

Verthelyi, R.F.

Temas de Evaluación Psicológica.

Apéndice A

PSICODIAGNÓSTICO I

Unidades 4, 5 y 6

APENDICE A

Ejemplos de informes de las áreas clínica, educacional y forense

EJEMPLO N° 1

Caso presentado por L'Abate (*Psicología clínica, op. cit.* pág. 237), quien en la discusión final dice:

El informe de este caso se presenta por tres razones: primero, porque muestra que incluso el niño mentalmente débil tiene una personalidad, es decir, jerarquía de percepciones, estilo de vida y estructura defensiva que lo caracterizan como individuo distinto. Segundo, éste es un ejemplo de un problema de difícil diagnóstico diferencial. La interrelación entre el nivel intelectual débil, la lesión cerebral y la psicopatología hace que la distinción entre cada uno de los posibles factores etiológicos merezca suma atención. Tercero, los cuatro niveles de funcionamiento de la personalidad son identificables: su fachada de pseudomadurez se sitúa en el nivel de autopresentación; su debilidad mental, en el nivel fenotípico; su posible lesión cerebral y sentimientos de inadecuación, en el genotípico, y los determinantes biológicos y exógenos, tanto como la carencia materna, en el nivel histórico.

Niña débil mental

Edad: 6 años.

Tests administrados: Dibujo de una persona, Bender-Gestalt, Escala de Inteligencia para niños de Wechsler (WISC), TAT, Rorschach.

Diana es una niña no muy atractiva, modestamente vestida, a quien vi cuatro veces. Sus ojos ligeramente desviados, su dentadura defectuosa y su cabello lacio, le daban aspecto de niña sin hogar, como si nadie se preocupara ni por su apariencia ni por ella misma. Atraía la atención a través de su vivaz locuacidad y su hipermovilidad inquisitiva. Sin embargo, la sonrisa constante de su rostro hacía pensar en la Diana real. ¿Quién es ella y cómo se siente realmente? ¿Son su locuacidad y su sonrisa esfuerzos para desviar la atención de su físico poco atractivo? ¿Qué trata de ocultar? Estas son las preguntas que me asediaron durante mi primer encuentro con ella. Diana se confió a mí enseguida, como si yo hubiera sido su amigo desde tiempo atrás. Me miraba con una mezcla de desamparada dependencia infantil e independiente seguridad en sí misma. Comenzó a hablar incesantemente, mostrándome una larga serie de dibujos y describiéndolos y luego me pidió que le leyera un libro que había llevado.

Apenas iniciado nuestro primer encuentro fue evidente que Diana sería difícil de manejar y controlar. Se mantenía en lo que deseaba que yo hiciera por ella, y prestaba poca atención a lo que ella podía hacer por mí. De hecho, invirtió prácticamente nuestros papeles. Intentó asumir el control de los tests, y actuar como si ella fuera el examinador. Me dijo lo que yo tenía que hacer: "escriba", o lo que no tenía que hacer: "no garabatee". Diana no perdía oportunidad de señalar mis errores: "¿Por qué garabatea?" o "usted no entiende". Sus críticas, sin embargo, iban unidas a sus fallas en la ejecución y en la terminación de una tarea dada. Hacia el final de la hora me era muy difícil determinar quién había tomado tests a quién. Además, Diana trataba de disminuir la dificultad de la tarea que se le presentaba: "eso es fácil". Se reafirmaba acerca de su capacidad para realizarla, "lo puedo hacer", pero siempre que percibía sus fallas y su inadecuación exteriorizaba la consiguiente rabia y frustración. Me convertí en el blanco más próximo de dichas reacciones. Si la dificultad para ejecutar una tarea era insuperable, se desviaba rápidamente hacia otra actividad: "vamos a jugar a otra cosa". Felizmente, mis dudas y temores iniciales se calmaron en las sesiones siguientes. Diana se volvió mucho más manejable e incluso más agradable. Su falta de atractivo desapareció, y cobró el aspecto de una niña sensible, vibrante y llena de interés. En la época en que dejó el tratamiento respondía a mis preguntas con un mínimo de manipulación y crítica. Yo sentía que cuanto más aprendía a comprenderla y aceptarla tal cual era, más me aceptaba ella a mí y accedía a mis pedidos.

La característica principal de Diana es su funcionamiento cognoscitivo retrasado. Aunque su comprensión y su vocabulario alcanzan —cuanto mucho— la frontera del débil mental, en su desenvolvimiento total es pareja y consistentemente retrasada (CI completo: 58). Su información está limitada a tres temas elementales. No puede contar más de 3 o 4 objetos, mientras que su percepción de las similitudes entre éstos y las situaciones es marcadamente insuficiente. Aun bajo óptimas condiciones de aprendizaje, es incapaz de mejorar la ejecución, aunque se le presente repetidas veces la misma y simple tarea. Su CI verbal, de 66, ligeramente más alto que su CI de ejecución, que alcanza a 57, indica su capacidad

para manejarse con las palabras que usa como cortina de humo. Es difícil darse cuenta de que su conversación forma parte de una apariencia de pseudomadurez bien organizada. Superficialmente, se expresa como una niña de 6 años de nivel medio, pero tras un examen atento se descubre que repite e imita muy bien las palabras, pero que es incapaz de captar su significado completo. Usa entonces palabras engañosamente apropiadas y posee suficiente equilibrio en su desenvolvimiento social como para pasar, ante adultos, por una niña "normal".

Diana no está, sin embargo, retrasada sólo intelectualmente. La fragmentación de su percepción y de su expresión de la realidad plantea la posibilidad de un deterioro orgánico. No presenta, en realidad, groseras distorsiones en la percepción. Su comprobación de la realidad es exacta, pero no concreta. Su incapacidad para copiar simples figuras geométricas, para reconstruir rompecabezas fáciles, y la presencia de persistentes procesos ilógicos del pensamiento, sugieren tal posibilidad. Por ejemplo: una mancha de tinta es descrita repetidamente como "un árbol de Navidad", porque "no tiene piernas". Por lo tanto, es difícil para Diana comprender y afrontar una realidad que se presenta en forma tan fragmentaria, donde no existe una clara relación de causa y efecto entre los sucesos. Se conforma y acepta lo que "se supone" que tiene que hacer. Para evitar cometer errores, se adhiere a un modo de solución rígido y restringido. La seguridad se encuentra en lo que se le ha dicho que haga.

Muchas de las maniobras de Diana pueden ser interpretadas como defensas para mantener intacto en lo posible su yo. Siente dolorosamente la discrepancia entre lo que es y lo que la gente piensa que es: "la gente piensa que soy tonta". Tres modalidades principales de defensa se abren ante ella. La más aceptable socialmente es su pseudomadurez. A través de su desenvoltura social, se controla e imita la conducta adulta. A través de su pantalla de palabras aparenta ser normal. Usa estas defensas cuando entra en una situación nueva, como en nuestro primer encuentro. Cuando esta fachada no funciona y es penetrada por la confrontación directa con problemas insolubles, surge una defensa intermedia: la negación. A través de su sonriente desvalorización de las dificultades se reafirma, diciéndose que no hay nada que no pueda resolver. Detrás de esta defensa, el mundo se vuelve una realidad rosada y no atemorizante. En estas condiciones puede acomodarse a las situaciones provocadoras de ansiedad. Su ter-

cera línea de defensa, es decir, la externalización, se presenta como la menos aceptable socialmente. La frustración y la rabia que siguen a sus fallas reconocidas son expresadas indirectamente, como sus críticas a mi escritura, o directamente a través de una abierta y vindicativa agresión contra el blanco más cercano. Debido a esto, Diana se ve privada de su estabilidad pseudomadura e, impedida la negación, es acosada por la directa confrontación con sus inadecuaciones. No le queda nada sino devolver el golpe y mantener a su yo libre de tensión adicional. En otros términos, su estabilidad le permite tratar con los adultos, su negación le permite adaptar la realidad a una medida manejable, y ella externaliza sus sentimientos de inadecuación personal.

A través de tales maniobras, Diana se defiende activa y a veces exitosamente contra un sentimiento creciente de depresión y de inadecuación. Detrás de su constante sonrisa se encuentra una considerable carencia oral, y rabia. Necesita gratificación oral dependiente: "necesito azúcar, leche, pan y café", y la falta de gratificación la hace sentir más y más desamparada, inadecuada y dependiente. Es una suerte que la rabia subsiguiente sea externalizada y no dirigida contra sí misma. Su sentimiento de desamparo está también relacionado con la figura materna. La madre es su fuente de ejemplo e identificación, sin que importe cuán hostil puede volverse su interacción. Diana debe, obediente y pasivamente, depender de las rígidas y definidas expectativas maternas, por temor a ser golpeada y destruida. Por ejemplo: una ilustración en que se ve a una madre y a una niña que tiene en brazos una muñeca, es descrita como sigue: "Niña, madre, muebles y sofá... están pensando en la muñeca para Navidad, la madre la ha visto. (¿Qué ocurre?) Comienzan a pelear. (¿Quién?) La niña y la madre. (¿Por qué?) Porque ella necesita un cinturón y un azote... la niña se va a acostar. (¿Por qué?) Ella golpeó a su madre".

La mejoría en su relación conmigo, su parejo y consistente funcionamiento intelectual retrasado, la falta de percepciones muy patológicas, pero la posibilidad de deterioro orgánico y su estructura defensiva, son todos factores que deben ser tenidos en cuenta, tal vez para ubicar a Diana en un medio que evite la tensión, junto con niños similarmente atrasados. En condiciones que no amenacen sus limitados recursos intelectuales, tal vez llegue a reforzar sus defensas socialmente más aceptables.

Luciano L'Abate.

EJEMPLO Nº 2

Evaluación realizada en el gabinete de la escuela. Se acompaña el informe con asesoramiento directo a la maestra del niño.

Alumno: Carlos.

Escolaridad: 6º grado.

Edad: 11 años.

Breves datos de su historia: Su padre es marino. Capitán de barco, por lo tanto se embarca durante tres meses y luego pasa un período con su familia. Su mamá es ama de casa. Carlos tiene un hermano varón de 8 años.

Motivo de consulta: Su maestra de 6º grado lo deriva al gabinete de consulta porque intelectualmente es un niño que está por encima de sus compañeros y hace planteos que exceden el nivel de lo esperado para su edad. Por momentos en clase se aburre porque ya conoce los contenidos específicos.

Su maestra no tiene claro si le beneficiaría rendir libre 7º grado y comenzar la escuela secundaria. No obstante, ella manifiesta que la desconcierta su carácter hipersensible y que "llora por nada".

Técnicas administradas: WISC. HTP. Familia Kinética. TRO. Desiderativo.

Examinado con el WISC, obtiene un coeficiente intelectual que corresponde a la categoría "Muy superior". En el nivel mental se comporta con una edad de 15 años aproximadamente. No obstante estar dotado de este potencial, que pueda expresarlo satisfactoriamente dependerá del tipo de vínculo que pueda establecer con el otro (examinador, docente, etc.) que le permita reducir el monto de ansiedad por querer mostrar todo lo que sabe. Aparece como un niño sobreadaptado, en tanto pretende cumplir con una norma de exigencia muy alta, tanto de la familia como propia. Por momentos parece un adulto en miniatura, por el tipo de razonamiento y por su modo de comportarse.

Esa necesidad de intelectualizar todo, hasta el afecto mismo, funciona como un mecanismo de defensa bastante rígido. Es detallista, controlado, presenta rasgos obsesivos de carácter e íntimamente reconoce sentimientos de fragilidad.

Apesar de su fachada defensiva, a través de la cual quiere impresionar como grande y fuerte, es un niño muy sensible y vulnerable a los cambios emocionales, con una gran necesidad de recibir cariño y cuidados.

En su fantasía cree que para que lo quieran, debe demostrar sus conocimientos y rendir cada vez más. Esto nos evidencia una carencia afectiva que trata de compensar con lo intelectual.

Dada la inestabilidad emocional que presenta se sugiere que termine cursando como alumno regular la escuela primaria. Caso contrario se acentuaría la dicotomía intelecto-afecto. Necesita sobre todo crecer emocionalmente y aprender a interactuar y comunicarse más con sus pares.

Se recomienda: que en la familia y en la escuela se le permita vivir en un mundo de niños, facilitando un mejor contacto con sus compañeros. Se lo oriente para que pueda tener más confianza en las relaciones humanas, sin sobredimensionar el rol de autoridad.

Se le transmita que no todas las situaciones cotidianas son una puesta a prueba, lugar en el que se ubica constantemente.

Se lo oriente hacia alguna actividad complementaria que lo estimule intelectualmente.

Todo esto le permitirá desplegar su potencial intelectual de manera más natural y espontánea, así como también aumentar su autoestima, en suma, poder desarrollarse en forma más equilibrada y más feliz, ya que cuenta con un bagaje intelectual y riqueza afectiva notables.

Licenciada Beatriz H. Cattaneo.

EJEMPLO Nº 3

Informe enviado al neurólogo, junto con el pedido de una evaluación de los posibles aspectos de organicidad que pudieran estar incidiendo en los severos trastornos de la niña.

Nombre: Estela.

Edad: 4 años.

Grupo familiar: padre, madre, hermana de 8 años.

Motivo de consulta: miedos muy intensos y ciertos índices de maduración tardía.

Técnicas administradas: Entrevista a padres. Entrevista familiar. Hora de juego individual.

La confluencia de sintomatología de diversas áreas hace confuso el diagnóstico de esta niña y exige una constante discriminación de la etiología de cada una de sus dificultades.

La conducta de Estela está sujeta a grandes variaciones. Puede oscilar desde un polo de absoluta coherencia, corrección y normalidad acorde con su edad, hasta otro polo cuasipsicótico donde abundan las identificaciones delirantes, la indiscriminación entre realidad y fantasía, incoherencia en el relato y utilización bizarra de las palabras por su consonancia. El uso abusivo de la omnipotencia, por el que tolera difícilmente los límites, provoca flagrantes distorsiones de la realidad.

El detonante es, por lo común, el enfrentamiento con una realidad humillante provoca-

da por un mal manejo del ambiente o por una exigencia que sus dificultades le impiden cumplir.

En momentos de intensa ansiedad y desbloqueo de la agresión su motricidad gruesa se torna extraña, sus movimientos no concuerdan con el objetivo y aparece como hiperkinética; en contraste con períodos laxos, de gran lentificación, de tipo "cámara lenta", acompañados de verbalizaciones tales como "estoy cansada", "tengo sueño".

Sus configuraciones lúdicas presentan un fondo constante de perseveración y estereotipia también observable en su producción gráfica.

Organiza secuencias de juego largas y sostenidas, lo cual la ubica bien en su edad cronológica, pero la utilización del material lúdico es atípica. No establece clasificaciones; los agrupamientos son arbitrarios y responden a necesidades ritualistas.

Sus padres se muestran intensamente colaboradores; también poseen un alto grado de ansiedad, confusión e inseguridad, rasgos que se incrementan por las características de Estela. Ella necesita un contexto firme, coherente y tranquilizador que la ayude a organizarse.

Apuntando a este nivel de la problemática, pienso incluir un trabajo más sistemático con la familia para detectar las interacciones generadoras o fijadoras de una mayor patología.

Licenciada Clara Davidzon de Srebrow.

EJEMPLO N° 4

Informe enviado al colegio en respuesta a una solicitud de diagnóstico realizado fuera de la institución para evaluar si está en condiciones de pasar a primer grado. La consulta se realiza a mediados de año del preescolar a fin de permitir, de ser necesario, un abordaje terapéutico.

Nombre: Carolina.

Edad: 5 años, 7 meses.

Escolaridad: preescolar (concorre a una escuela bilingüe; su hermano mellizo asiste a la misma en otra clase).

Grupo familiar: madre, padre y hermano mellizo, Oscar.

Extranjeros, actualmente en la Argentina con un contrato de trabajo por 3 años.

Motivo de consulta: Índices de inmadurez en la motricidad fina y en la gruesa. Se observan además frecuentes conductas regresivas frente a situaciones de frustración: succionar de dedos, llanto, masturbación.

Técnicas administradas: Entrevista a padres. Hora de juego individual y familiar. Gráficos. CAT, WIPSI y pruebas de lateralidad (todas aplicadas en su idioma de origen).

Carolina se muestra colaboradora, interesada, capta con facilidad las consignas, aunque con frecuencia verbaliza desconfianza en poder lograr las tareas que se le proponen. A la menor dificultad tiende a abandonar con una crisis de llanto; sin embargo, si se la apoya, se tranquiliza rápidamente y retoma con éxito lo propuesto.

Su lateralidad aún no está claramente instalada, aunque predomina la diestra, sobre todo en el uso de la mano. Se observa cierta dificultad en la discriminación de las direcciones básicas (arriba-abajo, derecha-izquierda), por lo cual suele escribir letras en espejo con una moderada tendencia a rotar algunas figuras. Dada su edad éste aún no puede considerarse índice de algún trastorno visomotor de base orgánica.

Congruente con esto, presenta en el WIPSI un claro desfase entre su rendimiento verbal y el de ejecución, ya que logra en el primero un cociente "normal" y en el segundo "normal lento". En los subtests verbales muestra una excelente comprensión y juicio, a la vez que logra el puntaje esperable en vocabulario, analogías y aritmética. Su mayor dificultad en el nivel verbal reside en Información, y es significativo que algunos de los ítems no logrados son los que requieren cierta experiencia y contacto con el mundo extrafamiliar.

De imaginación muy rica, la tendencia al fantaseo por momentos interfiere en la capacidad de Carolina para llevar a buen término una tarea. Cambia rápidamente de dirección en sus juegos, o incluye en sus dibujos elementos accesorios que son aparentemente incongruentes, pero que reflejan claramente sus preocupaciones. Esto lleva a que el producto final de sus grafismos aparezca confuso, desprolijo y muy regresivo, enmascarando cierta lógica que sólo puede detectarse si se observa el proceso de producción.

Su conducta es muy disimil cuando se encuentra en presencia de su hermano, a quien evidentemente admira y trata de emular, y cuando trabaja sola. En esta última situación logra un nivel lúdico y gráfico más adecuado para su edad.

En la hora de juego familiar, se observa con claridad la división de roles: Oscar actúa en forma aparentemente más segura, racional y discursiva (siempre anticipa verbalmente lo que va a hacer), mientras que Carolina asume el papel opuesto de nena pequeña, dependiente, insegura, buscando el apoyo de los adultos, sobre todo de la mamá.

Aunque en ambos niños se observa una temática lúdica muy relacionada con su identidad de mellizos, al comparar reiteradamente los elementos en términos de "éste es más grande", "éste es un bebé", etcétera, Oscar utiliza su adjudicación de tamaños para construir mejor y con más equilibrio torres y casas, mientras que Carolina se preocupa básicamente por los vínculos afectivos entre ellos. Su juego es simbólico y de dramatización: "este chiquito necesita de la mamá", "está llorando", "le voy a hacer una casita chiquita", etcétera.

Esta división de roles se ve a su vez reforzada por los padres, quienes tienden a sobreproteger y consolar a Carolina, más que a apuntalar su capacidad de resolver en forma autónoma una dificultad.

Al conversar esto con los padres, admitieron tener desde siempre con ella una actitud muy protectora que ha aumentado con la llegada a nuestro país. La dificultad con el idioma, el no incluirla en actividades cotidianas como hacer las compras, etcétera, parecen haber fomentado en Carolina cierto aislamiento, llevándola a incrementar la actividad lúdica autosuficiente y fantasiosa en detrimento de una mayor incorporación al grupo de pares. Esto impide también un mejor aprendizaje social extrafamiliar.

En síntesis: Se trata de una niña inteligente, cuyo potencial está actualmente algo disminuido por una maduración más lenta en el área visomotora. Esta dificultad se halla exacerbada por la situación de constante competencia con su hermano mellizo, que incrementa su sentimiento de minusvalía y potencia las conductas regresivas.

Recomendaciones: Se indicó una serie de entrevistas de asesoramiento a los padres para el mejor manejo de ambos niños, ya que la conducta de Oscar delata también una modalidad defensiva frente a situaciones de inseguridad subyacentes.

Para Carolina se indicó un tratamiento individual. Se privilegió este abordaje sobre el de entrevistas familiares dada la comprensión y capacidad de cambio evidenciada por los padres y la necesidad de Carolina de contar con un espacio propio para resolver su conflictiva y afianzar su identidad.

El pronóstico para la niña es favorable, a pesar de su retardo maduracional, en función de su gran capacidad potencial y los índices de aprendizaje que demostró a lo largo del proceso diagnóstico.

Dada la situación de melliza, considero indicado que se realicen todos los esfuerzos para que pueda iniciar su primer grado el año próximo a la par de su hermano. La escuela debería actuar reforzando la búsqueda de au-

tonomía de Carolina buscando encontrar un buen equilibrio entre el nivel de exigencia y el reaseguramiento y apoyo. También sería positivo reforzar su inclusión en el grupo de pares y fomentar el uso del castellano para facilitar su adaptación al medio social circundante.

En razón de la tarea realizada por la escuela hasta este momento y la evidente capacidad de la maestra, con la cual he tenido muchos puntos de acuerdo, entiendo que se irán cumpliendo, aunque paulatinamente, estas expectativas positivas.

Licenciada Renata Frank de Verthelyi

EJEMPLO N° 5

Psicodiagnóstico inicial de una paciente que se interna con presunción de psicosis. Seguimiento realizado para evaluar el avance terapéutico 6 meses después, por la misma profesional con los mismos instrumentos.

Nombre: Julia.

Edad: 52 años.

Técnicas administradas: Entrevista. Bender. HTP. Test del animal. Concepto más desagradable. Familia Kinética. WAIS. Rorschach. TRO.

Descripción de la personalidad: Nos encontramos frente a una persona que presenta una producción de características peculiares: es en extremo alternante, ya que ofrece períodos o áreas de contacto conservado con la realidad, mientras que en otros momentos éste aparece como defectivo, y lo ha sido presumiblemente durante largos lapsos.

Por otra parte, cabe señalar que, a pesar de que se me informó que Julia manifiesta ideas delirantes, ellas no fueron puestas de manifiesto durante la evaluación en ningún momento, tal vez por tratarse de algún núcleo que no fue rozado durante la administración de las pruebas, lo que indica por lo tanto que sus ideas delirantes no son abarcativas.

Sí, en cambio, encontramos datos que permiten suponer una estructura de personalidad potencialmente capaz de portar tendencias delirantes: una considerable capacidad de fantaseo, de vida interna activa en el sentido de productividad ideacional, acompañada por una retracción extrema del contacto espontáneo y por la reactividad a los estímulos que provienen del exterior, tendencia a permanecer "bloqueada" o bien volcada sobre el pasado, adherida a experiencias de gratificación o de rechazo ocurridas en el transcurso de su historia, como si el tiempo hubiera dejado de transcurrir para ella.

Es obvia la posición recesiva, dependiente en alto grado de figuras que son caracterizadas como dadoras omnipotentes, a las que "debe someterse" de modos "rastreros" con el fin de conservar el vínculo, llegando hasta tolerar "malos tratos" de las mismas. Estas figuras parecen haberse localizado originariamente en su madre, y posteriormente en su marido, cuya imagen aparece cargada de idealización extrema: gira en torno de él, de sus expectativas, de sus designios, la mayor parte de la actividad ideacional de Julia, en términos probablemente imaginarios, ya que su comunicación explícita se halla inhibida.

Este hombre y sus deseos, convertido en una especie de dios personal de Julia (y de todo el grupo familiar actual así como el de origen) se ha constituido en objeto "único" para ella, y es el destinatario de su amor y de su odio alternativamente. Julia entabla con él una relación peculiar que probablemente lo involucra también de un modo particular.

En torno a esta situación Julia ha terminado por considerarse a sí misma como "portadora" de una carga "particular", una especie de "mártir" o emisario o delegado, con una "misión", por la que queda supeditada azarosamente a un juego del que ella misma no es artífice, lo que incrementa su ansiedad persecutoria.

Esta situación se ve incrementada por el aislamiento que se detecta en su circulación social. Julia todo lo ve "desde lejos" y vigila las posibles consecuencias de cada suceso. Se siente, por otra parte, no sólo ajena sino además impotente, carente de recursos, incapaz de resolver nada por cuenta propia, ya que su rol en esta estructura familiar parece haber sido siempre el de "la borrica" a quien se le ocultan las verdades, lo que la confinó en una especie de infantilismo eterno, dependiente y resentido.

Es ciertamente el área de la constitución de su identidad femenina uno de los espacios interiores en los que Julia evidencia mayor defeción: su organización parece fundarse en la vivencia de haber sido "castrada" sádicamente, constituida de un modo "infrahumano", destinada a "entretener" circensemente, a ofrecerse como "objeto de uso" por parte de los hombres, a quienes idealiza, a quienes se somete, y a quienes, finalmente, maltrata tanto como se siente maltratada por ellos.

De esta vivencia de ser "objeto pasivo de" es probable que intente restituirse mediante la articulación de algún "rol mágico", "mensaje-ro de dioses o salvadores", que dé cuenta de esta posición real de ser la articuladora de la "salvación" de su familia de origen mediante el

sostén económico y posicional que les otorga su marido-"dios".

A pesar de todo lo antedicho, es notable que Julia conserva una habilidad intelectual suficiente como para realizar adaptaciones convencionales a requerimientos de la vida cotidiana. Obtiene un CI de 107 puntos, que la coloca en el orden promedio de la población. Se aprecia una distancia importante entre su potencial y su eficacia, justipreciable en un 38%, debido sobre todo a su escasa posibilidad de concentración, que le impide la internalización estable de datos objetivos, requiriendo "apuntador" ya que no puede contar con la autonomía yoica suficiente como para operar con memoria inmediata. Esto, así como algunas dificultades en la grafía, hacen suponer que las perturbaciones que Julia presenta en este momento no son de índole aguda, sino que se trata más bien de alguien que viene acusando algunos defectos funcionales desde largo tiempo atrás.

En síntesis: Se trata de una paciente con una estructuración compleja, "entrampada", en la que se observan elementos de tipo paranoide, posiblemente básicos; sin embargo, son dominantes los aspectos histéricos (sentimientos de exclusión, referencias edípicas, trastornos de la identificación y sentimientos reivindicatorios fálicos). No se encuentran datos de desorganización grosera y sí fallos en el encuentro fluido con el "mundo externo", del que se retrae y cuya percepción reemplaza con fantasías regresivas de gratificación.

Seguimiento seis meses más tarde

Descripción de los resultados: Al comparar la producción actual de Julia con la obtenida seis meses atrás, encontramos algunos datos de sumo interés. En primer término, llama la atención que los mecanismos de represión han operado de forma tal que desaparecieron las floridas fantasías entre "infantiles" y "románticas", autorreferentes, centradas en la reviviscencia de su pasado con las que Julia llenaba sus asociaciones.

Dicho de otro modo, su comunicación se acerca más a los clisés, a lo esperable, a lo convencional y socializado. Reacciona con mayor circunspección, con una pobreza comparativa, que nos la muestra más "adaptada".

Sin embargo, esta convencionalidad no termina de encubrir totalmente y, aun más, hasta se diría que por momentos los denuncia con mayor claridad, algunos rasgos claramente paranoides. Estos se refieren a una expectativa conservada, esperanzada, con la que se "consuela": "ya le llegará el momento en que la vendrán a buscar unos seres que se le aseme-

jan", y que entonces podrá "quitarse la careta" que le han obligado a ponerse. Así la rescata-rán de esta situación de sometimiento, espe-ra e incompletud en que la vida de mujer la ha colocado.

En tanto, "hace brillar" sus aspectos más "histéricos", en el sentido de la seducción y la adaptabilidad, y disminuye sus exigencias, "conformándose" con lo que se le otorga y es-perando...

Actualmente, Julia está en mejores condi-ciones de adscribir a los modos de percepción de las demás personas, de reconocer los datos necesarios para construir la información con-venicional. Tiende, con todo, en ocasiones, a buscar perspectivas infrecuentes, que podrí-an ser colocadas al servicio de la creatividad, pero que ella dispone en orden a sostener la desconfianza básica con la que se conecta. Da cuenta así de una actividad vigilante, con la que responde de modo equivalente a la vigilan-cia que siente y desea que el mundo realice so-bre ella, conectado esto a un núcleo megaloma-níaco compensatorio de su sensación de "poca importancia".

De todos modos, su autoestima ha mejora-do auténticamente; se observa una construc-ción menos afectada por la castración y el sadismo que anteriormente, y, correlativamen-te, menor sadomasoquismo en su conexión con las figuras masculinas, que persisten en una posición idealizada, pero menos atacada y atacante.

Es interesante destacar que si bien los as-pectos patológicos no han desaparecido, sus signos se han morigerado, atenuado, dismi-nuido en el monto de energía con el que se pre-sentaban. Es evidente un incremento en su respuesta a los estímulos externos y un menor retraimiento social: responde con rapidez y adaptación convencional, y es obvio un enorme esfuerzo por presentar una imagen "posi-tiva" de sí misma, tal vez sin demasiada con-vicción.

En síntesis: Julia parece obedecer en este momento a un "molde", como si "copiara", en-mascarando algunas posiciones previas, a las que no ha renunciado y que probablemente permanecen intocadas, pero ocultas.

Licenciada Elena Noemí Jubert.

EJEMPLO N° 6

Informe realizado por el doctor James Mack (*Psychological Examination...*, op. cit., pág. 52), en su carácter de asesor de un colegio.
Nombre: José.

Edad: 6 años.

Escolaridad: 1er. grado.

Motivo de consulta: es derivado por una con-ducta agresiva indiscriminada tanto dentro como fuera del aula. Hasta un mes antes de la consulta trompeaba y golpeaba a otros niños, tirando sillas y otros objetos. Actualmente, luego de ser transferido a otro primer grado, se muestra algo más calmo y estable, aunque la madre todavía tiene que quedarse para reali-zar el acostumbramiento. Su rendimiento es bueno sólo cuando está en pequeños grupos y con ayuda de la maestra, pero se vuelve inadecuado si trabaja solo en el grupo grande.

Historia: José es hijo único. Su padre dejó el hogar hace 3 años, después sus padres se di-vorciaron. El único contacto que tiene con el padre en la actualidad es ocasional, en fechas muy especiales, en que éste le da regalos y go-sosinas. José idealiza la figura del padre y des-valoriza a la madre. Ella tiene un inadecuado control sobre él. José le hace burla y la provo-ca con frecuencia, entonces la madre le pega y le grita actuando un enojo fuera de control. Cuando intenta disciplinarlo, él la acusa de no quererlo y amenaza con ir a vivir a lo del padre. Antes de la separación José estuvo presente en muchas peleas entre los padres. A partir del divorcio se inician una tartamudez y una enuresis nocturna secundaria. Desde hace unos pocos meses, la madre también trabaja de no-che cuatro días a la semana y José queda a car-go de una *baby-sitter*. No tiene mucha oportu-nidad de frecuentar amigos, aunque juega bien con ellos cuando lo invitan. Antes de concurrir a este colegio iba a un Jardín de Infantes pa-rrroquial sin mayores problemas, aunque pa-recía frecuentemente disperso y distraído.

Examen clínico: Se lo ve como un niño excesi-vamente "rellenito". Sus rasgos faciales se en-cuentran parcialmente desdibujados y ocul-tos bajo una capa de grasa. Camina torpemen-te y su lenguaje, que tiene algo de afectado, es muy infantil para su edad. Su producción es inestable y muy personal. Tiende a huir en la fantasía, por ejemplo cuando relata un suce-so real desagradable para él, lo termina di-ciendo que él "mató a un malo con un revól-ver". Su conducta indica mucho resentimien-to por sentirse muy abandonado, y transforma este sentimiento en imaginarias situacio-nes de venganza.

Pareciera recurrir a un mecanismo de tipo contrafóbico por el cual quiere demostrar que no va a ser dominado por otros. A pesar de es-to, logró mantener una relación más bien amistosa con cierta tendencia a la sumisión con el entrevistador.

Examen psicométrico: En la prueba de Bi-net José logró una Edad Mental de 5 años y 8

meses con un CI de 88.

Su nivel de lenguaje es adecuado, pero tiene en cambio dificultades en Ejecución, aunque no se evidencian índices de trastorno neurológico. Respecto de su rendimiento escolar aparece muy por detrás de lo esperable en relación con el grado y el grupo. Tiene dificultad para identificar adecuadamente ciertas letras con una tendencia a confundir, por ejemplo, la "M" y la "W". Sin embargo, este signo no es aún significativo, ya que José cumplió 6 años hace muy poco. Tal vez esta dificultad responde sólo a una inmadurez pasajera y no a un verdadero trastorno perceptual. También tiene ciertas dificultades en matemáticas, aunque logra realizar operaciones simples de suma y resta utilizando los dedos.

Diagnóstico y formulación: El diagnóstico es de desorden reactivo en un niño latente. La enuresis, la tendencia al fantaseo, a la persistencia de su lenguaje infantilizado y la excesiva tendencia a comer, son todos fenómenos regresivos que indican la presencia de una intensa ansiedad en respuesta a una serie de cambios ambientales que resultaron traumáticos para José, sobre todo la pérdida de la figura paterna y el incremento de las horas de trabajo de la madre, también vivido como abandono.

Aunque la conducta agresiva refleja en primera instancia su enojo, también tiene una cualidad reparatoria. Le permite sentirse poderoso como el padre (o como él quisiera que fuese) y así defenderse de cualquier nuevo ataque a su seguridad. Aunque los niños realmente no lo amenazan o atacan, necesita utilizar cualquier situación para probar a sí mismo y a los demás su propia fuerza.

A pesar de que ha logrado intimidar a sus compañeros, en realidad continúa sintiéndose impotente, y debe por lo tanto recurrir a una exacerbación de la conducta agresiva. Se instala así un círculo vicioso, ya que José resulta rechazado por el grupo.

Estas conductas impiden que logre un adecuado rendimiento escolar, ya que su necesidad afectiva y su ansiedad superan en mucho actualmente su interés por competir intelectualmente en el ámbito escolar.

Recomendaciones: Este niño necesita una terapia breve con utilización de técnicas lúdicas que le permita al mismo tiempo expresar su agresión y elaborar sus conflictos. Se recomienda además mantener un contacto asiduo con la madre, realizando entrevistas de orientación, y colocar al niño en un grupo de estudios guiado con atención personalizada.

Doctor James Mack.
(Trad.: R. F. de Verthelyi.)

EJEMPLO Nº 7

Tres informes sobre el mismo niño, dos dirigidos al Juez y uno a la escuela, permiten observar las diferencias en su construcción formal y contenido acorde al derivante al que están dirigidos.

AL SEÑOR JUEZ DE INSTRUCCION
A CARGO DEL JUZGADO Nº 00
Secretaría Nº 1
Dr.....
S.D.

Sr. Juez:

Me dirijo a usted para elevarle adjunto el informe psicológico del niño Luis A. Legajo Nº... internado en este establecimiento. Dios guarde a Usía.

Firma.....

[Aclaración: Cuando el psicólogo trabaja en el establecimiento, el informe lo eleva al Juez la dirección del mismo.]

Informe psicológico

Nombre: Luis A. Legajo Nº:

Edad: 9 años, 6 meses.

Fecha de ingreso: 5/7/87.

Fecha de informe: 10/7/87.

Motivo de ingreso: Luis A. ha sido derivado a este establecimiento procedente del Instituto... de la Provincia de ..., en el cual permaneció desde los 7 años y 6 meses. Recibió enseñanza común y luego fue integrado en un grado nivelador. Presentó trastornos de conducta y dificultades de aprendizaje y fue diagnosticado por el equipo tratante como débil mental y derivado a este establecimiento para "recibir enseñanza especializada y tratamiento psicológico y psiquiátrico".

— Se realizaron con el niño: entrevistas diagnósticas, lectura de legajo y administración de los siguientes tests: dibujos libres, Bender, WISC y CAT.

Modalidad de vínculo: Luis A. es un niño corpulento, de 9 años y 6 meses, muy desarrollado para su edad y con buen estado físico. Tiene pelo castaño, ojos verdosos y un rostro sonriente y vivaz. Llama la atención su gran sonrisa. Despliega una intensa actividad; es hiperkinético. Manifiesta gran ansiedad tocándolo todo y "pegándose" al otro en un saludo interminable, quedando adherido. Pierde los límites entre él y el otro buscando fusión, por ejemplo, acercándose a la hoja, tomando la lapicera, invadiendo el lugar. No acepta el fin de las entrevistas ni retirarse a la hora convenida. Ante un límite firme se enoja, patalea y hace berrinches con gran espectacularidad.

No permite que alguien se acerque. De pronto esta conducta se torna en la contraria: se calma, se levanta y se va. Se recupera fácilmente si se lo conforma. La conducta es sumamente inestable con grandes crisis de ansiedad ante pequeñas frustraciones.

Luis es afectuoso y demostrativo. Hace rápida relación por simpatía con los adultos. Se adaptó con facilidad a las normas institucionales; no obstante, hay límites que no tolera y a los que luego de las crisis se adapta. Tiende a sentirse por momentos fuerte y en otros minusválido. Tiene tendencia a atacarse a sí mismo cuando piensa que el grupo no lo acepta. Reitera una misma modalidad de ser aceptado y luego rechazado. Mantiene el criterio de realidad. Advierte sus errores y teme fracasar.

Si se le otorga una responsabilidad, la cumple, por lo cual debe dársele un lugar de importancia. De otra forma busca protección y se acentúan sus conductas regresivas.

Puede jugar con sus compañeros. Una cierta plasticidad le permite mayores posibilidades lúdicas con respecto al grupo con el que convive.

Antecedentes familiares: Luis A. es hijo de una ex menor interna que cometió un hecho calificado como delito. Fue abandonado cuando tenía seis meses y se hizo cargo del niño un ama externa del Servicio del Menor.

Un matrimonio se vinculó informalmente con el niño y lo solicitó en adopción. Cuando Luis tenía 3 años y 6 meses se les otorgó la guarda.

Luis convivió con el matrimonio R. hasta los cinco años. Inició su actividad en un jardín de infantes y empezó a manifestar trastornos de conducta; negativismo, nerviosismo, falta de reconocimiento de límites. La pareja no pudo manejar estas primeras dificultades y lo reintegraron. Luis fue derivado a otro internado donde continuó su jardín de infantes con niños sin dificultades. Once meses más tarde la pareja lo reclama y solicitan convivir con él. Les otorgan una nueva posibilidad indicando la necesidad de una psicoterapia familiar.

El niño inicia primer grado en una escuela común, donde se manifiestan problemas de aprendizaje. Los trastornos de conducta se intensificaron: "no tolera estar en el aula"; "muerte a las maestras"; "busca la protección de los niños mayores". El gabinete de la escuela diagnóstica: "Niño con conductas psicóticas" y lo derivan al Hospital que corresponde a la provincia.

La familia inicia el tratamiento familiar a mitad del año y durante cinco meses con rei-

teradas ausencias. En general concurría la señora R. con el niño, ya que su esposo se encontraba frecuentemente fuera del país.

Los terapeutas descartaron el diagnóstico y brindaron un buen pronóstico para el niño, de mediar la psicoterapia.

El matrimonio convivió con Luis hasta que éste cumplió 7 años y 6 meses. En ese momento, no pudiendo manejar estos trastornos y al ver frustradas sus expectativas, reintegraron definitivamente al niño.

Según el informe de los terapeutas, cabe destacar que tenían una modalidad muy exigente con Luis, ya que lo atacaban tratando de buscar un parecido con su madre biológica. La señora R. no reconocía ninguna falla en la relación, y presumía que esta modalidad del niño era de carácter hereditario, de una madre "débil mental" o "esquizofrénica". Luis fue diagnosticado como "autista", "psicótico", "con disfunción cerebral mínima y rasgos comiciales". Si bien estos diagnósticos fueron posteriormente descartados, llevaron a los guardadores y al niño a entrevistas con nuevos médicos, a escuelas donde era evaluado y rechazado, a múltiples consultas médicas para encontrar un diagnóstico certero que asignara al niño una enfermedad. "Parecían querer corroborar diagnósticos para aliviar la culpa de dejarlo y sentirse justificados" (véase folio 6).

La situación de Luis fue sumamente traumática, ya que le ocultaron la verdad. Pese a la orientación de los terapeutas, le dijeron que iría a otro colegio, ocultándole que en realidad se separaban para siempre.

Luis A. padeció dos severas crisis de angustia cuando sus guardadores decidieron no adoptarlo y cuando lo reintegraron. Pese a que el niño no conocía la verdad, manifestaba en su conducta trastornos: por ejemplo, no aceptaba los límites fuera de su casa y escribía "fuera del margen", "dejaba espacios en blanco en el cuaderno", no podía "remitirse al plano gráfico en su cuaderno, ni copiar del pizarrón".

De acuerdo con el material obtenido y los antecedentes que obran, observo que Luis A. ha sufrido múltiples situaciones traumáticas, con abandonos reiterados y cambios sorpresivos, con abrupto corte de los vínculos, que lo hacen inestable. Estas situaciones traumáticas se produjeron en edades significativas para el aprendizaje: los 6 meses, el inicio del jardín de infantes y de la escuela primaria, y conformaron la débil identidad de un niño que se siente abandonado por no satisfacer a los padres.

Diagnóstico: Función liminar de la inteligencia con potencial de rendimiento normal.

Trastornos de conducta hiperansiosa. Síndrome de privación psicosocial. Se descarta debilidad mental. Configura un cuadro de perturbación emocional que incide en el aprendizaje.

Orientación: No corresponde a la tipificación de este establecimiento, pero ante la variedad de cambios ocurridos en su vida, la falta de continuidad y estabilidad, no sería conveniente una nueva derivación. Por esto se sugiere que Luis A. concurra fuera del establecimiento a recibir enseñanza hasta resolver su situación social, ya que la ex ama externa solicita su egreso.

AL SEÑOR JUEZ DE INSTRUCCION
A CARGO DEL JUZGADO N° OO
Secretaría N° 1
Dr.....

Sr. Juez:

Me dirijo a usted para elevarle el informe de orientación familiar, realizado por la psicóloga que asiste al niño Luis A. Legajo N°...
Dios guarde a Usia.

Informe psicológico

Nombre: Luis A. Legajo N°.....
Fecha de informe: 2/8/87.

Motivo: Orientación. Entrevista con la ex guardadora y con Luis A.

Antecedentes: Luis A. ingresa al establecimiento y recibe la primera visita de su ex ama externa, con la cual se vincula sin dificultad. A la semana se presenta la ex guardadora, señora R., con el fin de visitarlo y vincularse nuevamente con él, luego de dos años de no verlo.

La señora R. fue citada en dos oportunidades para realizar la entrevista y no concurrió. En esta oportunidad concurre sola, ya que su esposo se encuentra fuera del país.

La señora R. tiene 49 años, es ama de casa, está casada con el señor R. en segundas nupcias. De su primer matrimonio tiene un hijo y lo entrega a una familia para que cuiden de él. No brinda más referencias. Esta información es conocida recientemente.

Se trata de una mujer sencilla, correcta, clara, que se muestra muy controlada. No brinda más información de la que se le solicita. Informa que al niño le costó adaptarse y que en su casa no hacía travesuras, por lo cual lo dejaba solo para poder salir. Fuera de su casa no aceptaba órdenes y era desobediente. Manifiesta que el reintegro del niño le costó mucho y que luego debió recurrir a un trata-

miento psiquiátrico.

La entrevista gira en torno al sufrimiento de ella frente al niño, pero no considera el sufrimiento del niño ante las dos separaciones. No reconoce estos hechos como abandonos, sino como una imposibilidad suya de manejar a Luis.

Resulta casi imposible sacarla de su queja ante la terrible conducta del niño y de cuánto la defraudó, pues llora y se violenta. Ante el mínimo señalamiento de sus actitudes se muestra opositora y proyecta en la institución y en los profesionales la imposibilidad de conectarse con Luis.

A lo largo de la entrevista se va desestructurando y no se la observa en condiciones de vincularse con Luis A.

Posteriormente realizó una entrevista con Luis A., al cual le debí informar que los ex guardadores deseaban verlo. El niño se negó terminantemente a verlos y a dialogar con ellos. La aparición de la pareja reclamándolo provocó un gran desequilibrio en el niño y en la institución, ya que pugnaban por verlo. Provocó nuevamente la amenaza de romper un orden, un vínculo con el ama, única persona que se mantuvo en contacto en todos los años de su infancia. Las demás relaciones que se iniciaron con personas que aparecían y desaparecían, lo desean y lo abandonan. No se observa que el niño viva a estos guardadores como personas cercanas, continentes y queridas. Despiertan en él sentimientos de gran hostilidad.

De las entrevistas mantenidas con la señora R. y con Luis A. y de los informes que figuran en fojas 6 y 7 de los terapeutas de familia que asistieron el caso se considera que:

— La señora R. deseó mantener una relación con una modalidad reparatoria del daño que le causó a su hijo, al cual abandonó.

— Tanto Luis A. como la señora R. han sido abandonado-abandonante, es decir que ambos han vivido separaciones que no elaboraron, que intentaron en varios momentos juntarse para reparar pero fracasaron, repitiendo la separación, es decir, la situación traumática para ambos.

— El señor R. se mantiene al margen de esta relación, ya que siempre está ausente y piensa que su esposa se curaría si pudiera volver a convivir con el niño.

— Luis A. se siente sumamente dañado por la pareja y no desea vincularse con ella.

Por esto se sugiere que no se dé lugar a esta relación, ya que no es beneficiosa ni saludable para ninguno de los dos.

Informe psicológico enviado a una escuela para el ingreso de Luis A. en un grado de recuperación

A LA SRA. DIRECTORA DE LA ESCUELA
Nº 00
DE LA MUNICIPALIDAD DE
SRA.....
S.D.

Sra. Directora:

Me dirijo a usted con el fin de hacerle llegar los datos solicitados sobre el niño Luis A. para su inscripción en el corriente año lectivo.

Luis A. es un niño de 9 años y 8 meses de edad. Su CI es de 77 (WISC), Escala de Ejecución 72 y Verbal 85. Diagnosticamos funcionamiento liminar de la inteligencia con buen potencial de desarrollo ya que el niño padece de una perturbación emocional que incide sobre el aprendizaje y cuyo origen debe rastrearse en múltiples abandonos a los que se vio expuesto. Tiene una inmadurez visomotora (Bender: 7 años y 6 meses) con indicadores de perturbación emocional. Se descartaron indicadores de organicidad. Posee EEG y estudio neurológico normal.

Luis A. aprobó primer grado y cursó segundo con mucha dificultad, lee y escribe con esfuerzo y aún invierte y omite letras.

El rendimiento es variado. Es oscilante y coincide con sus estados emocionales. Cuando prevé la frustración se niega a realizar el trabajo por temor a equivocarse y ser castigado. Tiende a provocar al maestro para que se enoje y probar cuánto lo quiere y perdona. Necesita confirmar que se lo quiere y acepta. Luis tenderá a vincularse con una maestra/o y tenerla/o para sí solo, ya que necesita un vínculo continente, constante y único. Esta relación suele generarse con otros miembros de la institución ya que es muy simpático y afectuoso y generalmente bien aceptado. Tiene una conducta hiperansiosa y de las crisis que sufre ante pequeñas frustraciones se recompone solo.

Luis busca a niños mayores que lo protejan. Si se le da una responsabilidad la cumple seriamente y se siente importante, estado que debe fomentarse reforzando los aspectos más adaptativos que tienen que ver con la responsabilidad, el cuidar y proteger (como quiere que se comporten con él). Funciona muy bien en grupos pequeños. En grupos grandes se hace notar. Se maneja mejor en espacios limitados, dentro de la escuela o del sitio conocido. En paseos o espacios abiertos y desconocidos aumenta la ansiedad y se sien-

te muy inseguro. También suele desestructurarse frente a cambios imprevistos, por lo cual es conveniente advertirle de antemano lo que van a realizar o a qué lugar van a ir, es decir, dando pautas fijas de tiempo y lugar que deben ser respetadas.

El pronóstico de aprendizaje es bueno. Recibirá tratamiento psicológico.

Quedamos a disposición del gabinete psicológico de la escuela para brindar la información que sea necesaria.

Sin otro particular, saluda a usted.

Licenciada María Ester Tomsig.

EJEMPLO Nº 8

Informe de un análisis a ciegas de un psicodiagnóstico de Rorschach realizado por la doctora Vera Campo a pedido del psicoanalista que atiende al paciente.

Nombre: Alberto.

Edad: 28 años.

Profesión: médico.

Grupo familiar: soltero, vive solo.

La problemática central del examinado pareciera girar alrededor de la individuación-separación y de su identidad. Las preocupaciones homosexuales como manifestación de su confusión y ambigüedad de fondo, aparecen a nivel consciente (Lámina III), lo que pudiera derivar del hecho de que se halla en análisis. De cualquier modo, es evidente el conflicto con los aspectos femeninos, vividos como partes fragmentadas que le resultan un "paquete" difícil de llevar. Asimismo es claro el temor ante la mujer que es visualizada como objeto en parte idealizado e inaccesible, en parte persecutorio, destruido o/y frío en el nivel sexual. La figura masculina posee características muy inmaduras por un lado ("homúnculo" en X) y por la otra, rígidas ("estatuas") enmascaradas y oral dependientes. Existen intensos sentimientos de inferioridad, también en el orden físico, con temor a la impotencia, que se manifestaría como preocupaciones en torno a lo corporal.

Tales sentimientos parecerían ligados aunque en forma disociada a dos problemas fundamentales: la dependencia (oral) y el manejo de la agresión. En cuanto a la primera, se destaca la disociación afectiva que indica la defensa a través de la intelectualización frente a sentimientos como la ternura y el contacto pasivo receptivo; pero en realidad no se siente cerca de nadie. Así en las relaciones sociales, a menudo forzadas y tensas, el examinado puede mostrarse seductor y "servicial".

atento a los matices emocionales en su ambiente, especialmente con respecto a ser aprobado o aceptado. Pero detrás de su "máscara social" convencional se advierte una actitud muy egocéntrica, opositora, rabiosa y desconfiada, intelectualmente ambiciosa, racionalizadora y omnipotente, con la que combate el sometimiento y lucha por desprenderse de su dependencia e indefensión. Los intentos de control se expresan por medio de la internalización de emociones, lo que crea irritación y tensión, de cierta rigidificación y perseveración, también en el sentido de adherencia a ideas y temas repetidos que pudieran sugerir la posible participación de elementos epileptoides (?).

Le resulta muy difícil tomar una real distancia de sus problemas y de sí mismo, ya que por otra parte antes que pensar y demorar, reacciona emocionalmente, es muy estimulable y lábil en sus reacciones afectivas y con marcada tendencia a la actuación de sus necesidades instintivas. En su afán de abarcar y controlarlo todo y de hallar razones y motivos para justificar sus conductas, se basa con frecuencia en elementos parciales, en evidencia insuficiente, arribando de esta manera a conclusiones erróneas, en ocasiones absurdas, ilógicas o confusas. Esto último esencialmente debido a la debilidad de los vínculos con la realidad, frecuentemente distorsionados. Le debe resultar difícil concentrarse.

Se perfila la posibilidad de que además de estar atravesando una época de crisis en su análisis, se trate de una organización frontiriza, en descompensación permanente, aunque no tenemos material de comparación ni datos de su historia vital.

En su personalidad, rica en matices, intereses y posibilidades latentes, pero cuya eficiencia intelectual se halla muy disminuida, priman los rasgos paranoicos (la racionalización e intelectualización) sobre un fondo posiblemente epileptoide (confusional) con claros componentes esquizoides. La descompensación mencionada se advertiría en la conducta como falta de objetividad en el juicio de realidad y tendencia a la actuación.

Doctora Vera Campo.

EJEMPLO Nº 8

Estudio solicitado por un psiquiatra que ha comenzado a ver a la paciente y tiene dudas respecto de la gravedad del cuadro y del abordaje a implementar, individual o familiar. Interesado en las técnicas diagnósticas, solicita que se incluyan algunos datos en el informe.

Nombre: Isabel.

Edad: 20 años.

Escolaridad: secundaria completa.

Grupo familiar: madre, padre, hermano de 21 años, y hermana de 13. Convive con ellos la abuela materna.

Motivo de consulta: Los padres consultan porque "Está vegetando, no vive... está todo el día recluida en casa, come y fuma y se preocupa solamente de si hace o no la dieta... Aunque siempre fue una buena alumna, ahora abandonó todo, no estudia ni trabaja". "Estuvo en tratamiento un tiempo, le hizo bien pero abandonó."

Técnicas administradas: Entrevista a padres, a la paciente y al grupo familiar. Tests gráficos (Dibujo libre, HTP, Dos Personas y Familia Kinética Actual y Prospectiva). Cuestionario de- siderativo. Rorschach. TRO. Wechsler. Bender.

Antecedentes significativos de la historia y dinámica del grupo familiar: El embarazo fue accidental, con fantasías de aborto fundamentadas en el escaso tiempo entre nacimientos y la cesárea anterior. Sin embargo, el parto resultó normal aunque los padres describen a la paciente como un bebé muy nervioso, con severos trastornos del sueño. Se registra colecho (el padre hacía dormir al bebé encima de él) hasta pasados los 4 años.

De desarrollo motor precoz, presenta sin embargo dificultades en el lenguaje. Inventaba vocablos propios que hacían difícil su comprensión fuera del ámbito familiar.

Entre el nacimiento de Isabel y el de la hermana menor, la madre realiza dos abortos con mucho sentimiento de culpa dadas las convicciones religiosas de la familia.

Desde pequeña, Isabel ha sido frecuentemente testigo de las peleas de sus padres. Siempre intentó satisfacerlos para que estuvieran contentos.

Cuando nace la hermana menor, envían a Isabel y su hermano a un colegio como medio pupilos, porque la madre se siente muy nerviosa y agotada.

El inicio de las dificultades de Isabel coincide con la jubilación de la madre y problemas de salud del padre que los llevan a estar más en la casa. Previamente, el hermano mayor al entrar en la adolescencia, también presentó una aguda crisis de angustia y retraimiento y buscó refugio en una mayor dedicación a actividades religiosas. Actualmente considera esta etapa superada y cursa la universidad.

En el momento de la consulta la pareja parental sigue bastante desavenida, pero se ve aunada en el esfuerzo que realizan para ocuparse de Isabel. La madre presenta evidentes rasgos depresivos y muchos sentimientos de

culpa por la relación muy ambivalente que tiene con su propia madre, con la cual conviven. El padre se muestra muy seductor y preocupado por su hija, y deja de concurrir muchas veces a su trabajo para acompañarla. Es descrito por la madre como imprevisible, por momentos agresivo, con tendencia a buscar "aventuras donjuanescas".

Actualmente los padres no salen y es infrecuente que reciban amigos porque Isabel "se pone mal si viene gente y se encierra en su pieza para que no la vean".

Impresión diagnóstica de la paciente: Isabel es una joven de rostro atractivo, levemente excedida de peso, que se presenta a todas las entrevistas invariablemente vestida con ropas oscuras, más bien informes ("me sirven para tapar mi gordura").

Se muestra agradable, por momentos seductora, muy colaboradora. Evidencia una gran necesidad de exponer su problemática.

En las pruebas se observa un buen nivel intelectual (CI 110), con riqueza de recursos, capacidad para el análisis y la síntesis y cierto pensamiento consensual preservado. Sin embargo, este buen potencial se ve frecuentemente interferido, sobre todo en los aspectos de atención y concentración, por el elevado montante de ansiedad y las múltiples autorreferencias cuando algún aspecto del test moviliza sus afectos o encaja con su problemática.

Frente al material proyectivo se incrementa la pérdida de distancia con el estímulo y aparece entonces dificultad en la discriminación y el ajuste perceptual, que Isabel intenta racionalizar apelando a fabulaciones.

Esta dificultad para pensar y actuar aparece no sólo en la conducta sino también simbólicamente en su material, lleno de referencias a personajes que son invadidos por objetos o elementos extraños del entorno que les cubren la cabeza, atrapándolos, a pesar de los esfuerzos desesperados por soltarse.

Aunque en sus relatos aparecen reiteradas referencias al conflicto dependencia-independencia, con actitudes de rebeldía adolescente, búsqueda y fracaso en el desprendimiento del grupo familiar, la problemática claramente rebalsa esta crisis evolutiva y toma en cambio aspectos nodales de su propia identidad.

Isabel se siente paralizada, incapaz de internarse en un mundo externo vivido como peligroso y frustrante. Aterrada y fascinada a la vez, se encierra en un cúmulo de ensoñaciones de las cuales es consciente y que cada vez adquieren mayor fuerza y ocupan mayor tiempo.

En la entrevista relata que de noche realiza dramatizaciones en que actúa delante del espejo ambos roles de escenas de seducción y

abandono. A partir del interrogatorio a una historia del TRO comenta que últimamente debe desvestirse a oscuras en su cuarto porque podrían espiarla por la ventana. Se evidencian así, junto a las fantasías exhibicionistas que tiene que controlar viéndose "horriblemente gorda", el elevado montante de ansiedad paranoide y la creciente pérdida del criterio de realidad de la paciente frente al mundo cada vez más invasor de su fantasía.

El aspecto más delirante de su discurso se refiere a las súbitas transformaciones de su cuerpo: su esquema corporal en los dibujos es confuso, desdibujado. Se angustia durante la graficación porque no logra darles a las figuras una dimensión que le resulte satisfactoria. Fluctúa en la apreciación de las mismas entre la idealización y la denigración.

Igualmente significativa en cuanto al conflicto con su imagen corporal es una respuesta a la lámina IX del Rorschach, "una mujer formada por bichos", muy débilmente racionalizada, que se hace autorreferente en el interrogatorio: "como si a mi mano le hubiera picado algo y después se transforma en un bicho, se transforma en una araña, pero sigue siendo mi mano".

Aunque parte del discurso de Isabel se organiza en un aparente nivel genital, con juegos de seducción y rechazo, fantasías de violación e impenetrabilidad, la fuerte ansiedad paranoide en relación con la figura masculina vista como siniestra ("vampiro", "sátiro") llevaría a pensar que la problemática de base se refiere a trastornos más tempranos de nivel más regresivo en el vínculo con la figura materna.

Genitalidad y oralidad se confunden en múltiples imágenes de gran simbolismo: "bebés despeñados estrellándose" y "nenas que se hamacan con las bocas sucias", en posibles referencias al rechazo inicial, los abortos maternos y a una masturbación (transformación mano-araña) culposa que ataca su cuerpo y lo deforma.

El hecho de que el material de tests empeore secuencialmente, con desorganización en su nivel formal (lo que indica la fragilidad de las defensas), la presencia de contenidos sádicos y abundantes referencias anatómicas en sus respuestas harían temer que frente a un montante de ansiedad que la paciente experimentare como intolerable, podría recurrir a algún tipo de actuación autodestructiva. Esta posibilidad aparece también avalada por comentarios manifiestos de Isabel respecto de que si tuviera una enfermedad invalidante o un accidente "a nadie le parecería tan extraño que yo no quiera salir".

Síntesis: Se trataría de una paciente histe-

rofóbica grave, con síntomas anoréxicos y serios trastornos de identidad.

El núcleo delirante está en este momento ubicado en el cuerpo, pero la erosión de las defensas permite pensar en una posible descompensación en que la paciente podría perder cierta cualidad crítica de su yo que aún mantiene fuera del área de conflicto.

Recomendaciones: Dado el amplio beneficio secundario que su enfermedad le provee y el rol de evitación de la erupción manifiesta de la conflictiva conyugal de los padres que cumple el síntoma de la paciente, se recomienda iniciar el abordaje con una terapia familiar para luego brindar un tratamiento individual intensivo para Isabel.

Las características de rigidez del grupo familiar y el montante de depositación de las dificultades en la hija requerirán por parte del terapeuta una posición muy activa para evitar la desertión del grupo, aunque es probable que el hermano mayor pueda resultar un aliado terapéutico.

En cuanto al abordaje individual con Isabel, parecen de buen pronóstico, a pesar de la gravedad del cuadro, su buen nivel intelectual, su deseo de colaboración y el excelente nivel simbólico en que se expresa la conflictiva.

Licenciada Renata Frank de Verthelyi.

EJEMPLO N° 9

Informe realizado en un servicio hospitalario luego de la internación de la paciente para esclarecer el cuadro y permitir un mejor abordaje terapéutico.

Nombre: Elisa.

Edad: 34 años.

Técnicas administradas: Gráficos, Rorschach, Bender, Wechsler.

Si bien Elisa colabora con la tarea y muestra intenciones de esforzarse para optimizar su producción, tropieza constantemente con dificultades reales para trabajar debido a la interferencia de su estado, que ella misma describe como de "alucinada". A pesar del refuerzo de racionalizaciones abundantes y la exacerbación de la intelectualización, al modo de un estilo "aprendido" a lo largo de su proceso de enfermedad y tratamientos, no logra despojarse de un intenso sentimiento de angustia. El protocolo de Bender no presenta indicadores de organicidad. La paciente se ubica en el nivel intelectual como rendimiento promedio en el límite con Normal Brillante (CI

110), y obtiene mejores marcas en rendimiento verbal, especialmente en los ítems que evalúan incorporación de información y estímulos en general de corte cultural. Dado que justamente son estas pruebas las que más se "conservan" (Wechsler) contribuyen y explican el altísimo deterioro global, que alcanza al 41 por ciento, que afecta a su personalidad. El rendimiento dentro de las pruebas manipulativas resulta más homogéneo, sin discrepancias mayores entre conservadas y no conservadas y donde el nivel se muestra más preservadamente parejo. No obstante la descripción clínica de la paciente, el protocolo de Rorschach no presenta en el momento actual fenómenos especiales de tipo psicótico y el psicograma más bien la muestra pobre e inmadura, con poca carga energética.

Expresivos del estado tensional intenso que la invade desorganizándola así como de la imposibilidad de contención de la defensa son sus gráficos, donde hay evidentes rupturas del trazo en el límite con el exterior y con fallas en la discriminación interna. La secuencia plantea o mejor dicho corrobora la debilidad y precariedad de integración de su personalidad que entra en desorganización por activación de núcleos desorganizados (confusionales y paranoides). La presencia de indicadores de posible actuación descontrolada en línea autodestructiva resulta alarmante, especialmente si se considera la posibilidad de incremento del estado tensional interno. Este estado parece constante en cuanto a presencia y fluctuante en cuanto a intensidad. Los vínculos se constriñen actualmente a la dependencia afectiva con predominio de la indiscriminación y tendencias a la actuación impulsiva.

Se trata de un cuadro de esquizofrenia paranoide, afectado en la actualidad por un 41 por ciento de disminución en el funcionamiento intelectual.

Licenciada Dora Fuxman.

EJEMPLO N° 10

Josefina concurre derivada por un médico psiquiatra al que consulta por sus dificultades para "retener" los contenidos del aprendizaje. El profesional, luego de realizar algunas entrevistas con la paciente y su familia, sugiere proceder al período de evaluación psicodiagnóstica para conocer mejor el rendimiento intelectual de la paciente y deslindar las causas (intelectuales, orgánicas o psicológicas) que están incidiendo en su desempeño.

Nombre: Josefina.

Edad: 20 años.

Escolaridad: cursa 3er. año de abogacía.

Grupo familiar: Padre, 53 años, abogado. Madre, 52 años, escribana. Tres hermanos (uno fallecido, 14 años, 5 años). Dos hermanas (18 años, 15 años).

La paciente convive con madre y hermanos. Padre vive solo.

Motivo de consulta: Josefina decide por sí misma la consulta debido a que sus problemas de memoria le impiden "retener" los contenidos de las materias.

La familia concurre a las entrevistas pero no ha generado la consulta. Cursa la carrera de abogacía en una universidad privada y actualmente sus dificultades le han impedido dar los exámenes finales de varias materias adeudadas. Teme verse "detenida" en su carrera a causa de las mismas.

Técnicas administradas: Entrevistas. Tests gráficos (Dibujo libre, HTP integrado, Dos Personas, Familia Kinética Actual y Prospectiva). Cuestionario desiderativo. Rorschach. Bender. Wechsler.

Antecedentes significativos de la historia personal y familiar: En la historia evolutiva no se detectan datos significativos. No hay antecedentes de trastornos de aprendizaje previos.

Las enfermedades padecidas fueron las comunes de la infancia, sin secuelas. La relación familiar, durante la primera infancia, no es recordada como conflictiva.

Hace 6 años fallece su hermano mayor, de un cáncer de hígado de un año de evolución. El hermano fallece a los 15 años. Actualmente tendría 21.

Hace 5 años nace su último hermano.

Hace un año la pareja de sus padres decide separarse, debido a desavenencias que no pudieron resolver, luego de un período de crisis conyugal que, según la paciente, comenzó hace aproximadamente 3 años.

La paciente actualmente no tiene pareja. Su única relación tuvo lugar hace dos años y duró apenas una semana. Si bien se recuerda "entusiasmada", no hubo después ninguna otra relación de pareja.

Siempre fue reservada y de pocas amistades. Su relación en general transcurre dentro del núcleo familiar. Su hermana de 18 años está cursando en la misma universidad que ella el 1er. año de Derecho.

Impresión diagnóstica de la paciente: Josefina impresiona como muy adolescente; tanto su vestimenta como sus gestos y actitudes le otorgan el aspecto de una persona de edad menor que la que ella tiene. Si bien resulta agradable al contacto y es cumplidora con los horarios que convenimos para las distintas

entrevistas, parece en el fondo dificultada para franquearse. Aparece una actitud de control y desconfianza; responde de manera escueta en general y en especial a las preguntas que se le formulan acerca de su historia personal.

Brinda los datos de manera inexpresiva, despojada de afectos.

Al ser interrogada acerca de la forma de comienzo y antigüedad de sus trastornos, Josefina no puede localizar en el recuerdo circunstancias específicas asociadas al síntoma, que parece haberse desarrollado e incrementado desde hace dos años, a partir de las últimas materias del 1er. año de estudio.

Su desenvolvimiento en las pruebas de tipo intelectual y madurativo es adecuado, sin indicadores de organicidad neurológica y con un CI promedio. Su mejor desempeño en las pruebas manipulativas, que resuelve a solas, indican que Josefina es poseedora de mejores recursos potenciales que los que finalmente su ubicación promedio refleja. La disminución, por la incidencia de las pruebas verbales, parece asociada a que la presencia e intervención del interlocutor le generan un mayor nivel de ansiedad e inciden en mayor cantidad de fallos. Estos elementos parecen permitir hipotetizar que, encontrándose ausentes los factores orgánicos y disponiendo de buenos recursos intelectuales, es el factor tensional y ansioso el que actúa en detrimento de su efectividad.

Las pruebas específicas de memoria no reflejan su síntoma. Más bien un factor de inhibición general parece afectar la operatividad de las funciones verbales. Josefina no puede establecer asociaciones con respecto a la incidencia de aspectos emocionales. Describe sus trastornos con distancia y objetividad, como una situación de pérdida persistente y paulatina, sin poder referirlo con angustia, sino más bien con perplejidad e incompreensión.

Toda su producción expresa una actitud distante, sin emoción. Josefina tiende a percibir los estímulos con una actitud diferente, producto de su tendencia al aislamiento y por momentos a cierto opositorismo, aunque no llega a producir alteraciones groseras de la percepción o de la lógica del pensamiento. Josefina parece querer con esta actitud de distancia ponerse lejos para no confundirse con el otro. Esta modalidad defensiva deja en realidad al descubierto sus dificultades en la resolución de una identidad propia, discriminada.

Josefina quisiera sentirse con vitalidad y energía, tener "color" y "brillo", y despojarse de una imagen poco diferenciada y falta de atractivos vitales, "desabrida", "insulsa", "sin color"

que parece reflejar la fuerte incidencia de contenidos de muerte en los cuales "queda encerrada", "atrapada".

También su identidad sexual aparece perturbada en su resolución, probablemente por la incidencia de una figura de identificación asociada con la incapacidad para "retener" tanto a los hijos como a la pareja.

Todos estos contenidos de sus respuestas dan cuenta del impacto de los hechos vividos por Josefina en los últimos años. Si bien parece que conscientemente puede referir y reconocer las pérdidas, sus conflictos y conducta expresan sus dificultades para poder separarse y diferenciarse del objeto perdido y de las situaciones de fracaso.

Pensamos que en plena crisis adolescente Josefina fue afectada por varias situaciones de fuerte contenido emocional y que se sucedieron en corto tiempo. Esta sucesión de hechos saturó el aparato psíquico de tensiones y ansiedades de difícil elaboración. Se produjeron una serie de cambios en la vida de Josefina, al margen de los inherentes a la edad, que probablemente marquen a esta etapa como conflictiva y traumática. Las dificultades para discriminarse y reconocerse como diferente del hermano muerto, son claramente comprensibles por la proximidad en edad y la identificación por etapa vital. Hay que tomar muy en cuenta la movilización que promueven las muertes tempranas resultado de enfermedades de fuerte contenido destructivo agresivo.

Creemos que las emociones asociadas a esta situación de duelo han quedado reprimidas y se expresan en este "no poder recordar", "no poder retener". Este no querer, no poder recordar por el dolor que contiene el recuerdo, se expresa en el síntoma, de manera disociada. El temor por la asociación del crecimiento con la muerte queda anulado a través del quedar "detenida" en la carrera. Esto permitiría mitigar la culpa que al mismo tiempo le genera su propio crecimiento, si pudiera resolverlo con logros afectivos e intelectuales, con éxito. Simultáneamente esta situación defensiva la desvitaliza, la deja sin energía, sin atractivos, expuesta al aislamiento, al fracaso.

Probablemente Josefina, como integrante del grupo familiar, se constituye en un emergente que reclama ayuda frente a una situación que ha conducido a la desintegración familiar (separación de los padres).

Considerando que Josefina fue siempre una alumna exitosa, aunque más bien replegada y con dificultad para expresar sus emociones, el síntoma se constituye como solución de compromiso frente a la tensión que aquéllas generan y la represión inhibitoria que opera sobre las mismas.

Dado que los elementos de evaluación descartan la incidencia de factores intelectuales o de naturaleza orgánica, concluimos que el conflicto se centra en la elaboración de un duelo que ha incidido en la resolución de una crisis vital.

Se trata de una paciente de rasgos esquizoides, con mecanismos defensivos de características obsesivas. Las defensas parecen rígidas, poco exitosas y adaptativas en el momento actual, ya que se incrementan el repliegue y el aislamiento de la paciente. La sintomatología emerge en el área intelectual de manera disociada.

Sin embargo, observamos igualmente incidencia en la identidad sexual, vínculos sexuales y sociales. La represión de los afectos, por su intensidad, adquiere cualidades inhibitorias.

Recomendaciones: Parece importante sugerir a la paciente la necesidad de acceder a un abordaje terapéutico individual para la elaboración de las situaciones de duelo (pérdida del hermano, separación de los padres) y de crisis vital. La edad de la paciente y características del grupo familiar avalan la necesidad de un espacio propio para Josefina.

Igualmente se sugiere realizar algunas entrevistas con el grupo familiar para contener y orientar las ansiedades del mismo, creando un espacio de reflexión acerca de la incidencia que los hechos ocurridos tuvieron en todos y cada uno de sus miembros, para un eventual encauce terapéutico.

Licenciada Mónica Guirzbourg de Braude.

EJEMPLO Nº 11

Caso presentado por Klopfer (*El informe psicológico. Uso y comunicación de los descubrimientos psicológicos, op. cit.*), quien lo introduce diciendo:

Este informe ilustra la evaluación de una mujer mayor. La paciente, de 77 años, fue evaluada para saber si era necesario hospitalizarla o si podía ser tratada en una clínica externa y finaliza con una recomendación específica conforme a los datos obtenidos en la prueba psicológica. Indudablemente, la decisión final debe ser tomada sobre la base de las fuentes de información con que se cuenta.

Enviada por: Un psiquiatra para realizar la evaluación de los síntomas.

Técnicas administradas: Bender. Rorschach. Proverbios de Benjamin.

Análisis de los datos: El cuadro es el de una

mujer mayor muy inteligente e imaginativa, con una vida de fantasía fértil y que posee un coeficiente intelectual muy alto para su edad. No es excepcionalmente ambiciosa en la parte intelectual, sino que por el contrario, es una persona muy tranquila. Es capaz de manejar las situaciones diarias y de evaluar y ver en perspectiva todos los aspectos de una situación determinada. Puede comprender fácilmente las ideas convencionales y formular algunas propias bastante originales. Hay algunos indicios que nos permiten pensar que ha de haber tenido habilidades artísticas y creadoras.

Básicamente tiene una buena opinión de sí misma y trata de realizar bien todo trabajo que se le encomienda. Es una persona autocrítica, pero es esencialmente la narcisista que se considera la "delicada flor"; se siente muy molesta cuando no recibe la atención y el afecto que cree que le corresponden. A pesar de que se comunica con las personas en una forma bastante satisfactoria, es básicamente una persona desconfiada y se frustra bastante cuando no se le brinda suficiente atención.

A pesar de que en ocasiones se rebela si la tratan de dominar, parece no tener ningún deseo manifiesto de ser independiente. La forma de relacionarse con los hombres parece haber sido menos apropiada que en el caso de las mujeres, ya que considera a los hombres como torpes y bestias a los cuales no se les debe hablar. Es una persona sensible y propensa a preocuparse cuando algo no resulta bien. Los síntomas de la paciente, cualquiera sean sus orígenes, cumplen con el beneficio secundario de atraer la atención hacia ella y de hacerle ganar la simpatía de los que la rodean.

En conclusión, el cuadro es esencialmente el de una persona histeroide —sensible, dependiente, básicamente narcisista, poseedora de una insaciable necesidad de atraer la atención de los demás—. No corresponde discutir en este informe la etiología de sus síntomas, pero no hay duda de que cumplen una función definitoria en el equilibrio de la personalidad de esta paciente. Antes de inducirla a renunciar a ellos, creo que sería necesario prestarle suficiente atención durante algunas entrevistas a fin de reemplazar toda aquella atención que parece no haber recibido como resultado de algunos recientes acontecimientos en su vida.

El análisis de estos datos no muestra evidencia alguna de pensamientos psicóticos o de desintegración de la personalidad. Las dificultades emocionales de la paciente no parecen ser tan severas como para recomendar su internación.

Doctor W. G. Klopfer.

EJEMPLO N° 12

Informe enviado al ex terapeuta, a quien el paciente consultó para buscar un nuevo tratamiento al regresar a la Argentina luego de una prolongada estadía en otro país. Se solicita el diagnóstico con el fin de evaluar la capacidad actual del paciente para establecer una relación terapéutica operativa, dado el escaso éxito de tratamientos (grupal e individual) previos.

Nombre: Mario.

Edad: 37 años.

Escolaridad: universitaria.

Ocupación: profesional.

Grupo familiar: casado, sin hijos. Madre fallecida; su padre vive.

Motivo de consulta: Deseo de iniciar un nuevo tratamiento por dificultades de relación con la gente ("tengo serios problemas de comunicación").

Técnicas administradas: Entrevista. Tests gráficos. Cuestionario desiderativo. Rorschach. TRO.

Actitud durante la prueba: Mario se presenta como una persona fría, distante y rígida. Poco interesado en abordar las tareas que se le proponen, resulta difícil lograr una aproximación afectiva, ya que evidencia intensas resistencias para mostrarse.

Parece no estar de acuerdo con el estudio psicodiagnóstico, aunque este aspecto sólo es totalmente explicitado en el momento de la devolución. Manifiesta entonces su desconfianza en cuanto a los resultados y su escepticismo en relación con la actividad psicológica en general.

Relata sus experiencias terapéuticas previas con un dejo de malestar: "dejaron mucho que desear", y presenta dudas acerca de "si la psicología actual tendrá respuestas para mi problema".

Explicita su dificultad para comunicarse y la necesidad de que se le efectúen preguntas dirigidas, no ambiguas. Se observa un gran desnivel en su rendimiento: cuando es estimulado por medio de preguntas precisas puede ajustarse a lo que se le pide. Fracasa en cambio frente a situaciones inestructuradas (como los tests gráficos), en las que mantiene una actitud rígida, como paralizada, sin verbalizar sus dificultades, aislándose, mirando la hoja blanca sin efectuar ninguna acción.

Esto generaba en la entrevistadora una sensación de impotencia, a la vez que la impulsaba a actuar de manera enérgica, apelando a recursos no convencionales para despertar en Mario algún tipo de reacción. Aun recurriendo a este tipo de procedimientos, no se obtuvieron resultados fructíferos.

Aspectos intelectuales: A partir de la constatación aportada por sus características personales (vocabulario, estudios, desempeño laboral, etcétera), se podría inferir que Mario posee un nivel intelectual adecuado. Sin embargo, esta hipótesis no encuentra su correlato en el material específico de los tests, que dan cuenta en cambio de un bajo nivel de eficacia intelectual actual. Esta discordancia puede deberse a la situación particular de psicodiagnóstico, que moviliza con primacía el plano afectivo y lo lleva a bloquear toda respuesta que lo pudiera involucrar emocionalmente.

Tiende a percibir la realidad desde una perspectiva exclusivamente global, sin detenerse en los aspectos que la componen. Se maneja con cierta estereotipia de pensamiento, apelando siempre a esquemas lógicos generales para abordar e interpretar hechos dispares. De ahí que su pensamiento resulte rígido y absolutista, sin posibilidad de relativizar.

Sus juicios sobre los hechos suelen ser superficiales y teóricos. No evidencia aptitudes analíticas. Tiende a efectuar generalizaciones buscando afirmar su lógica, pero al indagar sobre sus fundamentaciones aparecen contradicciones. Puede aplicar un adecuado criterio de realidad en tanto y en cuanto los estímulos externos no posean un fuerte matiz emocional. Si lo presentan, Mario fracasa en su tarea, bloquea toda respuesta y permanece pasivo hasta que un nuevo estímulo bien estructurado, neutro afectivamente y dado en un plano intelectual lo reconecta con la situación externa.

Aspectos emocionales: En general, toda la producción de Mario resultó muy controlada, pobre, limitada. Esto inicialmente despertó dudas acerca de si se estaba frente a una persona exenta de afectos o se trataba de un bloqueo defensivo. Era evidente que apelaba además a fuertes mecanismos de oposición para evitar mostrar sus aspectos más íntimos.

Esta actitud, que no se modificó a lo largo de las entrevistas, hizo difícil encarar su problemática emocional debido a sus esfuerzos denodados para impedir que ésta se desplegara. Desde esta perspectiva es más fácil efectuar inferencias sobre lo que "falta" que sobre lo que está presente.

Mario no acepta un interjuego donde lo emocional esté involucrado. No existe aparentemente en él un interés por acercarse a sus aspectos más íntimos ni por percibir las necesidades del otro.

Implementa con frecuencia mecanismos de desvalorización frente a aquello a lo que no tiene acceso o a lo que no puede llegar, y se conforma con su situación actual. Así plantea:

"no siento deseos, pero no es motivo de preocupación; sería peor si quisiera y no pudiera: tendría que salir a la calle a buscar, me siento más cómodo así".

Aparece una aparente resignación, que en parte encubre un rasgo más profundo de pasividad. Incapaz de procrear, esta imposibilidad de dar frutos parece haberse extendido a todos los ámbitos de su vida llevándolo a permanecer en este estado de inmovilidad afectiva.

Parece destinar gran parte de su energía vital a preservar este equilibrio y evitar el conflicto que le acarrearía, por ejemplo, concientizar lo deseado y su carencia de recursos para lograrlo. Los riesgos parecieran ser en primera instancia: plantearse una revisión de su relación de pareja y de su propio rol pasivo dentro de ésta.

Estas dificultades parecen tener vieja data y relacionarse con una intensa conflictiva con la pareja parental. La imagen paterna posee características pasivas, desvitalizadas, mientras que la femenina adquiere rasgos intrusivos y activos. La elección de su propia pareja parece haberse centrado en una figura parecida a la imagen paterna, no exigente, pasiva y "asexuada". Esto le permite sentirse cómodo y no presionado ("no tengo fantasías de separación, ni de buscar, me siento más cómodo así; la persona ideal para mí es ella, mi esposa").

La problemática actual parece residir en que desea un cambio y en función de ello busca un camino (regresa a la Argentina, sinónimo de estímulos que lo pueden movilizar; busca reiniciar un tratamiento, etcétera), pero es tan intensa la ansiedad paranoide que le despierta abrirse y desplegar su mundo interno (por el peligro de ser sometido, "violado"), que se cierra impidiendo todo intento de acercamiento a su intimidad.

Impresión diagnóstica: Estructura esquizoide. Intensos mecanismos de disociación, aislamiento y control intelectual. Bloqueo afectivo. Ansiedad paranoide.

Sugerencias: Aunque en el motivo de consulta plantea el deseo de mejorar su "vida de relación", los datos aportados en la evaluación indican más bien una fuerte resistencia al cambio y expresos deseos de no modificarse por los peligros que esto involucra.

Esta actitud ambivalente se hace aun más evidente en la entrevista de devolución, donde no acepta ninguna sugerencia. Se le propuso un abordaje terapéutico más directo y estimulador, que fue rechazado por temor a que la estimulación fuera abrupta y no paulatina. Al plantearsele la posibilidad de un trabajo corporal que le permitiera conectarse con sus procesos internos, también manifestó escep-

ticismo y dudas en cuanto al logro de resultados.

Esta desconfianza acerca de su capacidad de cambio está aún totalmente centrada, a nivel manifiesto, en la incapacidad de los terapeutas y la inoperancia de las líneas teórico-técnicas que los sustentan, sin un mínimo insight en la conflictiva personal.

De ahí que, cualquiera fuera el abordaje psicológico, el punto de partida debería ser lograr un mayor compromiso y un mínimo grado de convencimiento para que pudiera implementarse. Esto evitaría una deserción precoz que, de ocurrir, reforzaría la pauta de desvalorización y desconfianza, dificultando toda búsqueda de cambio futuro.

Licenciada Thelma Lerman de Fuks.

EJEMPLO N° 13

Informe enviado al terapeuta que se hará cargo del caso. La evaluación fue realizada por la doctora Ochroch en su consulta privada.

Nombre: Esteban.

Edad: 26 años.

Escolaridad: universitaria.

Grupo familiar: madre, padre, hermana mayor.

Ocupación: dueño de una pequeña empresa.

Motivo de la consulta: Esteban fue derivado por el doctor X, padre de su mejor amigo, que a su vez es su socio en una empresa de distribución de juegos de video.

Según el doctor X, desde hacía varios meses Esteban había comenzado a evidenciar juicios erróneos, comportarse de manera impulsiva y desarrollar una serie de ideas grandiosas e improbables respecto de la expansión de la empresa. Estas conductas lo estaban llevando aparentemente a tener ciertas dificultades con sus clientes. Comenzaron al poco tiempo de que su amigo le comunicara su decisión de seguir estudiando, lo cual implicaba su próximo retiro como socio.

La duda planteada por el doctor X se refería a si Esteban estaba pasando por un episodio hipomaniaco o evidenciaba otro tipo de patología y si requería un abordaje medicamentoso o una derivación a psicoterapia.

Técnicas administradas: Wechsler. Bender (reproducción y memoria). Gráficos (Casa, Arbol y Test de Caligopre). Rorschach. TAT. Frases Incompletas de Rotter (escala adulta).

La conducta: Esteban es un joven alto y delgado con una incipiente calvicie. Tiene dificultades para el habla, las cuales bajo presión se

convierten en tartamudeo. (Refiere varios intentos de tratamiento fonoaudiológico desde su infancia hasta la universidad.) Se presenta como una persona agradable, atractiva y cooperadora —casi en exceso—. Es el menor de dos hermanos en una familia de clase media. Su hermana tiene 33 años y está casada por tercera vez. Su padre es banquero.

Al discutir con él las razones de su derivación, se mostró más bien dolorido. Explicó que diferentes personas estaban preocupadas por su conducta, pero que él no consideraba justificada esta preocupación. Se le achacaba que tuviera demasiada confianza en sí mismo y un exceso de ideas; que mostrara demasiada energía y persiguiera metas poco realistas.

Había accedido a ser evaluado para probar su punto de vista. A su criterio, lo que pasaba era que estaba a cargo de un tipo de empresa que era muy estresante y tenía algunos problemas personales, pero se consideraba capaz de manejarlos y no veía por qué la gente pensaba que debía reaccionar de otra manera. Sentía que podía enfrentar las dificultades que se le presentaran, pero no las dudas de los demás respecto de él. Las personas que dudaban de él eran sus padres, su socio y la familia del socio.

Acto seguido admitió que también tenía algunas dificultades con las mujeres, ya que su relación con ellas al principio era buena pero no lograba establecer un vínculo duradero.

Desde el comienzo de la entrevista Esteban evidenció una aceleración del lenguaje y de las ideas. Casi continuamente aparecían ideas extrañas y cuestiones periféricas que se introducían en su relato y eran difíciles de parar. Al mismo tiempo, ofrecía explicaciones redundantes de lo que hacía. Cuando se le solicitó dibujar figuras o manejar objetos, acompañó esta acción con una verbalización autorreferente, y realizó las tareas a mucha velocidad. No se observó una hiperactividad grosera, pero sí una evidente presión interna hacia la acción.

Resumen: Parece tratarse de un episodio hipomaniaco, probablemente parte de un trastorno bipolar en un joven de rasgos muy dependientes, quien previamente debe de haber funcionado sobre la base de estrategias de manejo obsesivo compulsivo.

Este episodio se caracteriza por una sobreactividad ideacional, fluidez e inundación de asociaciones junto a pobreza en la capacidad de juicio. Un síntoma dominante es su exacerbada preocupación sexual, que llega a tener proporciones delirantes y está expresada de manera inapropiada.

Su humor es predominantemente eufórico,

con momentos de fuerte y amargo enojo. Presenta una actitud opositora junto a índices de afecto e ideación depresivos. Todos estos síntomas darían cuenta de la probable naturaleza bipolar del trastorno. De manera atípica, sin embargo, presenta un elevado monto de ansiedad y tiene cierta sensación de que algo está muy mal, pero utiliza una negación casi psicótica y transformación en lo contrario para evitar estos sentimientos. También aparecen ciertas ideas delirantes, además de las sexuales, que combinan fantasías de grandiosidad con vivencias de fuerzas maléficas ocultas. Todo esto se expresa en términos joviales. Afortunadamente, las ideas delirantes no están sistematizadas y aunque hay una evidente ruptura con la realidad, ésta no está totalmente destruida.

La estructura de personalidad de Esteban aparece como la de un joven egocéntrico, muy sometido y dependiente, poco seguro y nada agresivo en su relación con los demás. Con un estilo obsesivo compulsivo muestra una apreciación por los detalles que posiblemente antes estuvieran mejor integrados que en la actualidad. Utiliza, quizás desde siempre, defensas como la racionalización y la negación. Mantiene conservada su apreciación de la realidad y su autoimagen es apropiada en cuanto a su edad y género. No aparece ninguna evidencia de un trastorno crónico del pensamiento. Todo esto indicaría la ausencia de una psicosis subyacente y reafirma la naturaleza episódica de su trastorno actual. Aunque surge la pregunta respecto de un cuadro ciclotímico, no parece haber suficiente evidencia para confirmarlo.

Esteban parece peligrosamente alienado de sus sentimientos respecto de sí, sus emociones y reacciones subyacentes. Se presenta como un joven que se siente bien, que está calmo y que es feliz, se muestra desconcertado respecto de la preocupación que causa en los demás. Esto lleva a que evidencie un fuerte resentimiento y hostilidad respecto de quienes dudan de él, que se expresa en intentos de denigración y búsqueda de superioridad. Considera que debe llegar a ser un éxito, pues si no es nada, y siente que de alguna manera lleva el peso del mundo sobre sus espaldas. Debe resolver los problemas de los demás llegando él a la cúspide.

Sin embargo, en otro nivel, aparece una ansiedad palpable respecto de la relación con sus padres, sus fracasos sentimentales y su propio funcionamiento en el área sexual y de los negocios. Hay indicios de cierta conciencia respecto de ideas y sentimientos previamente inaceptables, con relación al sexo, que adquieren una cualidad casi delirante. Busca

negar esta ansiedad por medio de la euforia basada en la importancia de su misión, etcétera, pero reaparecen rastros aislados de temáticas depresivas de fracaso y muerte. Importa señalar que cuando Esteban está en plena modalidad eufórica, se relaciona sólo mínimamente con los demás.

Se trata de un joven de capacidad intelectual superior, cuyo funcionamiento actual está severamente reducido por su trastorno. Su estilo cognitivo es posiblemente una buena mezcla de integración y análisis, un tipo de aproximación "paso a paso". Aunque mantiene alguna evidencia aislada de una capacidad intelectual y de síntesis superior, cuando ésta se ve interferida por situaciones afectivamente cargadas, el control disminuye. Irrumpen la euforia y las ideas delirantes disminuyendo en forma tajante su juicio de realidad. En situaciones más neutrales, su producción es más adecuada aunque aparecen breves desfasajes que luego puede corregir.

Esto concuerda con el hecho de que Esteban se maneja mucho mejor en situaciones estructuradas, en las cuales, a pesar de todos los síntomas de sobreideación, logra un puntaje de normal a superior. Demuestra una capacidad muy superior en aritmética y en razonamiento concreto. También presenta un vocabulario y una información de datos culturales adecuada.

Estilísticamente, es probable que siempre fuera una persona de razonamiento más práctico que abstracto. Este último tipo de pensamiento actualmente aparece muy interferido. Aunque se maneja de manera eficiente con detalles cuando no hacen referencia a personas, muestra dificultades en la captación, anticipación del desarrollo y desenlace de las situaciones sociales.

En el área visomotriz también aparece este desfasaje: su capacidad es superior, pero su posibilidad de aplicarla es deficiente y reducida.

En cuanto a los posibles orígenes de este episodio, pareciera haber dos situaciones que pueden haberlo detonado.

El primero, su preocupación más consciente con respecto al sexo y las ideas respecto de la relación sexual en general junto a una situación más específica en relación con una novia que lo rechazó y lo dejó. Aunque sus sentimientos más manifiestos expresan solamente tristeza y remordimiento respecto de esta pérdida, aparecen subyacentemente claros indicadores de resentimiento y rabia que se transforman en un rechazo generalizado de las mujeres y la sexualidad femenina. Esteban

se visualiza en un rol masculino activo, pero es evidente su necesidad básica de dependencia ante las mujeres y su sentimiento de deprivación en relación con éstas.

El segundo tema, muy relacionado, es el sentimiento que tiene Esteban de haber sido abandonado por sus amigos y de haber perdido así su grupo de pertenencia, como si todos se hubieran ido y lo hubieran dejado solo sosteniendo el mundo. Si bien se cuestiona por momentos respecto de cuál puede haber sido su responsabilidad en esto, inmediatamente pasa a negarla. También aquí se hace muy evidente su necesidad de dependencia.

La cuestión de fondo con la cual parece debatirse Esteban y que subyace a sus sentimientos de dependencia es una dificultad crónica en la relación con sus padres, que dificulta su verdadero desprendimiento a pesar de su edad cronológica. Aunque los describe como padres "súper", subyacentemente siente que no puede confiar en ellos.

Su relación con el padre es vivenciada de manera más positiva que la que tiene con la madre, pero aun así predomina la desconfianza. Esteban considera que las expresiones de afecto de éste le suenan a falsas. Simbólicamente aparece disforia y miedo ante la figura paterna, junto a una constante necesidad de competir y ganar.

Respecto de la madre, la relación parece haber sido desde siempre distante y carente de calidez. Aparecen, a nivel preconsciente, abiertas críticas y resentimiento y más profundamente una fuerte hostilidad con cierto dejo de ansiedad paranoide. A partir de sus asociaciones puede hipotetizarse una sospe-

cha de infidelidad respecto del padre, por lo cual la madre es vista como culpable y Esteban se siente incapaz de perdonarla. Aunque ésta es sólo una hipótesis, merece ser explorada.

Recomendaciones: En función de los evidentes síntomas de euforia, ideación exacerbada, juicio empobrecido, ideas delirantes, etcétera, y la dinámica de rechazo y pérdida observada en el material, Esteban necesitaría tanto medicación como psicoterapia.

La presencia de sentimientos e ideas depresivas subyacentes indican que existe el peligro de un cambio desde una fase hipomaniaca a una seriamente depresiva. Por lo tanto se hace necesaria la medicación para controlar la hipomanía, evitar la depresión y estabilizar al paciente.

En cuanto a la terapia, Esteban posiblemente se relacione con mayor facilidad con un terapeuta varón. Si lo siente aceptante y continente, seguramente establecerá con él una relación de mucha dependencia. Sin embargo, es probable que muestre inicialmente gran resistencia para aceptar su conducta como sintomática de dificultades psicológicas y para enfrentarse con sus sentimientos y actitudes subyacentes. Para que la terapia sea efectiva debe basarse en dos sesiones semanales, pero puede preverse que su progreso será lento. Sin embargo, de realizarse una terapia prolongada e intensiva, en razón de las capacidades básicas de Esteban, el pronóstico es favorable.

Doctora Ruth Ochroch.
(Trad.: R. F. de Verthelyi.)