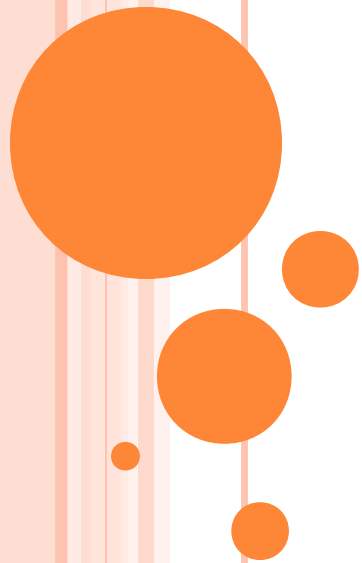


LA ENTREVISTA CLÍNICA II



Rebeca García Ormazábal
R1 Psicología Clínica



EL PACIENTE OBSESIVO

PACIENTE OBSESIVO

POSIBLES DEFENSAS DEL PACIENTE:

- Intento de control de entrevista → comentario superficial; no lucha de poder.
- Aislamiento emocional → interpretar defensa central.
- Negación → describir emociones negadas.
- Intelectualización → trabajar con sentimientos
- Detalles irrelevantes → redirigir la entrevista.
- Silencio → soportarlo / interrumpirlo



PACIENTE OBSESIVO

PAUTAS PARA EL CLÍNICO:

- Nombrar las emociones que describa el paciente.
- No rutinas estereotipadas de inicio y finalización de las sesiones.
- Observar especialmente momentos de espontaneidad: inicio y fin de sesión.
- Indagar por qué sigue practicando los rituales más que los significados y orígenes.
- Conciencia empática sobre los conflictos internos del paciente y el sufrimiento que le causa.





EL PACIENTE HISTRIÓNICO

PACIENTE HISTRIÓNICO

- Entrada a servicio de Psiquiatría. M.C.: depresión o ansiedad generalizada.
- Paciente fácil / Paciente difícil.
- Transferencia y Contratransferencia.
- Presentación emocional → pedir información objetiva, reacciones ante situaciones, no interpretar. Confrontación.
- Intentos de manipulación → no estar de acuerdo, no ignorarlos. Preg. exploratorias. Reconocer que no sabemos qué es mejor para el paciente.



PACIENTE HISTRIÓNICO

- Toma de decisiones → explorar conflicto que impide la toma de decisiones autónoma.
- ↓ Defensas → depresión, regresión, amenaza de suicidio → apoyo y cesión de alguna gratificación, sin perder papel profesional.
- Pseudoimplicación → no ignorar.
- Clínico firme, amable y comprensivo → paciente querido → demandas no razonables → no satisfacción demandas → paciente rechazado





EL PACIENTE NARCISISTA

PACIENTE NARCISISTA

- Negación a pedir ayuda. ¿Cómo llegan?
- Desarrollo transferencia idealizada. Hacer lo que el paciente no puede.
- Contratransferencia negativa. Tolerar no existir como persona separada significativa.

CÓMO ENTIENDE LA CONSULTA:

- Humillación.
- Exhibición: terapeuta como espejo.
- Idealización.





EL PACIENTE MASOQUISTA

PACIENTE MASOQUISTA

- Consentir como modo de ser aceptado → solicitar expresión de deseos. No abusar.
- Interpretaciones como rechazos personales.
- Dificultad para la toma de decisiones. Explorar consecuencias negativas y positivas a la vez. Desarrollo de sentimientos de cariño y ternura
- Interpretación castigo hacia uno / castigo hacia los demás → depresión → expiación de la culpa, recuperación de la aprobación → pena del otro experimentada como cariño.



PACIENTE MASOQUISTA

- Transferencia inicial apagada, dependiente y de aparente cooperación.
- Transferencia posterior de enfado y exigencias irracionales: sustitución de objeto frustrante (progenitor) → deseo frustrado → paciente no querido, desvalido, desesperado y coaccionado. Si se satisface el deseo → paciente dependiente, en deuda, avergonzado. Culpa.
- Posición empática del clínico, coherente, que presenta la realidad y emplea de forma constructiva la contratransferencia.





EL PACIENTE DEPRESIVO

PACIENTE DEPRESIVO

ENTREVISTA:

- Estructurada. Clínico más activo. 1º estado emocional; 2º diferencias antes – ahora.
- Paciente solo / Paciente acompañado.
- Respuestas monosilábicas → empatía.
- Indagar síntomas físicos y forma de afrontarlos: sueño, apetito, impulso sexual.
- Planificar atención durante ausencias del terapeuta.
- Relación de apego y dependencia con clínico → frustración real → confirmación sentimientos negativos.
Si satisfacción real → culpa.



PACIENTE DEPRESIVO

- Evoca enfado o culpa en el clínico → no comentar hasta que sentimientos de envidia y enojo aparezcan en la consciencia.
- Para el diagnóstico hacer caso a la contratransferencia (identificación).
- Clínico no adoptar estilo paternalista ni omnipotente.
- Contratransferencia: enojo o culpa por no responder a las excesivas demandas; aburrimiento por los intereses restringidos.



PACIENTE DEPRESIVO

EXPLORACIÓN DE IDEAS DE SUICIDIO:

- Tratarlo directamente, como tema grave, no extraño.
- Motivos o impulsos: acto de comunicación dramática, aspecto autodestructivo, impulso de suicidio, escape de situaciones dolorosas.
- Indagar significado dado a la muerte.
- Valorar la impulsividad general del paciente y su grado de depresión.
- Explorar la elaboración de planes y preparativos.
- Ejemplos de preguntas.





EL PACIENTE ANSIOSO

PACIENTE ANSIOSO

- Presentación del paciente ansioso. Evitación.
- Explorar cómo ocurrió el episodio inicial, síntomas fisiológicos, identificación con otros conocidos con síntomas parecidos, cambios en los síntomas.
- En 1ª entrevista, reconocer la infelicidad sentida. Evaluar pérdida y beneficio secundarios.
- Objetivo del clínico: relacionar síntomas con sentimientos.



PACIENTE ANSIOSO

- Inicios de terapia: interpretar evitaciones en consulta.
Trabajar mecanismo ansiedad - evitación. Más adelante, mecanismo subyacente simbolización - desplazamiento.
- ¿Tranquilizar y apoyar al enfermo?
- Cuidado con no sobrepasar la ansiedad que el paciente puede soportar.





TRAUMA

Cuando ciertas cosas son inevitables.

EL PACIENTE TRAUMATIZADO

PACIENTE TRAUMATIZADO

- No causar una retraumatización. Adaptación al ritmo del paciente. Interés como persona.
- Explorar fortalezas y debilidades, significado del trauma, fantasías inconscientes, manejo de la agresividad y actividad.
- Primero reconocer el impacto del trauma sobre el individuo. Luego profundizar en los factores que predisponen al TEPT en ese individuo.
- Respetar el estilo defensivo del paciente. Disponibilidad del terapeuta sin ser invasivo.





EL PACIENTE LÍMITE

PACIENTE LÍMITE

- Mucho material clínico, con excesiva emotividad.
- Normales en ambientes estructurados. Fragmentados en ambientes no estructurados.
- Actitud del clínico empática sin mostrar acuerdo.
- 1ª exploración: posibles amenazas a su seguridad personal: contactos sexuales sin protección, abuso de sustancias, inicio de peleas, etc.
- 1ª intervenciones: fortalecer la parte sana del Yo.
- Estrategia terapéutica: llevar el pensamiento y la expresión verbal a la situación clínica en lugar de llegar al acto.



PACIENTE LÍMITE

- Fijación de límites en la entrevista.
- Para establecer el diagnóstico puede ayudarnos:
 1. Turbulentas relaciones personales del paciente que impregnan la situación de entrevista.
 2. Comentarios prematuros de sueños basados en la transferencia de mucha implicación emocional.
 3. Ausencia de límites normales al hablar de sexualidad y respuestas transferenciales.
 4. Material embarazoso desde el inicio.
- Clínico ecuánime, empático, apoyo.
- No interpretaciones prematuras.



PACIENTE LÍMITE

- Transferencia intensa y turbulenta → clínico empático y apoyo → integración virtudes y defectos → sentimiento más estable de sí mismo.
- Contratransferencia con alta excitación emocional.
Análisis de la contratransferencia. Cuidar la fantasía de clínico salvador.





EL PACIENTE ANTISOCIAL

PACIENTE ANTISOCIAL

- Presentación como encantadores. Evasión, poca honestidad, irritabilidad, poca cooperación.
- Acción sobre reflexión.
- Desconfianza → no interpretar hasta que el paciente haya expuesto sus sospechas de forma completa → ofrecer confianza.
- Percepción del clínico como persona real para ayudarlo a luchar contra el mundo exterior.
- Clínico = progenitor suspicaz y desconfiado.
- Objetivo clínico: relacionar hechos y sentimientos dolorosos que trata de evitar.
- Acting-outs dentro y fuera de terapia. Cómo establecer los límites.



PACIENTE ANTISOCIAL

- Mecanismos antisociales sutiles en familiares.
- Poca eficacia de la interpretación sobre procesos inconscientes. Necesidad de relacionarlo con actos concretos.
- Relación sadomasoquista. Patología narcisista.
- Estimular al paciente ante la muestra sincera de gestos sociales.
- Contratransferencia negativa: olvidos, asunción del papel de progenitor, mayor motivación por el cambio que el paciente, posición enjuiciadora, goce respecto a los acting-outs.
- Aspectos reprimidos en neuróticos y desorganizados en psicóticos.





EL PACIENTE PARANOIDE

PACIENTE PARANOIDE

- Contacto inicial: Enojo → Desconfianza. Dificultad de interpretar.
Papel central del clínico
- Mirada fija al clínico → mantener la mirada.
- Dificultades para establecer contacto al inicio y al final de la sesión.
- Base de la desconfianza: convicción de que la intimidad sólo puede ir seguida de rechazo.
- Confrontaciones ante demandas irracionales e inmediatas. Si no, acceder a alguna petición.
- Recogida de información bajo la promesa de no realizar un ingreso.



PACIENTE PARANOIDE

- Paciente como participante activo en plan terapéutico.
- Previsión de problemas ante cambio de profesional y ausencias de su clínico.
- Paciente paranoide psicótico: explicarle con lo que se va a encontrar (medicación , hospitalización).
- Encuadre claro y predecible. Derecho y capacidad de tomar sus decisiones. Hablar los desacuerdos.
- Evitar el humor. Cuidado con metáforas e ironías
- No interpretaciones. Mejor aclaraciones y explicaciones alternativas a su delirio.
- Analizar forma de llegar a conclusiones.



PACIENTE PARANOIDE

CUESTIONAMIENTO DEL DELIRIO:

- Mejor preguntar la causa de la persecución que utilizar la lógica para sacar al paciente del delirio
- El clínico ni lo pone en duda ni muestra acuerdo.
- Mayor apertura del clínico cuando más extraño es el material delirante.
- Búsqueda del origen del incremento de material delirante en tensiones desencadenantes específicas.
- Su preocupación delirante interfiere en una vida constructiva. Preguntar si ha emprendido o ha pensado en realizar acciones basadas en las creencias.



PACIENTE PARANOIDE

RIESGO HOMICIDA

- Ideación – Planificación.
- Antecedentes familiares de asesinato o palizas sádicas.
- Episodios anteriores en los que perdió el control de impulsos agresivos.
Indagar el desenlace.
- Antecedentes de tortura o muerte de animales en la infancia.
- Entrevista con los acompañantes, incluida policía
- Papel del clínico: ayudar a entender razones subyacentes al deseo de asesinato y para mayor control de impulsos. Excepción a la obligación de confidencialidad.





EL PACIENTE PSICÓTICO

PACIENTE PSICÓTICO

- Papel más activo del clínico, expresando su propia respuesta emocional o proporcionando una satisfacción simbólica o sustitutiva a las necesidades del paciente. Definición de problemas, partes sanas.
- Al inicio, aceptación de cualquier tipo de contacto. Aceptar modos de gratificación propuestos siempre que estén dentro de la realidad.
- Indagar los antecedentes de ingresos hospitalarios, medicación y otros tratamientos.
- Explorar detalles mínimos de la vida cotidiana → retirada defensiva y creación de un mundo propio.
- Psicoeducación a la familia.



PACIENTE PSICÓTICO

PSICOSIS AGUDA

- Agitación → recipiente de afectos perturbadores. Yo externo a partir de la calma y la comprensión.
- Una vez remitida fase aguda, explorar desencadenantes.
- No discusión sobre irracionalidad del delirio. Curiosidad por contenido y significado, sin dar a entender que cree en el delirio.
- Explorar la creencia, sistematización y elaboración, grado de certeza y cómo cree que los demás consideran sus convicciones.
- Discurso incomprensible → devolución → mejoría a largo plazo para comunicarse con otros. Si sigue siendo desorganizado, atender a temas que se repiten, señalarlo y mostrar interés por ellos.



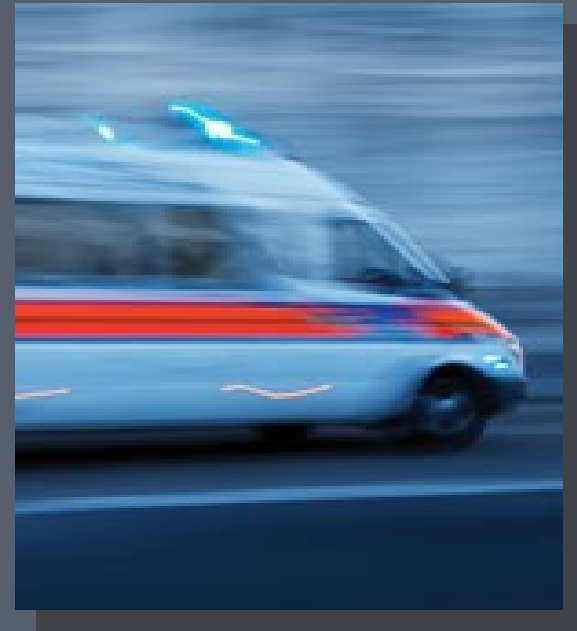


EL PACIENTE PSICOSOMÁTICO

PACIENTE PSICOSOMÁTICO

- Miedo a estar loco o estar imaginando síntomas.
- Historia médica paralela a historia de vida.
- Objetivo inicial: despertar curiosidad en el paciente respecto a sí mismo; objetivo posterior: relacionar síntomas somáticos con emociones.
- Explorar pérdidas y beneficios secundarios.
- Contratransferencia de escepticismo médico. Según clínico indagará más en aspectos físicos y psicológicos.
- Tipo de psicoterapia según dónde centre el paciente su interés.





EL PACIENTE DE URGENCIAS

PACIENTE DE URGENCIAS

- Lugar tranquilo y confortable.
- Esquema de no urgencias, salvo mayor énfasis en estrés desencadenante y expectativas de personas implicadas.
- ¿A quién se entrevista? El primero es el paciente.
- Tres preguntas mientras se explora el motivo de consulta:
 1. ¿Quién sintió la necesidad de ayuda?
 2. ¿Cómo se identificó que se trataba de un problema psiquiátrico?
 3. ¿Cuál fue el estrés desencadenante?



CONCLUSIONES:

**NO RESPONDER A LA
DEMANDA**

**TACTO, SENTIDO DE
OPORTUNIDAD, SINCERIDAD,
CURIOSIDAD POR EL PACIENTE
COMO PERSONA**