

GRACIELA CELENER
Coordinadora

Técnicas Proyectivas

*ACTUALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN
EN LOS ÁMBITOS CLÍNICO, LABORAL Y FORENSE*

TOMO II

Autores:

Graciela Celener • Andrés Febbraio • Nora Rosenfeld • Graciela Hidalgo
Graciela Peker • Susana Battafarano • Haydeé Avrutin
Adela Jordá • Norma Baratta

 LUGAR
EDITORIAL

Contenido del Tomo I

PARTE I

REFERENTES TEÓRICOS Y PROCESO DE INTERPRETACIÓN

G. Celener, A. Febbraio, N. Rosenfeld, G. Peker, S. Battafarano, G. Bergara,
H. Avrutin, B. Nejamkis, Y. Piccolo, M. P. Allona, P. Sánchez Ayala

Capítulo 1

LOS REFERENTES TEÓRICOS

Conceptualización del Aparato Psíquico.

Andrés Febbraio y Graciela Celener

Concepto de Salud y Enfermedad.

S. Battafarano, G. Bergara, H. Avrutin, B. Nejamkis

Modelo de Aparato Psíquico en S. Freud.

G. Celener

Concepto de Salud en S. Freud.

N. Rosenfeld y G. Bergara

Concepto de Enfermedad en S. Freud.

N. Rosenfeld, G. Bergara y B. Nejamkis

Modelo de Aparato Psíquico en Melanie Klein.

G. Celener, A. Febbraio y G. Bergara

Concepto de Salud en Melanie Klein.

G. Celener, A. Febbraio y G. Bergara

Concepto de Enfermedad en Melaine Klein.

G. Celener, A. Febbraio y G. Bergara

Modelo de Aparato Psíquico en Kohut.

G. Peker, M. Paz Allona, Y. Piccolo, P. Sánchez Ayala

Concepto en Salud en Kohut.

G. Peker, M. Paz Allona, Y. Piccolo, P. Sánchez Ayala

Concepto de Enfermedad en Kohut.

G. Peker, M. Paz Allona, Y. Piccolo, P. Sánchez Ayala

Capítulo 2

UN MODELO DE PENSAMIENTO PARA INTERPRETAR.

G. Celener

Interpretación.

Ejemplificación del Proceso de Interpretación en las Técnicas gráficas.

Ejemplificación del Proceso de Interpretación en el Cuestionario Desiderativo.

Ejemplificación del Proceso de Interpretación en el Test de Relaciones Objetales (T.R.O.)

PARTE II

ACTUALIZACIONES TEÓRICAS, TÉCNICAS Y SISTEMATIZACIONES EN TÉCNICAS PROYECTIVAS

Capítulo 1

DESARROLLO Y ACTUALIZACIÓN DE LA EVOLUTIVA GRÁFICA

Criterios de Interpretación de las Pautas Evolutivas en las Técnicas gráficas Proyectivas.

A. Febbraio

Introducción.

Evolutiva Gráfica de la figura Humana.

Características de la Evolutiva gráfica en la 1ª y 2ª Infancia.

Características de la Evolutiva gráfica en la Adolescencia.

Cuadro de Indicadores Generales de la Evolutiva Gráfica

Características de la Evolutiva Gráfica de Brazos-manos-Piernas-Pies.
 Características de la Evolutiva Gráfica de la Casa y el Árbol.
 Interpretación de las Técnicas Gráficas.

Capítulo 2

SÍNTESIS BIBLIOGRÁFICA DE ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS GRÁFICAS.

G. Celener

Indicadores Formales o Expresivos.

Indicadores de Contenido.

Características de las Pautas Formales y de Contenido de las Neurosis, Psicosis y Perversiones.

Defensa en los Gráficos.

Capítulo 3

NUEVAS APORTACIONES A LA HORA DE JUEGO DIAGNÓSTICA

A. Febbraio

El Juego, su Relación con el Aprendizaje y la Maduración Cerebral.

Hora de Juego Diagnóstica en Niños Retrasados Mentales Leves y Moderados con y sin Trastornos de Conducta: (Categoría N°5).

Hora de Juego Diagnóstica en Niños Autistas: (Categoría N°8).

Hora de Juego Diagnóstica en Niños Retrasados Mentales Profundos o Severos con y sin Trastornos de Conducta: (Categoría N°6).

Capítulo 4

INNOVACIÓN TÉCNICA: VERSIÓN CELENER DEL CUESTIONARIO DESIDERATIVO AUTOADMINISTRADO

G. Celener

Pertinencia del Cuestionario Desiderativo en el Ámbito Laboral.

Protocolo del C.D. Autoadministrado.

Versión Celener del Cuestionario Desiderativo Autoadministrado.

Contenido del Tomo II

PARTE III

ÁMBITO CLÍNICO	13
<i>Graciela Celener, Andrés Febbraio, Nora Rosenfeld, Haydeé Avrutín, Adela Jordá</i>	

Capítulo 1

LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA	15
--	----

Nora Rosenfeld, Haydeé Avrutín

La Entrevista Psicológica en el Área Clínica	15
---	----

Nora Rosenfeld, Haydeé Avrutín

Entrevista Diagnóstica Estructural	23
---	----

Graciela Celener, Andrés Febbraio

Ejes Diagnósticos	26
--------------------------------	----

Graciela Celener, Andrés Febbraio

Entrevista a Adultos	30
-----------------------------------	----

Nora Rosenfeld, Haydeé Avrutín

Entrevista a Padres	32
----------------------------------	----

Nora Rosenfeld, Haydeé Avrutín

Ejemplos de Entrevista a Adultos. Su interpretación	38
--	----

Entrevista I. Ejemplo de la Técnica de la Entrevista Semidirigida	38
---	----

Nora Rosenfeld, Adela Jordá

Entrevista II. Ejemplificación de la Técnica de la Entrevista Estructural	48
---	----

Graciela Celener, Adela Jordá

Entrevista III. Ejemplificación del Encuadre e Interpretación de la Entrevista Estructural	54
---	----

Graciela Celener, Adela Jordá

Bibliografía	59
--------------------	----

Capítulo 2

ENTREVISTA DE DEVOLUCIÓN	61
---------------------------------------	----

Nora Rosenfeld, Haydeé Avrutín, Adela Jordá

Ejemplo de Entrevista de Devolución de la Información	66
---	----

Nora Rosenfeld, Adela Jordá

Bibliografía	70
--------------------	----

Capítulo 3

EL INFORME ESCRITO

Nora Rosenfeld, Haydeé Avrutín

Bibliografía	
--------------------	--

PARTE IV

ÁMBITO LABORAL

Graciela Celener, Graciela Hidalgo, Graciela Peker

Capítulo 1

CARACTERÍSTICAS Y METODOLOGÍA DEL PSICODIAGNÓSTICO EN EL ÁMBITO LABORAL

Graciela Hidalgo, Graciela Peker

Breve Reseña Histórica.....	81
Concepto de Organización	82
El Organigrama.....	82
Los Roles Organizacionales	83
Capítulo 2	
ENTREVISTAS EN EL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS	85
<i>Graciela Hidalgo, Graciela Peker</i>	
Entrevista al Gerente	85
El perfil Psicológico.....	86
La Entrevista al Postulante en el Psicodiagnóstico Laboral	87
Capítulo 3	
EL INFORME PSICOLABORAL	93
<i>Graciela Hidalgo, Graciela Peker</i>	
Cuadro de Integración de la Información Obtenida	94
Organización del Informe	96
El lenguaje del Informe	98
Modelos de Informes Psicolaborales	98
Informe para realizar Evaluaciones Masivas	102
Capítulo 4	
ENTREVISTA DE DEVOLUCIÓN	105
<i>Graciela Hidalgo, Graciela Peker</i>	
Glosario de Términos	107
Capítulo 5	
EVALUACIÓN PSICOLABORAL DE PREENTREVISTA Y ENTREVISTA. EJEMPLIFICACIÓN	111
<i>Graciela Hidalgo, Graciela Peker</i>	
Modelo de Análisis de la Entrevista.....	118
Capítulo 6	
INDICADORES DE LAS COMPETENCIAS PSICOLÓGICAS DEL PERFIL DEL PUESTO DESDE LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS GRÁFICAS	121
<i>Graciela Celener</i>	
Consignas de las Técnicas “Persona Bajo la Lluvia” y “Test del Animal”	122
Indicadores a partir de las Técnicas Gráficas	122
Capítulo 7	
INDICADORES DE LAS COMPETENCIAS PSICOLÓGICAS DEL PERFIL DEL PUESTO DESDE EL CUESTIONARIO DESIDERATIVO	135
<i>Graciela Celener</i>	
Capítulo 8	
INDICADORES DE LAS COMPETENCIAS PSICOLÓGICAS DEL PERFIL DEL PUESTO DESDE EL TEST DE RELACIONES OBJETALES (TRO)	145
<i>Graciela Celener</i>	
Capítulo 9	
MODELO DE INTERPRETACIÓN DE LAS TÉCNICAS GRÁFICAS UTILIZANDO LAS GUÍAS DE INDICADORES	157
<i>Graciela Celener</i>	

Capítulo 10	
MODELO DE INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO DESIDERATIVO UTILIZANDO LA GUÍA DE INDICADORES.	165
<i>Graciela Celener</i>	

Capítulo 11	
MODELO DE INTERPRETACIÓN DEL TRO UTILIZANDO LA GUÍA DE INDICADORES	173
<i>Graciela Celener</i>	

PARTE V	
ÁMBITO FORENSE	179
<i>Susana Battafarano, Norma Baratta.</i>	

Capítulo I	
INTRODUCCIÓN GENERAL AL ÁMBITO FORENSE.....	181
<i>Susana Battafarano, Norma Baratta.</i>	
Entrevista: Particularidades recurrentes en las diferentes áreas forenses	181
Entrevista: Área Minoril - Introducción	183
Entrevista: Área Minoril - Características particulares.....	183
Entrevista: Área Pericial - Introducción	184
Entrevista: Área Pericial - Características particulares	185

Capítulo 2	
INFORME	189
<i>Susana Battafarano, Norma Baratta</i>	
Introducción.....	189
Informe: Área Minoril	189
Informe: Área Pericial.....	190

Capítulo 3	
DEVOLUCIÓN	193
<i>Susana Battafarano, Norma Baratta</i>	
Devolución: Área Minoril	193
Devolución: Área Pericial	193

Capítulo 4	
EJEMPLOS DE ENTREVISTAS EN EL ÁMBITO FORENSE.....	195
<i>Susana Battafarano, Norma Baratta</i>	
Entrevista en el Ámbito del Consejo Nacional de la niñez, adolescencia y familia	195
Entrevista en el Ámbito Pericial	
Bibliografía	199

CAPÍTULO 2

Entrevista de Devolución

*Nora Rosenfeld
Haydeé Avrutín
Adela Jordá*

Los psicólogos que trabajan con psicodiagnóstico, coinciden en que la última etapa de un proceso diagnóstico está constituida por una entrevista de devolución de información al consultante.

Esta comunicación se realiza verbalmente en forma de diálogo con el entrevistado. Si se trata de un menor se hará primero con los padres y en un segundo momento con el niño o bien con el grupo familiar si se considerase necesario.

M. Ocampo, M. Arzeno (1987) definen la devolución como “La comunicación verbal discriminada y dosificada que el psicólogo hace al paciente, a sus padres y al grupo familiar de los resultados obtenidos”.

Discriminada porque debe apuntar a lo particular de un caso singular, evitando generalizaciones que dificulten la comprensión; dosificada para no abrumar al entrevistado con un exceso de información que no logrará asimilar y que puede tener como efecto no buscado el incremento del monto de ansiedad y que como consecuencia el paciente se niegue a continuar con la entrevista o rechace las indicaciones que el psicólogo considere necesarias: terapia individual, orientación familiar, etc.

Dos aspectos importantes a tener en cuenta están relacionados con cómo y cuánto devolver dado que ésto marcará la estrategia a seguir. Al respecto existen diversas opiniones:

H. Etchegoyen (1997) dice “[...] algunos, y yo entre ellos prefieren ser parcos en sus razones porque piensan que una información muy detallada se presta más a ser mal entendida y facilita la racionalización.” “[...]yo pienso que la devolución no debe ir más allá del objetivo básico de la tarea realizada, esto es, aconsejar al entrevistado el tratamiento más conveniente, la indicación con sus fundamentos siempre muy sucintos”.

Jamil Abuchaem (1985), dice: “[...] lo más frecuente es que sea un diálogo durante el cual explícito mis opiniones sobre el funcionamiento y la dinámica de su personalidad, tanto lo que se refiere a su parte sana, como a aquella que está relacionada con su parte enferma”.

A pesar de las diferencias, los autores mencionados, coinciden en que la información debe ser dada en forma clara, tratando de brindar una descripción integrada del entrevistado y de lo que le pasa, a partir de las hipótesis que se construyen a lo largo del psicodiagnóstico. Estas hipótesis que se construyen a partir de la pre-entrevista, se van confirmando o disconfirmando por la evaluación de las recurrencias y convergencias que surgen a partir del material verbal, gestual, gráfico, etc. en el proceso de integración de las interpretaciones. Es importante no tomar la devolución como un fin en sí mismo, sino como una parte de todo el proceso psicodiagnóstico.

En la primera entrevista, el psicólogo informa acerca de los pasos a seguir, incluyendo la explicitación de que en la última entrevista se brindará la información obtenida, que es el objetivo básico de la devolución de acuerdo con lo que plantean Ocampo y Arzeno (1987).

La comunicación de la información obtenida es compartida entre el entrevistador

y el o los entrevistados, de manera tal que la aceptación o rechazo de la información que se brinda hará que el psicólogo vaya adecuando la forma y el contenido de la devolución de acuerdo a la reacción de aquellos. Es por esto que la información brindada no puede ser totalmente planificada previamente por el entrevistador. Este debe tener la suficiente habilidad y flexibilidad como para advertir en este encuentro la capacidad o ausencia de insight que evidencia el entrevistado, con la finalidad de respetar su tiempo interno para facilitar su posibilidad de asimilar este tipo de información.

Cuando, por ejemplo, frente a una explicación del psicólogo, el entrevistado dice: "eso no me parece" o "yo no lo veo así", esta respuesta puede reflejar ya sea la falta de insight, o una falla en el timing del psicólogo, o una equivocación del mismo en cuanto a la selección de la información que está devolviendo. Tal tipo de respuesta del entrevistado pone de manifiesto que la información que se le suministra está muy alejada de su conciencia.

En cambio es muy distinto el caso en que frente a los comentarios del psicólogo, el sujeto comienza a establecer nuevas asociaciones, aportar nuevas ideas o bien recuerdos que le surgen. Este tipo de respuesta indica que la intervención fue realizada en el timing adecuado.

Es posible que la devolución se realice en más de un encuentro, dos tal vez, a los fines de posibilitar una adecuada comprensión y elaboración del contenido.

Objetivos de la Devolución

Tal como señalan Ocampo y Arzeno la devolución es importante tanto para el entrevistado como para el entrevistador.

1- Si se entiende que el entrevistado transfiere al entrevistador aspectos valorados, rechazados, fantasías y relaciones vinculares, reintegrarlos a través de esta comunicación verbal permitirá una buena separación entre ambos, preservando la salud mental del entrevistador y favoreciendo al entrevistado, quien podrá reestablecer una imagen interna más integrada luego de haber brindado tanta información sobre sí mismo respondiendo a los distintos tests.

2- Otro objetivo es incrementar la información que el entrevistado tiene acerca de sí mismo a partir de hacer consciente aquello que hasta el momento permaneció pre-consciente y que pudo ser proyectado a través de los estímulos propuestos por el entrevistador. El psicólogo también aumenta la información que posee sobre el consultante, a través de nuevos observables que surgen en esta entrevista, los cuales le permiten inferir la aceptación o el rechazo de la información que se le brinda.

Indicarían rechazo frases como: ...no entiendo; ...yo no soy así; ...usted no me entiende. Otra manera de manifestar el rechazo estaría expresada en una aceptación pasiva de la información: ...es así como usted dice.

También hay indicadores no verbales, por ejemplo llegar tarde; temblor en las manos ante un comentario; etc.

Indicarían aceptación de la información situaciones tales como la aparición de nuevas asociaciones (...ah sí, me acuerdo de cuando cambié de trabajo la vez anterior); de nuevos puntos de vista (...ahora que usted lo dice se me ocurre que siempre actúo enojándome).

María Concepción Sendín, en su libro "Diagnóstico Psicológico" (2000), resume los objetivos de la entrevista final de la siguiente manera:

1. Sintetizar e integrar elementos del funcionamiento psicológico, que el sujeto percibe habitualmente como dispersos.
2. Clarificar aspectos descriptivos y en su caso, etio-patogénicos, de los trastornos que originaron la consulta.
3. Orientar y aportar posibles vías de solución a los problemas planteados, a través de una planificación de la intervención.
4. "Cerrar" el proceso evaluativo, dándole un sentido propio, tras haber cubierto los objetivos iniciales.
5. Registrar las reacciones de los destinatarios ante los aportes de información su actitud y grado de tolerancia a los datos potencialmente ansiógenos.
6. Comparar la dinámica interpersonal de esta última entrevista, con la que tuvo lugar en entrevistas anteriores, observar sus cambios y el sentido de los mismos
7. Recopilar informaciones con valor pronóstico.

La citada autora considera que una entrevista de devolución no será efectiva si no cumple con todos estos objetivos y no descarta la posibilidad de que sean necesarias más de una entrevista si los objetivos básicos no se han cubierto en una sola y/o si el sujeto o su familia necesitan más tiempo para elaborar la información aportada.

Técnica de Devolución

A adultos:

Como ya se dijo la devolución es una comunicación verbal que se establece entre el entrevistador y el o los entrevistados. Es importante que la misma se realice en un lenguaje claro y sencillo, en el lenguaje del paciente, evitando terminología demasiado técnica o propia de la jerga psicológica. Debe ser acorde al nivel intelectual de quien lo recibe.

El psicólogo traduce en palabras comprensibles algunas de las hipótesis que ha construido a partir de las respuestas del sujeto a las técnicas que se le administraron y las comparte con el mismo posibilitándole reconocerlas como propias.

Es recomendable comenzar la entrevista preguntándole si en el lapso de tiempo que transcurrió a partir de la última entrevista de administración de técnicas se le ocurrió algo nuevo que desee comentar. Esto permitirá que el paciente sienta que está siendo incluido y que el psicólogo reorganice la devolución tomando los comentarios que van surgiendo.

En general, el psicólogo arma un esquema lo suficientemente elástico a fin de que a partir de la comunicación de ida y vuelta con el consultante, se vaya modelando el ritmo de la devolución.

A fin de evitar bloqueos y resistencias, es recomendable comenzar por los aspectos más exitosos y maduros, es decir los menos ansiógenos para el entrevistado. Un ejemplo de ello puede ser: destacar la actitud de colaboración y participación a lo largo del psicodiagnóstico; desarrollar las áreas más exitosas (laboral, afectiva, estudios). Una vez realizada esta parte, se puede continuar con los contenidos que han sido evaluados como los más ansiógenos para el sujeto, ya que están ligados con sus aspectos patológicos, por ejemplo: dificultad para establecer vínculos afectivos estables, duraderos, etc.

Esta modalidad permitirá que la tarea resulte exitosa y evitará que la transmisión de la información sea vivenciada como una acusación o como una enseñanza a la cual debe someterse. Fundamentalmente facilitará la comprensión de sí mismo como una totalidad en la que posee aspectos desarrollados satisfactoriamente y otros más conflictivos.

Resulta apropiado que en un primer momento se mencionen aspectos relacionados con el motivo de consulta manifiesto, para luego referirse a aquellos que son más desconocidos para el sujeto.

Está contraindicado realizar interpretaciones en las que se comuniquen contenidos inconscientes ya que se trata de un proceso diagnóstico y no terapéutico.

Algunos autores consideran de utilidad para hacer más comprensible la devolución de información hacer referencia a algunos aspectos de la entrevista (expresiones textuales del sujeto) o de las respuestas a las técnicas administradas.

En el caso de la devolución a padres no es pertinente que se muestre lo realizado por el niño a fin de respetar de esta forma el secreto profesional. Pero sí se pueden utilizar algunos fragmentos de la entrevista inicial que se mantuvo con ellos o de la hora de juego familiar.

María Concepción Sendín, considera imprescindibles en esta entrevista final, las siguientes tareas:

1. Ir ajustando y dosificando empáticamente sus aportes, en función de las características específicas de cada caso.
2. Detenerse en aquellos aspectos que resulten especialmente problemáticos, explicitando dudas y favoreciendo la interacción.
3. Tolerar el desacuerdo del sujeto con algunas de sus afirmaciones y aclarar el sentido y grado de seguridad de lo que le está comunicando.
4. Dejar abierta la posibilidad de que sea el evaluado quien decida qué está dispuesto a escuchar.

El profesional debe estar preparado para captar cuáles son las posibilidades reales de sus interlocutores para asimilar y elaborar informaciones significativas.

En general quien realiza la devolución debe ser la persona que administró el psicodiagnóstico. En el caso de que el psicodiagnóstico hubiera sido solicitado por otro profesional que está a cargo del tratamiento psicológico del entrevistado, el psicólogo que lo administra informa al terapeuta derivante y es este último quien comunica los resultados a su paciente.)

En otros casos, cuando el derivante atiende en el mismo lugar que el psicólogo que administró el psicodiagnóstico puede ocurrir que se realice una devolución conjunta (Por ejemplo: psicólogo y médico especialista que trabajan en el mismo servicio hospitalario u obra social). La entrevista de devolución también puede realizarse en conjunto con el profesional que está a cargo del tratamiento, cuando por razones terapéuticas ambos profesionales concuerden en que ésta es la forma adecuada.

A niños:

En el caso de que el psicodiagnóstico haya sido administrado a un niño o púber, se comenzará dando la devolución a los padres ya que son éstos quienes están a cargo de los mismos.

Es importante transmitir la información de tal manera que la misma alivie los sentimientos de impotencia y culpa que pueden haber generado en los padres la problemática del niño y sus sentimientos de no haber podido resolverla o su temor de haberla causado. Para ello se seguirán los mismos lineamientos que se desarrollaron para el caso de la devolución a adultos.

Sin embargo una característica propia de este encuentro se centra en posibilitar que los padres relacionen "el motivo de consulta manifiesto" con la funcionalidad y el significado que el mismo tiene para ese grupo familiar.

Se tomará como ejemplo el caso de un niño con enuresis nocturna.

Funcionalidad del síntoma para los padres: les permite evitar las conductas de intimidad propias de la pareja.

Significado para el niño: lograr la atención y el contacto nocturno con el miembro de la pareja que se hace cargo de la situación.

En el caso que la consulta no haya sido espontánea debido a que los padres no han percibido un problema en su hijo, sino que el mismo ha sido detectado por un tercero (maestro, médico, amigos o familiares) uno de los objetivos principales de la devolución será lograr que éstos hagan insight.

Cuando el psicólogo advierte que el niño designado como "problema" no padece realmente de un trastorno, sino que la problemática existe en otro miembro de la familia o en la dinámica familiar, uno de los objetivos de la devolución es puntualizar en quién o quienes debe centrarse el tratamiento.

Una vez realizada la devolución a los padres se efectúa la devolución al niño.

Las técnicas que se utilizan se adecuarán a la edad y características del niño. Si son pequeños, se emplearán fundamentalmente técnicas lúdicas.

En niños más grandes, se puede llevar a cabo la misma utilizando más el lenguaje verbal, adecuándolo a la edad y nivel de los mismos.

Ahora bien, tanto para la devolución a adultos como a niños es fundamental destacar que todo el material inconsciente que surge en un psicodiagnóstico, no debe ser transmitido al consultante. Esto se debe a que el mismo no podría ser tramitado por el sujeto debido a que para ello se requiere de un proceso de elaboración terapéutico. Si estos conocimientos fueran comunicados, sólo crearían racionalizaciones y/o sentimientos de ansiedad en el consultante que dificultarían la posibilidad de reconocer esos aspectos como propios.

María Concepción Sendín señala que la entrevista de comunicación de información diagnóstica permite, desde el punto de vista del evaluador, registrar nuevas informaciones, sobre todo pronósticas y, desde el punto de vista del evaluado, favorecer la integración de aspectos que el sujeto percibe habitualmente como inconexos, aumentar su comprensión de las dificultades que originaron la demanda y estimular su colaboración activa en la búsqueda de soluciones utilizando sus propios recursos o, si es necesario una ayuda más específica, en el proceso de intervención.

Para concluir, la devolución constituye la finalización del proceso psicodiagnóstico para el entrevistado, mientras que el informe escrito lo es para el derivante.

Ejemplo de Entrevista de Devolución de la Información

Nora Rosenfeld
Adela Jordá

Este tema se ejemplificará con la Entrevista de Devolución de Información realizada al sujeto al que se le administró la Primera Entrevista reseñada en el capítulo 1 de esta tercera parte del libro.

Cabe aclarar que la devolución que a continuación se transcribe se basó, exclusivamente, en la información obtenida en la entrevista inicial y no se incluyó en la misma los datos que se recogieron de la aplicación de las otras técnicas psicológicas que se le administraron durante el proceso psicodiagnóstico.

Se trató de estimular un diálogo con el paciente ya que el objetivo de la Entrevista de Devolución, como ya se dijo, no es una mera enunciación de información ante la que el entrevistado debe asumir un rol pasivo, sino que por el contrario, se espera establecer un intercambio a través del cual se vaya potenciando el nivel de insight de aquél.

También se planificó el esclarecimiento de situaciones que lo ayudasen a la toma de decisiones. Para ello era necesario que el paciente registrase lo que el psicólogo le expresara como algo cercano a sí mismo, información en la que se reconociese y sintiera como propia y no como una mera construcción del psicólogo, a la cual debería someterse por ser aquél un experto.

La entrevistadora tuvo como objetivo brindarle información acerca del sentido de los síntomas cardiológicos con los que Alberto llegó a la consulta; así como sobre otras conclusiones a las que arribó acerca de los síntomas físicos, la irritabilidad, la relación con el padre, con el jefe y con la esposa, su aislamiento social y la evitación de situaciones perturbadoras que lo llevaban a perder el trabajo y a una restricción vital.

De la entrevista inicial, tomó para fundamentar sus hipótesis, algunos indicadores que serían relativamente comprensibles para él.

En la primera parte de la entrevista ella enfatiza los aspectos más adaptativos del paciente con el fin de reforzar su autoestima, tal como su capacidad para pedir ayuda, y predisponerlo para la escucha. Una vez conseguido esto, uno de los objetivos consistió en abordar las diferentes áreas de su vida como la laboral, social y de pareja.

Este proceso contribuiría a que su pedido de ayuda original se transformase en un reconocimiento de la necesidad de un tratamiento psicoterapéutico.

A continuación se transcribirán algunos fragmentos de la Entrevista de Devolución considerados más relevantes para la comprensión de esta técnica.

(Alberto llega en el día y a la hora convenida y se lo nota inquieto. La psicóloga lo invita a pasar y a sentarse, lo que hace rápidamente).

Entrevistadora (E): ¿Qué tal, cómo está?

Paciente (P): Bien, bien.

E: ¿Estuvo pensando algo desde la última vez que nos vimos?

P: Bueno, estuve más o menos con algunas palpitaciones y muy preocupado por si me sale o no me sale la jubilación porque mientras tengo que seguir los trámites de licencia y no aguanto tener que ver la cara a mi jefe.

(Para focalizar al paciente en el objetivo que a él y a la entrevistadora los convocan, ésta realiza la siguiente intervención)

E: Alberto, nosotros habíamos quedado en reunirnos hoy para conversar sobre las conclusiones del psicodiagnóstico en el que estuvimos trabajando.

(Alberto se pone tenso y expectante).

P: Sí, sí, usted dirá cómo... cómo me encuentra.

E: Yo lo encuentro bastante tensionado, preocupado y toda esta tensión y preocupación se le manifiesta a través de estos dolores que siente en el pecho, las palpitaciones y fatiga. Me parece que es lógico que usted se preocupe por su salud, dados los antecedentes familiares que tiene, pero yo veo que, a diferencia de sus padres, usted está intentado cuidarse, se controla, no se deja estar y busca ayuda para superar sus dificultades.

(Aquí se procuró reforzar su autoestima.)

P: Sí, eso es cierto, porque yo no quiero que me pase lo mismo.

E: No sólo no quiere que le pase lo mismo que a su familia sino también me parece que ante estas molestias físicas usted siente miedo de que le ocurra lo mismo que a sus padres y que este temor probablemente aumente las sensaciones desagradables que tiene.

(Con la intervención subsiguiente, la entrevistadora pretende darle un sentido a sus síntomas).

P: Sí, yo me asusto mucho, pienso mucho en mis viejos y en mi hermano.

E: Lo que yo veo es que usted puede reaccionar ante estas molestias, como ya le sucedió cuando falleció su mamá, que fue una pérdida muy importante y en ese momento usted se deprimió y pudo pedir ayuda y de a poco salir adelante y hasta formar una pareja.

P: Sí, gracias a las pastillas y al Dr. que me atendió.

(Como el entrevistado deposita en las pastillas y en el médico la capacidad para aliviar sus problemas y no se hace cargo de sus propios recursos, la entrevistadora insiste.)

E: Las pastillas lo ayudaron, pero también usted tenía el deseo y la posibilidad de superar en alguna medida sus problemas, porque sino con las pastillas solas no hubiera sido suficiente. Pero, algo está ocurriendo ahora que usted comienza con estos síntomas físicos y la irritabilidad.

P: Sí, me volvió, igual no estoy tan mal como antes porque antes estuve internado y no quería salir, no quería moverme de la cama.

(La entrevistadora formula la siguiente pregunta para que el paciente comience a reflexionar sobre sí mismo y no solamente enuncie lo que le pasa)

E: ¿Y qué piensa usted Alberto que estaría pasando en estos momentos en su vida

para que le vuelvan los malestares?

P: ¿Qué me estaría pasando...? Mire, yo no sé, pero el otro día cuando me fui de acá me quedé pensando en lo mucho que me cuesta dormir, lo mal que me hace estar en el trabajo, que a la mañana cuando pienso que tengo que ir a trabajar y verle la cara al jefe no me levantaría y... tal vez eso, ¿no?

E: Pienso que esto que dice está muy relacionado con los malestares que siente, con la irritabilidad y pienso que cuando se encuentra en una situación que le es problemática, que le produce rabia, que le es difícil de tolerar, en lugar de decir lo que siente y lo que piensa, se lo calla y se siente físicamente mal, aparecen los dolores y ésta sería su manera de expresar la bronca, el miedo e incluso la tristeza.

(Alberto se queda pensando y asiente con la cabeza).

P: Es que yo me pongo tan mal, que ni sé qué decirle y enseguida me agarran las palpitaciones y entonces me quiero ir, no quiero saber más nada.

E: Bueno, justamente esto es lo que yo quiero hacerle notar, que en lugar de hablar se lo calla y le aparecen estos dolores, pero además ocurre otra cosa, que al irse, por ejemplo del trabajo, usted va dejando cosas, su trabajo, posibles relaciones sociales y se encierra en su casa, donde tampoco está bien porque termina peleándose con Inés. Usted termina perjudicándose en lo laboral, en lo económico, en lo social y en su vida matrimonial.

P: Lo que pasa es que yo no quiero hablar porque... lo que a mí me pasa es que yo tengo miedo de descontrolarme. Yo me conozco, ya me pasó cuando mi viejo se ponía agresivo, con mi mamá y yo la defendía.

(La entrevistadora realiza la siguiente intervención con la finalidad que el paciente se diese cuenta de la manera en que manejaba las emociones que el conflicto familiar le despertaba.)

E: “Y usted ¿se acuerda qué es lo que hacía en ese momento?”

A: ¿Cuando era chico...? Bueno, cuando era chico lloraba y le gritaba a mi papá y él me pegaba, pero cuando ya era muchacho prefería no meterme porque le tenía tanta bronca que me daba miedo de terminar mal.

E: ¿Y qué podría haber pasado?

P: Y... irnos a las manos con mi viejo, había momentos en que tenía ganas de matarlo.

(La expresión gestual del paciente es de mucha rabia).

(Con esta respuesta, la entrevistadora considera que el paciente ha podido relacionar y expresar por primera vez sentimientos agresivos y deseos de muerte respecto de su padre en el proceso psicodiagnóstico)

E: Entonces, por miedo a que su rabia lo llevara a matarlo, probablemente haya empezado a callar y así continuó, sobre todo cuando tenía problemas con personas que tenían poder sobre usted. Por ejemplo, su jefe, su hermano mayor del que se distanció sin poder decirle qué cosas le molestaban de la actitud de él con su mamá, por ejemplo que no se ocupó de ella; su jefe al que no le puede decir qué cosas le molestaban de él y entonces elige irse de su trabajo.

P: Bueno, pero cuando me vaya del trabajo esto se me va a pasar, no lo voy a ver más.

(Viendo que el paciente no registra como una dificultad también propia lo que se le dice en relación con el jefe, la entrevistadora decide continuar de la siguiente manera.)

E: Esto que venimos viendo que a usted le sucede, no tiene que ver solamente con su jefe, sino que es algo que se repite cada vez que usted se encuentra en situaciones

de marcado conflicto con alguien poderoso, como su papá, su jefe y entonces el día de mañana puede haber otra persona que ocupe ese lugar y ante la cual usted reaccione de la misma manera y con los mismos síntomas. La solución no está en irse de los lugares o evitar a la gente, sino en ver qué otros caminos puede seguir para no sentirse tan mal, sin limitar su vida a cambio. Por ejemplo, sus expectativas para los años venideros, viajar, se verían limitadas si ante cada obstáculo que se le presenta vuelven a aparecerle los dolores, la fatiga y la irritabilidad.

P: Sí....

(Silencio reflexivo)

E: ¿En qué piensa?

P: No, que me parece que sí, que tiene razón, que a veces me exalto por cualquier cosa y que yo me pongo mal.

E: Bueno, respecto de esto quisiera retomar un tema que vimos al comienzo y que es su temor a que le suceda lo mismo que a su familia, lo del derrame cerebral, el infarto y ese miedo está adentro suyo, no está en relación con que usted se quede o se vaya del trabajo.

(Ante la dificultad del paciente de relacionar los síntomas con dificultades emocionales propias, se interviene buscando otro camino que le permita hacer esta relación.)

P: *(Piensa)* Sí, tiene razón, ya me lo dijo el médico que yo en realidad no tengo nada al corazón y por eso me mandó con usted, son cosas que tienen que ver con mi manera de ser, y ¿qué tengo que hacer entonces?, porque sentirme mal, me siento mal.

(Para no satisfacer la demanda dependiente de Alberto, que constituye una de las características de su modalidad de vinculación, la entrevistadora en lugar de contestarle le formula una pregunta).

E: Bueno, y en base a todo lo que venimos hablando a usted ¿qué le parece que sería mejor?

P: Y, volver a las pastillas del todo no me sirvió.

E: Eso sólo le sirvió en su momento para salir del pozo en el que estaba, pero además de continuar con un control médico, creo que sería conveniente que continúe viniendo a la consulta psicológica conmigo o con algún otro psicólogo del Servicio para trabajar sobre estas dificultades emocionales que tiene. Usted ya dio un primer paso importante que es darse cuenta de las cosas que le pasan, que los malestares no son causados por problemas en su organismo y que es capaz de pedir ayuda. Esto, más la evaluación que le realicé, me indicaría que un tratamiento psicoterapéutico podría mejorar su calidad de vida.

P: *(Piensa...)* Bueno, está bien, ya que estuve viniendo y usted me conoce me gustaría seguir con usted.

E: Me parece bien, podríamos trabajar en conjunto con el médico y nosotros nos encontraríamos dos veces por semana (se acuerdan fechas y horarios) para trabajar sobre todo esto que a usted le pasa, si Ud. está de acuerdo....

Sí, sí, está bien.

E: Entonces solicite los turnos y nos vemos la próxima semana.

Muchas gracias, entonces hasta la semana que viene.

(Alberto se levanta, tiene la expresión más relajada y se va caminando más erguido de lo que entró).

Como se ha dicho anteriormente, el registro contratransferencial del profesional es un instrumento importantísimo que debe ser analizado como una variable más.

En lo que respecta a las reacciones contratransferenciales, la entrevistadora sintió, fundamentalmente, el deseo de proteger al paciente, de hacerlo sentir mejor y también se sintió molesta, cuando el paciente adjudicaba a los otros la responsabilidad por sus síntomas, expresión de la ambivalencia afectiva que Alberto le despertaba.

Para concluir, María Esther García Arzeno, dice: "la entrevista de devolución es el momento del psicodiagnóstico que pone de manifiesto, más que nunca, la experiencia clínica del profesional, el grado en que ha logrado analizar sus propios contenidos inconscientes y su historia personal, como también los conocimientos que posee sobre esta especialidad."

Bibliografía

- Abuchaem, J. (1985) *"La interpretación en las etapas iniciales del tratamiento psicoanalítico"* Bs. As. Ediciones El Lugar.
- Avila Espada A. y Rodríguez Sutil C. (1992) *"Evaluación en Psicología Clínica"* Vol. II. Madrid. España.
- Etchegoyen, H. (1997) *"Los fundamentos de la técnica psicoanalítica"*. Bs. As. Amorrortu.
- Frank de Verthelyi, R. (1997) *"Temas en evaluación psicológica"*. Bs. As. Lugar Editorial
- García Arzeno, M.E. (1999) *"Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico"* Bs. As. Nueva Visión.
- Lunazzi de Jubany, Helena (1992) *"Lectura del Psicodiagnóstico"*. Bs. As. Editorial de Belgrano.
- Ocampo, M.L.; García Arzeno, M. E. y col. (1974) *"Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico"*. Bs. As. Ed. Nueva Visión.
- Sendín, María Concepción *"Diagnóstico Psicológico"* (2000), Madrid, España. Psimática.

CAPÍTULO 3

El informe escrito

Nora Rosenfeld
Haydeé Avrutín

El informe escrito es una comunicación al derivante del conocimiento que el psicodiagnosticador ha alcanzado acerca del consultante a través de los datos obtenidos a partir de la conducta y modalidad del sujeto durante el proceso psicodiagnóstico, de la relación establecida entre éste y el entrevistador en dicho proceso, y de las respuestas que el sujeto dio frente a cada una de las técnicas a las que respondió.

A través del mismo se intenta despejar las dudas y/o preguntas del derivante, que motivaron el pedido del psicodiagnóstico. De tal forma se incrementa a través de su contenido, el conocimiento que tanto el entrevistador como el derivante tienen del paciente.

El informe constituye una síntesis de presunciones teórico - clínicas acerca de un caso singular. Se transmite en él la comprensión a la que el psicólogo ha arribado acerca del significado de los síntomas, de la etiología de los mismos, así como de la estructura psíquica del sujeto que consulta.

La síntesis efectuada en el informe, es el resultado de la elaboración que el psicólogo ha realizado a partir de las fuentes arriba mencionadas. Esta elaboración se refiere al trabajo de integración del material surgido de esas fuentes a través de la aplicación de los criterios de recurrencias y convergencias y de los niveles de inferencia para la elaboración de los datos, ya conceptualizado en el capítulo 2 de la Parte III de este libro.

En esta síntesis del conocimiento logrado acerca del sujeto, el psicólogo informa al derivante acerca de las inferencias en el segundo y tercer nivel que ha elaborado. Por lo tanto, todo lo que se informa, es en realidad una interpretación de la empiria, constructos teóricos que se efectúan en función de la teoría a la que adhiere el psicólogo y de su experiencia clínica. Desde la concepción teórica que se sustenta en este libro, se puede describir al sujeto en función de los enfoques estructural, dinámico y económico de la metapsicología freudiana, para arribar al diagnóstico estructural, clínico y al pronóstico.

Se debe tener en cuenta que el psicodiagnóstico implica un recorte en el aquí y ahora de la subjetividad de un individuo.

El informe puede considerarse como un instrumento de comunicación en el que se dan a conocer las conclusiones, el diagnóstico, el pronóstico y las recomendaciones acerca de las estrategias a seguir. En él, el psicólogo manifiesta más específicamente su rol de diagnosticador, al dar a conocer las hipótesis que ha confirmado, luego de haber analizado y relacionado los datos surgidos a través de este proceso, basándose en una compleja construcción de hipótesis y de inferencias que surgen del material obtenido.

El entrevistador debe desarrollar las hipótesis que surgen del análisis de los datos obtenidos aunque los mismos no se relacionen en forma directa con las preguntas efectuadas por el derivante. Debe incluir toda la información adicional que considere necesaria y pertinente porque puede ser que no se confirme la duda inicial que generó la derivación, pero que sí se observen rasgos • conductas que presuponen

una problemática diferente a la prevista, por ej.: un niño que fue derivado con una presunción de debilidad mental y al finalizar el psicodiagnóstico se infiere un bloque afectivo que está inhibiendo su posibilidad de aprendizaje.

Un informe es una comunicación escrita que, en el ámbito clínico puede ser solicitada por distintos derivantes: médicos, psicólogos, psicopedagogos, psicoanalistas, maestros, etc.

Un tipo de informe que ha cobrado auge en los últimos tiempos es el “informe generado por computadora”, que realiza reportes de un sujeto sobre una o varias pruebas.

Tal como señala María Concepción Sendín, este tipo de informe no es tan individualizado ni puede integrar toda la información recopilada sobre un sujeto a lo largo del proceso psicodiagnóstico, sino sólo la de la prueba concreta para la que el programa es diseñado. Por lo tanto, no son equiparables a los informes finales realizados por el propio evaluador, es decir, no sustituyen el trabajo de elaboración de toda la información acumulada a lo largo del proceso diagnóstico.

Características y Organización del Informe

Un informe escrito debe ser:

- 1) **Competente**, al incorporar todas las características del sujeto que resultan significativas según el criterio del entrevistador.
- 2) **Claro**, al explicitar los conceptos con un lenguaje sencillo, directo, evitando los términos propios de la psicología y describiendo todo lo necesario para una mejor comprensión de lo que se quiere transmitir.
- 3) **Consistente**, al incluir inferencias ligadas entre sí, que se basan en las hipótesis confirmadas a partir de las recurrencias y convergencias establecidas entre la entrevista y las técnicas empleadas y la lectura del material a partir de los tres niveles de inferencia.

De acuerdo a quien haya solicitado el informe éste tendrá diferentes características en cuanto a su forma y lenguaje. Al respecto dice Klopfer (1975): “Los informes psicológicos deben ser escritos en un idioma comprensible que facilite la comunicación. Los psicólogos generalmente utilizan la jerga profesional, que puede tener significado para ellos pero carecer de valor para los demás.”

Cuando la autora citada se refiere a la forma de organizar el informe psicológico, aconseja no informar los datos primarios, o sea las respuestas a los tests que son el resultado de una observación directa (denominados observables por los autores).

Es decir que, es importante en la elaboración de este escrito que todo lo que se informe esté en relación al segundo y tercer nivel de inferencia, es decir ordenar los datos obtenidos, buscar recurrencias y convergencias en el material y por último arribar a un máximo nivel de abstracción que está en estrecha relación con la teoría desde la cual trabaja el psicólogo. En este nivel (3°), se hará una clasificación nosológica y se distinguirá la patología latente de la manifiesta. Los descubrimientos psicológicos deben ser siempre integrados a otros datos antes de arribar a conclusiones o de formular recomendaciones, y no se debe olvidar hacer mención del motivo de consulta que fue causante de la derivación.

Existen diferentes modelos o maneras de confeccionar un informe psicológico, pero al hacerlo es importante tener presente lo que éste debe o no incluir.

El Informe debe incluir:

- Una descripción sencilla de las características que resultan más significativas de la modalidad intelectual afectiva del sujeto, de las funciones exitosas y de aquellas cuyo desempeño es patológico, como así también de los conflictos principales.
- La descripción de las distintas modalidades de conducta que mantuvo el entrevistado durante el proceso de toma y cómo se expresaron; si hubo variaciones en esas conductas, y en que momentos o circunstancias se produjeron; por ej.: si su actitud fue colaboradora, si se mostró reticente a realizar alguna técnica en particular, y de qué manera se manifestó esa reticencia y el significado que esto adquiere en función de lo que como estímulo significa dicha técnica. Ejemplo: una niña derivada por la escuela por problemas de aprendizaje, al solicitarle que dibuje a “su familia haciendo algo”, solicita ir al baño, dice que no sabe dibujar y finalmente termina dibujando la cara de un payaso¹. El psicólogo formuló la hipótesis de la posible existencia de problemas familiares que impedían un buen desarrollo escolar ya que al solicitarle el dibujo de la familia aparece cierta incomodidad en la niña que hasta ese momento no se había observado.
- El tipo de vínculo que estableció el sujeto con el entrevistador durante esos encuentros; si su actitud fue de confianza o desconfianza (temores); si solicitó ayuda (dependencia – independencia); si pidió aprobación sobre lo realizado (seguridad – inseguridad), etc. Esta descripción, teniendo en cuenta los aspectos transferenciales y contratransferenciales, podrá ser esclarecedora de las modalidades vinculares del entrevistado.
- Los niveles de funcionamiento intelectual, emocional y cognitivo, integrados entre sí, ya que ningún aspecto está separado, desligado de otros, en un mismo sujeto.
- Categorías básicas, que le aporten riqueza, profundidad y utilidad: la descripción y la explicación, tratando de transmitir lo significativo del entrevistado, para que sea visualizado como un ser humano, y no como una máquina compuesta por distintas piezas que se encajan entre sí, semejante a un rompecabezas. Explicitando primero las hipótesis más evidentes, a partir de los observables sin mencionarlos, para pasar a lo menos evidente, que responde a inferencias de orden especulativo que varía según el marco teórico al que adhiere el psicólogo.
- Los conflictos que se relacionan con los niveles más conscientes y visibles de funcionamiento, para llegar a los menos conscientes y más centrales, en una modalidad graduada que va desde lo más manifiesto hacia lo latente, teniendo en cuenta que a partir de las respuestas dadas en el presente, se inferirán cuáles son los determinantes explicativos de la historia pasada. Basándose en la interacción de estos dos niveles, presente y pasado, el psicólogo puede elaborar las recomendaciones en relación al futuro en cuanto a pronóstico y sugerencias, como por ejemplo: la realización de una terapia individual, familiar, orientación psicológica, internación, etc.

El Informe no debe incluir:

- Los resultados obtenidos en cada uno de los tests administrados, ya que el derivante al cual se dirige, probablemente no los conoce, y no le aclaran nada sobre el paciente.
- Citas teóricas para explicitar o fundamentar las conclusiones, lo que lo haría semejante a una monografía y no a la descripción dinámica de una persona.
- Orientar exclusivamente hacia la problemática por la cual se consulta, porque resultará muy pobre, al perderse la riqueza de la información total obtenida.
- Información que vulnere la confidencialidad del entrevistado. No todo lo que se escucha y ve durante el proceso psicodiagnóstico puede comunicarse en el informe, éste debe apuntar a contestar las preguntas del derivante ampliando con aquello que enriquezca las respuestas y evitando incluir información que pueda perjudicar el futuro de la persona que consulta.
- Rótulos o estereotipos, que confundan al derivante, y que puedan inducir, posteriormente a que por ejemplo, se expulse a un niño de una escuela. Es importante al elaborar el informe tener en cuenta, por qué fue solicitado y quién va a recibirlo, para decidir qué informar y cómo hacerlo; estos aspectos varían si por ejemplo va dirigido a una Obra social para solicitar la aprobación de un tratamiento psicoterapéutico; a la Junta médica para que otorgue o prolongue una licencia; al Gabinete de una escuela para orientar las estrategias a implementar con un niño con dificultades de aprendizaje; a un psicoanalista que necesita un diagnóstico diferencial para definir la orientación de un tratamiento.
- Ser demasiado extenso, ya que se corre el riesgo de que se pierda el eje central de lo que es necesario comunicar; pero tampoco puede ser tan breve y sintético que excluya información de utilidad para quienes lo reciben.

Finalmente es importante tener en cuenta que el informe contiene información confidencial, por lo que constituye un testimonio que, en determinadas ocasiones, por ej.: Juicios penales o civiles, puede ser utilizado como documento legal para la toma de decisiones.

1. Esto se corroboró luego cuando a lo largo del psicodiagnóstico se pudo comprobar una grave problemática familiar.

Datos Relevantes para realizar un Informe en el Área Clínica*Fecha**Datos de filiación:*

Apellido y nombre
 Edad
 Fecha de nacimiento
 Nacionalidad
 Estado civil
 Conformación del grupo familiar, actual y de origen
 Estudio y/o ocupación actual

Estos datos permitirán contextualizar al entrevistado, al incluir características esenciales, y facilitarán la emergencia de hipótesis, al comparar por ejemplo, las actitudes esperables para su edad, nivel sociocultural, etc., con las efectivamente desarrolladas.

Motivo de consulta

En este punto se incluye el o los motivos manifiestos. Pero también las conductas o síntomas que se evidenciaron en el transcurso del proceso psicodiagnóstico y que se agregan al motivo que generó la derivación, por ejemplo: se deriva a una adolescente con dificultades vinculares tanto con la familia como con los pares, y se detectan indicadores de autoagresión (anorexia).

Pruebas administradas

Es un dato de utilidad para el derivante y para el entrevistador porque da una idea más acabada en relación al material a partir del cual se arribó a las conclusiones.

Características significativas del entrevistado

Modo de vestir
 Modalidad de contacto
 Modalidad de presentación
 Datos más significativos de su historia

Estas características permiten que el entrevistador exprese sus impresiones sobre la persona que entrevistó, y compare las similitudes o diferencias con el relato del derivante.

Conducta mantenida durante el psicodiagnóstico

Realización de las pruebas
 Relación con el entrevistador

Si comprende o no lo que se le solicita en las consignas, si hay diferencia de rendimiento en las distintas pruebas y en cuáles presenta (si aparece) mayor dificultad, disgusto, aumento de ansiedad.

En relación al tipo de vínculo: si hubo aceptación, sometimiento, rebeldía, descalificación. Esto unido al análisis de transferencia y contratransferencia, permitirá fundamentar las características y tipo de modelo vincular del sujeto.

Recursos intelectuales:

Cómo los instrumenta.

Cociente intelectual (en caso de que sea solicitado).

Potencial intelectual, y cómo se evidencia en el desempeño actual. Esto permite relacionar este aspecto y su influencia con las demás áreas de su vida.

Recursos afectivos:

Tipo, grado y forma de manejo de las reacciones emocionales.

Relaciones interpersonales, modalidad vincular.

Sexualidad.

Se debe señalar si estos aspectos se adecuan o no a la edad, nivel madurativo y tipo de vínculos establecidos con la familia, amigos, compañeros de estudio y/o de trabajo y cuáles son las reacciones emocionales en las distintas circunstancias.

En relación a la sexualidad se recomienda incluir cuáles son las identificaciones que predominan; como son las reacciones y conductas hacia su propio sexo y hacia el sexo opuesto; si hay conflictos en este área, si los reconoce o los niega; si hay actividad sexual o se manifiesta sublimadamente.

Conflictos

Klopfer en el texto ya mencionado, sugiere la necesidad de establecer claramente cuáles son los polos del conflicto; si es entre instancias psíquicas como por ejemplo: Yo – Superyó, o entre impulsos opuestos, por ejemplo: dependencia – independencia, o entre la expresión o inhibición de un mismo impulso como por ejemplo: el impulso agresivo – aspectos conciliatorios. De acuerdo a los ejes diagnósticos freudianos, se comunica las conclusiones acerca de si el conflicto se establece entre instancias psíquicas; o entre el aparato psíquico y la realidad, o, entre un yo escindido, una parte del cual reconoce la realidad, mientras que la otra la niega (castración).

También es importante describir qué tipo de ansiedades y defensas se establecieron; cómo y frente a qué circunstancias se manifiestan; qué aspectos de sí mismo el sujeto no reconoce como propios y se los adjudica a otros: padre, esposa, jefe, etc. Si las defensas implementadas son exitosas o, por el contrario rígidas y estereotipadas; de qué forma se manifiestan; si le permiten superar un momento conflictivo; o si su empleo constante empobrece otras áreas de funcionamiento yoico.

Diagnóstico

A modo descriptivo, resumiendo las dificultades que este sujeto presenta en su vivir cotidiano; cuáles son sus potencialidades, o mecanismos que interfieren para que las mismas no se desarrollen plenamente o se hallen inhibidas. Según la profesión del derivante, y el motivo de derivación podrá incluirse o no un diagnóstico nosológico que implica una toma de posición por parte del psicólogo que realizó el psicodiagnóstico, ya que influirá en el mismo su marco teórico y su ideología o modalidad de abordaje.

Es importante incluir en este punto cuáles son las áreas exitosas, si las hay, a partir de las capacidades yoicas; en referencia al Criterio de Realidad, Juicio de Realidad, Manejo y Control de las Pulsiones, Motilidad de las mismas. Si éstas, son exitosas o no; en qué grado; cómo se manifiestan.

Pronóstico

Este debe estar sustentado en el análisis inferencial de todos los tests administrados, teniendo en cuenta que el pronóstico, solo implica la posibilidad de que se den ciertos comportamientos esperables.

Al respecto dice Klopfer que las diversas situaciones a las que se sometió al paciente dan pautas acerca del deseo de cambiar y del grado de cambio que puede tolerar sin manifestar una indebida ansiedad. Lo mismo que la posibilidad de adaptación a los distintos tratamientos que se pueden sugerir para solucionar el 'problema'. Esta información puede ahorrarle mucho tiempo al terapeuta ya que podrá decidir en qué aspectos focalizar la psicoterapia, realizar el enfoque y saber hasta qué punto le resulta posible realizar las interpretaciones. La fenomenología de las reacciones del paciente frente a las pruebas proyectivas y el contenido de las respuestas ofrecen pautas para predecir la forma en que se manifestarán los procesos de una situación psicoterapéutica (en el caso de que se decidiera su derivación).

Estrategias a seguir

Sugerencias de tratamiento psicoterapéutico; internación; orientación psicológica a los padres o grupo familiar, etc.. La evaluación psicodiagnóstica permite realizar recomendaciones, pero fundamentando cuál es el objetivo de las derivaciones sugeridas, la necesidad de las mismas, las dificultades que pueden plantearse para su realización y las consecuencias que podrán surgir si las mismas no se cumplimentan.

Para finalizar parece importante resaltar que el informe junto con la devolución que se realiza al o a los entrevistados constituyen el cierre del proceso psicodiagnóstico. En muchos casos a partir de este "cierre" comienza una nueva relación con el psicólogo, si éste se transforma en psicoterapeuta del paciente. En otros, abre un nuevo espacio a partir de una derivación a otro profesional.

Bibliografía

- Frank de Verthelyi, R. (1997) *"Temas en Evaluación Psicológica"*. Bs. As. Lugar Editorial.
- García Arzeno, M.E.(1999) *"Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico"*. Bs. As. Nueva Visión.
- Kernberg, O.(1998) *"Trastornos Graves de la Personalidad."* México. Manual Moderno.
- Klopfer, W. G. (1995) *"El informe psicológico. Uso y comunicación de los descubrimientos psicológicos"*. Bs. As. Tiempo Contemporáneo.
- L'Abate, L. (1960). *"Psicología clínica"*. Bs. As.. Paidós.
- Lunazzi de Jubany, Helena (1992) *"Lectura del Psicodiagnóstico"*. Bs. As. Editorial de Belgrano.
- Ocampo, María L. S. De; García Arzeno, María S.; Grassano, E.; y col.(1974). *"Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico"* Bs. As. Nueva Visión.
- Rapaport, David. (1964) *"Los tests de diagnóstico psicológico"*. Bs. As. Paidós.
- Sendín, María Concepción (2000). *"Diagnóstico Psicológico"*. Madrid. Psimática.