

*Silvana Contino*

**DEVOLUCION:**  
**síntesis**  
**de un**  
**proceso**

**CRISTINA FERNANDEZ**  
**LILIANA GUERRERO de VARON**

**SERIE**  
**MONOGRAFICA 1**

**SILVANA B. CONTINO**

Diseño de tapa: Luis Vassallo

© Editorial Roca Viva  
Gnossos Ltda.  
Ed. Acevedo 951  
Montevideo · Uruguay

Se terminó de imprimir en enero de 1989 en los talleres gráficos de  
ALTAMIRA S.R.L. - Durazno 1528 - Montevideo.  
Comisión del Papel - Art. 79 - Ley No. 13.349 - D. Legal 239.450/89

## PROLOGO

*El tema entrevista de devolución se sitúa en una enuncijada que afecta un sinnúmero de conceptualizaciones. Estas a su vez nos remiten a momentos históricos y marcos sociales determinantes de la producción científica.*

*En nuestro medio, el abordaje de aspectos teóricos y técnicos del psicodiagnóstico discriminado como una situación dinámica diferente a la sumatoria de diversos tests, da cuenta de una paradoja peculiar.*

*De un lado las alusiones conceptuales metaforizadas con una terminología propia de las guerras finiseculares, denotan un paradigma de propiedad territorial: tácticas y estrategias se entrecruzan con resistencias y defensas en tanto permanece enmascarado o escusamente cuestionado ese "objeto-territorio" cuyo destino resultaría por demás necesario. Así la pregunta ¿qué le "falta" a un psicodiagnóstico para "ser" una psicoterapia?, desplaza y obtura otra que sólo en apariencia puede resultar redundante: ¿qué le "falta" a un diagnóstico para "ser" un psicodiagnóstico? Desde esta perspectiva visualizamos uno de los términos de la paradoja ya que la delimitación territorial —aquí comienza el "objeto del psicodiagnóstico" y un poquito más allá el "objeto terapéutico"— encubre la ausencia de una delimitación epistemológica.*

Si bien durante un largo período nos hemos eximido de este cuestionamiento, ayudados por la justificación de las urgencias en torno al hacer clínico o el quehacer docente, la proliferación de instrumentales esquemas y modelos exige un abordaje que pueda dar cuenta del *substratum teórico e ideológico* que se pone en juego tras la aparente inocencia de un conjunto de entrevistas y tests.

Por otro lado, la praxis psicodiagnóstica propiamente dicha, nos reenvía de inmediato y casi en forma refleja al "ámbito clínico". Este calificativo enuncia la impronta de un origen ubicado en "Otras disciplinas" que a su vez se hacen tributarias de un conjunto de saberes ante los que el diagnóstico psicológico ingresa mediante un peculiar peaje: en el circuito de la interconsulta encuentra la validación de un discurso cuya cientificidad tendría que partir de sus postulados.

Ambos polos de la paradoja —evanescencia del objeto y "soberanía" acrítica de las clínicas—, tensan una estructura de parentesco donde el lugar social otorgado por los propios psicólogos a este conjunto diagnóstico, sería equiparable al de un parente pobre: se le requiere para funciones escasamente calificadas —es práctico, barato y breve— en tanto se le autoriza un existir bucolico. Así vemos cohabitar en un mismo marco, conceptualizaciones muchas veces antagónicas: "las facultades" con "lo inconsciente", "las aptitudes" con "la transferencia"... "Dime como percibes y te diré quien eres" ironiza Starobinski para mostrarnos las consecuencias de una asimilación de categorías tan disímiles como las que se refieren a la percepción y la identidad.

Acartonados en un territorio contiguo, se ubican los testadores cuyo agglomeramiento tecnológico no logra disimular las carencias teóricas y metodológicas. Emblematizados en

la medición y cuantificación erigen los totem de baremos y escalas, muestras y normas con respecto a las que el sujeto es meramente un accidente de las funciones establecidas por los tests que, así concebidos, son artífugos. Para obtener un pasaporte "científico" se elide todo aquello que molesta a sus concepciones.

Dentro de este panorama el trabajo de Cristina Fernández y Liliana Guerrero se inscribe como un hito estimulante y polémico.

De entrada admiten la implicancia que para la construcción de la identidad del psicólogo su inserción social, rol y función, posee el tema abordado. Partiendo de la teoría Psicoanalítica las autoras abren numerosos interrogantes en torno a temas tan espinosos y discutibles como la interpretación, el señalamiento y la explicación en la entrevista de devolución.

El planteo que elaboran posee la virtud de dialectizar el psicodiagnóstico como proceso que tiende a rescatar la unicidad de dialectos creados entre consultante y consultado. Enmarcada en esta concepción la devolución deja de ser un apéndice para ubicarse en la dirección y sentido de un trabajo en el se implican dos sujetos.

"Ya es tiempo de liberarnos de esa ilusión íntegramente creada por los funcionalistas que toman los límites prácticos en que los encierra el tipo de estudios que preconizan por propiedades absolutas de los objetos a los cuales los aplican", señala Claude Lévi-Strauss.

Sin confundir los límites prácticos con las propiedades absolutas las autoras transitan por una rica ejemplificación que nos contacta con la puesta en clínica de los conceptos, en el interjuego de consultante y consultado.

*Solo mediante la investigación podremos dar lugar a una elaboración de las paradojas señaladas y aquí radica uno de los mayores aportes de este trabajo que propone conceptualizaciones abiertas desarticulando todo aquello que por fático resulte mecánico y alienante.*

*En un estilo discursivo que trasunta una praxis docente y clínica rica por lo vital y dinámica, las autoras nos recuerdan, en todo momento, que conocer e investigar en torno a los métodos y técnicas que utilizamos constituye uno de los componentes esenciales de los postulados éticos.*

Raquel Lubartowski Nogara

## INTRODUCCION

*"Más el doctor no sabía  
que hoy es siempre todavía"*

Antonio Machado. Proverbios y cantares

El objetivo de este trabajo es conceptualizar una serie de ideas que surgen a partir de la clínica en el proceso psicodiagnóstico de lo que es devolución.

El concepto de devolución que vamos a manejar se articula con una concepción de qué es un diagnóstico.

Diagnosticar implica escuchar, percibir en el paciente lo que ha sido, lo que aún no es pero que de alguna manera va a ser (pronóstico). No es entonces recolectar datos y saber de este ser humano, sino sobre el proyecto, el futuro, no en tanto tiempo perdido, sino en lo que aún no es, que nos permite tener un proyecto. En tanto percibimos el proyecto del paciente sabremos por qué se enfermó, porque si se enferma será para que algo pase.

Es por esto que el psicodiagnóstico implica movimientos dialécticos a saber: un momento estructural que sería ver la repetición y la diferencia; un segundo momento que implicaría la posibilidad de ordenar y diseminar dentro del material y un tercer momento, de evaluar entre lo sido y lo que será el paciente.

Para que todo esto sea posible importa la manera en que nos acercamos a una escucha, a un discurso, así psicodiagnosticar es también aprender a habitar dentro de un discurso.

Entonces nos surgen estas preguntas ¿podemos hablar de entrevista de devolución como una instancia separada?, ¿a quién se le devuelve?.

En el presente trabajo ponemos en tela de juicio el término devolución ya que la palabra misma anula y condiciona el acto, dado que implica la pasividad de uno de los integrantes del vínculo; el paciente, quien recibe, el psicólogo quien da. Pero nosotros pensamos que ese movimiento constante que se produce en el vínculo con el paciente, implica un mutuo intercambio, donde ambos son plausibles de modificarse. *(ver discusión a los 20 minutos)*

Por último intentamos acercar y mostrar algo de nuestra experiencia recogida en estos años como psicólogos clínicos y docentes, sin mayores expectativas que mostrar un perfil y una forma de trabajo, que si bien no es la única puede ser un aporte que permita dar cuenta del acontecer de nuestra labor psicológica, sabiendo desde ya que no es posible llegar a dar respuesta a todas las interrogantes que se generan en la clínica.

Queremos agradecer a nuestros docentes, alumnos, a nuestros supervisores, a nuestros supervisandos, a nuestros pacientes, y a nuestros tratamientos la posibilidad de poder conceptualizar y transmitir con este trabajo, que consideramos que por sí mismo es una devolución de la experiencia que recogimos en estos años, en estas diferentes instancias de formación.

## DEVOLUCION "SINTESIS DE UN PROCESO"

Hablar de la entrevista de devolución, es hablar de nuestra identidad como Psicólogos. En este devenir, desde una seudoidentidad apoyada en la función de operadores de tests, a "cumplidores" de demandas de otros profesionales, procurando hacer una ruptura con esas identidades prestadas para pasar a tener un rol de Psicólogos, con una identidad definida de nuestro quehacer profesional. Creemos que habremos ganado un nuevo lugar donde inscribir el que somos, qué hacemos, para qué estamos. Desde esta perspectiva se crea una nueva modalidad, donde ya no somos psicodiagnostadores, psicotécnicos, sino que pasamos a conquistar la condición de Psicólogos clínicos, lo que implica operar en un proceso psicodiagnóstico, con una escucha hacia el paciente, con una identidad profesional que nos pertenece, donde estamos implicados como sujetos en la tarea y donde la demanda no es de un tercero, sino que es un encuentro con el paciente, con su historia, su sinomatología.

En un primer momento la entrevista de devolución era manejada en términos de informe psicológico, informe que el técnico derivante debía realizar otorgándole, por falta de una identidad clara, una función estrictamente psicológica a aquellos que no deberían tenerla.

Así cuando logramos re-ubicarnos desde una perspectiva más madura de nuestra tarea, surge la entrevista de

\* Se trata de la relación a la vez de la devolución del proceso (ver) de la devolución del proceso (ver) de la devolución del proceso (ver)

devolución como ese espacio ganado, que debemos mantener y que debemos instrumentar para hacer de ese momento del proceso psicodiagnóstico una instancia de síntesis. A nuestro criterio sería una síntesis en un doble sentido, síntesis del vínculo que establecimos con el paciente y de la comprensión dinámica de lo que acontece, y síntesis también de nuestra identidad, porque allí se juega en términos de lo que somos, de lo que no somos (terapeutas) y de lo que hacemos. No somos psicólogos, pero tampoco hacemos de una entrevista de devolución un tratamiento terapéutico. Si bien consideramos que la instancia devolutiva es terapéutica para la diada psicólogo-paciente, el encuadre se constituye en otro registro, con otras constantes, que la de una psicoterapia.

### ESTUDIO PSICOLÓGICO

Entendemos que hay elementos que hacen a la diferencia entre un proceso de psicodiagnóstico y un estudio psicológico. Se observa que en este último nos encontramos con que no estaría el "proceso" sino que éste estaría más delimitado a un objetivo medianamente concreto, por otro lado, desde su presentación a través de la demanda de un tercero y no del deseo del paciente, ya se marca un contexto delimitado donde se van a jugar ciertas reglas que van a imprimir algunas peculiaridades.

Consideramos que el motivo de consulta es maestro, el deseo de un otro, (médico, pediatra, neurólogo, psiquiatra) quien se preocupa y deriva porque con los datos obtenidos elaborará un abordaje médico-pedagógico determinado, por lo cual en el pre-texto está ausente la motivación del paciente, el cual muchas veces posee poca conciencia de lo que ocurre. Esto toma sentido en la medida en que el estudio psicológico está inserto en un marco institucional, lo que ubicaría al pa-

cliente en una posición de pasividad y a veces de alienación en relación a lo que le pasa.

Por lo tanto, el tomar conocimientos de su conflictiva están más o menos obstruido. El contexto del estudio psicológico no movilizaría aspectos más profundos del inconsciente tóxico, porque desde la técnica, el encuadre con que nos movemos para dicho trabajo va a patar la entrevista de devolución y ésta va a dirigirse a aclarar, explicitar aquello que se presenta como motivo de consulta, ampliando al paciente la posibilidad de conectarse con elementos que están allí, pero dispersos.

En un proceso de psicodiagnóstico, desde el comienzo, nuestra tarea es la dilucidación de aquello que aparece donde justamente se esconde, dilucidación que no abandonamos al planificar la estrategia clínica, desde nuestras intervenciones en palabras, en silencios y en la devolución donde dilucidamos y se nos dilucida aquello que estando no era escuchado, visto, ese displacer que es convocado en palabras, en síntomas.

En el proceso psicodiagnóstico así entendido pueden presentarse algunos momentos de ampliación de conciencia, de reconexión, que dependerán del paciente, de la movilidad de sus representaciones y del vínculo establecido, de las características de sus defensas, de la estrategia de abordaje, de la contención que sienta el paciente, por parte del técnico como de la situación toda. Hay que ver cómo muchas veces la seración que le damos al material puede posibilitar la profundidad que habilitaría para la comprensión, en tanto se puede ir recorriendo distintas estrategias del aparato psíquico, y es por eso que es muy importante ver con qué técnicas (si las usamos) cerramos el proceso psicodiagnóstico, porque esto hace ya a la devolución. Por ejemplo, una técnica más dirigida o que apunte más a esclarecer rendimientos, obtura, más que permite la entrevista de devolución con características dinámicas.

## EL PROCESO PSICODIAGNOSTICO

Delimitado el campo del estudio psicológico, parece importante articular el campo del psicodiagnóstico como proceso.

María Siquier de Ocampo y sus colaboradores definen el psicodiagnóstico: "Es una situación bipersonal (psicólogo-paciente o grupo familiar) de duración limitada, cuyo objetivo es lograr una descripción o comprensión más profunda y completa que sea factible de la personalidad total del paciente o del grupo familiar".

El concepto de psicodiagnóstico se articula con otro concepto al cual está íntimamente ligado, que es el de psicodiagnóstico es hablar de vicisitudes que trascurren en aquello que definiremos como proceso. Entendemos este como una sucesión de elementos articulados en sí mismos, donde uno va determinando el otro, y no como situaciones estancas por lo que podríamos conceptualizar el tiempo no como cróológico, sino como aquel de explicitar, re-vivir, percibir, escuchar, tiempo del paciente y de su historia. Proceso no es una sucesión de momentos, en nuestro concepto, sino articulación y es así que este va cobrando una identidad en sí mismo, por lo que cada proceso va a ser único, particular sellado por la historia del encuentro, y tiene de general, en relación a todos los procesos, su carácter de dinámico, flexible, dialéctico.

En tanto entendemos que el psicodiagnóstico es un proceso, estamos rescatando que el sujeto mismo es un proceso que abarca su historia, su pasado, su presente, su futuro y es una síntesis de sus vicisitudes histórico-familiares. Este mismo permite una comprensión más profunda y dinámica de este paciente inserto en su historia y en el mundo.

No escotomizaremos al paciente y su material sino que abogaremos por una integración del cuadro total del caso.

Desde esta conceptualización la entrevista de devolución es parte del proceso y la síntesis final, no es algo alienado del sujeto, sino un entender dialéctico que se va dando en y desde el paciente y el psicólogo. Nos preguntamos si una entrevista de devolución con una estrategia de abordaje que no haya tenido en cuenta estos aspectos dinámicos, noificaría más de dicotomizante que de integradora.

Esto es sólo posible en tanto el psicólogo se sepa variable interviniente y se incluya como constitutivo del campo, articulándose en dos niveles: a nivel consciente, con sus conductas y aptitudes y a nivel inconsciente, con las vicisitudes de la diada transferencia-contratransferencia.

## EL ROL DEL PSICOLOGO EN EL PROCESO PSICODIAGNOSTICO

Si entendemos el psicodiagnóstico como un proceso ¿cuál es la especificidad del rol del psicólogo? Si bien es parte del proceso, también su presencia está sustentada por una técnica y una teoría.

Entonces como expresa Ulloa: se "trataría de conceptualizar una práctica y no de practicar una teoría, porque, como sabemos, la teoría debe quedar muda cuando hay una escucha hacia el paciente. Si esto no ocurre se reemplaza el drama personal por uno impersonal, habla la teoría".

Por tanto el psicólogo debe estar en un movimiento dialéctico para poder ser operante. Hacemos referencia al concepto de Bleger de disociación instrumental, en que el psicólogo permanece como una variable, siendo sensible a la escucha, pero siendo capaz de tomar distancia con ese yo observador para lograr la movilidad entre el siento, creo y pienso. De otra forma sería caer en una ruptura de nuestra escucha psicológica, que intenta oír, detrás del sujeto que habla,

aquel que está presente en un deseo que por medio de la angustia se oculta y se muestra al mismo tiempo.

Así la escucha posibilitaría el revelar lo oculto. Eso es sólo posible si escuchamos atentamente y no actuamos directamente frente al pedido del paciente en relación a lograr la desaparición o el aplacamiento del síntoma de forma mágica.

La especificidad de nuestra escucha es que por sí sola ressignifica los contenidos históricos del paciente, en tanto el psicólogo no juzga, ni da razón, sólo recibe y debe tener la posibilidad de continental al paciente.

En esta apertura de nuestra escucha nos resonarán el contenido latente del discurso del paciente, dando lugar a una comprensión y acercamiento al drama histórico del mismo.

La especificidad de la escucha va a actuar como un llamado a una verdad distinta de la que trae a través de su sintoma el paciente. Un llamado a develar lo latente, ese discurso que está entre líneas, del cual muchas veces el paciente poco sabe aunque convive con él; lo habla pero sólo no tiene la posibilidad de escucharlo.

Esta escucha en un proceso psicodiagnóstico tiene que ver con la comprensión de la situación más que con la cura, que implicaría una segunda instancia, claramente delimitada y definida, como sería un proceso terapéutico, pero éste se vería facilitado, entre otras cosas por la especificidad de escucha del psicólogo en su acercamiento al discurso del paciente.

Esta especificidad de escucha va a estar determinada por la técnica, la teoría, por la experiencia personal del psicólogo de haberse sentido escuchado y tener internalizada la posibilidad analítica, lo que le permite moverse plásticamente en su mundo fantasmático y conectarse con el mundo del paciente.

## ESTRATEGIA CLINICA:

Por tanto, continental y sostener a un paciente nada tiene que ver con calmar el síntoma sino con la posibilidad de que juntos puedan re-significarlo y hablarlo sin temor, escucharlo en un contexto diferente. Esto se articula con el concepto de proceso. Por tanto, entendido esto, vemos que después de lograr una escucha deberemos instrumentar una estrategia clínica específica para cada paciente.

En tanto la estrategia clínica tendrá que ver con este sujeto y esta situación única e irrepetible.

El concepto de clínica nos viene legado del terreno médico, donde "lo clínico" está en el ver la sintomatología de un paciente y en base a eso formar un diagnóstico. En nuestro caso la clínica reside en la escucha de lo que el paciente dice a través de las palabras que tratan de esconder sus dolencias: develar, correr el velo. Escuchar lo que habla atrás de lo que calla es lo que va a definir al psicólogo en una actitud clínica como psicodiagnóstico, teniendo como eje su escucha.

Por tanto nuestra clínica parte del supuesto de que en el discurso del paciente van a haber dos niveles y de que nos corresponde decifrar un discurso no consciente. Lo clínico va a estar directamente enlazado con un abordaje del caso y esto nos vincularía con los tres momentos que Ulloa plantea en relación a la estrategia: el siento, creo y pienso, que se articularán de una forma dialéctica en nuestro trabajo. Así frente a un paciente, lo que siento, creo y pienso corresponde a la clínica, a la vez que la estrategia se refiere a cómo instrumentamos esto.

El abordaje clínico del proceso psicodiagnóstico hace ressignificar el lugar y el sentido del material de tests. Así no vamos a contar con una secuencia rígida de aplicación, sino que la secuencia va a estar dada por una serie de variables

que vamos a tomar en cuenta para poder abordar y entender a este paciente.

Desde esta perspectiva las técnicas dejan de tener un valor en sí mismas, no son un fin, sino un medio que nos permite comprender al paciente. Así los tests, ya no son un examen, como una tomografía computada por donde pasamos al paciente y recibimos datos de él, sino que usaremos los tests también como una forma de instrumentar el vínculo con el paciente. Así un Bender puede cobrar diferentes significaciones, puede ser una técnica para investigar la psicomotricidad, como también una técnica que permita vehicular aspectos de la transferencia.

Muchas veces las técnicas más estructuradas son a veces las más proyectivas, en tanto el sujeto se puede sentir tranquilizado por una técnica pautada y bajar el nivel defensivo y dejar aflorar aspectos más regresivos.

También como ejemplo nos surge la situación de los gráficos, que son muy movilizantes en los adultos, quienes en general se han distanciado del trabajo gráfico, la creatividad, en el dibujo y el ocupar con su historia un papel en blanco, los inquietan. La técnica final en un proceso psicodiagnóstico va a tener sentido de acuerdo a cómo queramos preparar la situación para la entrevista de devolución. Es muy distinto plantearnos una entrevista de devolución puntual, que plantearnos una entrevista de devolución dinámica.

La técnica final puede facilitar así la apertura de un campo por la movilización que creamos.

Por ejemplo, el TAT, que es una técnica netamente dinámica que moviliza contenidos históricos y vinculares, favorecerá la instrumentación de una entrevista de devolución dinámica. Un Weschler, a diferencia de esto, puede cerrar un campo secuencial. Dentro de la técnica misma (T.A.T. por ejemplo) va a importar también la secuencia de láminas y la lámina con la cual terminamos la administración.

La secuencia que usamos va a tener que ver con:

- la estructura defensiva
- el nivel psicopatológico
- tipo de transferencia
- el motivo de consulta latente y manifiesto
- el nivel de angustia
- los aspectos sanos del yo que nos permitirán o no hacer una alianza de trabajo con el paciente.

siguendo la línea de pensamiento que estamos desarrollando, la entrevista de devolución no puede ser considerada algo estanco dentro del proceso psicodiagnóstico, por el contrario, es un elemento que comienza desde el pre-texto mismo. Descartando la visión habitual de algo que empieza donde las técnicas terminan.

Ubicaría en esa posición sería dilatar, postergar una instancia del proceso psicodiagnóstico que, entre otras cosas, pensamos es la más anisógena para el psicólogo, dado que allí se juega su rol y su actitud clínica como primera instancia. Así trabajamos con lo que hemos podido captar, entender, conceptualizar de un paciente lo que se entrelaza con nuestra historia, que nos permite entender desde una postura como psicólogos y como seres humanos al otro que nos consulta. Pero también hemos podido ver cómo en esta instancia de devolución, quizás más que en otras, pueden aparecer los aspectos omnipotentes, de creer que todo lo sabemos, las reparaciones maníacas, la fantasía de que todo lo podemos solucionar-modificar, que somos poseedores de una verdad, una verdad que cura, que espanta la patología. Pero eso es un aspecto resistencial que nos hace caer en una situación ilusoria, mágica, de nuestro quehacer profesional. Aún más, estos aspectos internos del psicólogo muchas veces se ven reforzados por elementos externos: es el paciente quien deposita en nosotros todas las posibilidades de saber y sanar, como si fuéramos el padre y la madre de la infancia, todopoderosos, y justamente por eso, intensamen-

te persecutorios. Desde esta perspectiva omnipotente sólo vamos a lograr que el paciente se sienta como ese hijo-malo-enfermo que no puede entender-comprender lo que le pasa y una madre-padre psicólogo que todo lo sabe, pero que no le da la instancia de saberse, de conectarse y re-significarse.

Los aspectos ansiosos del psicólogo están en función de la expectativa de la entrevistada de devolución, expectativa que trasciende los límites de ésta, donde se siente la necesidad de que el paciente entienda todo, elabore todo y no se visualizan los elementos limitantes que tiene un proceso psicodinámico, dado ya por el corto tiempo de trabajo, y por las características del mismo. También juegan los límites del paciente, para elaborar y seguir trabajando internamente una idea, recordando que no todo puede tolerar.

Hay aspectos resistenciales del paciente que podemos y debemos respetar, porque aquello que ha tenido que quedar fuera, tan separado, tan poco conocido por el paciente, por su fuerza, porque causa angustia, conflicto, no podemos mostrarlo masivamente, porque no va a ser integrado, sino que va a quedar como adherido a algunas de las instancias del aparato psíquico. Por eso debemos seleccionar y dosificar el material de la devolución. Muchas veces consideramos

REPORT

un proceso como fracasado porque el paciente no es capaz de entenderlo "todo", sintiendo nuestro narcisismo muy desvalido y que esto invalida el proceso psicodinámico, e incluso al mismo psicólogo, sin poder valorar el hecho que el paciente entienda algo, que para él es mucho, porque le da una perspectiva distinta de un aspecto de su vida, y esto ya es importante.

Debemos entender lo que denota y motiva que el paciente hoy esté acá, que seguramente tiene que ver con su historia, pero también con lo que le pasa hoy, lo que para él hoy es un conflicto, dándole un sentido a lo actual desde un registro histórico.

Así por ejemplo, una paciente trae en su discurso con intensa angustia, llorando casi permanentemente, que siente que no puede enfrentar la operación de su hija, de que ella no la pueda cuidar bien, y de la posibilidad de que se muera en la misma.

A través de las entrevistas vemos que tiene una historia abandonónica, divorcio de los padres, muerte del padre y posterior radicación de la madre en el extranjero, quedándose ella acá. A la psicóloga la llama la atención la intensa angustia y temor frente a una operación tan simple, hasta que puede conectar que el llanto era por su propia madre a quien ella necesitaba como modelo y como continente para esta situación. En la devolución se pudo trabajar este aspecto, que lo que motivaba el llanto y la depresión no era tanto la intervención sino el reclamo por un apoyo de su propia madre, para así sostener ella como madre a su hija.

Quando se elabora este aspecto de cómo se sentía desvalida, la paciente expresa "pero lloro", a lo que se le responde: la diferencia tal vez está en que ahora sabe por qué llora. Lo significativo es cómo en la segunda entrevista de devolución la paciente llega mucho más calmada y manifiesta "qué importante ha sido para mí darme cuenta de por qué he estado llorando y verme más calmada para acompañar a mi hija".

Con este ejemplo, lo histórico y lo actual se articulan, y esto no implica una situación de elaboración más profunda sino el haberle mostrado lo sola que se sentía, hecho que le permitió re-dimensionar la situación. Esto, que parece tan simple, para la paciente estaba muy lejos y era imposible de conectar.

Muchas veces el poder ubicar al paciente frente a su conflictiva es tranquilizador para él, porque de alguna forma la localiza.

En otro ejemplo, un adolescente, presenta como motivo de consulta el no poder rendir el primer año del liceo, sien-

do que salió abanderado en 6to. de escuela, para lo cual no logra encontrar una explicación. En la entrevista relata que tiene que viajar para poder concurrir al liceo, ya que en la localidad donde vive no lo hay, que se tiene que poner un uniforme y que falta a clase porque no tiene ganas de entrar. Sustituyéndolo por quedarse en una cantina. Se le aplicaron diferentes técnicas, entre ellas el TAT, donde en la lámina 6VH relata: "El padre le está diciendo a su hijo que es viejo y que le hubiera gustado estudiar pero que no pudo por ser su familia muy pobre y sólo completó primaria".

En la devolución se trabajó cómo el no poder rendir tenía que ver con el ser adulto-crecer (usar uniforme, viajar sólo) y que esto se enlazaba con la figura del padre y el deseo de no ser más que él. La culpa lo llevaba a no tener más que 6to. año de escuela, y por eso faltaba al liceo, haciendo una transacción; llegaba (crecía, era más que la figura paterna) pero no entraba (se quedaba chiquito) y con ganas, igual que el padre. Se trabajaron estos aspectos de lo que era su conflictiva actual, pero que estaba enlazada con la vivencia de un padre que no podía, que era pobre (en conocimientos, en posibilidades). Esto le permitió darle un sentido a su dificultad. Entendemos que se podría haber trabajado también la línea de la rivalidad y hostilidad, la competencia, etc. pero esto tal vez no era lo que el paciente podía entender y abordar y tampoco lo que estaba buscando.

Encontramos entonces que la entrevista de devolución tiene una estrategia que le es propia y merece una elaboración, donde vamos a jerarquizar aspectos supuestamente enfermos, supuestamente sanos y a dejar otros de lado. Muchas veces, hasta una pregunta en una primera entrevista puede estar generando el campo de la entrevista de devolución. Veamos un ejemplo, en una consulta un matrimonio expresa las dificultades de integración entre el grupo de padres de su único hijo de 5 años. También expresan que es muy agresivo en la casa y que no se puede confiar en lo que

dice porque miente mucho. En el transcurso de esta primera entrevista la entrevistadora observa que entre los padres no hay un buen vínculo. Que uno de ellos desconoce datos o sucesos que han ocurrido, sin embargo, siguen hablando de su hijo. Se evalúa que la problemática del niño es una forma de expresar el conflicto de la pareja y se plantea una segunda entrevista, a lo que preguntan ¿quién viene?. Y se le responde que queda en ellos el decidir quién o quiénes concurrirán. Esa intervención, esa decisión que recae en los consultantes ya es de por sí una devolución, en tanto no se centra en ver al niño, se centra en una interrogante ¿quién?. A la segunda entrevista concurre uno de los miembros de la pareja y expresa, entre otras cosas, el ocultamiento (correlato de la mentira en el niño) de una relación extramatrimonial, que inducía a separaciones con el otro cónyuge de una semana de duración, utilizando como excusa ciertas características del trabajo que desempeñaba.

#### FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA TECNICA EN LA ENTREVISTA DE DEVOLUCION

La entrevista de devolución es también un ámbito particular dentro del proceso psicodiagnóstico donde hay que delimitar los elementos técnicos. El psicodiagnóstico, al no poseer una teoría propia como marco referencial, se apoya en la teoría psicoanalítica y su técnica para el análisis y devolución del material. Pero entonces es importante poder delimitar el campo específico, diferente a la cura, por la cual cursa la entrevista de devolución.

Debemos tener claro los conceptos de interpretación, construcción, explicación o señalamiento.

La interpretación es una hipótesis que se elabora y que en general va a tener que pasar por tres momentos, el actual, el transferencial y el histórico.

La interpretación es el instrumento de la cura en tanto "saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta en último término al deseo que se formula en toda producción del inconsciente" (Interpretación, Diccionario de Laplanche y Pontalis).

Consideramos que una interpretación en la cura psicoanalítica debe tener presente para ser eficaz el timing del paciente y que haya un trasfondo suficiente de transferencia positiva que sostenga la formulación develada. También una cura debe pasar por la interpretación de las resistencias, así: "podrán aparecer los impulsos instintivos reprimidos que alientan las resistencias" (Freud. Recuerdo, elaboración y repetición).

Así la interpretación sería aquel recurso técnico que sólo tendría sentido cuando hay un proceso de transferencia y contratransferencia que permita el curso del tratamiento, en tanto la situación misma del tratamiento es un proceso que no termina con la interpretación sino que da lugar a la elaboración. Elaboración en términos de profundización que debe realizar el paciente después de integrar las interpretaciones recibidas. Para que esto sea posible debe mediar el análisis de las resistencias. En psicoanálisis lo que cura es hacer consciente lo inconsciente y para ello es necesario la interpretación. Pero la esencia es la disolución de las resistencias a través del conocimiento.

El insight entonces no sería sólo hacer consciente lo inconsciente, sino que el insight implica todo un movimiento seriado y progresivo que comienza con la disminución de la resistencia, la aceptación de las interpretaciones y la consiguiente elaboración-insight que permite cambios sustanciales en el paciente.

Como plantea Freud en su artículo "Recuerdo, elaboración y repetición", queda claro que el sólo revelar al pacien-

te un contenido inconsciente no promueve la cura, sino que es necesario que transcurra un tiempo para que se llegue a una elaboración, por eso, para que haya insight deben darse ciertas condiciones: suficiente transferencia positiva, ansiedades depresivas y un encuadre que permita el margen de tiempo necesario para abundar.

Esto nos lleva a plantearnos los diferentes niveles que posee la interpretación: el dinámico: que habla de las fuerzas internas que están en lucha, su aspecto económico, o sea que es lo más importante interpretar en ese momento, y su aspecto estructural, que se refiere al yo, ello y super-yo. También, como plantea Freud debería realizarse una interpretación que partiera de la superficie para llegar a lo más profundo, en la lectura estructural que partiera del yo y sus mecanismos de defensa para luego referirse al ello y al super-yo.

Como expresa Racker, la interpretación debe ser dada cuando el analista sabe lo que el analizado cree no saber, necesita saber y es capaz de saber.

Seguramente podremos ver en un ejemplo una interpretación que si bien puede ser conectada a la comprensión de la situación, no toma en cuenta el tipo de transferencia que está en juego en ese momento, ni la poca solidez del vínculo dado en un encuadre con tiempo limitado; que no respeta al timing de esta paciente lo que desde la formulación anula el lazo asociativo, en tanto es vivido como una formulación invasora y persecutoria.

Adolescente de 16 años que vive con el padre, la madre, la abuela materna. Es la menor de 3 hermanos. Presenta dificultades para vincularse con su grupo de pares y en su núcleo familiar, alegando que no la entienden "que todo el mundo está como en otra cosa", "que no puede decir lo que le pasa", "que en su casa nadie habla entre sí". Participa de un grupo que tiene como objetivo la solidaridad y realizar tareas en conjunto, donde no logra integrarse.

En la primera entrevista la paciente pone a la vista las dificultades de comunicarse, debiendo el psicólogo intervenir, haciendo preguntas, ya que queda en silencio y contesta muy puntualmente, sin desarrollar una temática. Es una paciente que repite el síntoma desde la situación de entrevista, donde no habla. Al finalizar la primera entrevista la psicóloga tiene el sentimiento de haber intervenido mucho, de no haber podido conocer a través de la palabra a la paciente, sus dificultades. Se fija una segunda entrevista, a la cual la adolescente concurre puntualmente, dándose en un inicio nuevamente la situación del silencio, de no poder decir lo que le pasa. Contratransferencialmente no sólo se sienten los aspectos persecutorios, sino que también en el silencio de la paciente la psicóloga se da cuenta de que aquella no puede expresar de ninguna otra forma qué es lo que le pasa. No hay palabras para nominar lo que le ocurre; viene con su sintoma. A partir de ahí es que se le propone la posibilidad de encontrar otra manera de comunicarse como para poder entender lo que le pasa. Se le propone si quiere dibujar o si a ella se le ocurre alguna otra manera, e inmediatamente toma la hoja y se pone a dibujar (dibujo número 1). Lo realiza con mucho detenimiento, llevándole bastante tiempo, ya que lo repasa sombrea. Al terminar se lo muestra a la psicóloga y se le pregunta qué es, a lo cual la paciente se queda callada. Se le dice entonces si le resultaría más fácil escribir, por lo cual pasa a hacerlo (No. 2). Se le pide que lea lo que escribió y luego se le solicita que elija con cuál de esas opciones se quedaría y dice "con un árbol". Se le pide que dibuje cómo se imagina el árbol (dibujo No. 3) y que hable de él. "Es un árbol sin hojas, que está en una playa solitaria, que es el único árbol que está en la playa y que es un día de sol". Se le pregunta si ese árbol no tendría que ver con ella, si ella no se sentiría así. La paciente mira a la psicóloga y dice "puede ser".

Se le pregunta como piensa que se podría ayudar a este árbol y a continuación realiza un dibujo (No. 4) al lado de ese árbol, dos árboles, uno a cada lado. Se le dice "Ud. necesita pedir cosas (árbol abierto) pero siente que al lado (árboles de los costados) tiene árboles que no la podrían entender o darle lo que necesita". La paciente mira y expresa "puede ser". Se vuelve al dibujo No. 1 y se le expresa que tal vez ella pide las cosas de esta manera (dibujo No. 1), de una forma tan peculiar que tal vez el otro no logra entender lo que necesita.

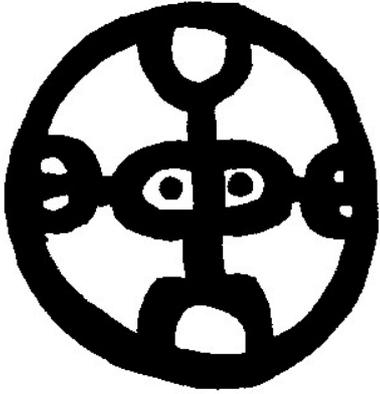
Allí expresa la paciente "Claro, pero si yo pido algo que necesito tal vez de esta manera que Ud. dice y no me lo dan no quedo en blanco". Se le dice que ésta es la forma de ella de defenderse de no ser lastimada, herida". En tanto que si se la entiende, si se la comprende, si se le da, esto implica el compromiso afectivo, la puesta en marcha de sus deseos. Parecería que la paciente prefiriere no ser entendida por un mundo de injustos, a ser comprendida y que quede al descubierto su dificultad de brindarse, darse y comunicarse.

Después de esta entrevista, la paciente, se confunde de día y hora. Se le da una nueva hora llegando en esa oportunidad 5 minutos antes de terminar la hora. Después de eso no se sabe más de ella.

Reflexionando sobre este ejemplo podemos visualizar varias conclusiones: Vemos que la interpretación muestra que se ha comprendido lo que pasaba, pero estaba fuera del tiempo de la paciente. Este desfase, provoca que sienta descubierto un mecanismo muy necesario en ese momento de su vida. Y vemos más allá del timing de la paciente, que se carecía también de un timing en el encuadre, en tanto se estaba en un proceso psicodiagnóstico y esto implica un tiempo cronológico limitado.

Otra conclusión que podemos abordar es que, dada la situación contratransferencial, la paciente vuelve a constatar que tampoco es entendida, porque ser entendida quizás era

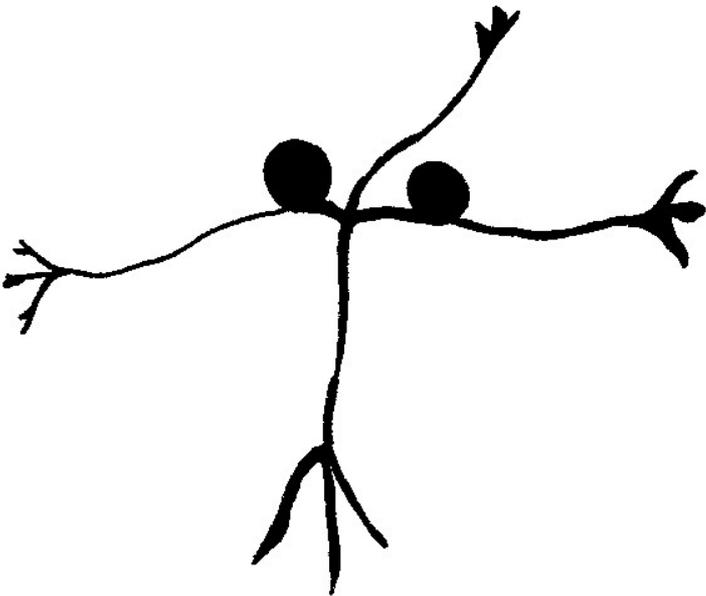
(1)



(2)

¿Por qué siempre hay que buscarle un significado a las cosas?  
 Para mí por ejemplo, podría ser una cara, para otros, un pájaro, un árbol, un planeta. Yo no sabría decir qué es en realidad. A lo mejor es por la falta de costumbre de verlo (2).

(3)



(4)



(5)



que se le uiera tiempo. Por eso podemos concluir que algo que puede ser correcto encuanto a lo que le está pasando al paciente, descuida la globalidad de la situación.

### CONSTRUCCION

"Es una elaboración del analista más extensa y más distante del material que la interpretación, y destinada esencialmente a reconstruir en sus aspectos tanto reales como fantaseados una parte de la historia infantil del sujeto".  
Como plantea Freud en el artículo "Las construcciones en el análisis" 1937.

"El analista elabora verdaderas construcciones y se las propone al paciente, lo que por lo demás en los casos favorables (cuando la construcción es precisa y es comunicada al paciente en el momento en que éste se halla preparado para recibirla) puede hacer resurgir el recuerdo o los fragmentos de recuerdos reprimidos".

Desde esta postura de lo que es la construcción queda claramente delimitado el contexto al cual pertenece, en tanto para que sea posible su comunicación al paciente y que ésta sea operativa, se necesita un contexto que de sentido y sostén a lo construido, que intenta abrirse a lo reprimido, y por tanto a la cura.

Es un instrumento técnico propio del campo terapéutico, y será a veces posible de llegar a enunciarlo y construirlo entanto el terapeuta posea diferentes fragmentos de la historia del paciente que en un momento pueden articularse dando cuenta de un hecho o una fantasía del mismo.

### SEÑALAMIENTO

Es un recurso técnico por el cual en la situación clínica explicitamos en palabras algo que es dicho o sentido impli-

citamente. Por tanto, con el señalamiento podemos poner en palabras aspectos o sentimientos que el paciente trae a la consulta sin poder explicitarlo. Y es el señalamiento el que permite resignificarlo desde otro lugar. A esa palabra hueca, a ese sentimiento no visualizado darle un sentido pleno.  
Llenar esta palabra hace al aquí y ahora de la situación de consulta. En tanto la ampliación de conciencia re-ubica, re-enlazaría trazos que ya están en la conciencia pero que toman una dimensión distinta en tanto se los teje.

Vamos a ejemplificarlo:

Una paciente, adulta joven, fue derivada por el psiquiatra con la indicación de que se le realizara un psicodiagnóstico. El sintoma que le preocupa y actualmente ocupa gran parte de sus intereses es la imposibilidad de rendir una materia a nivel de Facultad. En esto ella centra toda su problemática y hace un largo relato de toda la situación en torno a esto que considera eje de toda su vida. Es casada hace un año, con una historia familiar sumamente compleja, ha intentado fallidamente iniciar un tratamiento terapéutico y dice querer hacer esto como un camino intermedio. Se le plantea una segunda entrevista para esclarecer más la situación, a la cual comienza diciendo "no se más de qué hablar, he dicho tantas veces el cuento". Acá se le señala ¿cuál será el cuento que ella se está haciendo en relación al motivo por el cual consulta". Se trabaja a partir de acá las resistencias a querer saber realmente acerca de sus dificultades, abandonando el "cuento" y viendo realmente dónde está el problema.

En este caso la estrategia clínica que surge a partir de la segunda entrevista está dada por las características de la consulta y por tanto ya implica ir devolviendo al paciente aspectos que hacen justamente a la comprensión de la situación, apelando al señalamiento como instrumento técnico; sino todo esto sería un "cuento". Trabajándose a partir de ese momento en entrevistas, manteniendo la derivación psicoterapéutica ya anteriormente hecha.

Segundo ejemplo:

Un hombre de 30 años de edad, consulta porque presenta mareos, ahogos en el pecho y una preocupación excesiva por su cuerpo. El psiquiatra notándole muy deprimido decide derivarlo. Desde la primera consulta habla de sus necesidades de tratamiento y en el curso de la misma logra traer recuerdos de la infancia que permiten esclarecer su situación. Pero llama la atención como el paciente por un lado muestra aspectos propios y en otros momentos no los puede retomar.

Se realiza todo un psico-diagnóstico, incluyendo técnicas para dar cuenta de un diagnóstico diferencial, que permitan evaluar el peso de los elementos hipochondriacos.

Al llegar a la instancia de la entrevista de devolución propiamente dicha el paciente expresa en el curso de la misma sus deseos de tratarse, de cambiar, de ver cosas. Plantea que no puede seguir así y que está dispuesto a todo, que él es un "reaccionario" (por revolucionario). Cuando se le señala el lapsus "reaccionario" por revolucionario se muestra el otro aspecto del paciente, aquel que no quiere cambiar, no quiere modificar, o sea los elementos resistentes frente al simultáneo pedido de comenzar un tratamiento. Entendemos entonces que el señalamiento es la técnica más pertinente al proceso psicodiagnóstico, sin descartar el uso de la interpretación, siempre que sea para preservar al proceso y tenga en cuenta el timing del paciente y el nivel de profundidad que se puede abordar desde el psicodiagnóstico.

El momento del ciere del proceso, no es una instancia ajena a todo el proceso y por eso creemos que la posibilidad de resolver este vínculo va a tener que ver con varios factores: la claridad del rol del psicólogo y cuál es su quehacer en esta instancia, que el encuadre con el que trabajemos se mantenga claro y se ajuste a lo pensado y explicitado al paciente. A la posibilidad que tenga el técnico de elaborar y

aceptar la separación con y del paciente y su material. Porque en la clínica vemos, en ocasiones que si bien aparentemente se termina el proceso de psicodiagnóstico, aunque se da por finalizado, el psicólogo sigue pensando sobre el paciente, sigue planteándose hipótesis a veces hasta con características obsesivas, volviendo y volviendo sobre el material, sobre lo que se hizo o dijo.

Esta dificultad de separación, de dejar que el paciente siga su curso, siga creciendo, de que no podamos hacer todo, ni hacer por él. Esta finitud desde el encuadre, desde el rol, desde ser humano, si el psicólogo tiene analizado éstos aspectos y logra retomar sus elementos de identificación proyectiva con el paciente, entonces podrá dar por finalizado su trabajo.

Asimismo sucede que algunos pacientes a los cuales se le ha explicitado que somos psicólogos, que trabajamos en el campo de psicodiagnóstico y que no somos terapeutas, en la entrevista de devolución manifiestan que desean comenzar un tratamiento con dicho psicólogo. Esto no debemos entenderlo como un halago narcisista sino que debemos conceptualizarlo como una resistencia y la aceptación del psicólogo de dicho pedido o sea la actuación del psicólogo, si la hay, como una contra resistencia.

Así como entendemos qué, del paciente, por esa característica de único e irreplicable, no todo lo podemos entender, ni explicar todo lo que pasa, así también en este trabajo que pretende mostrar una modalidad clínica de abordaje de la devolución, tampoco podemos dar cuenta de todo lo que ocurre en éste encuentro tan peculiar, único e irreplicable con cada uno de los pacientes con que uno se encuentra.

Ps. Cristina Fernández

Ps. Liliana Guerrero de Varon.

## BIBLIOGRAFIA

1. AMY, A.: *Sobre conocimiento, teoría y técnica con referencia a los psicodiagnósticos*. Revista de APUU Tomo III No. 2.
2. FIORINI, H.: *Teoría y técnica de psicoterapias*. Ed. Nueva Visión.
3. FREUD, S.: *Sobre la dinámica de la transferencia*. 1912. Vol. XII Amorrortu.
4. FREUD, S.: *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*" Vol. X. Amorrortu.
5. FREUD, S.: *Construcciones en el análisis* ". 1937. Vo. XXIII. Ed. Amorrortu.
6. FREUD, S.: *Repetir, recordar elaborar*.
7. LAPLANCHE-PONTALIS: *Diccionario de Psicoanálisis*.
8. LUBARTOWSKI, R.: *Acercas de la devoción*. Revista de APUU Tomo III. No.2.
9. MANNONI, M.: *La primera entrevista con el psicoanalista*. Ed. Gedisa.
10. RACKER, H.: *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Ed. Paidós.
11. SIQUER DE OCAMPO, M. y colaboradores: *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Cap. IX. Ed. Nueva Visión.
12. SOBRADO, E.: *Psicodiagnóstico y rol del psicólogo*. Revista de APUU. Tomo III. No. 2.
13. ULLOA, F.: *Clases sobre Psicología Clínica*. Editorial Sigla.