preguntas más se vienen debatiendo entre los profesionales de la salud mental que durante más de 100 años intentan encontrar el mejor modo de situarse éticamente frente a la tarea clínica psicoanalítica.

El Psicoanálisis nació en el campo de la medicina psiquiátrica, lo que influyó de un modo determinante en el modo de abordar los conflictos psicopatológicos. El modelo médico utiliza el procedimiento hipotético-deductivo, en él el diagnóstico incluye la observación de determinados signos específicos (semiología) para encuadrarlos en un sistema de clasificación y codificación (nosografía). Además el diagnóstico incluye una dimensión etiológica que explica el origen de la patología, junto con un diagnóstico diferencial que permite una codificación determinada frente a otras, justificándolo. Con todos estos datos se puede emitir un pronóstico de evolución de la enfermedad y determinar cuál es el tratamiento idóneo.

El Psicoanálisis plantea pensar de otro modo ya que la relación causa-efecto no rige del mismo modo aplicada a los procesos psíquicos que a los biológicos, por ejemplo; tenemos que contar con muchas otras variables: la transferencia, las resistencias...etc., que son determinantes en el tratamiento y, por tanto, necesaria su valoración en el diagnóstico; Es decir, entre la causa y el efecto, entre la etiología –las causas psíquicas- y los síntomas no hay relación causal directa y fija como en otras ciencias, en psicoanálisis tenemos que incluir los procesos inconscientes.

No obstante, persisten los puntos de vista médicos clásicos en muchos modelos de evaluación psicológica: en identificación con el modelo médico tradicional hay quien entiende el diagnóstico como un conocimiento cerrado y previo del sujeto que el proceso no hará más que confirmar; es decir, que hay un

supuesto saber en un terapeuta que, a través de tests, entrevistas, u otros instrumentos de evaluación, puede y debe saber todo acerca de un sujeto, al que después acompañará en su recorrido terapéutico, o al que hará saber cuál es, *en realidad*, su conflicto, o el sentido de su malestar, de sus síntomas, o de sus inhibiciones, y que, al compartir con él este conocimiento, estará ya produciendo el cambio esperado en dirección a su salud mental, a su adaptación a la realidad que le circunda, o a la desaparición de sus síntomas.

En *El psicoanálisis silvestre* (1910), ya decía Freud que si tal conocimiento fuera tan determinante, los pacientes se curarían leyendo textos que describieran tales patologías, asistiendo a conferencias, etc. Y demostró, por el contrario, que la intervención eficaz del psicoanálisis presupone un largo contacto con el paciente (pag. 225); y, añadimos, un proceso de toma de conciencia y elaboración profunda.

Diversos autores - por ejemplo desde la Clínica Menninger: Appelbaum (1977), o Rorschach Workshops (1978)-, han comparado la nosología freudiana con la nosología psiquiátrica tradicional. Señalan, entre otras, las siguientes diferencias que marcan un posicionamiento radicalmente diferente en la comprensión del hecho psicopatológico y también de la posición ética del psicoanalista frente al paciente:

- no se basa en la oposición mente-cuerpo,
- no agrupa solamente a partir de síntomas,
- se fundamenta en la existencia de una explicación etiológica (la estructura edípica: la angustia de castración, las fantasías incestuosas...),
- analiza mecanismos diferenciales entre estructuras,
- introduce criterios de análisis como la sexuación (deseo- defensa-conflicto psíquico), la generación (historia) o la naturaleza de la relación con el otro, etc.

Para sistematizar Ávila (1992), citado por Ortiz (1994, pág. 250), presentaba las siguientes *características de la aproximación psicoanalítica* al psicodiagnóstico del modo siguiente:

- se considera el comportamiento observable como “signo” de los procesos inconscientes que lo determinan y a la vez como muestra de los recursos adaptativos que posee el sujeto.
- se utilizan fundamentalmente métodos intensivos, ideográficos, en el estudio del comportamiento del sujeto individual (biográficos, recuerdos tempranos, sueños, vínculo establecido con el terapeuta, etc.) aunque puedan utilizarse métodos con una vertiente nomotética como las técnicas proyectivas, etc.

- sus objetos de estudio fundamentales son: los procesos y contenidos inconscientes, la descripción de la estructura psíquica y la valoración de la accesibilidad del sujeto al tratamiento psicoanalítico.
- no hay interés ni se otorga relevancia a la comparación interindividual, ni a la formulación de predicciones específicas acerca del comportamiento de los sujetos. Se rechazan los diagnósticos de tipo nosológico y, aunque estén presentes, su interés radica no en lo estático sino en lo dinámico de los sujetos (fantasías inconscientes, mecanismos de defensa del yo..., etc.)
- las técnicas de evaluación funcionan como meros reactivos, por lo que no se estudia, de igual modo que en otras técnicas, el problema de la fiabilidad ni el de la validez empírica de los procedimientos. Tan solo se le otorga relevancia a la validez de constructo.
- hay interés por la consistencia intra-individual del comportamiento del sujeto, entendido en tanto que conducta total, investigando la trama de fuerzas dinámicas que lo sustentan. El criterio de normalidad que se utiliza como marco de referencia es: tanto social-adaptativo como ideal-subjetivo, próximo a las conceptualizaciones humanistas.

Por otra parte, Joel Dor (1987), en su magistral texto sobre la perversión *Estructura y perversiones*, tras revisar textos freudianos, plantea lo que él llama unas conclusiones preliminares sobre el concepto del diagnóstico en la clínica psicoanalítica:

- su carácter potencial: se trata, dice, de un acto dejado deliberadamente en suspenso y sujeto a un devenir, (es decir, la confirmación del presuntivo diagnóstico la tendremos, en realidad, al terminar el proceso analítico)
- la potencialidad diagnóstica, sujeta al devenir de una confirmación, deja en suspenso por un tiempo todo acto de intervención con valor terapéutico.
- derivada de las dos anteriores: se subraya la importancia de emplear el tiempo necesario para observar antes de cualquier decisión o propuesta de tratamiento, tiempo al que Freud llamaba tratamiento de ensayo y que hoy llamamos entrevistas preliminares (pag 24-24).

En *Iniciación al tratamiento*, Freud (1913), escribe:

*“...pero a la par que un ensayo previo, constituye la iniciación del análisis y ha de seguir, por lo tanto, sus mismas normas. Solo podremos diferenciarlo algo del análisis propiamente dicho dejando hablar preferentemente al enfermo y no*

*suministrándole más explicaciones que las estrictamente indispensables para la continuación de su relato” (pag 126).*

Mas adelante vamos a volver sobre estos puntos: la escucha terapéutica, el dejar hablar y el favorecer la continuación del relato, planteándonos el papel de determinadas técnicas de evaluación como son las Técnicas Proyectivas en el proceso diagnóstico.

#### *Acerca de la demanda y del síntoma*

Pensamos que cuando un sujeto consulta a un psicoterapeuta es porque algo de su equilibrio narcisista se ha resquebrajado. Percibe que algo no funciona suficientemente bien, algo le hace sufrir, o no entiende..., algo de sí mismo se pregunta, o algo le desborda, algo no encaja con una idea anterior de sí mismo, o busca para sí algo diferente, o algo le avergüenza, alguien le ha hecho tener que afrontar algo, o siente que un deseo le acucia, un otro desea algo para él, el mundo se le queda pequeño y le asfixia o demasiado grande y se pierde... algo nuevo de sí mismo se encuentra y no sabe qué hacer con ello, por exceso, por déficit, por sorpresa, por terror, por culpa...La angustia del paciente puede hacerse también la del terapeuta, y dependiendo de cómo se posiciona éticamente frente a ella así será su intervención.

Con su modo de escuchar y colocarse frente a la demanda, el terapeuta ya está mostrando al paciente qué orientación va a dar a ese encuentro, qué es lo que puede esperar de la relación y de la terapia.

La actuación en la dirección de calmar, tapar, hacer desaparecer la angustia del paciente...cualquier intervención inmediata y directamente relacionada con ella, podríamos pensarla más como una necesidad del terapeuta que como una necesidad del propio paciente, del que, por cierto, en estos primeros contactos aún no sabemos nada...la angustia del otro hecha angustia propia y que nos apresuramos a “resolver” (¿en nosotros? ¿en el otro?).

Mitjavila (1994) plantea una tipología de la demanda en la que propone cuatro tipos de paciente:

Paciente biologista, que sitúa como “locus” del sufrimiento el cuerpo: el cerebro, y que espera del terapeuta fármacos.

Paciente catártico- victimista, cuyo “locus” de sufrimiento sitúa en la realidad externa, en la sociedad, en los otros. Espera del terapeuta consuelo.

Paciente directivo, que sitúa el “locus” de sufrimiento en su realidad personal, en su personalidad, en su conducta. Espera del terapeuta consejos

Paciente introspectivo, que sitúa el “locus” de su sufrimiento en su realidad personal, en su personalidad, en su conducta. Espera del terapeuta adquirir conocimiento.

En la demanda se trata, en formulación de Mitjavila (Op. cit.,pág.266), de escuchar los aspectos explícitos y los implícitos o inconscientes, diferenciando las expectativas realistas y sanas, de las idealizadas o neuróticas, atendiendo tanto a “lo que dice” (lo verbal), “cómo lo dice” (lo no verbal), “qué pide” (lo relacional), o “qué repite” de su conflicto original (lo transferencial) en cómo lo actúa en este primer contacto con el terapeuta.

Además es importante escuchar de qué modo presenta sus expectativas respecto al terapeuta y la terapia. Puede ser una expectativa - desde el punto de vista terapéutico- sana, razonable y viable, o planteada desde la idealización o desde la imposibilidad. A veces espera que le convirtamos en otra persona, que actuemos mágicamente, que le quitemos el dolor o la incapacidad, que nos hagamos cargo de sus problemas, o poder aprender teorías que le permitan defenderse de sus ansiedades sin tener que plantearse nada, etc.

El síntoma no es igual a la demanda, ni igual al deseo...un paciente puede acudir a un terapeuta con algo que no tiene nada que ver con todo eso, a veces se consulta sin siquiera tener un síntoma, por ejemplo cuando viene porque alguien, un tercero, lo envió. Ahí ni hay síntoma, ni hay demanda – porque está alienada en el otro, no está en él -, y en ese caso la primera tarea del terapeuta sería facilitar, tramitar, la creación de una demanda propia, a través de su propio sufrimiento y de su síntoma, el surgimiento de su propio deseo.

Con tales expectativas aparecen las proyecciones sobre la terapia y el terapeuta, y, por tanto, la primera aproximación a la escucha de la reproducción de patrones inconscientes del paciente. Para el psicoanálisis en su concepción del síntoma está incluido el inconsciente. La demanda, en sí misma, puede estructurarse como un síntoma (Cassiers, 1982).

Se puede pensar el síntoma como una idea, una conducta, una evitación, una inhibición, un desplazamiento en el cuerpo, una proyección en el mundo circundante, etc., es decir, como una defensa, un modo de afrontar una situación conflictiva, una solución de compromiso entre las exigencias del mundo interno del sujeto y su realidad exterior.

También sabemos que se relaciona con el *goce* en la medida en que es cumplimiento de un deseo inconsciente reprimido. El sujeto no puede verlo como un goce propio, porque no es placentero, sino todo lo contrario, le produce sufrimiento. Satisface deseos pero, generalmente, sin placer consciente. Produce placer porque cumple la función de reducir el nivel de angustia y dar seguridad, pero a la vez produce displacer ya que no logra disolver toda la angustia, siempre queda ese resto que produce “el retorno de lo reprimido”, en palabras de Freud.

Es, por tanto, una creación del sujeto que le sirve para mantenerse organizado, seguro, (y gozando).Paradójicamente se vuelve en su contra. Lo que empezó siendo funcional y al servicio de la adaptación, se vuelve más y más ajeno, absurdo, preocupante, incapacitante, doloroso, aterrador, loco...y atenta contra su narcisismo. Como se sabe, también puede estar conectado con una“ganancia secundaria” de la enfermedad (Freud, 1926, pág 95). El sujeto quiere que desaparezca el dolor, el sufrimiento, pero, si es posible, sin cambiar nada, (sin “perder” nada, sin perder goce).

Es la demanda, imposible, que el terapeuta recibe, y que según desde qué perspectiva de la salud mental la escuche, eso va a determinar su posición ética frente al paciente y a la tarea psicoterapéutica. Como el síntoma, la demanda tiene siempre esa doble faz y hay que contar con ella: En una parte el paciente se esfuerza en la búsqueda de un cambio mientras que en otra se esfuerza por mantener la situación, sin cambiar nada, sin “perder” nada. Esa es la *resistencia*.

Algo del equilibrio narcisista se ha roto, decíamos, y el sujeto lo que quiere es conseguir el bienestar que, supone él, tenía antes de ese momento. Podríamos pensar que si tras ese quebranto no apareciera el malestar, esto es, si pudiera volver a colocar las mismas defensas que hasta ese momento eran exitosas, no consultaría, volvería a organizar un equilibrio que, aunque no pueda considerarse “sano”, no le inquietaría. Pero parece que no es eso lo que ocurre. Vuelve a echar mano de lo que hasta ese momento le resultaba eficaz, pero esas defensas no logran contener la angustia que ahora le desborda. Y el sujeto no entiende...El sujeto se pregunta por sí mismo, o bien hay otras personas que se lo preguntan por él (los padres, los maestros, la pareja, el médico, un amigo...): qué pasa ahora, qué puedo hacer ahora?

Desde ahí, desde un espacio que se le abre, desde una incógnita, desde un vacío, desde la ruptura de las certezas que hasta ahora le han dado seguridad, aparece una pregunta que no puede acallar porque le urge, ni puede contestarse él solo. Estamos incluyendo la dimensión de comunicación, de información, de relación, que el síntoma establece con el exterior.

El síntoma para el psicoanálisis es una manera de hablar: con el cuerpo en la histeria de conversión, con la ideación recurrente en la neurosis obsesiva, con las evitaciones y los miedos en las fobias, con la transgresión en las perversiones o con la pérdida de realidad, delirios o alucinaciones en las psicosis. El síntoma del sujeto algo dice, y lo dice a alguien, y lo dice desde algún lugar. A la vez, el síntoma tapa, oculta, esconde..., otra vez la paradoja, la doble faz.

Cuando una persona acude a una consulta, demanda a alguien, al que supone un saber, (el llamado “sujeto supuesto saber” por Lacan), y del que espera una respuesta, que vuelva a cerrar sus preguntas y sus inquietudes, que le

llene de contenidos y certezas, que le devuelva la ilusión del equilibrio y bienestar perdidos...Ahora llega el momento delicado: ¿a quién se encuentra escuchándole? ¿Cuál es la posición ética del receptor del pedido? ¿alguien que tapone, llene, colme, de contenidos, consignas, tranquilice, es decir “sepa”?, o ¿a alguien que sostenga la pregunta y le acompañe a buscar sus respuestas hasta las últimas consecuencias, desde un saber que sabe que es un supuesto saber, que el que sabe es, en realidad, el que no sabe que sabe...?. Freud definía el psicoanálisis como “la manera de tratar la queja del paciente”.

El psicoanálisis nos ha enseñado que en la comunicación, además de las dimensiones analógica y digital, verbal y no verbal, variables tan bien estudiadas por la Teoría de la Comunicación, hemos de incluir la dimensión propiamente psicoanalítica del inconsciente: lo manifiesto y lo latente.

Cada persona se organiza una historia acerca de sí mismo, de sus conflictos, de sus síntomas, de su historia, y así la cuentan en su encuentro con el analista (Mannoni, Siquier, Bleger, etc.), desde ahí los justifican, atribuyen, o explican.

El pensamiento común va en la dirección de creer que cuando un individuo habla sabe lo que quiere decir, puede decirlo y lo dice; que cuando un paciente explica a un terapeuta cuál es la causa de sus sufrimientos o malestares es porque lo sabe, quiere y puede decirlo. Desde el inicio, en una comunicación “habitual”, el individuo lo que busca en el que escucha es un igual, alguien que le dé la razón, o el consuelo, o la solución... alguien con quien pueda identificarse, que simpatice con él, que sea un referente que apoye su punto de vista, un semejante imaginario, un igual, (un amigo, un conocido, una pareja, un compañero...); pensamos que esa posición sería lo más parecido a trabajar en la línea de la compulsión a la repetición, del goce, de mantener el síntoma. El individuo busca eso, no busca a alguien que introduzca un punto de vista diferente, ajeno, otro. No busca “alteridad”, sino identidad (aunque sea imaginaria), igualdad, semejanza, consenso, congruencia cognitiva. En vez de simpatía, sintonía, el terapeuta psicoanalítico ofrece *empatía*.

En sintonía son dos iguales, en empatía el terapeuta se disocia operativamente, manteniendo una posición desde la que además de comprender puede ofrecer un espacio para repensar de otro modo las cosas, para hacerse preguntas, para mirar en otras direcciones, ver otras perspectivas, para seguir pensando...

La escucha psicoanalítica, principal método de trabajo en psicoanálisis, bien sea en diagnóstico o en terapia, se ocupa de todo eso que venimos citando, dejando en un segundo plano (o intentándolo al menos) “los ruidos”, las quejas, lo manifiesto, etc., sin cuestionarlos, pero sin entrar, sin detenerse, o sin confundirse en ellos.

Tenemos ya introducida la doble dimensión: el discurso del paciente y la subjetividad de la escucha del analista. El terapeuta que no incluye la dimensión inconsciente, que se queda “pegado” al *síntoma manifiesto*, sin hacer espacio a otras dimensiones del mismo, podrá hacer, en el mejor de los casos, una minuciosa descripción, una lectura exhaustiva de los signos y rasgos que componen un determinado síndrome o cuadro psicopatológico.

Pensamos que esa lectura está hecha desde una dimensión demasiado externa, superficial, y lo que es más, necesariamente ignorante de quién es ese sujeto que habla a través de sus síntomas en la realidad compleja de lo que muestra y lo que esconde esa manifestación sintomatológica.

Así, resumiendo, podríamos decir que *el síntoma vela y desvela, que el sujeto cree que sabe cuando nos cuenta acerca de sí mismo, que el paciente dice de sí sin saber que lo dice, que no sabe que sabe y cree que no sabe lo que cree que el terapeuta sí sabe de él y que tiene el saber que a él le hace falta...*

#### *El lugar del terapeuta*

Y el terapeuta ¿dónde se coloca?: ¿en lo que el síntoma aparentemente desvela?, ¿en lo que el paciente aparentemente sabe o dice saber? ¿en el lugar del que sí sabe? El terapeuta de enfoque psicoanalítico se posiciona sin afirmar o desmentir nada al sujeto acerca de su supuesto saber, ya que es esa creencia inicial la que va a permitir que el paciente se dirija a él para poderse acercar a la verdad de sí mismo. La posibilidad de acercamiento del sujeto a esa verdad sólo se produciría gracias a que se han resquebrajado sus teorías, sus certezas, su saber sobre sí mismo. Gracias a eso se abriría un espacio para un alguien, un otro ajeno a él, del que supone y espera “que le solucionará la vida”, o que le permitirá salir del círculo vicioso de su enfermedad. La variable que un psicoanalista no puede dejar de lado es que ese “supuesto saber” es solo un supuesto, operativo para la dirección de la cura, pero nada más que un supuesto saber.

Desde la perspectiva psicoanalítica nos colocamos en la encrucijada de todas estas variables, que, manejadas técnicamente de un modo correcto, nos permitan un abordaje del paciente con la mayor riqueza y complejidad. Estamos hablando de las condiciones fundamentales para el ejercicio de esta profesión de psicoterapeutas psicoanalíticos. Recordando a Freud citaremos “los tres pilares” que sostienen nuestra difícil tarea: el psicoanálisis personal, la supervisión de nuestra práctica y la sólida formación teórica.

*El psicodiagnóstico como tarea inicial:* es la primera tarea que el terapeuta se plantea cuando recibe a un paciente. ¿Qué es lo que este sujeto demanda?, ¿desde dónde?, ¿qué estructura psíquica le constituye? ¿cómo goza?, cuando pide ¿qué pide? ¿qué deseo inconsciente le sostiene? ¿qué es lo

que desea desear? ¿qué es lo que teme desear? ¿desde dónde habla? ¿quién habla en él o por él o a través de él? ¿a quién habla?.

Autores como Brammer y Shostrom (1970) citados por Mitjavila (1994, pág. 268), resumen las que ellos denominan condiciones para una buena demanda terapéutica en sentido operativo:

- 1º. Que exista conciencia de sufrimiento, ya que es lo que impulsa la demanda
- 2º. Que el paciente sitúe su problemática o conflicto en el terreno psicológico
- 3º. Que tenga deseos de cambiar, aunque pueda estar presente la lógica ambivalencia
- 4º. Que se sienta, en alguna medida, sujeto activo de su situación, no delegando culpas y responsabilidades en los otros o en el exterior
- 5º. Que acuda voluntariamente a la consulta, aunque presente dudas, resistencias, ambivalencias, etc.

Ya desde la forma en que el terapeuta se presenta va a estar dando indicios de todo eso. Si recordamos el clásico trabajo de Bleger (1971) *Temas de psicología*, plantea allí diversos modos de presentación de los pacientes a la consulta, que, según el autor, son indicadores diagnósticos y pronósticos dignos de tener en cuenta. Señala, por ejemplo, que no es lo mismo si el paciente viene por su propia reflexión, si es derivado por terceros, o es obligado a acudir. Considera que, en general, el primer caso se corresponde con las neurosis, en las que el sujeto tiene conciencia de su sufrimiento, que es lo que le hace pedir ayuda, mientras que otras modalidades pueden hacer referencia a cualquiera de las organizaciones subjetivas. Presenta otras modalidades, como el fóbico que viene con “objeto acompañante”, el perteneciente a un grupo familiar aglutinado, deficitario en su diferenciación intersubjetiva, que suele venir en grupo, frente a la presencia aislada y abandonada del perteneciente a un grupo familiar esquizoide, en el que lo predominante es el aislamiento y bloqueo emocional, etc. La casuística clínica recoge que el psicópata nunca demanda por considerar que tiene alguna dificultad, a él nunca le pasa nada, siempre proyecta en el exterior las dificultades, plantea que lo que debe cambiar es el mundo, no él. Él viene, habitualmente, porque le obliga una instancia superior, a la que, por cierto, cuestiona y descalifica. Los niños y los psicóticos generalmente son traídos por sus padres, tutores o terceras personas que se hacen cargo de las dificultades que ellos mismos no están en condiciones de plantear. Algunos adolescentes delegan en sus padres esta demanda, aunque pueda partir de ellos mismos.

En cualquier caso el paciente siempre se presenta desde un discurso sintomático, desde su sufrimiento presenta sus limitaciones, sus inhibiciones, su incapacidad. Tenemos, pues, a una persona, o a un grupo de ellas que consultan para sí o para un tercero a un terapeuta psicoanalítico, y el primer paso es intentar lograr un conocimiento lo más profundo y completo posible de él, a través de un proceso psicodiagnóstico diferencial, partiendo de los síntomas.

Nuestra opción es la clínica de las estructuras psíquicas y, desde esta conceptualización, constatamos que desde distintas estructuras se pueden “fabricar” síntomas *aparentemente* iguales. El objetivo que se persigue es hacer la indicación idónea de tratamiento psicológico al paciente concreto en la situación concreta y actual. El modelo diagnóstico sintomatológico, tipo DSM-IV o CIE-10, por ejemplo, tan extendido en la práctica psiquiátrica y psicológica (y tan útil y necesaria en gran cantidad de casos), iguala a todos los pacientes, toma características conductuales semejantes, analiza manifestaciones en el pensamiento o en la conducta que aparecen como disfuncionales, se apoya en un criterio preferentemente cuantitativo, de orden de prevalencia, y, desde ahí, hace un diagnóstico primero descriptivo, fenomenológico, y después categorial, nosológico. La diferencia que aporta el psicodiagnóstico psicoanalítico es, por una parte la diferente concepción que ambas tienen del sujeto, del síntoma (qué es, qué hacer con él) y, por otra y fundamental, la inclusión que hace el modelo psicoanalítico de la dimensión inconsciente. La perspectiva psicoanalítica que nosotros adoptamos parte de una concepción estructural del aparato psíquico.

#### *El diagnóstico estructural*

Cuando decimos aquí estructura nos referimos a una noción amplia de dicho concepto, esto es, nos referimos a un “conjunto de elementos que guardan entre sí cierta relación”.

La noción de estructura psíquica se organiza alrededor de un concepto central en el psicoanálisis freudiano: *El Complejo de Edipo*. El modo en que cada sujeto se posiciona frente a los efectos del *Complejo de Castración*, núcleo central del Complejo de Edipo, será el que dará cuenta de la formación de cada una de las tres estructuras psicopatológicas que el Psicoanálisis estudia: *Neurosis*, *Perversiones* y *Psicosis*. Dependiendo de la defensa dominante frente a esa “afrenta narcisista”, o también, dependiendo de cómo el deseo edípico vectoriza la pulsión sexual, así se dan estas tres posibles respuestas: La Represión, la Renegación o la Forclusión.

Una explicación detallada de cómo se organiza y despliega el Complejo de Edipo y el Complejo de Castración excede el objetivo de este capítulo acerca de consideraciones generales sobre el psicodiagnóstico, pero no quiero dejar de

señalar al menos lo más central para poder entender de qué diagnóstico estamos hablando.

El Complejo de Castración, segundo tiempo del Edipo, según la didáctica de Lacan, se produce cuando el niño/a percibe, capta, la castración de la madre, esto es, cuando la fantasía omnipotente, fálica, se rompe al percibir que mamá, la mamá fálica, omnipotente, todopoderosa, a la que en su fantasía el niño colma, no es todo, no tiene todo, y, por tanto, él tampoco: La gran herida narcisista: no soy todo para mamá. La madre aparece como deseante de algo que el niño/a no colma. Si desea es porque le falta, porque está castrada. Eso hace dirigir al niño la atención en otra dirección, en dirección a lo otro que mamá desea.. Hasta aquí la fantasía de ser lo que el otro desea, ser el deseo del otro, habría funcionado.

Como primera medida intentaría repetir con él, con papá, lo que con mamá resultó fallido: mantenerse fálico, completo, sin falta, no castrado. La mirada de la madre –de la madre que puede “mirar” en otra dirección- remite a otro lugar que no es el hijo, y recibe el nombre de “*función paterna*”, ley del padre, nombre del padre, que abre el camino a la realidad, el mundo, lo otro, lo tercero, lo simbólico, el lenguaje, etc. La “Función Paterna” es una función simbólica, como la “Función Materna” también lo es. Ambas están sometidas a la misma Ley, la ley de la castración que trasciende a ambos.

La percepción de la castración, dolorosa en un sentido (lo que se “pierde”), en otro abre la posibilidad de acceso a la identificación marcada por la diferencia de los sexos, a la diferencia de las generaciones, a la aparición de la ambivalencia, a la resignificación del narcisismo, al recorte del goce pulsional que permite separar cuerpo y goce, a pasar del cuerpo al símbolo, pasando del registro de “ser” a “tener” un cuerpo, femenino o masculino, permite que se organice su pensamiento, se reorganiza la satisfacción pulsional, perdiendo goce pero ganando placer ...(lo que se “gana”). El padre, esa función padre, en su dimensión simbólica, es la que posibilita todo eso, y es la que ahora va a vectorizar la economía del deseo del sujeto.

La *estructura neurótica*: frente al Complejo de Castración, en las neurosis entra en conflicto el deseo edípico, - prohibido por la *Ley del incesto*, esto es, por la ley del padre -, y el deseo de ser querido por él, lo que le fuerza a acatar el *Superyo* que prohíbe aquello que tanto se desea. Es ese el espacio para la ambivalencia, para la culpa por el deseo, para la dificultad para manejarse con la propia fuerza turbadora del deseo, para el intento de sofocarlo, para el retorno de lo reprimido en forma de síntomas (histérico, fóbico, obsesivo...). Entra en conflicto el sujeto consigo mismo, es una lucha entre dos instancias psíquicas: el *Ello* y el *Superyo*. La Represión es el mecanismo que se pone en juego. Separa afecto y representación. Lo reprimido retorna en producciones inconscientes: sueños, lapsus, síntomas...

En la *estructura perversa*, frente a la evidencia de la castración de la madre, y por tanto de la propia, con la consiguiente alteración y enfado, la herida narcisista se tramita de otro modo. En el propio *Yo* se produce una escisión (escisión vertical, según algún autor), que hace que aquello que claramente se percibe, esto es, la castración de la madre, y su corolario: la diferencia de los sexos, la pertenencia a uno de ellos, etc., se niegue con la misma fuerza y en el mismo momento de su percepción. Funciona la Represión (mecanismo que comparte con la estructura neurótica, aunque sus efectos aquí son diferentes), pero el mecanismo diferencial que se pone en funcionamiento es la *Renegación*, puesto que se niega la percepción ya experimentada, a la misma vez y con la misma fuerza. El conflicto se produce dentro de una misma instancia: es la *Escisión del Yo*.

La estructura perversa se pone en juego en la sexualidad, que es donde se produce el encuentro entre las diferencias sexuales. No se trata aquí de la problemática del deseo y sus avatares, como en las neurosis, sino del acto sexual. La angustia de castración se tramita a través del acto sexual, no de las fantasías. Hay diversos modos de manejarse frente a esta situación: fetichismo, sadismo, masoquismo, voyeurismo, exhibicionismo, travestismo. etc. Se trata de negar la importancia del pene-falo para el goce sexual. El perverso necesita demostrar, con el desafío y la transgresión, que no es la diferencia de los sexos lo que genera el deseo ni el goce sexual (por Ej.: el zapato en el fetichista...). El elemento común es una organización subjetiva en la que lo que se hace patente es la referencia a la diferencia pero para negarla, para retar la Ley paterna, para transgredirla.

Lo paradójico, desde mi punto de vista, de esta estructura en la que se reniega de la castración, esto es del padre simbólico, es que hay una constante referencia a él, aunque sea para renegar de él, para poner en cuestión su función, su valor o su existencia. El otro es, para el perverso, sólo un objeto destinado a satisfacer sus deseos. Él mismo es un objeto fálico de la madre. La ley que regula es la ley materna. Tampoco accede desde ahí a la posición de sujeto.

La *estructura psicótica* se organiza, frente a la castración, con una desestimación de la misma. El mecanismo de defensa a través del que Lacan lo explica es la *forclusión*. También se lo denomina *desestimación*. Lo que queda forcluido o repudiado es el *Nombre del padre*. La instancia simbólica, mediadora del deseo entre madre e hijo no consigue ocupar un lugar. La madre no introduce la función paterna, no aparece como carente, faltante, como deseante de algo que no sea el propio hijo. Es la Ley materna la que organiza su mundo psíquico. Es, en su fantasía, el único objeto de deseo de su madre, lo es todo, como ella es todo para él, manteniendo así la fantasía fálica, omnipotente, de no castrados, por tanto. Esto le conduce a la muerte psíquica, a la muerte como sujeto psíquico. Lo tercero, lo otro, lo simbólico, el lenguaje, el mundo, la realidad,

todo queda fuera, desestimado, ajeno. Fuera queda, por tanto, también la identificación simbólica, sólo tiene acceso a la frágil y poco consistente identificación imaginaria. Ajeno también al reconocimiento de las diferencias en general y de las diferencias sexuales en particular. No puede organizar una posición de sujeto que puede sujetarse a sí mismo, de ahí las suplencias como modo de acomodación funcional. Ni puede reconocer objetos como Otros.

La ruptura se da entre el aparato psíquico y la realidad. El *delirio* y la *alucinación* serán los modos de acomodar la realidad al vacío y caos que constituye su mundo interno.

La tarea del diagnóstico de orientación psicoanalítica es entender desde qué estructura subjetiva se establece la demanda de ayuda que el paciente nos hace.

Desde Freud y los desarrollos post freudianos, especialmente Lacan y Klein, sabemos que los síntomas pueden ser *aparentemente* los mismos desde cualquiera de las tres estructuras señaladas más arriba, pero, sin embargo tener significaciones o cumplir funciones absolutamente diferentes para cada una de ellas: restablecer una realidad perdida, satisfacer un deseo sustitutivamente, demostrar la no existencia de la castración... Nuestra tarea es analizar, como primera medida, la estructura desde la que se produce el síntoma manifiesto, que es lo que trae al paciente a la consulta. Sólo desde ahí podremos plantear cómo actuar frente al síntoma.

Ahora vamos a aclarar un poco más qué queremos decir cuando hablamos de hacer un diagnóstico estructural. Si nos quedamos en el planteamiento tal y como hasta aquí hemos propuesto estaríamos hablando, de nuevo, de una categoría nosográfica, aunque de distinto matiz que las tradicionales psiquiátricas: Lo que planteamos es un *diagnóstico en la estructura* a partir de la *transferencia* y en la misma transferencia del paciente.

Es decir, que consideramos la clínica psicoanalítica, y dentro de ella la tarea psicodiagnóstica, como propiamente estructural ya que todo lo que en ella acontece se establece a partir de la transferencia. La transferencia es un mecanismo psíquico, un fenómeno universal, que se produce tanto en un proceso terapéutico, como en un proceso diagnóstico. Así, por ejemplo diremos que "*las pulsiones infantiles que no encontraron gratificación en su momento, se hacen presentes en la neurosis e inconscientemente buscan su realización en las relaciones actuales, incluida la relación terapéutica*" (Freud, 1915).

Desde el punto de vista metapsicológico *transferir* tiene que ver con el *desplazamiento*, ya que transferir es colocar en otro; en ese sentido en el diagnóstico hay transferencia. No hay neurosis de transferencia ya que la posición del terapeuta no es la de responder, devolver, interpretar, sino la de escuchar. Se reciben transferencias sobre la persona del terapeuta y sobre los instrumentos proyectivos u otros con los que se realiza el diagnóstico,

transferencias que aparecen desplazadas y/o condensadas en la producción proyectiva del paciente, transferencias positivas y negativas, pero no se interpretan.

En el campo diagnóstico hay que aclarar que no entendemos la transferencia como un efecto más que la situación analítica desencadenada, sino como un vínculo transferencial que se funda en la estructura misma del sujeto. No se trata de que el analista observa, desde un lugar privilegiado y separado (ajeno), qué transferencia organiza el paciente y desde ahí, desde ese lugar describe, descifra o clasifica al sujeto... Si tomamos aquí la perspectiva lacaniana podemos plantear que desde el momento en que existe transferencia, el habla del sujeto desdobra su estructura incluyendo al analista.

Lo que para el analista, en la función diagnóstica, importa realmente, es analizar cuál es el lugar interno, transferencial, en que el paciente le coloca en su discurso. Es decir, que se trata de poder analizar y reconocer la posición en que él es situado “en” y “por” el discurso del paciente: si le da un lugar significativo, como en las neurosis, o no, como en las psicosis, y en cualquier caso un lugar para qué y desde dónde.

### **El proceso del psicodiagnóstico con técnicas proyectivas**

#### *Proyección y Técnicas Proyectivas*

En *Inhibición síntoma y angustia*, Freud (1926), empleó el término *defensa* como “*designación general de todas las técnicas de que se sirve el yo en los conflictos eventualmente susceptibles de conducir a la neurosis*” (pag.153).

Freud planteó dos aspectos del término proyección:

**1º.** Por una parte el ya mencionado como mecanismo de defensa (con las características comunes a todos ellos de ser inconscientes, servir como defensa contra tendencias inconscientes y reducir la angustia dando seguridad al yo; y con la especificidad de consistir en atribuir a otros o colocar fuera de sí impulsos, ideas y sentimientos inconscientes). En su *Vocabulario de Psicoanálisis*, Laplanche y Pontalis (1987) definen la proyección así: “*es una operación mediante la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en otra persona o cosa cualidades, sentimientos, deseos, que desconoce o rechaza en sí mismo*” (pag 306-312)

**2º.** En *Tótem y tabú*, Freud (1912), hace la siguiente formulación:

“*...la proyección no es únicamente un mecanismo de defensa, se observa también en casos en que no existe conflicto. La proyección de*

*las percepciones interiores al exterior es un mecanismo proyectivo primitivo. Este mecanismo influye asimismo sobre nuestras percepciones sensoriales de tal modo que normalmente desempeña el papel principal en la configuración de nuestro mundo exterior. En condiciones que no han sido aún suficientemente establecidas, constantemente las percepciones interiores de los procesos ideacionales son proyectados al exterior como percepciones sensoriales, y son usadas para determinar el mundo exterior, aunque ellas pertenecen, en rigor, al mundo interior” (pag.69-70).*

Esta segunda acepción pone el énfasis en la percepción como función de la personalidad. Es en esta perspectiva donde se sitúan autores tan relevantes como Abt y Bellak (1950) cuando plantean una psicología proyectiva que considera la personalidad “*como un sistema de percepciones que influyen de modo selectivo sobre el comportamiento*”. Refiriéndose a la percepción como proceso proyectivo acuñan el término *Apercepción*, que definen como “*un proceso por el cual la experiencia nueva es asimilada y transformada por la huella de la experiencia pasada de cada uno, de tal modo que forma un todo nuevo*”. Así pues, no hay percepción “pura”, sino que toda percepción comporta siempre cierto grado de distorsión aperceptiva; sería pues, la apercepción “*la interpretación dinámicamente significativa que un organismo hace de una percepción*” (pag 27).

También Anzieu (1983), opina que toda percepción es selectiva y añade que la selección depende no solo de los umbrales sensoriales y de la estructura del estímulo, sino también del estado y la historia del individuo (pag.196).

Se utilizó inicialmente el concepto de *Proyección* como representativo de los mecanismos de defensa, y por eso se las denominó con el genérico: “*Técnicas Proyectivas*”.

Hay un acuerdo general entre los estudiosos de estas técnicas en el sentido de que no se limitan a reflejar la proyección exclusivamente, sino todos los mecanismos mentales posibles, tanto defensivos como meramente expresivos. Las Técnicas Proyectivas incluyen la vertiente inconsciente y el análisis de un gran número de los mecanismos mentales posibles. Por eso señalábamos antes que la denominación de técnicas proyectivas es inadecuada por limitadora

Frank (1939) fue el primero en definir las como unas técnicas adecuadas al estudio de la personalidad entendida como una unidad, como una configuración relativamente estable de procesos dinámicos, organizados en torno a las necesidades, sentimientos y experiencias del individuo, que opera constantemente en su vida, transformando toda situación o experiencia de acuerdo con las disposiciones de la matriz de su personalidad.

Anderson y Anderson (1976), otro clásico en el tema, señala que estos tests “elicitan la expresión simbólica de los motivos de temor y de ansiedad de un sujeto, de sus objetivos y deseos, de sus fantasías y demás características del mundo íntimo, que no consentirían en revelar de cualquier otro modo que no fuera por símbolos” (pag. 49)

Siquier M.L. et al (1974), en *Las Técnicas Proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*, caracteriza el proceso de psicodiagnóstico o evaluación del modo siguiente “es una situación bipersonal (psicólogo-paciente o grupo familiar), de duración limitada, cuyo objetivo es lograr una descripción y comprensión lo más profunda y completa del paciente o el grupo familiar. Asimismo enfatiza la investigación de algún aspecto en particular según la sintomatología y características de la derivación (si la hubiere). Abarca los aspectos pretéritos, presentes (diagnóstico) y futuros (pronóstico) de esa personalidad, utilizando para lograr tales objetivos ciertas técnicas (entrevistas, técnicas proyectivas, entrevista devolutiva)” (pág.18).

Aquí vamos a plantear algunas cuestiones acerca de las técnicas a que Siquier se refiere, que son las llamadas Técnicas Proyectivas, y que han generado “chorros de tinta” entre psicólogos, clínicos y psicoanalistas partidarios o detractores del uso de las mismas.

A partir del trabajo sobre *El yo y los mecanismos de defensa*, de Anna Freud (1936), crece el interés por analizar los mecanismos de defensa para realizar el diagnóstico de los recursos, limitaciones y capacidades del yo de cara a la prescripción de tratamiento psicoanalítico a los pacientes, y en el campo de la clínica surgen una serie de técnicas para el estudio de los mismos que son las Técnicas Proyectivas. Desde los años 40 y 50 se desarrollaron métodos de diagnóstico –ya citados más arriba-, que perduran, ampliados, adaptados y sometidos a amplia investigación, siendo los más representativos los siguientes: el Test de Rorschach (la versión de Exner -1978- es la más extendida y utilizada internacionalmente), el Test de Apercepción Temática (TAT) de Murray, el Test de Apercepción Temática para niños (CAT) de Bellak, el Test de la Figura Humana de Machover, el Test de Relaciones Objetales (TRO) de Phillipson, el Test de la Casa- Árbol- Persona -H.T.P- de Buck, el Test de la Familia de Corman, el Test de Blacky de Blum, el Test de los cuatro cuadros de Vann Lennep, el Test de Pata Negra de Corman y otros.

Todos ellos parten del modelo psicoanalítico haciendo énfasis en diferentes aspectos teóricos, pero con el objetivo común de lograr un conocimiento lo más completo y profundo del paciente para poder hacer la mejor indicación de psicoterapia.

En este método psicodiagnóstico se cuestiona lo que en otros modelos psicológicos de evaluación sirve de guía, esto es, que el conocimiento profundo de una persona no es igual a la suma de elementos evaluados (rasgos, factores,

etc., como, por ejemplo, en los tests psicométricos); en una concepción global de la personalidad cada elemento no tiene valor por sí mismo, sino en función del conjunto, cada elemento hace referencia a la totalidad, cada acto personal expresa a la persona en su unidad. Los tests proyectivos parten del supuesto de que, en la ejecución del test, fluirá toda la personalidad del sujeto, que se desplegará ante el terapeuta y en relación con él.

#### *Planificación del proceso diagnóstico y elección de la batería de tests*

Es siempre después de haber realizado las entrevistas clínicas diagnósticas iniciales, cuando vamos a seleccionar las técnicas que consideramos pertinentes para el estudio concreto de nuestro paciente concreto. Disponemos de una amplia gama de ellas que permiten analizar datos de diferentes campos y funcionamientos.

Un proceso psicodiagnóstico debe recoger información de diferentes áreas y niveles, integrar datos tanto extensivos como intensivos, incluir la observación, estudiar variables estructurales y dinámicas, etc., para lograr un conocimiento lo más completo e integral de la personalidad total.

Dentro del campo de las Técnicas Proyectivas, Anzieu (op. cit.) plantea una distinción entre Técnicas proyectivas dinámicas y Técnicas proyectivas estructurales, siguiendo la diferenciación que señalábamos antes entre las dos modalidades de proyección, y que podría sintetizarse en la siguiente clasificación:

##### *1. Técnicas proyectivas dinámicas o temáticas (los también llamados "Test de cuadros"):*

- El T.A.T. (test de apercepción temática para adolescentes y adultos de Murray, y sus adaptaciones culturales)
- El S.A.T. (test de apercepción para ancianos, de Bellak)
- El C.A.T. (test de apercepción infantil en sus formas humana, animal o especial, de Bellak)
- El Test de Blacky (test de apercepción temática para niños de Blum)
- El T.R.O. (test de relaciones objetales, test aperceptivo para adultos, de Phillipson)
- El P.N. (test de las aventuras de Pata Negra, tests aperceptivo para niños de Corman)
- El Test de los cuatro cuadros ( test de apercepción para adolescentes, de Van Lennep)
- Otros...

## 2. Técnicas proyectivas estructurales

### a. Las Técnicas proyectivas gráficas:

- El T.D.A. ( test del dibujo de la figura humana, de K. Machover, y sus variantes:
- Caligor, Rosenberg, Bernstein, Abrahams, etc.)
- El H.T.P. (test de la casa- árbol- persona, de Buck)
- El T.D.F. (test de la familia, versión Corman y sus variantes)
- El Test del Dibujo Libre
- El T.P.I. (test de la pareja en interacción, de L. J. Juri)
- Otros...

b. El Test de Rorschach (la versión mas utilizada en todo el mundo por su consistencia y desarrollos metodológicos en fiabilidad y validez es la del Sistema Comprensivo de Exner).

En el primer grupo (1) predominaría la atribución o proyección de aspectos personales, mientras que en el segundo (2) se obtendría un corte representativo de la organización del sujeto y de su modo de aprehensión de la realidad. Anzieu dice que, aun con todo, muchos de los datos de las técnicas dinámicas o temáticas pueden interpretarse en función de una proyección estructural.

En la aplicación de las Técnicas Proyectivas, como en las restantes técnicas de evaluación de la personalidad, deben respetarse las condiciones establecidas para la aplicación de las pruebas. Entre otras, es importante el orden y la secuencia de su aplicación en cada caso concreto.

Tanto en niños como en adultos se recomienda empezar por las que hemos denominado “estructurales”, esto es, que apuntan a elementos más estables de la personalidad, menos sujetos a cambios y menos influenciados por estados situacionales, y que por otra parte, al ser técnicas más encubiertas, facilitan la expresión menos defendida de contenidos internos.

Los que responden a estos criterios son las Técnicas Gráficas y el Test Rorschach. Como recoge Ortiz (1997, pag. 256), estas técnicas ofrecen al sujeto un espacio vacío que sólo pueden rellenar proyectando su propia imagen del cuerpo. Por eso muchos pacientes que se mantienen compensados en otras pruebas pueden descompensarse en el Test Rorschach, encontrándose en éste rasgos tan profundos que no se pueden percibir fácilmente desde otra perspectiva o técnica diagnóstica.

Se dejan para el final las Técnicas Aperceptivas, que provocan una regresión limitada, requieren el uso del lenguaje verbal sintáctico, y que nos aportarán datos acerca de los modos de vinculación, defensas dominantes, estados emocionales, etc. Este tipo de técnicas, además, al ser menos encubiertos, más evidentes en sus objetivos, al favorecer más las identificaciones conscientes del sujeto con el “héroe” de las láminas, al estar más próximos a la conciencia los conflictos..., pueden provocar más respuestas de defensa que los del tipo 1), por lo que es conveniente dejarlos para el final, donde también la fortaleza del vínculo transferencial propio de la situación diagnóstica, soportará mejor las tensiones y requerirá de menor esfuerzo defensivo por parte del sujeto.

La secuencia que proponemos de un modo general, como planificación-tipo, (que en cada caso habrá que ajustar al paciente concreto), podría ser así:

#### *Planificación del psicodiagnóstico para adultos*

- 1ª . Entrevistas clínicas psicodiagnósticas, con metodología semiestructurada
- 2º . Aplicación de la Batería seleccionada de Técnicas Proyectivas
  - a- Técnicas Gráficas ( es normativo aplicar todas en la misma sesión y ajustarse a las condiciones de aplicación: tipo de lápiz y papel, consignas, observación, etc.)
  - b- Test de Rorschach (Sistema Comprensivo Exner)
  - c- Test aperceptivo (se utilizan T.A.T. o T.R.O.)
  - d- Métodos y Tests específicos según objetivo del diagnóstico) (Ej.: Escalas Weschler; Aptitudes, Cuestionarios, etc.)
- 3º. Entrevistas de Devolución

#### *Planificación del psicodiagnóstico para niños y adolescentes*

- 1º Entrevistas con los padres
- 2º Hora de juego diagnóstico con el niño (o Entrevista dependiendo de la edad y de las condiciones del niño)
- 3º Batería de tests:
  - a- Técnicas Gráficas
  - b- Test de Rorschach (Sistema Comprensivo de Exner)
  - c- Test aperceptivo ( C.A.T.-A, de Bellak, ó P.N. de Corman)
  - d- Tests Verbales (según edad: Fábulas de Düss, Test Desiderativo, etc., seguidos de Dibujo Libre)
  - e- Métodos y Tests específicos según objetivo del diagnóstico (Tests de Inteligencia, aptitudes, etc. Por ej. : WISC-R; MSCA; Lateralidad , etc.)
- 4º Entrevistas de Devolución con los padres

##### 5º Entrevistas de devolución con el niño.

(Hay opiniones diferentes en cuanto a la conveniencia de dar la Devolución primero a los padres o al niño).

Un aspecto fundamental a señalar aquí, aunque no se vaya a desarrollar en este trabajo, es la trascendencia de las *Entrevistas de Devolución* y sus indicadores, tanto diagnósticos como pronósticos, de cara a la orientación terapéutica, objetivo fundamental del proceso psicodiagnóstico. Para una información más detallada acerca de las Entrevistas de Devolución véase Siquier et al. (1974). Para un conocimiento más profundo acerca de las técnicas proyectivas véase por ejemplo: Ortiz (1997, 1994), Bueno (1997), Ávila (comp.)(1997).

##### *Investigación acerca del psicodiagnóstico psicoanalítico en psicoterapia*

Hemos revisado las aportaciones de distintos autores y grupos de investigación acerca de este tema..

Ávila (1992) en su exhaustiva revisión de la investigación en Psicoterapia Psicoanalítica, señala que no hay investigación específica respecto a las condiciones del paciente y estados y procesos-problema que requieran intervenciones orientadas al cambio. No hay, pues, gran número de trabajos acerca de ello, y los resultados aún no son concluyentes, pero queremos presentar aquí algunos de los equipos de investigación que nos parecen más relevantes respecto al tema tratado.

El Proyecto Vanderbilt de Investigación en Psicoterapia, dirigido por Strup (1984), desde 1972, aporta respecto del diagnóstico las siguientes consideraciones:

1º Es necesaria una adecuada selección de los pacientes para psicoterapia psicoanalítica. La investigación demuestra que obtienen mejoría aquellos pacientes que de inicio tenían mayores recursos psicológicos, los que mostraban mayor motivación hacia el tratamiento, aquellos en los que su problemática psíquica aparecía mejor delimitada, y los que mostraban mayor capacidad para trabajar productivamente en el contexto de un encuadre terapéutico tradicional.

2º Es fundamental una evaluación previa en el inicio del tratamiento en la que se evalúen principalmente dimensiones y características de la conducta interpersonal. La prescripción del tratamiento debe realizarse en función de indicadores pronósticos, y no de criterios diagnósticos psicopatológicos estáticos.

El Proyecto de Investigación en Psicoterapia de la Fundación Menninger, Appelbaum (1977), dirigido entre otros por Wallerstein y Kernberg, tiene más de 60 años de duración (desde 1954), y continúa.

En él se utilizaron tests psicológicos (Weschler, y Técnicas Proyectivas: Rorschach, TAT...), que fueron empleados como procedimiento de control de los pacientes sobre los que hicieron el diagnóstico y la predicción acerca de la psicoterapia. Encontraron que los psicólogos hicieron predicciones más seguras que los psiquiatras, quienes habían ignorado la información obtenida por los tests enfatizando la resultante de los datos de las entrevistas. La fuente de error más importante fue infraestimar las dificultades de los pacientes, poniéndoles en situaciones de tratamiento psicoterapéutico de mayor exigencia e intensidad de la que podían enfrentar adecuadamente. Las conclusiones más importantes de este grupo de investigación respecto al Psicodiagnóstico son:

1º Que los pacientes mejor dotados psicológicamente mejoraron más que los demás.

2º Que el diagnóstico es necesario antes del tratamiento ya que permite tomar mejor la decisión de quién debe recibir tratamiento, de qué tipo y qué objetivos serían los más adecuados a las capacidades de las personas.

Las conclusiones de la investigación del equipo de Rorschach Workshops (Exner, 1978), son similares a los anteriores:

1º El psicodiagnóstico permite una indicación terapéutica más certera y personalizada y una predicción de la posible evolución del proceso.

2º El psicodiagnóstico permite señalar la importancia de determinados aspectos psicológicos que en la entrevista pueden no hacerse evidentes

3º Se pueden establecer criterios de indicación y contraindicación cuando una técnica está bien definida.

4º No hay relación directa entre los cambios intrapsíquicos que evalúan los tests y su manifestación en la conducta cotidiana o en las relaciones interpersonales, de lo que concluyen que deben tenerse en cuenta ambos tipos de indicadores para constatar el logro terapéutico.

### **Algunos datos acerca de las indicaciones de la psicoterapia psicoanalítica**

Ya desde 1904, en *El método psicoanalítico*, (Freud) se vienen planteando las indicaciones y contraindicaciones al psicoanálisis como técnica de tratamiento. Este interés se mantuvo a lo largo de su extensa investigación, fue

variando de criterios, pero algunos de los que se han mantenido y que siguen en investigación y confirmación son los referentes a: la edad, el nivel cultural, aspectos constitucionales, la estructura y estado del yo, el diagnóstico clínico, la personalidad total del paciente, la motivación para el análisis, la libre elección del análisis como método de terapia por parte del paciente y la personalidad del analista como cofactor del éxito del tratamiento.

#### *Indicadores para la prescripción de Psicoterapia Psicoanalítica con Técnicas Proyectivas*

En el campo del diagnóstico con Técnicas Proyectivas, se han llevado a cabo investigaciones acerca de la analizabilidad desde distintas técnicas proyectivas y en Entrevistas. Los trabajos mejor conocidos son los siguientes:

- Indicadores de Analizabilidad en el Test de Relaciones Objetales de Phillipson, ( TRO), trabajo de Friedenthal (1980)
- El Rorschach y la Analizabilidad, por Lehman (1980),
- Nuevas aportaciones de Rorschach a la analizabilidad, Campo (1980).
- Para una información más detallada remitimos al lector a la obra de Paz y colaboradores (1980) *Analizabilidad y momentos vitales*. En esta obra también puede revisarse la aportación de Liberman (1980) acerca de la evaluación de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación de los tratamientos analíticos.

#### *Indicadores generales para indicación de Psicoanálisis o Psicoterapia Psicoanalítica*

Para el modelo psicoanalítico el punto central del estudio de las condiciones de analizabilidad se debería centrar en el análisis del deseo inconsciente que lleva a un paciente a formular una demanda de ayuda terapéutica a partir del sufrimiento que determinados síntomas le producen.

La Escuela de la Psicología del Yo ha elaborado múltiples trabajos en relación con la analizabilidad, entendiendo que del yo y de su funcionamiento y recursos dependería ésta. Tales planteamientos generan algunas dificultades desde otros modelos teóricos.

Freud, en *Las dificultades del psicoanálisis* (1917), plantea que el yo no es dueño en su propia casa, es decir, que plantea el yo no como un lugar de conocimiento, sino también de desconocimiento (introduce la dimensión de lo inconsciente). Por su parte, Lacan relaciona el yo con lo imaginario. Desde estos puntos de vista, el yo no sería el lugar indicado donde centrar la atención respecto a la analizabilidad.

En la investigación nos encontramos que en algunos casos se hace hincapié especialmente en los componentes inconscientes de la conducta del paciente con el terapeuta, destacando la importancia de la transferencia inicial y las fantasías de enfermedad y curación con las que el paciente llega a la consulta. En otros casos se enfatiza el papel de las capacidades yoicas del paciente, de sus aptitudes.

Presentamos aquí, sin ánimo de exhaustividad, los planteamientos de los autores que más han reflexionado acerca de las condiciones necesarias para poder indicar tratamiento psicológico desde un modelo psicoanalítico, y que resumimos a continuación.

Paz (1980) plantea la necesidad de realizar un diagnóstico inicial para verificar y confirmar las predicciones surgidas a partir de la primera entrevista, que por sí sola considera que puede dar lugar a prescripciones de tratamiento inadecuadas en determinados casos. Elabora un esquema de analizabilidad, basándose en los trabajos de Freud y posteriores, en el que plantea la necesidad de tener en cuenta la mutua influencia de las tres áreas siguientes:

- Área del paciente:
  - edad
  - diagnóstico clínico
  - estructura del yo
  - estructura del Superyo
  - sexualidad y agresión, ansiedades y defensas
  - relaciones objetales y objetos internos
  - funciones de comunicación
  - situación familiar
  - nivel profesional y situación laboral
  - sueños
  
- Área del ambiente familiar:
  - grado de salud o enfermedad del grupo familiar
  - grado de participación o depositación de los conflictos o enfermedades grupales en el paciente y aceptación por parte de este
  - situación de dependencia o independencia económica del paciente frente al grupo familiar
  - actitud del grupo familiar frente a la enfermedad del paciente y al tratamiento psicoanalítico
  
- Área del analista:
  - capacidad y experiencia del analista
  - interés en el caso

- reacciones contratransferenciales
- situaciones vitales y ambientales del psicoanalista

Coderch (1987), hace una selección de las condiciones que deben darse en un paciente para ser sujeto de una psicoterapia psicoanalítica: la capacidad de observación; la capacidad de verbalización y comunicación; la capacidad para utilizar la comprensión adquirida; el deseo de aprender más de sí mismo para conseguir una modificación de sus molestias y la disposición para aprovechar la ayuda que recibe.

Para poder llegar a clarificar estas posiciones plantea, desde su posición teórica, desarrollar el psicodiagnóstico analizando los siguientes puntos:

- fuerza y funcionamiento del yo
- relaciones que mantiene el yo con los objetos internos y las de estos entre sí
- ansiedades predominantes y de los mecanismos con los que se defiende el yo de ellas
- manera en que el yo satisface los impulsos, necesidades y deseos, a la vez que se adapta a las presiones y demandas externas
- severidad y dureza o tolerancia y benevolencia del Superyo
- sentimientos de culpa
- necesidades de castigo
- tipo de sexualidad
- capacidad para fantasear y verbalizar sus fantasías
- existencia de actitud de búsqueda interna, o no, con deseos de hallar una explicación a sus dificultades en su propia mente, o de verse como víctima de agentes externos a él, con ceguera frente a sus sentimientos y conducta
- tipo de relación que establece con el terapeuta como reflejo de las relaciones con objetos internos
- capacidad de insight
- predominio de la realidad externa de los otros en sus relaciones con ellos, o si son reproducciones en el exterior de las imágenes internas
- existencia del deseo de comunicar al terapeuta sus sentimientos y fantasías o predominio de la identificación proyectiva no comunicativa, es decir, el intento de evadir y controlar la mente del terapeuta proyectando pensamientos y partes del *Telf.* en el interior de este
- tipo de fantasías conscientes e inconscientes acerca del tratamiento.

Partiendo del diagnóstico dinámico que el terapeuta ha hecho de la demanda del paciente y teniendo estos puntos en cuenta, decidirá si el paciente

es idóneo o no para psicoterapia psicoanalítica, qué tipo de psicoterapia psicoanalítica, la focalización del material, la frecuencia de las sesiones, la duración del tratamiento, etc.

Malan (1963), señala, como indicadores de un pronóstico favorable a la realización con éxito de una Psicoterapia Breve, la presencia de los siguientes elementos:

- material comprensible
- se puede formular un plan terapéutico
- el paciente demuestra capacidad para trabajar con la interpretación
- existen signos del desarrollo de una transferencia no demasiado dependiente ni demasiado exigente
- una motivación elevada desde el principio y que crece rápidamente
- el terapeuta posee gran entusiasmo
- la transferencia se presenta temprano y se transforma en factor importante del tratamiento
- la terminación llega acompañada por angustia e ira.

El mejor pronóstico, dice aquí Malan, es cuando terapeuta y paciente están dispuestos a comprometerse profundamente en el encuentro terapéutico y son capaces de sobrellevar la tensión del mismo.

Por su parte Braier (1984), aporta los siguientes indicadores para recomendar Psicoterapia Breve:

- padecer trastornos de iniciación reciente y aguda que motivan el tratamiento o, como señala Courtenay (citado por Braier), atravesar un “momento propicio” en una enfermedad relativamente crónica.
- asistencia en momentos críticos (preparación para una intervención quirúrgica, asistencia durante un embarazo, etc., con carácter preventivo).
- patología de carácter leve
- fuerza y plasticidad del yo con funciones en buen estado
- alto grado de motivación para el tratamiento
- capacidad de insight
- determinación y buena delimitación focal desde un comienzo

Brammer y Shostrom (1970), citados por Mitjavila (op.cit.) plantearon el resultado de su investigación acerca de la “buena demanda”, en sentido operativo, de tratamiento en psicoterapia y que serviría de presentación de los elementos pronósticos de éxito en la misma. Estos resultados ya los hemos presentado en un punto anterior de este trabajo (en el apartado sobre “la

demanda”, pag.6). Se señala la importancia del cambio en la pregunta que hace el paciente: del “dígame qué tengo que hacer” al ¿por qué me pasa esto?. El mejor paciente para terapia psicoanalítica es el que sufre pero a la vez se cuestiona a sí mismo y plantea una demanda de tipo introspectivo.

Por último citar a Fiorini (1990), en *Teoría y Técnica de Psicoterapia*, donde señala la importancia y la necesidad de efectuar un diagnóstico previo a la indicación de psicoterapia psicoanalítica, indicando que se debe hacer a tres niveles:

- a) diagnóstico clínico y psicodinámico, debe recoger información de datos referentes a:
  - síntomas principales que motivan la consulta, tiempo de evolución y variaciones, supresión o agravamiento
  - grupo familiar: estructura, evolución, enfermedades importantes, clima emocional, roles.
  - relación éxito-fracaso en la conducta referida a diversas áreas adaptativas y con perspectiva evolutiva: maduración, juegos, estudio, trabajo, sexualidad, sociabilidad, autoestima (esto equivale a evaluación del yo, dice el autor)
  - aspectos interaccionales de la conducta del paciente en la entrevista: modalidades de comunicación, datos transferenciales y contratransferenciales, identificación de estructura de conducta predominante.
  
- b) diagnóstico de las condiciones de vida del paciente, debe recoger información respecto a las condiciones vinculadas a la posibilidad real de que el paciente pueda iniciar y mantener regularmente este tipo de tratamiento. Información acerca de:
  - estabilidad geográfica, horarios, situación económica, lugar de residencia, obligaciones familiares,
  - identificar factores patogénicos en estas condiciones de vida que contribuyen a la enfermedad
  - identificar los recursos del medio o potencial terapéutico utilizable
  
- c) diagnóstico de la motivación y aptitudes del paciente para la psicoterapia: entiende como índices de buena disposición y como elementos predictivos de logro en los objetivos terapéuticos los siguientes:
  - Reconocimiento del carácter psicológico de sus trastornos

- Capacidad de introspección y disposición a transmitir honestamente lo que conoce de sí mismo
- Deseo de comprenderse, actitud de participación activa en la búsqueda
- Disposición a ensayar cambios
- Esperanza de que el tratamiento logre resultados positivos
- Disposición a realizar ciertos sacrificios para acceder a esos logros

Indica Fiorini que este listado “yoico” de la motivación, pronostica al paciente apto porque implícitamente todos los elementos conllevan fenómenos transferenciales y fantasías de enfermedad y curación compatibles con el aprovechamiento de la experiencia terapéutica.

*Situaciones vitales del sujeto en las que estaría indicada la prescripción de Psicoterapia Psicoanalítica*

Tras una revisión de los autores que más han reflexionado sobre este tema y de los más citados por los textos de psicoterapia psicoanalítica, (Sifneos, Malan, Fiorini, Braier, Coderch, Bauman et al., Jorgensen, etc.), queremos plantear aquí, algunos indicadores de estados y situaciones vitales en los que nos parece adecuada la orientación a un paciente hacia la psicoterapia psicoanalítica:

- en edad avanzada, consideramos que puede ser preferible este modo de intervención, ya que permite afrontar las dificultades del paciente sin desorganizar su estructura de carácter y sus defensas, y sin movilizaciones afectivas excesivas o que impliquen riesgos de desorganización.
- en momentos críticos de la vida: adolescencia, vejez, situación de pérdida del trabajo, jubilación, duelos, cambios importantes, etc.
- en pacientes que van a afrontar situaciones como, por ejemplo en psicoprofilaxis del embarazo, preparación para intervenciones quirúrgicas, etc.
- en problemas puntuales que surgen a un paciente que anteriormente ha realizado un proceso terapéutico, cuando consideramos que no es necesario un reanálisis.
- como paso previo y preparatorio a la realización de un tratamiento psicoanalítico.
- en pacientes que no muestran disponibilidad a realizar una terapia intensiva y prolongada que implique una revisión profunda de su vida y de su personalidad.
- en los casos en que disponemos de un tiempo limitado para afrontar unos problemas determinados.

- en pacientes en los que el conflicto está mas o menos circunscrito, focalizado, y que el paciente expresa que no afecta a casi todas las áreas de su vida
- en intervalos de procesos psicoanalíticos en los que la emergencia de la angustia bloquea el proceso psicoanalítico.
- cuando el terapeuta estima, por las características particulares del paciente y por el modo de establecer la transferencia, que éste es el método terapéutico adecuado para él.

*Condiciones del sujeto idóneas para la prescripción de Psicoterapia Psicoanalítica*

En nuestra revisión sobre condiciones que deben estar presentes en un paciente para hacer una indicación de psicoterapia de orientación psicoanalítica, encontramos como significativos los siguientes:

- en pacientes con una capacidad intelectual suficiente que les permita beneficiarse de los logros a obtener de la psicoterapia psicoanalítica.
- en pacientes con suficiente capacidad de introspección, de asociar libremente, de elaborar, es decir, con resistencias no invalidantes.
- cuando posee una fuerza del yo que le permite afrontar la realidad, tolerando suficientemente bien la frustración y los conflictos.
- cuando el paciente muestra la actitud de buscar en sí mismo las causas de sus dificultades, cuando es capaz de reconocer el carácter psicológico de sus síntomas.
- cuando se da en el paciente el suficiente deseo de comunicar al terapeuta todo aquello que va pensando de sí mismo.
- cuando vemos en el paciente suficiente disponibilidad general con posibilidad de ponerla al servicio de pensar acerca de sus conflictos.
- cuando el paciente es capaz de preguntarse ¿qué tengo yo que ver con esto que me está pasando?.
- cuando es capaz de ir más allá del síntoma manifiesto.
- cuando muestra una actitud de deseo de participar con esfuerzo, activamente, en la búsqueda de comprensión de sí mismo que supone la psicoterapia psicoanalítica.
- en los pacientes en que observamos capacidad para establecer un buen vínculo terapéutico, una transferencia que permita el trabajo (incluidas las ambivalencias, las resistencias, etc.).
- en los pacientes que, presentando unas condiciones adecuadas para realizar psicoterapia, tienen el deseo y la confianza de que el tratamiento logre resultados positivos.

### Referencias

- Abt, L. y Bellak, L. (1967) *Psicología Proyectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Anderson y Anderson (1976) *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*. Madrid : Rialp.
- Anzieu, D. (1983) *Les méthodes projectives*. París : PUF.
- Anzieu, D. (2001) *Psicoanalizar*. Madrid : Biblioteca Nueva
- Appelbaum, S.A. (1977) *The Anatomy of Change*. Nueva York: Plenum Press
- Appelbaum, S.A. (1981) *Effecting change in Psychotherapy*. Nueva York: Jason Aronson
- Arkowitz, H. y Messer, S.B. (comps.) (1984) *Psychoanalytic therapy and behaviour therapy: Is integration possible?* Nueva York: Plenum
- Ávila, A., Bueno, M., Cruz, S., Hierro, M.D., Jiménez, F., Maganto, C., Ortiz, P. Rodríguez, C. (1997) *Evaluación en psicología clínica II. Estrategias cualitativas*. Salamanca: Amarú
- Ávila, A. (1992), *Desafíos de la investigación para la psicoterapia psicoanalítica de fin de siglo*. Conferencia pronunciada en las III Jornadas de Psicoanálisis en la Universidad, Gerona.
- Ávila, A., Mitjavila, M. y Gutiérrez, G. (2004) La investigación en psicoterapia psicoanalítica. En Ávila, A., Roja, B. y Saúl, L.A. *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. Madrid: UNED
- Ávila, A. y Poch, J. (comps.) (1994) *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI
- Bauman et al. (2001) The Capacity for Dynamic Process Scale: An examination of Reliability, Validity and Relation to therapeutic Alliance. *Psychotherapy Research*, 11 (3) 275-295
- Bleger, J. (1971) *Temas de psicología: Entrevista y Grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Braier, E. (1984), *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Breuer, J. y Freud, S. (1895) Estudios sobre la histeria. En S. Freud, *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores (AE), 1980, v. II, 261-310.
- Bueno Belloch, M. (1994) Psicoterapia de pareja y de familia. En A. Ávila y J. Poch (comps.) *Manual de Técnicas de Psicoterapia*. Madrid: Ed. Siglo XXI
- Bueno Belloch, M. (1997) *Técnicas Proyectivas Gráficas*. En Ávila et al. *Evaluación en psicología clínica II*. Salamanca: Amarú
- Bueno Belloch, M. y Rubí, L. (2004) Terapia Psicoanalítica de pareja y familia: Modelos teóricos y técnicas de tratamiento. La problemática del género en psicoterapia. En Ávila, A., Roja, B. y Saúl, L.A. (Coord.) *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a distancia UNED
- Bueno Belloch, M. y otros (2010) Investigación en indicadores para el diagnóstico diferencial de patologías severas con Técnicas Proyectivas. *Ponencia presentada al XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rorschach y Métodos Proyectivos*. Madrid

- Campo, V. (1980) *Nuevas aportaciones de Rorschach a la analizabilidad*. En C. Paz (comp.) *Analizabilidad y momentos vitales*. Valencia: Nau Llibres.
- Casement, P. (2002) *Learning from our Mistakes. Beyond Dogma in Psychoanalysis and Psychotherapy*. Hove, East: Sussex: Brunner/Routledge
- Coderch, J. (1987 y 1990) *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder
- Coderch, J. (2001) *La relación paciente- terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Fundación Vidal y Barraquer
- Davanloo, H. (1992) *Psicoterapia Breve*. Madrid: Dor
- Dor, J. (1987) *Estructura y perversiones*. Barcelona: Gedisa
- Epstein, R.S. y Simon, R.I. (1990) The Exploitation Index: An early warning indication of Boundary violations in psychotherapy. *Bulletin of Menninger Clinic*, 54, 450-465
- Etchegoyen, R.H. (1991) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu
- Exner, J. (1978) *The Rorschach a Comprehensive System*. New York: Willey and son
- Fiorini, H. J. (1989) *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fiorini, H.J. (1996) *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Frank, J.D. (1988) Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En M.J.Mahoney y A.Freeman (comps.) *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Frank, L.K. (1939) Projective methods for the study of personality. *Journal of Psychology*, 18, 389-413
- Freud, A. (1976) *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós. Original de 1936
- Freud, S. (1910) Sobre el psicoanálisis "silvestre", en S. Freud, *Obras completas*. Buenos Aires: AE, v. XI., 224-225
- Freud, S. (1912) Tótem y tabú, en S. Freud, *Obras completas*. Buenos Aires: AE, v. XIII., 7-164
- Freud, S. (1913) Sobre la iniciación del tratamiento. en S. Freud, *Obras completas*. Buenos Aires: AE, v. XII . 125-144
- Freud, S. (1917) Una dificultad del psicoanálisis. en S. Freud, *Obras completas*. Buenos Aires: AE, v. XVII . 129-135
- Freud, S. (1926) Inhibición, síntoma y angustia, en S. Freud, *Obras completas*. Buenos Aires: AE, v. XX . 83-161
- Friedenthal, H. (1980) Indicadores de analizabilidad en el Test de Relaciones Objetales (TRO), en C. Paz (comp.) *Analizabilidad y momentos vitales*. Valencia: Nau Llibres
- Gabbard, G. (2002) *Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Goldsmith, L.A. (1993) La evaluación de las Funciones del Yo en relación con los temas de discusión actuales en la teoría psicoanalítica. En L. Bellak y L.A.Goldsmith, *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo*. Mexico: Manual Moderno. 37-74

- Janowsky, D.S. (ed.) (1999) *Psychotherapy Indications and outcomes*. Washington: American Psychopathological Association
- Jorgensen, C.R. et al. (2000) The Dynamic Assessment Interview (DAI9. Interpersonal Process Measured by Structural Analysis of Social Behavior (SASB) and Therapeutic Outcome. *Psychotherapy Research*, 10 (2) 181-195
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1979) *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor
- Lehman, G.W. (1980) El Rorschach y la analizabilidad en Paz (comp.) *Analizabilidad y momentos vitales*. Valencia, Nau Llibres
- Liberman, D. (1980) Evaluación de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación de los tratamientos analíticos en Paz (comp.), *Analizabilidad y momentos vitales*. Valencia, Nau Llibres
- Malan, D.H. (1963, 1976), *A study of Brief Psychotherapy*, Londres, Tavistock, Publicado posteriormente por Nueva York, Plenum Press (1976) como *The frontier of Brief Psychotherapy: An exemple of the Convergence of Research and Clinical Practice*.
- Malan, D.H. (1993) *Psicoterapia Breve*. Buenos Aires: Paidós
- Mannoni, M. (1987) *La primera entrevista con el psicoanalista*. Barcelona: Gedisa
- Mitjavila, M. (1994) La iniciación del tratamiento. En Ávila y Poch (Comps.) *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI
- Mitjavilla, M. y Poch, J. (2001) Investigación en Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis. Número Especial Internacional*, 8,233-248.
- O'Malley, S., Suh, C.S. y Strupp, H.H. (1983) The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A Report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 51 (4), 581-586
- Ortiz, P. (1994) Diagnóstico y evaluación para la psicología psicoanalítica. En Ávila et al. (comps.) *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. Madrid: Universidad Nacional a distancia UNED
- Ortiz, P. (1997), El Test de Rorschach según el Sistema Comprensivo de Exner I y II, en Ávila (comp.), *Evaluación en psicología clínica II*. Salamanca: Amarú
- Paz, C. y colaboradores (1980), *Analizabilidad y momentos vitales*, Valencia, Nau Llibres.
- Sifneos, P.E. (1993), *Psicoterapia breve con provocación de angustia. Manual de tratamiento*. Buenos Aires: Amorrortu
- Siquier, M.L. et al. (1976), *Las Técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires, Nueva Visión
- Strupp, H.H. (1984), The Vanderbilt Psychotherapy Research Project Past, Present and Future. En Williams, J.B.W. y Spitzer R.L. (comps.) *Psychotherapy Research: Where Are We and Where Should Go?*. Nueva York, Guilford Press.
- Stolorow, R.D. (1978) The concept of Psychic Structure: Its Metapsychological and Clinical Psychoanalytic Meanings. *International Revue Psychoanalytic*, 5, 313-320