

Capítulo 1

Teoría y práctica de la entrevista

Su aplicación en procesos diagnósticos. Validez y confiabilidad del instrumento

TERESA ANA VECCIA

Entrevista

- intercambio presencial
- dos o más personas
- direccionalidad o propósito planteado de antemano
- acuerdo, consentimiento recíproco → una persona pregunta y la otra responde
- regla implícita
- diferencia con un interrogatorio → quien responde lo hace bajo coerción
- estructuración constante entre dos roles: entrevistador y entrevistado
- Cada rol puede ser jugado por más de una persona.
- la estructura lo diferencia de otros intercambios, x ej conversación entre amigos
- aspecto dialógico → el habla de la entrevista - requerimiento de participación real de las partes - modalidad presencial. incorporación de computadoras puede incidir en este aspecto pero no olvidar la importancia de la observación clínica y la escucha de los fenómenos humanos convocados por la presencia de los actores en el encuentro. dimensiones que pueden estar en falta:
 - ◆ paralinguística
 - ◆ kinesica
 - ◆ proxémica

Entrevista como instrumento diagnóstico

La entrevista adquiere características según objetivos y contextos. si el objetivo es el **diagnóstico** se plantean los siguientes propósitos:

- conocer el padecimiento actual
- relacionarlo y contextualizarlo en el momento de su vida
- reconstruir la historia del padecimiento
- visión probable de lo que ocurrirá en los primeros momentos de la terapia

Estos objetivos están al servicio de investigar

- la **“dinámica” de la personalidad** → consideración de los fenómenos psíquicos como resultado de un conflicto y **oposición entre fuerzas de origen pulsional**
- la **estructura de la personalidad** → organización más profunda y estable se infiere a partir de la **observación y registro de datos concretos e indicadores relevantes**, en el desarrollo de la interacción

Diferencia entre “estipular un diagnóstico” y “realizar una tarea diagnóstica”

Vocablo DIAGNÓSTICO, integrado por términos:

- diagignosko → separar y decidir
- diagnome → decisión
- diagnomon → perspicaz, vigilante y atento
- diag-norizo → conocer y divulgar
- diagnóstikos

El término designa en su origen los hechos y actos de **reconocer y discernir**. configura un campo significativo atinente a un modo de conocer consistente en **separar y discriminar las notas de lo cognoscible**.

Diagnosticar era **discernir**, esto es, conocer racionalmente de modo lúcido y perspicaz, penetrando en lo cognoscible

Definición ligada a **creencias naturalistas – actitud clasificatoria**

Concepciones del diagnóstico:

- mala herencia médica o psiquiátrica (en sentido el sentido más formalista y menos dinámico de la psiquiatría clásica)
- sinonimo de un reconocimiento fijo (como fotografía)
- cosificación del conocimiento
- manera arbitraria de encasillar
- consecuencia de la transformación en dogmas de teorías psicopatológicas

Realizar un diagnóstico supone siempre partir de una cierta **clasificación de signos**, con los que luego se edificarán **categorías**. Estas categorías no son más que **esquemas abstractos**, que pretenden alcanzar un **valor universal** para que se entiendan los especialistas y para operar con **propósitos sanitarios** relacionados con **políticas institucionales**. (Saurí J. J., op cit, 1994, pp. 94-95).

- **utilidad**

- ordenamientos útiles para el pensamiento sanitario (ejemplo: estudios epidemiológicos → categorías fijas y compartibles)
- **limitación**
 - inadecuados en el abordaje del problema asistencial.
 - no dan cuenta de las formas de enfermar de cada paciente particular (“formas clínicas” de la enfermedad)
 - el proceso de personalización es abierto y cambiante
 - presencia de factores intervinientes
 - un **diagnosticador** que aplica las categorías
 - **relación** diagnosticador–diagnosticado
 - **medio cultural** que determina a ambos

DSM IV

- Pautas ordenadoras europeas y norteamericanas tipo DSM IV son superadoras porque permiten un diagnóstico según varios ejes, en lugar de entrar en uno u otro casillero de forma excluyente
- superposición de categorías
 - ejemplo: varios desórdenes de personalidad en simultáneo
 - Se debe a que el diseño del DSM 4 se planteó como ateórico para evitar controversias ideológicas → La relación entre modelos se basa en la observación empírica, si esta se demuestra incorrecta no hay alternativa
- es un instrumento puramente descriptivo
- puede entrar en crisis de acuerdo a los modernos estudios transculturales.

El pensamiento categorizador no debe sostenerse de modo acrítico ni concebir estáticamente las clasificaciones descriptivas.

Agrest (Agrest, M., 1996) se opone a la visión clásica en torno a las categorizaciones psicopatológicas

- discute el “anclaje real” de las categorías aplicadas tanto en el campo del diagnóstico psiquiátrico como psicoanalítico.
- Propone cuestionar:
 - que nuestros diagnósticos sean reflejos de distinciones existentes en el mundo.
 - que los miembros de una clase deban tener alguna propiedad intrínseca en común con sus compañeros

- que nuestras categorías diagnósticas deban permanecer idénticas con el transcurso del tiempo aunque las veamos desde nuevas perspectivas.

Sí diagnosticar implica por su propio origen semántico, discernir, **llevar adelante un diagnóstico** supone **proceder de acuerdo a ese discernimiento**. A partir del reconocimiento de signos, decidir si hay enfermedad y de qué enfermedad se trata. A partir de eso se establece un pronóstico.

Pronóstico

En la psicología clínica un **pronóstico** consiste en una **conjetura o predicción probabilística** del curso que tomará la perturbación y de las posibilidades de cambio a partir de la intervención terapéutica

La tarea diagnóstica conlleva, pues, un “para qué”. Decimos de A que es neurótico, psicótico, perverso, etc., con el fin de **adecuar nuestra oferta de tratamiento**, saber cuál es el **abordaje terapéutico** apropiado para cada paciente en particular (terapia breve, prolongada, individual, de pareja, grupal, de grupo familiar, con qué frecuencia, si puede ser de orientación analítica, cognitivo-conductual, sistémica, con medicación paralela, etc.), y de acuerdo a la situación que atraviesa. O bien, de tomar la decisión de no realizar ningún tratamiento.

El diagnóstico no es una meta en sí misma → lo usamos para tomar decisiones sobre futuras intervenciones.

Por eso para diagnosticar no sólo partimos de una **clasificación de signos** sino también de una **consideración del funcionamiento total de la organización psíquica** → permite hacer un pronóstico.

Reunimos e integramos los “índices o indicadores” que se separaron al inicio para dar cuenta de conductas desviadas o en concordancia con la norma.

A partir de esto trabajamos la “**hipótesis pronóstica**”, tomando en cuenta:

- recursos del Yo (cognitivos, afectivos, del relacionamiento interpersonal)
- posibilidades de cambio condicionadas por historia y estructura

Pronosticar **no es adivinar**, es **abrir lo diagnosticado** en tanto **reconstrucción de las huellas de lo vivido**, desde el presente y de cara al futuro.

Distintas perspectivas sobre el diagnóstico

- diagnosticar da paso a una planificación en base a certezas “verificables”, o
- **no hay nada planificable**. Se trata de una práctica que brinda la posibilidad de **extender el conocimiento**, de forma tal que lo asemeja a la función de la “utopía”. En este sentido **“trasciende el campo de la ciencia y se muestra como un arte”** (Saurí, J. J., op cit, 1994, p. 41).

En síntesis, el **estudio de la personalidad con fines diagnósticos y pronósticos**, para la indicación de un tratamiento, debe ofrecernos:

1. La descripción de la conducta normal y habitual junto con la más desviada o “anormal”.
2. La explicación de los objetivos y consecuencias de dichas conductas.
3. comprender los significados contextuales de las conductas
4. No sólo las limitaciones del paciente, sino también sus posibilidades de cambio.

Debe haber un **marco teórico de referencia** que sea capaz de **explicar la cohesión entre los distintos aspectos de la conducta** del paciente, lo cual significa partir de un **modelo de la personalidad**.

Ejemplo:

Si usamos un modelo psicoanalítico de la personalidad, no alcanza con decir qué **mecanismos de defensa** usa más un paciente. También hay que ver:

- En qué momentos de su vida los pone en juego.
- Con quiénes o en qué relaciones aparecen.
- Qué miedos o fantasías los disparan.
- Y qué beneficios (aunque sean inconscientes) le han traído hasta ahora esos mecanismos (beneficio secundario).

La Entrevista Diagnóstica como parte de un proceso

La entrevista se entiende como una **unidad** dentro de un **proceso reflexivo** construido sobre la base de un **vínculo** entre consultante y consultor

Postulado de Rapaport (1978)

- **métodos clínicos** → muestra de conducta amplia pero no sistemática
- **procedimientos de verificación (tests)** → muestra de conducta estrecha pero sistemática

La buena práctica clínica utilizará siempre ambos métodos, que **compensarán mutuamente sus desventajas**

Advierte Rapaport:

- **reificación del conocimiento** → pensar que las relaciones entre los datos obtenidos en los tests existen en la psique estudiada
- la **burocratización del conocimiento** conlleva el riesgo del **empobrecimiento conceptual**

Bleger (1973)

no hay observación pura ni observador totalmente objetivo, y la máxima objetividad se alcanza incluyéndolo como variable que condiciona el fenómeno observado.

entrevista → fuerzas en conflicto (dinámica) propias de la historia del entrevistado y de la relación inaugurada con el entrevistador → transferencia y contratransferencia

Ocampo y arzeno (1974)

- el psicodiagnóstico busca explicar la **dinámica** del caso (en terminos de melanie klein) **integrándolo en un cuadro total** que comprenda aspectos enfermos y adaptativos de la conducta
- entrevista psicodinamica y semidirigida
 1. momento inicial con técnica directiva para la presentación mutua, aclaración del encuadre, registro de los datos de filiación, etc.
 2. segundo momento más libre, para que el entrevistado exprese su motivo de consulta
 3. momento final una vez **agotado el discurso espontáneo del paciente**, en el que se direccionaban las **preguntas**, y/o los **pedidos de aclaración** o **desarrollos** sobre temas inconclusos, de acuerdo a una guía temática que exploraba el funcionamiento de la **personalidad por áreas** (familia, amistades, pareja, trabajo, hobbies, creencias religiosas, valores morales o concepciones políticas, etc.).
- objetivo:
 - apreciación del manejo de ansiedades y defensas puestas en juego en la entrevista
 - capacidad de establecer alianza de trabajo
 - comprender y explicar la dinámica intrasubjetiva
- A partir de sus **primeras hipótesis**, formuladas con los **indicadores** registrados en la primera entrevista, el Psicólogo diseña su **estrategia** y

planifica la **batería de técnicas auxiliares** que incluirá en cada caso en particular y de acuerdo a la demanda planteada.

tarea ética → ir comunicando comprensiones al entrevistado. reintegrar aspectos proyectados del funcionamiento psíquico del consultante a través de sucesivas síntesis construidas entre ambos

- La entrevista se concibe como un paso previo a la implementación de técnicas.
- la garantía científica del diagnóstico no recae en ella sino en su integración con los resultados de los tests → estrategia combinada

Cronbach (1970)

Tipo de instrumento	Características	Ejemplos
Banda ancha	Gran amplitud y diversidad de datos en poco tiempo.	Entrevista, Técnicas Proyectivas
Banda estrecha	Permiten medir rasgos concretos y específicos; más fácil adecuarlos a criterios psicométricos de validez y confiabilidad	Cuestionarios, Escalas (temores, ansiedad, estrés, etc.)

Validez y confiabilidad de la entrevista

A la hora de determinar la validez hay que tener en cuenta

- objetivos de la entrevista
- contexto en que se realiza
- sistema teórico o marco referencial del investigador

Es válido todo método que detecte lo que se pretende investigar. Pero si lo que perseguimos es describir, comprender y explicar la dinámica y estructura de la personalidad del entrevistado de acuerdo a la Psicología Psicoanalítica, los hechos no son de observación simple sino que están determinados por la teoría, por lo tanto, para que el método sea válido deberá ser consistente tanto con los hechos observados como con la teoría en la que pretende apoyarse (Maldavsky, 2001).

liberman (1976)

- distinción entre etapa diagnóstica y etapa terapéutica
- objetivo de entrevistas iniciales: establecer hipótesis diagnósticas e hipótesis predictivas

metodología psicodiagnostica:

- una o más entrevistas iniciales
- entrevistas con inclusión de técnicas y tests psicometricos y proyectivos
- entrevistas de cierre
- síntesis al final del proceso

MÉTODO DE RECURRENCIAS Y CONVERGENCIAS → mayor evidencia para las hipótesis

CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO:

grado de identidad entre los distintos resultados al aplicarlo un mismo investigador (o varios diferentes) en repetidas ocasiones sobre un mismo sujeto o situación.

La confiabilidad será alta si los resultados logrados son coincidentes o si los investigadores pueden dar cuenta de las diferencias en forma consistente.

Tests psicométricos y cuestionarios	más confiables → por su carácter extrínseco menos válidos → por su distancia con los hechos clínicos
Técnicas proyectivas	En muchos casos aumentan la validez, pero son menos confiables
Observación clínica	Alta validez pero confiabilidad relativa (se requiere un mayor esfuerzo por dotarla de instrumentos conceptuales que la vuelvan más confiable)

Esquema del Perfil Evolutivo de Abraham (2001)

- Problema identificado
 - Falta de convenciones y directrices en la recogida e interpretación de información mediante términos metapsicologicos.
 - Necesidad de estandarización de datos y definiciones operacionales.
- Propuesta: Creación de un Perfil Evolutivo para diagnósticos psicodinámicos de personalidad.
- Basado en aportes de: Ana Freud – Loevinger y Wessler – Bellak – Kernberg –

Luborsky y Crist-Cristoph

- **Modelos de comportamiento**
 - Inmaduros:
 - Ausencia de estructura
 - Fragmentación
 - Narcisismo
 - Simbiosis
 - Resistencia
 - Rivalidad
 -
 - Maduros:
 - Individualidad
 - Solidaridad
 - Creación
 - Madurez
- **Procedimiento**
 - Entrevista clínica tipo anamnesis (1 a 3 horas).
 - Explora comportamiento habitual de los últimos 10 años.
 - Requiere alto entrenamiento para su aplicación y evaluación.
- **Por su complejidad y duración se aplica a casos puntuales:**
 - Problemas de personalidad son vagos o complejos.
 - Se prescribe psicoterapia intensiva.
 - Un método previo no dio resultado y se necesita elegir nuevo tratamiento.
- **Evidencia de confiabilidad**
 - Confiabilidad global: aceptable (0.70 en rango 0.50–0.84).
 - Fiabilidad interna (alfa de Cronbach): 0.76 (rango 0.65–0.83).

Encuadre de la Entrevista

cuanto más explícito sea el encuadre, mayor posibilidad de investigar la variable dependiente y la adaptabilidad del consultante al mismo

- **lugar**
 - consultorio privado → transferencia persona a persona
 - institución → transferencia puede ser institucional, incluso el entrevistador puede ser anónimo para el entrevistado
- **tiempo**
 - se recomienda que sea entre 1 h y 1:30 h

- el tiempo estimado debe avisarse desde el inicio
- si se incluyen pruebas psicológicas, hay que avisar que el tiempo puede extenderse
- frecuencia:
 - no más de una vez por semana → cambios en el entrevistado
 - no demasiado espaciadas → evitar que se pierda el hilo conductor del discurso y que se afecte el desarrollo del vínculo
- honorarios

El rol del entrevistador

el psicólogo clínico es un **observador participante**, su sola presencia modifica el campo de observación

El entrevistador como observador participante

- Su sola presencia modifica la situación (no es neutral como una cámara de video).
- Tiene que ser consciente de las variables que él mismo introduce (su tono, cambios de horario, estilo personal).
- Ejemplo: si cambia las consignas o abandona su rol técnico, ya está influyendo en los resultados.

Disociación instrumental

- Es un mecanismo técnico: el entrevistador se identifica *parcialmente* con el entrevistado (empatía), pero al mismo tiempo mantiene distancia.
- Esto le permite acompañar sin confundirse ni desorganizarse.
- Ejemplo: si un paciente llora angustiado, el psicólogo acompaña y permite la expresión, pero no se “fusiona” afectivamente ni pierde su rol.

Tareas simultáneas

- **Activas:** escucha, observa, formula hipótesis, hace preguntas para confirmar o descartar.
- **Pasivas:** deja que el discurso fluya, tolera silencios y ansiedades, mantiene receptividad.

La entrevista no es una escucha “pasiva”, sino un proceso en el que la intervención oportuna del psicólogo ayuda a que el discurso del paciente se amplíe y encuentre

nuevos sentidos.

La importancia de la Mirada y la Escucha (según Nasio)

- **Observar:** gestos, conductas, palabras, dibujos, movimientos... con atención consciente y luego de forma más natural.
- **Dar sentido:** interpretar lo que el paciente trae, poner en palabras algo que le permita elaborar.
- **Escucha concentrada en el fantasma:** captar lo inconsciente del paciente, aquello que habita detrás de lo manifiesto.
 - Este es el núcleo del acto analítico: percibir la producción inconsciente, más allá del sentido inmediato de lo que dice.

En el psicodiagnóstico la atención del entrevistador se concentra en tres planos:

- **Manifiesto:** lo que el paciente dice, cómo se expresa, sus gestos y conductas.
- **Latente:** lo inconsciente que subyace, fantasías, relaciones de objeto.
- **Interacción** entre lo manifiesto y lo latente

Distintos tipos y modelos de entrevista

Tipos de Entrevista según Ávila Espada (1997)

- **Evaluación o diagnóstico**
Objetivo: categorización, clasificación y valoración para decidir tratamientos.
- **Consejo u orientación**
Puede ser la única intervención; depende del contexto y necesidades del consultante (ej. orientación familiar o educativa).
- **Terapéutica**
Busca aplicar tratamiento a través de un proceso de entrevistas.
- **Investigación**
Recolecta información en contextos experimentales; permite control de variables.
- **Focalizada**

Se centra en un foco específico (urgencias, crisis, catástrofes, interconsultas, prequirúrgicos).

- **Entrevista Operativa en Situaciones Traumáticas**
 - Características: necesaria ante hechos súbitos o traumáticos (catástrofes, violencia, accidentes).
 - Objetivo: evitar represión o disociación; se busca que el paciente relate lo ocurrido y se expliciten ansiedades.
 - Ejemplo: atención post-catástrofe o intervención en familiares de pacientes con enfermedad grave o cirugía.
 - Importancia: la intervención psicológica rápida previene desorganización del Yo y conductas regresivas.
- **Entrevista Operativa en Interconsulta**
 - Se utiliza en internación pediátrica y en otros contextos médicos.
 - Incluye diagnóstico focal situacional, evaluación del Yo y reconstrucción de la personalidad previa.
 - Intervención breve: entrevista con médicos, familiares y paciente.
 - Pregunta guía: “¿Quién era este niño antes de la situación?”

Modalidades en Evaluación o Diagnóstico

- Entrevista libre: propia del método clínico psicoanalítico.
- Entrevista semi-dirigida:
 - frecuente en Psicodiagnóstico.
 - Alterna momentos más o menos estructurados.
 - Usa preguntas semi-estructuradas, abiertas pero focalizadas (ej.: relación con los padres, experiencias de indiferencia, dificultades académicas).

Primera fase de la exploración en la entrevista

- Inicio: contacto telefónico previo, pedido de consulta y primera exposición del motivo.
- Observación del entrevistado: se analizan aspectos verbales y no verbales como vestimenta, gestos, mirada, silencios.
- Autopresentación: si se centra en sí mismo o en otros, si relata desde el presente o el pasado.
- Contenido del discurso: síntomas, vivencias, lenguaje, búsqueda de comprensión. Puede comenzar hablando del cuerpo, de la mente o de sus

vínculos.

- Personajes mencionados: cómo los define (absolutamente buenos o malos, ambivalentes, perjudiciales, benévolos). Se observa el grado de tolerancia a la frustración.
- Relación con la realidad externa: referencias al país, la comunidad, el trabajo.
- Aspectos laborales: logros, frustraciones, relaciones con compañeros.
- Actitud frente a sí mismo: disposición a reflexionar, si llega derivado por otro o no.
- Condiciones médicas: si está medicado, qué medicación usa, cuánto tiempo hace y qué significado personal le atribuye.

Aportes de Koldobsky (1995)

- **Situación habitual y rasgos de personalidad**
 - Motivación, estilo de vida, visión de sí mismo, de los demás y del mundo.
- **Medio físico: lugar de residencia, acceso a recursos, confort.**
 - Factores que pueden obstaculizar el tratamiento: problemas económicos, distancia, violencia del entorno, falta de privacidad, ancianidad, pobreza.
- **Relaciones interpersonales**
 - El entorno social puede ser fuente de sostén o de estrés.
 - Se sugiere indagar una semana típica para conocer interacciones y dinámicas.
- **Actividades habituales**
 - Se observa si son gratificantes o estresantes.
- **Factores de estrés ocupacional:**
 - cambios en el trabajo, relación con pares o superiores, cargas laborales, pérdida de capacidades, fluctuaciones económicas.
 - El desempleo agrega pérdida de ingresos, de roles sociales y de autoestima.
- **Estado financiero o legal**
- **Recursos para la salud y subsistencia.**
- **Posibles litigios o conflictos judiciales.**
- Algunos pacientes pueden buscar internación como forma de escapar de su entorno o por problemas de conducta severos.

Pregunta central: “¿Por qué ahora?”

- Explora el factor desencadenante de la consulta.

- Algunos pacientes demoran por temor o tendencia a sufrir en silencio.
- Otros buscan distintos tipos de ayuda.
- En ciertos casos aparece ego-sintonía (no reconocen su malestar como un problema).

Limitaciones frecuentes en la Exploración Diagnóstica (ED)

- Riesgo de obtener sólo descripciones generales sin integrar una visión estructural de la personalidad.
- Las limitaciones no dependen de la técnica, sino de:
 - Falta de entrenamiento del entrevistador.
 - Falta de sistematización en la interpretación.

Evaluación de la estructura de la personalidad

Debe incluir la **historia de cambios** y modificaciones del entrevistado para prever posibilidades de cambio psíquico y accesibilidad terapéutica (Veccia, 1994, 1998).

Se observan las respuestas a preguntas, explicaciones, confrontaciones y señalamientos, en función de:

- El objetivo de la investigación.
- El estilo comunicacional del psicólogo.
- El impacto de la organización psíquica del entrevistado sobre el entrevistador.

Función diagnóstica y función terapéutica

Hoy se diferencian diagnóstico y tratamiento, dado que existen múltiples opciones terapéuticas específicas. Sin embargo, en ciertos contextos (ej. clínica infanto-juvenil) la entrevista puede tener también efectos terapéuticos. A través de las intervenciones se evalúa la capacidad terapéutica del entrevistado (Torres de Béa, 1991):

- Cómo recibe las hipótesis.
- Interés por fenómenos relacionales y emocionales.
- Cambios en la relación de objeto.
- Capacidad de tolerar ansiedad, flexibilidad o rigidez de defensas.

Todo esto contribuye al pronóstico.

Errores frecuentes

- Aplicar la misma técnica de entrevista a todos los consultantes sin considerar la singularidad de cada caso.
- Confundir un esquema referencial flexible con un modelo rígido.

La entrevista debe ser:

- Lo bastante abierta para que el entrevistado pueda mostrarse.
- Lo bastante cerrada para mantener límites y objetivos.

Tipos de entrevista según teorías de la personalidad (Ávila Espada, 1997)
psicodinámicamente orientadas – estructurales – interaccionales –
cognitivo-conductuales.

Fases del proceso diagnóstico basado en entrevistas

1. Primera entrevista: apertura y recolección de datos.
2. Elaboración de datos y apertura de nueva información.
3. Reelaboración combinatoria.
4. Entrevista final: síntesis y cierre.

Cada fase constituye una unidad de investigación, que debe cotejarse internamente (consistencia del relato) y externamente (comparación entre fases).

El objetivo es evaluar las **transformaciones psíquicas** a lo largo del proceso.

Uso de técnicas auxiliares

- Se incorporan cuando la entrevista no alcanza para aclarar información.
- Sirven para precisar:
 - Grado de deterioro cognitivo.
 - Intolerancia a la frustración.
 - Maduración psicomotriz.
 - Diagnóstico diferencial entre neurosis-límite y psicosis.
 - Descarte de organicidad.
 - Capacidad de vinculación en grupos.
 - Modalidad de relaciones objetales.
 - Difusión de la identidad.
- También se aplican cuando el entrevistado presenta **recelo o inhibición** marcada

Problemas e inquietudes frecuentes en la formación y supervisión

1. Administración y conducción de la entrevista

- Dudas sobre cuándo y cómo hacer preguntas.
- Manejo de los silencios
- Conducción del cierre.
- Exploración de la sexualidad sin resultar disruptivo.
- Transiciones suaves entre temas.
- Cómo actuar ante fingimiento o simulación (especialmente en lo forense).

2. Planificación del proceso diagnóstico

- Uso excesivo de entrevistas y postergación de técnicas auxiliares.
- Desarticulación entre datos de entrevistas y de auxiliares técnicos.
- Duración de la entrevista
- Tensión entre los tiempos “ideales” y los tiempos “reales” de instituciones.

3. Honorarios

- Dificultad para establecer el valor de la entrevista.

4. Interpretación

- Falta de criterios sistematizados para categorizar evidencias y formular hipótesis.

5. Integración de hipótesis

- Hipótesis sobre defensas, relaciones objetales, crisis evolutivas, reconstrucción histórico-genética, hipótesis psicodinámicas.

6. Transferencia

- Dificultades para detectar e integrar variables transferenciales.

7. Diagnóstico de personalidad

- ¿es posible diagnosticar solo con pocas entrevistas?

Recomendaciones para estudiantes y principiantes

1. **Registro**
 - a. Escribir libremente lo ocurrido en la entrevista con lenguaje sencillo.
 - b. Comparar con notas o grabaciones.
2. **Revisar aspectos transferenciales y contratransferenciales**
 - a. Actitudes del paciente hacia el entrevistador como repetición de patrones relacionales.
 - b. Impacto cognitivo y afectivo en el entrevistador.
3. **Analizar las intervenciones**
 - a. Qué se hizo y por qué.
 - b. Qué se omitió y por qué.
 - c. Tipos de intervención más frecuentes y a qué conductas/discursos respondieron.
 - d. Qué recursos comunicacionales generaron mejor relación y por qué.
4. **Organización de los datos**
 - a. Motivo de consulta, conflictos, síntomas.
 - b. Características de personalidad: estilo comunicacional, pensamiento, relaciones objetales, defensas.
5. **Conceptualización**
 - a. Relacionar con el marco teórico referencial.
 - b. Identificar ambigüedades, proyecciones parciales, datos insuficientes.
 - c. Diferenciar niveles de profundidad de las inferencias.
6. **Propuesta final**
 - a. Elaborar un informe personal que permita correlaciones empíricas y objetivas, evitando basarse solo en la intuición.

Entrevista Estructural según Kernberg

Marco teórico de Kernberg

- Enfoque dentro de la psicología psicoanalítica.
- Integra tres corrientes:
 - Teoría de las pulsiones (Freud).
 - Teoría de las relaciones objetales (Melanie Klein).
 - Psicología del Yo (Hartmann).

Objetivo: diagnóstico de la organización estructural intrapsíquica.

Busca diferenciar entre **neurosis, psicosis y borderline**.

Se centra en la **interacción experto–paciente en el aquí y ahora** de la entrevista.

Tres ejes estructurales a evaluar

1. Prueba de realidad (capacidad del Yo para distinguir interno vs. externo).
2. Identidad y su difusión.
3. Operaciones defensivas (primitivas o avanzadas).

Fases de la Entrevista Estructural

1. Fase inicial

- Investigación de síntomas, motivos de consulta y conciencia de enfermedad.
- Se observa si el paciente habla libremente, recuerda, pregunta y responde con coherencia.
- Se explora:
 - Nivel de inteligencia, memoria, sensorio.
 - Autodescripción y capacidad reflexiva.
 - Indicadores de alteración: defensas primitivas (negación, grandiosidad, omnipotencia, fragmentación, desvalorización).
- Experiencia del entrevistador: puede sentir estrés o extrañeza (transferencia de relaciones objetales primitivas).

Si no hay pérdida de realidad → se pasa a la fase 2.

2. Fase media

- Consigna: **“Quiero saber más de usted como persona”**.
- Se exploran rasgos de carácter y dificultades interpersonales.
- Pacientes neuróticos:
 - Mantienen prueba de realidad.
 - Identidad integrada.
 - Defensas avanzadas (represión).
- Se busca:
 - Imagen que el paciente tiene de sí mismo y de los demás.
 - Integración del self y de los objetos significativos.
 - Grado de introspección emocional.

3. Fase final (terminación)

- Investigación de vínculos y personas significativas.
- Aspecto sincrónico: integración vs. difusión de identidad.

- Aspecto diacrónico: desarrollo de relaciones de objeto.
- **Pregunta de cierre:** “¿Qué piensa usted que yo debería haberle preguntado y no lo hice?”.
- Espacio para nueva información, preguntas o manejo de ansiedades.

Técnicas y recursos

- **Intervenciones:**
 - a. Clarificaciones.
 - b. Confrontaciones.
 - c. Interpretaciones (solo en relación transferencial).

Se valora cómo las **defensas** influyen en la interacción entrevistador–entrevistado.

Se pueden usar técnicas proyectivas .

Tareas simultáneas del entrevistador

- Explorar el mundo interno subjetivo del entrevistado.
- Observar su conducta e interacción.
- Usar las propias reacciones afectivas para clarificar la relación de objeto activada.

Aspectos prácticos

- Duración: 1h30 o dos sesiones de 45 min con pausa.
- Requiere experiencia clínica y autoconocimiento del entrevistador.
- Proceso compartido con el paciente: el entrevistador comunica decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Aspectos generales

- La propuesta de Kernberg articula el psicoanálisis, la psicopatología y la entrevista diagnóstica.
- La entrevista semidirigida permite un plan de preguntas, pero respetando los ciclos asociativos espontáneos del paciente.
- El paciente transmite apercpciones (su interpretación de la realidad), no hechos totalmente objetivos.
- El proceso diagnóstico es dinámico, transferencial y contratransferencial, permitiendo comprender los aspectos inconscientes de las relaciones objetales.

Síntesis: Entrevista psicológica con fines diagnósticos

- **No es solo un intercambio verbal:** también emergen fenómenos ligados a experiencias relacionales pasadas, con fuerte carga emocional.
- **Transferencia:** siempre está presente en toda interacción interpersonal, no solo en la terapia (diferente de la “neurosis de transferencia” descrita por Freud).
- **Impacto en el entrevistador:**
 - Las señales transferenciales del entrevistado influyen en él.
 - Puede perder objetividad y verse forzado a reorganizar su propia personalidad.
 - Surgen respuestas inesperadas (nerviosismo, simpatías, rechazos) que sorprenden incluso al propio entrevistador.
- **Origen:** las manifestaciones transferenciales son inconscientes e incontrolables. Se corresponden con representaciones de relaciones objetales cargadas de emociones primitivas.
- **Método psicodiagnóstico:**
 - Se basa en entrevistas semidirigidas.
 - **Fases inicial y final:** diálogo directo, sin intermediarios.
 - **Fase intermedia:** puede incluir instrumentos auxiliares.
 - En todo momento, el estímulo principal es el propio psicólogo, que debe **observar la interacción y observarse a sí mismo** para registrar las manifestaciones transferenciales.