

FOLIO ①

- LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: SU PAPEL EN LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.
- VICISITUDES DEL ROL DEL PSICÓLOGO CON RELACIÓN A LA VALORIZACIÓN DE LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS.
- LA DEVOLUCIÓN PSICOLÓGICA: TEORÍA Y TÉCNICA.
- EL INFORME PSICOLÓGICO: SUS OBJETIVOS Y ORGANIZACIÓN.
- DEVOLUCIÓN E INFORME EN PSICOLOGÍA LABORAL.

20/F9

TEMAS EN EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

RENATA FRANK DE VERTHELYI

FOTOCOPIADORA

C.E.Pol

PSICODIAGNOSTICO

Folio

1

SF

DF 9

Lugar Editorial

Lugar Editorial

1972

BIBHUMA
Biblioteca de Humanidades
"Prof. Guillermo Obolski"

<http://www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar>
bibhuma@fahce.unlp.edu.ar
Tel: +54-3221-423 5745
Calle 48 entre c. 1er subsuelo

Facultad de Humanidades y
Ciencias de la Educación
Universidad Nacional de La Plata

IMPRES

PROLOGO

Enseñando siempre se aprende y a veces se escribe...

En este caso, sin embargo, las circunstancias que rodean el origen de estos trabajos son disímiles y están separadas por un lapso de cuatro años.

El primero, sobre técnicas proyectivas y evaluación psicológica en las diferentes áreas del quehacer psicológico, con especial énfasis en la clínica, surge en respuesta a una demanda precisa: es requisito para concursar por la titularidad de la materia que actualmente ejerzo en la Facultad de Psicología de la UBA. Su temática específica responde al interés de los jurados (García Arzeno, Sorribas y Sluttell) y al azar del sorteo que favoreció a éste sobre los restantes temas en la terna propuesta.

Mi interés al escribirlo—además del deseo de réintegramme a la Facultad luego de una larga ausencia—fue el de repensar y rescatar un área del quehacer psicológico antes muy valorada y que había caído en desprestigio fuera y dentro de nuestro país.

Las reflexiones sobre devolución e informe, en cambio, se fueron gestando de a poco, como resultado del entrecruzamiento de la tarea docente, la supervisión y el trabajo clínico.

La preocupación por renovar la bibliografía, las inquietudes, cuestionamientos y aportes de los alumnos en las clases y los resultados de las dramatizaciones en los talleres, así como la constante actualización y discusión interna de la cátedra son el origen de esta publicación.

Incluir un artículo sobre las características del informe en el área laboral (escrito por especialistas en el tema) me pareció esencial en función de las múltiples preguntas y también críticas que suscita este campo en los alumnos.

La incorporación de citas y aportes de muchos autores que sostienen posturas teóricas y técnicas diversas tiene por objetivo favorecer la reflexión crítica del lector, facilitar el acceso a las fuentes y evitar actitudes rígidas de adhesión a determinada teoría o estilo de trabajo.

La intención, al transcribir informes redactados por psicólogos diferentes en respuesta a derivantes y demandas también disímiles, es hacer más "gráfica" la idea central del trabajo: la "unicidad y creatividad" de la tarea psicológica y el desafío siempre renovado que esto implica.

Todos los informes son perfectibles. Los aquí incluidos también. Su función primordial en este libro es ejemplificar estilos y enfoques múltiples. Mucho antes debieron servir a su objetivo primario: dar respuesta a las inquietudes del derivante y ser útiles a la persona a la cual hacen referencia. También jerarquizaron al psicólogo en su rol de asesor.

Agradezco a las licenciadas Lerman de Fuks y Martínez de Salamone por compartir conmigo la responsabilidad de esta publicación, a las psicólogas que tan gentilmente me brindaron sus informes, a quienes componen mi cátedra por su siempre renovado esfuerzo y lealtad, y a todos aquellos que me enseñaron—profesores, alumnos y pacientes— a lo largo de más de veinte años en la profesión.

FANCE Biblioteca Central

Nº Inv. 11213

Sig. Top. 159.9.072 FEA

Fecha de Alta 19/9/06

Tercera Edición

ISBN: 950-9129-25-9

© 1997 Lugar Editorial S.A.

Castro Barros 1754 (1237) Buenos Aires

☎ 924-1555/921-5174

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.
Impreso en la Argentina - Printed in Argentina.

Capítulo I

TECNICAS PROYECTIVAS Y EVALUACION PSICOLOGICA

Aunque frecuentemente marcadas por la controversia, las técnicas proyectivas han constituido por mucho tiempo uno de los principales instrumentos del psicólogo clínico en la búsqueda de una adecuada descripción de la personalidad.

Una primera aproximación muy general al momento actual por el que pasan las técnicas proyectivas (TP) resulta bastante descorazonadora. Desde hace algunos años en el exterior y en nuestro país parece haberse producido un círculo vicioso por el cual un menor prestigio de las técnicas en la comunidad científica, y el escaso número de publicaciones originales en esta área lleva a una desjerarquización de la enseñanza específica de los tests a nivel universitario, lo que redundaría en una aplicación más mecánica y superficial de los mismos, y esto a su vez produce insatisfacción en el "cliente" y un cuestionamiento sobre su utilidad en el psicólogo.

¿Es que este círculo vicioso llevará inevitablemente a la desaparición de las técnicas como instrumento válido para la indagación psicológica tanto en la clínica como en la investigación? ¿O es que se hace necesaria una reformulación de sus alcances, objetivos y limitaciones junto con una mejor formación de los psicólogos que las utilizan?

En mi trabajo de 1973 sobre el problema de la validez y la confiabilidad de las TP¹ ya describí esta situación en un momento en que el cuestionamiento no era aún tan marcado en nuestro país. Al retomarla en 1981 en mi carácter de panelista en el Congreso sobre Psicoterapias de la Universidad de Belgrano² formulé la pregunta mucho más acuciante sobre cuál era el rol del psicodiagnóstico en la indicación terapéutica, pregunta que ampliaba la problemática a todo el abordaje clínico que se hacía del paciente, dejando sólo en segundo plano si se incluían o no los tests.

Dado que las TP surgen y se desarrollan en primera instancia dentro del contexto de la psicología clínica, mientras que su uso en otras áreas es más bien un

derivado, intentaré iniciar el tema haciendo una revisión histórica del proceso de idealización-desidealización que éstas han sufrido, para presentar luego una ponderación más ajustada de su papel actual y perspectivas futuras.

Los precursores

De acuerdo con Exner,³ aunque el concepto de TP y la hipótesis clásica sobre la proyección es generalmente asociada con los trabajos de Frank de 1939, el uso de estímulos ambiguos y la preocupación respecto de la percepción subjetiva o más realista del mundo exterior puede rastrearse hasta los griegos. Pero más específicamente serían los pintores del Renacimiento Leonardo Da Vinci y Botticelli quienes recurren por primera vez a un material inestructurado como punto de partida de sus producciones y lo usan además para evaluar la capacidad imaginativa en la selección de los candidatos a ser alumnos de su taller. Se daría así la primera "selección de personal" que incorpora estas técnicas para evaluar el talento artístico.

En el siglo XIX, la técnica de las manchas de tinta se convierte en un juego de salón llamado "Blotto", en que los jugadores deben asociar imágenes e inventar poemas respecto de lo percibido. Este juego parece haber interesado a Binet, quien lo incluye como una prueba de imaginación sistematizada en su test. También puede ser visto como antecedente directo del Rorschach.

Sin embargo, es Galton quien propone la primera TP más formalizada al hacer una lista de palabras estímulo para la asociación, tema que luego retoma y amplía Carl Jung en 1912.

Aunque otros autores también estuvieron investigando en esta área, las verdaderas potencialidades de las manchas de tinta sólo se ponen de manifiesto al presentar Rorschach su célebre tesis doctoral sobre esta técnica psicodiagnóstica en 1921, refiriéndola directamente a la evaluación de diferentes grupos psicopatológicos. La primera TP que adquiere popularidad en los Estados Unidos es justamente el Rorschach, que es introducido por Levy y tomado como tema de tesis por Beck y Hertz. También por esta época Bruno Klopfer, recién emigrado a Nueva York, comienza a dar seminarios a los jóvenes psicólogos sobre esta prueba.

Pero a pesar de este "movimiento proyectivo", en las tres primeras décadas del siglo XX predomina la construcción y el uso de tests de inteligencia y toda la concepción psicométrica de la personalidad que se dedica a la evaluación de rasgos específicos y delimitados tales como dominancia y sumisión, introversión, etc., etc., cuantificando los resultados a fin de poder contrastarlos con la norma.

Sólo a partir de la creación del Thematic Apperception Test (TAT) de Morgan y Murray (1935) un grupo de psicólogos comienzan a esbozar una fundamentación teórica para esclarecer y ampliar la hipótesis proyectiva que subyace al test.

1) Las grandes expectativas

"Con el advenimiento de los modernos métodos de examen psicológico mediante tests, la psiquiatría alcanzó su edad adulta dentro del mundo científico."

"...considero que la práctica de la psiquiatría sin la ayuda de los modernos tests psicológicos es tan anticuada y fuera de lugar como lo sería la práctica de la ortopedia sin la ayuda de los rayos X."

KARL MENNINGER⁴

Según Abt,⁵ la psicología proyectiva ha sido esencialmente un movimiento de protesta contra ciertos conceptos de la psicología académica y la tradición norteamericana del conductismo, y fue ya un gesto de irreverencia científica el cuestionar un enfoque y comprensión del hombre ampliamente aceptados en la época. La matriz conceptual del punto de vista proyectivo es una serie de conceptos sobre la personalidad hondamente comprometidos con un enfoque dinámico que considera toda la conducta como activa e intencional. Hace suya una aproximación holística que insiste en el análisis dinámico funcional de la personalidad, que no se ocupa de segmentos aislados sino más bien de las formas complejas por medio de las cuales el individuo busca organizar sus experiencias con el ámbito físico y social y adaptarla a sus singulares necesidades. De ahí que la psicología proyectiva quiera investigar el papel de todas las funciones y procesos psicológicos que actúan en la personalidad total, enfatizando la unicidad e interacción de los intereses, conflictos y estilos de organización que caracterizan a cada individuo.

Tiene su origen en una concepción de la personalidad en la que se incluyen proposiciones de raigambre psicoanalítica, gestáltica, topológica y del New Look buscando una integración de las formulaciones descriptivas e interpretativas relativas al individuo, su conducta y el campo en el cual ella tiene lugar. Sostiene firmemente que la causalidad psicológica es siempre y en todas partes únicamente personal y nunca simplemente general y de esta insistencia surge la profunda convicción de que se debe estudiar a cada individuo como único y no como un representante de una clase de individuos cuyos miembros poseen un número finito de rasgos determinables en cantidades variables. Hace suya la concepción ideográfica de Allport al enfrentarla con la preocupación nomotética vigente en la psiquiatría clásica.

Los tests proyectivos buscan diferenciarse netamente de las técnicas objetivas tanto en su fundamentación teórica como en las características del estímulo, forma de administración, rol del psicólogo y modalidad de evaluación de los resultados, tal como he intentado resumir en el cuadro de la página siguiente.

Posiblemente sea Rapaport^{6,7} quien más se ocupó en aquella época de fundamentar la vigencia científica de la tarea psicodiagnóstica, señalar sus objetivos y ventajas para la clínica pero también alertar sobre los peligros de una aplicación indiscriminada o una interpretación no contextualizada de los tests, adelantándose a muchas de las críticas posteriores y a los resultados contradictorios de las investigaciones sobre validez que sobrevendrían pasado el primer momento de euforia.

Este autor fundamenta la legitimidad de la inclusión de las TP en la verificación psicológica apoyándose en dos premisas más generales y tácitas de diferente nivel de significación:

- La práctica psiquiátrica necesita el auxilio de los instrumentos de verificación diagnóstica.
- La teoría de la verificación diagnóstica y la de la psiquiatría están de algún modo en armonía.

La aserveración de la primera premisa se basaría en la objetividad de los tests en comparación con la evaluación más subjetiva que el clínico hace en la entrevista, si bien son tareas complementarias y no excluyentes. Esta mayor objetividad de las técnicas le otorgaría una mayor precisión científica a la tarea, y la jerarquizaría respecto de los métodos más tradicionales de la psiquiatría, basados más en la "intuición artística" de la persona que levanta la historia y hace el exá-

	Teoría subyacente	Material	Administración y rol del entrevistador	Evaluación
Técnicas objetivas de la personalidad	Psicología clásica Psiquiatría Análisis factorial Estilos perceptivos Estilos cognitivos	Estructurado, simple, inequívoco, objetivo (con ítems de corrección incluidos). Factible de ser auto-administrado. Autoevaluación de conductas, rasgos, sintomas, etc. Tests de espectro amplio o reducido. Ej.: cuestionarios, inventarios.	Control cuasi experimental de variables. Entrevistador considerado variable de error. Administración individual y/o colectiva. Metáfora de Cronbach: retrato automático con cámara fija.	Interés por los resultados. Énfasis en lo cuantitativo. Cómputo, codificación. Presentación de perfiles, contrastación con la norma para detectar desvíos.
Técnicas proyectivas de la personalidad	Psicoanálisis Gestalt Topológica (K. Lewin) New Look	Inestructurado, ambiguo, que facilita la proyección. Evaluación indirecta e inadvertida de aspectos manifiestos y latentes de la personalidad como un todo en su contexto particular. Ej.: tests gráficos, lúdicos, verbales.	Control de variables algo más laxo. Entrevistador considerado como variable interviniente de valor instrumental para la evaluación del vínculo. Administración individual o de consenso. Registro de conducta y secuencia. Metáfora de Cronbach: retrato artístico con cámara móvil.	Interés por resultados y proceso. Énfasis en lo cualitativo. Interpretación. Cuantificación parcial (índices porcentuales). Selección del material más significativo para esa persona en particular. Interrelación dinámica de datos. Recurrencias y convergencias.

men psiquiátrico. Aun para los más expertos, la evaluación clásica siempre encierra el peligro de una doble selectividad más o menos inconsciente: la que hace el paciente al presentar el material y la del entrevistador al registrarlo e interpretarlo. Los tests, en cambio, al sistematizar un segmento limitado de conducta, permiten obtener de todos los pacientes las mismas categorías de relación, lo que posibilita comparaciones directas de los datos y en algunos casos su cuantificación, y esto redundará en un análisis intra e interpersonal. En el caso de las TP, la objetividad se lograría también por las características mismas del material, ya que a diferencia de lo que ocurre con las preguntas del entrevistador o los ítems de un cuestionario o inventario, la intención y el objetivo de la evaluación están más ocultos. Esto permitiría atravesar las defensas del paciente y llegar en algunos casos a aspectos que son verdaderamente desconocidos para el sujeto mismo.

Sin embargo, Rapaport inmediatamente señala que aunque la objetividad así conseguida ayuda al examinador, en el análisis final del material y su organización y en las recomendaciones es inevitable que intervenga el juicio subjetivo basado en la experiencia, conocimiento teórico e intuición, aunque parta de los datos objetivos de los tests: "La afirmación general de que los tests psicológicos son herramientas objetivas de laboratorio en la psiquiatría es verdadera sólo en sentido limitado".

Con la misma actitud cuidadosa enfatiza que aunque puedan hacerse predicciones a partir de un segmento limitado de conducta, ningún segmento por sí mismo revelará todas las condiciones dinámicas subyacentes a la conducta total del sujeto. Se requiere por lo tanto una doble integración: la de varios tests entre sí, que conforman una batería diagnóstica, y la de ésta con los datos de la entrevista clínica. "Dado que los métodos clínicos obtienen una muestra de conducta amplia pero no sistemática, mientras que los tests obtienen una muestra estrecha pero sistemática, la buena práctica clínica utilizará siempre ambos, que compensarán mutuamente sus desventajas." (6, pág. 228).

En cuanto a la configuración de una batería psicodiagnóstica queda muy claro que Rapaport busca un adecuado equilibrio entre técnicas diferentes, de disímil grado de estructuración, y señala la necesaria inclusión de métodos psicométricos junto a los proyectivos así como la doble lectura más cuantitativa y cualitativa de los tests de inteligencia, especialmente el Wechsler-Bellevue. Así, por ejemplo, la batería utilizada en sus trabajos de investigación en la Menninger Clinic, la conformaban ocho tests: dos tests de inteligencia, el Wechsler y el Babcock; dos tests de formación de conceptos, el de Clasificación y el de Hanfmann Kasanin; dos proyectivos y perceptuales, el Szondi y el Rorschach; y dos de contenido ideacional, el de Asociación de Palabras y el TAT.

Sólo se alcanza la plena significación de la verificación diagnóstica cuando se estudian los datos de los tests, se infieren las razones de los procesos subyacentes a ellos y se los incluye en una teoría unitaria que integra los aspectos dinámicos y psicopatológicos. La investigación clínica reconstruye los procesos psicodinámicos del paciente buscando sobre todo encontrar la organización de los procesos de pensamiento. Se apoya en dos premisas: la patología es siempre una exacerbación de rasgos que también existen en la personalidad adaptada y el diagnóstico necesariamente involucra la personalidad total.

Con evidente criterio clínico Rapaport alerta también respecto de posibles excesos. Se refiere muy especialmente a que la sensibilidad de las TP para detectar procesos patológicos puede hacer que un entrevistador ingenuo indique a

partir del test un nivel de desequilibrio que no está acorde con los datos que aporta la conducta manifiesta. Esto podría deberse a distintas causas, entre otras, que no se tomen en consideración las diversas formas de existencia y adaptación que la sociedad provee, que hacen que un sujeto que dentro de un contexto social es considerado esquizofrénico, necesitado de internación, en otro medio pueda ser asimilado como el excéntrico del lugar. Otra causa puede ser que no se haga una correcta evaluación del aspecto adaptativo de ciertos rasgos aparentemente patológicos que sólo pueden discriminarse a partir de la historia y etapa vital del sujeto. Da como ejemplo el confundir los esfuerzos de una adaptación obsesiva con un cuadro obsesivo grave o una crisis adolescente con una descompensación psicótica.

Esta problemática se inserta en otra mucho más esencial que es la relatividad de los conceptos de normalidad, ajuste, salud mental y adaptación que manejan la psiquiatría y la psicología dinámica.

A nivel práctico, a fin de no minimizar o exacerbar la patología, el psicólogo debe cuidar un adecuado equilibrio entre un material más estructurado (que pone de manifiesto la fuerza de los mecanismos de control) y las técnicas proyectivas (que apuntan más a develar ansiedades y conflictos). A nivel teórico debe trabajarse constantemente en la búsqueda de una teoría general de los tests; más que promover contraposiciones, es necesario encontrar complementariedades. Esta posible complementariedad reside, para Rapaport, en un estudio intensivo de los procesos subyacentes ligados a una teoría del pensamiento: "El psicodiagnóstico, tanto como un método clínico y como un medio de la investigación científica, necesita una fundamentación sistemática, que es ante todo una teoría sistemática de la organización del pensamiento, y en segundo lugar, la inclusión de esta teoría dentro de la teoría general de la psicodinámica". (6, pág. 251).

Aunque estos objetivos no terminan de cumplirse en esta época, la incorporación de los tests marca definitivamente a la psicología clínica. Las habilidades en el uso de los TP le dieron al psicólogo un nuevo estatus entre los profesionales de la salud mental, ya que lo capacitaron para proveer una descripción rica y concisa de los pacientes. Según Blatt,⁸ durante y especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, la evaluación psicológica fue el vehículo por el cual el psicólogo se introdujo en el área clínica, ya que lo administrativo o lo terapéutico estaba en manos de los psiquiatras que sólo admitían al psicólogo en su rol de diagnosticador. El psicólogo dejó de ser un "ciudadano de segunda" al lograr un mayor prestigio, y su importancia profesional aumentó por ser el único capaz de manejar la complejidad de los nuevos tests.

En 1946 la psicología clínica como campo se definía por la trinidad: evaluación psicológica (con el uso de tests), psicoterapia e investigación, en ese orden de importancia.⁹

2) El desafío actuarial

"Existe una mitología respecto del test de Rorschach, al punto de haber expertos norteamericanos que no usan ningún otro método para evaluar la personalidad. Muchos psiquiatras, desesperando de poder jamás abarcar las complejidades de la conducta neurótica con el método de entrevista, se aferran al Rorschach como elemento salvador y prestan considerable atención a su veredicto. Desafortunadamente, la

evidencia en cuanto a su validez indica que si se hubieran escrito varios diagnósticos sobre las diferentes caras de un dado y tirado al azar, el diagnóstico logrado con este método azaroso no sería considerablemente inferior al arribado por el experto en Rorschach en todo su esplendor."

EYSENCK (10, pág. 221)

"Cualquier clínico que emplee técnicas proyectivas llegará pronto al convencimiento de que tales técnicas, o por lo menos aquellas que más haya experimentado, ofrecen realmente una información considerable respecto de las personas y la dinámica de la personalidad. Pero desgraciadamente los más convencidos e incluso aquellos que disponen además de métodos rigurosamente científicos, no encuentran en sus investigaciones, ni en las de los otros autores, resultados que justifiquen su entusiasmo apriorístico. ¿A qué se debe esta contradicción? ¿Tan equivocada es nuestra práctica clínica? ¿Es que no son adecuadas? ¿O es que no hemos planteado las investigaciones acerca del problema de una manera responsable y fundamentada?"

MAC FARLANE y TUDDENAM (11, pág. 54)

La psicología llamada "actuarial", con su énfasis en el análisis estadístico, la predicción y la validez, surge en sus comienzos como respuesta a las necesidades específicas planteadas por la Segunda Guerra Mundial: evaluar con la mayor rapidez y certeza posible a muchos sujetos a fin de poder individualizar a los más aptos para ser asignados a las diferentes armas para el combate. El surgimiento de múltiples pruebas objetivas y el uso del coeficiente de correlación permiten la integración de diferentes rasgos, claramente definidos y cuantificables en un perfil fácilmente utilizable para la predicción.

Pero el puntapié inicial de lo que sería una controversia que aún se mantiene parcialmente vigente lo dio Meehl¹² en 1954 con su libro *Clinical versus statistical prediction*, que causó gran impacto en la psicología de la época. Meehl revisa sistemáticamente las premisas subyacentes a ambos enfoques, hace un análisis comparativo de diferentes investigaciones y encuentra que en todos los estudios citados, con una sola excepción, la predicción actuarial era superior o igual a la realizada por medio del juicio clínico. Lo que estaba en discusión básicamente era el funcionamiento más o menos exitoso de una forma de interpretación e integración mecánica e impersonal versus aquella más clásica que se centra en el juicio clínico del entrevistador.

Holt,¹³ tratando de mediar en este conflicto, salió en ardiente defensa de la línea clínica, aunque sin dejar de señalar la falta de estrictez metodológica de sus diseños de investigación.

Por primera vez la gran legión de psicólogos clínicos que habían logrado seguridad y prestigio mediante el uso de los tests proyectivos, debieron ponerse a revisar su forma de pensar y trabajar para contrarrestar lo que fue vivido como "el ataque actuarial".

También es Holt, en 1984,¹⁴ quien viendo a la distancia la contienda, le resta mucho de la importancia que tuvo, y lamenta que los representantes de ambas posiciones no pudieran salir en ese momento de su actitud beligerante para encontrar posibles puntos de contacto. Revisando las ponencias considera que en realidad "asomándose en el trasfondo, y nunca explicitado del todo, se halla

ba el nudo esencialmente filosófico de la controversia... el rol de la objetividad en psicología (...) Desde esta perspectiva, la controversia funciona como un recuerdo encubridor o un sueño manifiesto detrás del cual se puede visualizar la lucha entre dos visiones del mundo incompatibles. Los defensores de la predicción estadística absorbieron su leche-filosofía en una madre de alambre mecanicista, mientras que los combatientes clínicos fueron alimentados por un grupo de diversos sistemas metafísicos: animismo, idealismo, pragmatismo, e incluso misticismo" (págs. 7 y 11).

Al final de este artículo brega por una posición filosófica que supere esta dicotomía, a la vez que anticipa que, sin renunciar a su posición clínica, está incorporando un programa de computación para la evaluación de datos del Test de Frases Incompletas de Loewinger, que puede llegar a resultar superior al análisis más artesanal basado en el juicio clínico del psicólogo.

3) El cuestionamiento de la evaluación psicológica

"En las primeras épocas de la psicología clínica el uso de la evaluación psicológica y la aplicación de los tests era evidente e indiscutida... En los últimos años, la función del psicodiagnóstico en general y de los tests en particular, ya no resulta tan clara."

RABIN A. y HAYES (15, pág. 579)

Así como en los años 60 las polémicas entre los "actuariales" y los "clínicos" giraban en torno a si el psicodiagnóstico debía esencialmente predecir o comprender, basarse en técnicas objetivas o proyectivas, a partir de la década del 70 aparecen nuevos cuestionamientos sobre la razón de ser de la tarea de evaluación como tal y de los tests más conocidos, en artículos cuyos títulos son muy significativos: "¿Tiene futuro el psicodiagnóstico?",¹⁶ "¿Sobrevivirá el Rorschach?",¹⁷

Este cuestionamiento tiene diferentes matices y grado de virulencia, apela a argumentos disímiles, de acuerdo con el enfoque teórico desde el cual se plantea la crítica.

Resabido del fragor de la polémica actuarial es por ejemplo la pregunta de Mechl¹⁸ sobre si tiene sentido invertir tanto tiempo, dinero y esfuerzo en una tarea de evaluación de resultados siempre azarosos en relación con el monto de información que brinda al terapeuta previamente a la iniciación del tratamiento. Para responderla utiliza el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) en una investigación en la que observa que un buen analista posee en la cuarta sesión un monto de información equivalente a la que podía brindarle el diagnóstico previo, llegando a la conclusión de que, por lo tanto, no vale la pena realizarlo.

Representantes del psicoanálisis, el humanismo y el conductismo, así como rogerianos y sistémicos, entre otros, han fundamentado desde distintos ángulos su propios cuestionamientos.

Así, por ejemplo, desde una línea psicoanalítica basada en las relaciones objetales, Bleger¹⁹ se refiere al tema considerando que no se puede hablar de criterios de diagnóstico sin preguntarse "diagnóstico para qué tipo de terapia y para qué acepción de enfermedad y curación" (pág. 305). Continúa afirmando que en el caso del tratamiento psicoanalítico "el diagnóstico en sí no tiene importancia si estamos dispuestos a realizarlo", enfatizando que el objetivo no es la curación de los síntomas sino el efecto mayéutico ligado al crecimiento mental que todo

psicoanálisis bien llevado tiene como meta final. Pero agrega inmediatamente que esto sería diferente y el diagnóstico cobraría vigencia si "queremos descartar psicosis o problemas psicopáticos, o si debemos hacer una orientación laboral o una terapia breve".

Refiriéndose al diagnóstico en niños, Mannoni²⁰ critica la evaluación clásica de su país, que hace un uso excesivo de los tests aplicados en desmedro de una verdadera escucha del discurso más auténtico del paciente, haciendo a partir de allí una neta diferencia entre el abordaje del psicólogo, más interesado en una visión reduccionista de los síntomas, y el del analista, que busca en cambio entablar un verdadero diálogo desde el cual puede ayudar al niño a reconocerse en su unicidad.

Desde una postura humanista, el reclamo esencial ha sido que el diagnóstico correspondería a un modelo ya anacrónico de la enfermedad mental. La nomenclología o clasificación de los sujetos en categorías conllevaría el peligro de etiquetar y estigmatizar al paciente, del cual se acentúan o señalan predominantemente los aspectos patológicos dejando de lado los adaptativos.^{21,22}

La objeción de los conductistas, en cambio, se refiere a que el diagnóstico tradicional se ocuparía excesivamente de la personalidad del paciente y demasiado poco de la situación en la cual la conducta se desarrolla, reemplazando con dudosas inferencias respecto de los rasgos y fantasías subyacentes su falta de precisión en la observación de la conducta manifiesta.^{23,24} La propuesta conductista no es, sin embargo, dejar de lado la tarea de evaluación, sino modificarla en cuanto a sus características y objetivos. Para un enfoque en el que la dificultad del paciente debe poder conceptualizarse dentro de un paradigma estímulo-respuesta más o menos complejo, el diagnóstico tiene que ser certero: debe indicar los comportamientos a ser modificados, las situaciones que los provocan o refuerzan, el grado de ansiedad, el monto de beneficio secundario, etcétera. De ahí que las técnicas diagnósticas privilegiadas sean la observación minuciosa, el relato del paciente, el rol-playing y los tests contruados como una muestra de las posibles respuestas del sujeto a situaciones de la vida diaria. A partir de estos datos, se elegirá la técnica terapéutica más adecuada: el condicionamiento operante, la desensitización, la modelización, etcétera.

Los rogerianos, muy por el contrario, consideran innecesario y hasta perjudicial el diagnóstico, porque ubicaría al terapeuta en un rol evaluativo demasiado omnipotente. Dado que esta línea no plantea contraindicaciones, todo paciente será aceptado, surgiendo el diagnóstico dentro del mismo proceso terapéutico, pero a partir de la experiencia vivencial del paciente y no del pensamiento del terapeuta.²⁵

El enfoque sistémico también considera inoperante el psicodiagnóstico del paciente designado, y lo reemplaza por una evaluación estructural de las relaciones dentro del sistema en el cual cobra significación el sintoma. El problema central deja de ser cómo eliminarlo para pasar a qué puede ocurrir si el sintoma resulta modificado, a quién o quiénes va a afectar el cambio, de qué manera, qué hará el grupo al respecto, en qué etapa de la evolutiva familiar está estancada la familia, etcétera.²⁶ El instrumento diagnóstico esencial es el operar desde la primera entrevista y observar la respuesta. Se pesquisarán entonces las características del grupo, su rigidez, grado de colaboración u oposición, potencial para el cambio, etcétera, a fin de decidir la estrategia general y el tipo de intervenciones: paradoja, prescripciones, escalada, etcétera.²⁷

Es evidente que algunas de estas críticas responden a posturas teóricas que sustentan una particular concepción del hombre, así como diferentes teorías de la enfermedad y la curación. Proponen por lo tanto objetivos terapéuticos de los que se desprenden modalidades evaluativas disímiles. El fin de la evaluación resulta entonces trazar una estrategia de las tácticas y técnicas a utilizar dentro de la terapia privilegiada por cada teoría.

De ahí que se disienta sobre si lo esencial a ser estudiado es el mundo interno y el aparato psíquico o la conducta; si el objeto de investigación es el sujeto portador del síntoma o su grupo familiar; si este último debe ser analizado en su aspecto interaccional, su devenir histórico, el interjuego de identificaciones proyectivas múltiples o su mitología inconsciente, etcétera. También de ahí deriva que se defina y justifique de manera diferente el encuadre, el número de entrevistas, las características del vínculo entrevistado-entrevistador, las técnicas a emplear, su secuencia y muy especialmente los índices específicos para la indicación terapéutica.

Otros cuestionamientos, en cambio, hacen referencia a pautas del diagnóstico que han sido criticadas por los mismos defensores de la evaluación y que corresponden a una errónea comprensión de la tarea. Así, por ejemplo, la crítica humanista puede ser un adecuado toque de atención cuando se refiere a usos abusivos e incorrectos de lo nomotético; pero es falsa cuando identifica diagnosticar con clasificar.

De la misma manera, la observación rogeriana es acertada en el caso en que el diagnóstico se realice con un modelo de vínculo esencialmente asimétrico e impersonal. Deja de serlo cuando la modalidad clínica y la comprensión del entrevistador le presentan al paciente una nueva manera de ser escuchado, hecho terapéutico en sí mismo, y muchas veces lo único que recibe (por ejemplo, cuando se trata de un niño al que luego los padres rehúsan enviar a un tratamiento).

La disociación señalada por Mannoni entre psicólogos y psicoanalistas no sería válida en todos aquellos casos en que, aunque el entrevistador sea psicólogo, utilice una aproximación que incluye una comprensión psicoanalítica y use los tests de la manera que esta autora misma estipula: "Considero a los tests sólo como un medio y no como un fin. Los utilizo en un diálogo en cuyo transcurso intento desentrañar un sentido, por supuesto en función de un cierto esquema familiar" (21, pág 115).

4) Defensa y revisión de la evaluación psicológica

"Aquellos terapeutas que no sientan la urgencia de tratar cada caso individual como único y que no sientan la necesidad de llegar a una planificación que tenga sentido ideográfico, funcionan de una manera muy estereotipada; esta estereotipia puede tomar diversas formas y no es exclusiva de ningún marco de referencia en particular."

KLOPPER, W.²⁸

"En psicoterapia, lo mismo que en medicina, prescribir una intervención errónea sobre la base de una evaluación inicial inadecuada, o llevar a cabo prematuramente investigaciones peligrosas, tienen potenciales consecuencias que van del dolor innecesario en un extremo al desastre en otro."

MALAN, D. (29, pág. 267)

Partiendo del ejemplo banal de que ningún mecánico de automóvil daría un presupuesto sin identificar lo que no anda, buscar el porqué y planificar su arreglo, Malan revaloriza la evaluación psicodiagnóstica señalando que evaluar si el paciente necesita o no una psicoterapia y de qué índole es posiblemente el procedimiento más complejo dentro el campo psicológico.

Esta complejidad consiste en que el entrevistador debe operar en diferentes niveles a veces en forma secuencial, otras en forma simultánea:

- Pensar con criterio psiquiátrico, dado que es importante para un diagnóstico y pronóstico ajustados.
- Pensar con criterio psicodinámico, a fin de identificar las fuerzas en conflicto en el paciente y entre éste y su medio.
- Pensar psicoterapéuticamente, utilizando la experiencia para predecir las posibles vicisitudes de un tratamiento.
- Pensar prácticamente, a fin de evaluar la mejor estrategia entre lo ideal y lo posible.
- Funcionar cuidando al paciente y logrando un buen *rapport*, lo que establece las bases para un futuro vínculo terapéutico.
- A la vez, evitar entrar en una relación demasiado intensa que dificulte el posterior desprendimiento.

Para Exner,³⁰ el diagnóstico con un objetivo preciso, que él llama "*targeted diagnosis*" es esencial para un apareamiento correcto de terapia y paciente en función de la demanda cada vez mayor de asistencia, la que ocasiona que el tiempo terapéutico sea cada vez más escaso. Al establecer objetivos específicos y discriminar las necesidades del derivante, se recortaría un ámbito propio para una evaluación diagnóstica más autónoma. Aunque esta evaluación involucra inevitablemente una óptica particular, deberá llegar a una comprensión del caso que permita visualizar más de una estrategia terapéutica posible y que contemple metas a corto y largo plazo. Esto a su vez exige del psicólogo mayor sutileza en la apreciación del material, así como mayor conocimiento de las características de cada técnica terapéutica, sus indicaciones y contraindicaciones, para poder diseñar la estrategia más adecuada a cada paciente en el contexto y momento particular en que se realiza la consulta. Subrayando esta posición, afirma que "hay más de una manera de acercarse al logro de un mismo objetivo y bordearía en lo poco ético que los objetivos no estuvieran claramente delimitados y la variedad de las alternativas para lograr esos objetivos quedaran inexploradas" (pág. 339).

Dentro de la misma línea, Rabin¹⁶ señala que frente al crecimiento de la demanda asistencial, lo que ha cambiado es el modo de pensar sobre el proceso de toma de decisiones. En términos de la teoría de los juegos, el énfasis estaría puesto en el "*pay off*", maximizando el movimiento hacia el objetivo, más que privilegiando una técnica específica. Esto llevaría a indicaciones en las que se jerarquiza la flexibilidad, la estrategia, a veces múltiple o de pasos sucesivos, tratando de tomar en cuenta y compatibilizar los objetivos y necesidades del derivante, de la institución y del terapeuta, sin olvidar los del paciente mismo.

Blatt,⁸ con un pensamiento aún claramente enraizado en la tradición de *Rapport*, considera que la evaluación sigue siendo esencial para una comprensión adecuada del paciente y debe incluir: un examen de las estructuras del yo, especialmente de la fortaleza y debilidad de sus funciones, y de los modos en que el sujeto se enfrenta al conflicto intrapsíquico y a las demandas de la realidad.

Se debería poder especificar la naturaleza y extensión de las áreas de conflicto, la organización jerárquica de las defensas y su efectividad, la adecuación de la valorización que hace el sujeto de la realidad, la modulación de los afectos, la capacidad para las relaciones interpersonales (basadas en sus relaciones de objeto más tempranas). Tiene que ser mucho más que una simple enumeración de procesos patológicos, conflictos y síntomas: debe aportar una formulación integrada y sintetizada de la interacción de varios niveles del impulso, la defensa y las funciones adaptativas especificando su mutuo interjuego. Esta evaluación a la vez siempre se da en un contexto transaccional que incluye a diferentes miembros de un equipo, sus objetivos, valores y actitudes hacia la psicología clínica.

En tanto parte integral de un proceso de resolución de problemas, actualmente habría una aproximación más sofisticada y selectiva hacia el psicodiagnóstico, que no debe realizarse en forma rutinaria sino cuando se necesita mayor información para la toma de decisiones.

Esta concepción deja más lugar a la creatividad del psicólogo para trazar en cada caso la estrategia para el mejor abordaje, y decidir la inclusión o no de técnicas de acuerdo con las necesidades específicas, con lo que se revaloriza el rol clínico del psicólogo. Dicen Korchin y Schuldberg al cerrar su artículo: "… los tests no son lo mismo que una radiografía, como se creyó en un principio, pero sí proveen un microcosmos para observar a las personas y poner a prueba hipótesis respecto de su conducta (...) La evaluación es un campo especialmente positivo para fortificar los conocimientos y las capacidades cognoscitivas y la imaginación creadora al servicio de la resolución de problemas que son parte esencial de un funcionamiento clínico adecuado en cualquier contexto (...) Aunque pueden mejorarse las técnicas, la necesidad mayor está evidentemente en formar clínicos más sensibles y comprensivos respecto de los seres humanos en sus conflictos adaptativos" (pág. 1156).

EL ROL DEL PSICOLOGO EN LA EVALUACION PSICOLOGICA Y LA APLICACION DE LAS TECNICAS PROYECTIVAS

"La apasionada polémica que vienen librando los psicólogos acerca de la validez de la más fina y compleja de sus herramientas, el test proyectivo, parece alcanzar su más equilibrado final en el reconocimiento de que ella vale lo que valga el que la maneja."

BERNSTEIN, J. (º, pág. 15)

"La orientación psicodiagnóstica ubica al clínico más que al test en el centro del proceso de evaluación (...) ya que el valor último de los resultados de una evaluación psicológica depende mayormente de la capacidad y conocimiento que tiene el clínico que interpreta el material."

KORCHIN y SCHULDBERG (º, pág. 1148)

Resulta paradójico que la tarea que en las décadas del 40 y del 50 diera credibilidad al psicólogo en la práctica clínica y prestigio en la comunidad científica, resulte ahora origen de sentimientos de desvalorización que lo llevan a abandonar lo antes posible el rol de "diagnosticador" para adquirir el de "terapeuta".

Esta actitud, más que las problemáticas del instrumento mismo, es lo que ha llevado a las TP a su estancamiento actual.

Klopper se pregunta por qué el psicólogo se ha autorrelegado a esta área, yendo contra el modelo médico, al que generalmente imita. En medicina, hacer un diagnóstico preciso es altamente valorado y se lo considera tarea de especialistas, mientras que proseguir un tratamiento puede ser una ocupación de rutina.

Para Campo³¹ la rivalidad psiquiatra-psicólogo parece inevitable, para Blatt,⁸ en cambio, estaría fomentada por la "curiosa" separación institucional de diagnóstico y tratamiento, que realizan dos profesionales en forma aislada, cuando se enriquecerían mutuamente del intercambio respecto de los pacientes. Ambas tareas en realidad requieren la misma capacidad de comprensión y empatía para trabajar: una actitud de espontaneidad, confianza y calidez para que el paciente pueda revelar aspectos significativos de sí. Además, ocurre en muchos casos que cuando esto se cumple, el diagnóstico ya tiene de por sí un valor terapéutico. Aunque Blatt considera que es útil que la tarea diagnóstica y terapéutica la realicen dos personas diferentes a fin de tener dos opiniones y poder hacer el seguimiento con mayor ecuanimidad; el primero debe funcionar como un puente facilitador de la relación que el paciente tendrá luego con el segundo. Debe propiciar la articulación de material relevante y crucial para la terapia, preparando así al paciente para que luego lo vea en su tratamiento con mayor profundidad.

La conducta más plástica del entrevistador y la utilización del contexto de diagnóstico para facilitar el pasaje al terapeuta dependen totalmente de la capacidad clínica del psicólogo, del uso creativo que pueda darles a los tests y del *timing* de sus intervenciones. Debe poder detectar cuándo y cómo debe actuar con cada entrevistado. En un caso puede ofrecerse más como contención y apoyo, y en otro como compañero de una exploración más profunda del material. Esta comprensión del diagnóstico como una interacción activa y ya terapéutica pone en primer lugar la importancia de la capacidad creativa y juicio clínico del psicólogo.

Con un enfoque similar (quizás porque, sin conocer cada uno el trabajo del otro, ambos están interesados en la exploración de las relaciones objetales), Phillipson³² describe el rol del psicólogo para llegar a los objetivos principales del psicodiagnóstico.

Su enumeración incluye:

- Desarrollar la participación activa y el compromiso emocional del paciente.
 - Demostrar, desde dentro del proceso diagnóstico, la relevancia de lo que el psicólogo hace y de los tests que emplea, con respecto a los problemas del paciente.
 - Efectuar un pasaje gradual desde el contenido y desafíos conocidos de la entrevista a los tests de inteligencia y las TP.
 - Utilizar los datos y el proceso de la entrevista para mostrar su incidencia sobre el "aquí y ahora" de la relación con el psicólogo, e incluir cuando sea apropiado la experiencia transferencial.
 - Tratar de optimizar las reciprocidades y complementariedades entre el rol científico-profesional del psicólogo y el rol del paciente.
 - Intentar una integración más completa de los componentes diagnósticos y terapéuticos del procedimiento.
- En síntesis, "poner a prueba al máximo la capacidad del paciente para de-

sarrollar la motivación para trabajar sobre sus problemas en una experiencia interpersonal directa y para aprender de ella" (pág. 263).

En nuestro país encontramos un proceso similar de precursores, idealización, desidealización y revisión actual pero con características muy particulares relacionadas con la situación científica y política que nos tocó vivir.

A pesar de darse de manera disímil en las diversas universidades, puede rastreadse algo de este proceso más generalizado, mediante una somera revisión de la particular historia de la materia Técnicas Proyectivas I en la Facultad de Psicología (primero carrera dependiente de Filosofía y Letras) de la Universidad de Buenos Aires, cuya repercusión en las demás fue indudable.³³

Para ello dividiremos el lapso desde su creación hasta la actualidad en cuatro etapas:

1) La jerarquización de las técnicas

En este período fue notable la influencia de J. Bernstein, quien además de ser uno de los pioneros del establecimiento de la carrera en Buenos Aires y Rosario actuó en su triple rol de docente, adaptador y creador de nuevos tests, y además como editor de una amplia bibliografía referida al tema. Infatigable defensor de la cientificidad de la tarea diagnóstica, bajo su dirección la materia Técnicas Proyectivas es valorizada y temida; se la considera integradora de las que la antecedieron e indispensable para que el psicólogo tenga una formación adecuada. El esquema referencial era básicamente kleiniano, pero con aportes de otros autores: Freud, Adler, Jung, según los tests.

2) La jerarquización del proceso diagnóstico y del rol del psicólogo clínico

Bajo la conducción de las licenciadas Ocampo y Arzeno, aunque se mantienen muchos aspectos de la época anterior, se evidencia una serie de cambios conceptuales que van a dar origen al primer texto nacional íntegramente dedicado al tema del diagnóstico y que es a la vez resultante y motor del trabajo de equipo de la cátedra.³⁴ La importancia del aprendizaje exhaustivo de los instrumentos diagnósticos lleva a la creación de la materia Técnicas Proyectivas II y el Test de Rorschach es dictado como curso independiente.

En el libro de Ocampo y Arzeno, al igual que en la enseñanza de la materia, se observa un pasaje de la preocupación por las técnicas como instrumento hacia el diagnóstico como proceso: se delimita el campo y el rol del diagnosticador diferenciándolo del testista y del psicoanalista. Junto a la jerarquización de la tarea, se subraya la autonomía del psicólogo, quien abre y cierra el proceso, a la vez que traza la estrategia de los materiales a incluir.

Disminuye el número de técnicas estudiadas, pero los materiales se encaran en mayor profundidad, acentuándose la influencia del pensamiento kleiniano. El psicoanálisis y las técnicas conviven sin conflicto: se "adoptan" y se "adaptan" enriqueciéndose mutuamente: se amplían consignas o modifican los criterios de interpretación de tests cuyos autores y fundamentación pertenecen en su origen al psicoanálisis del yo. Así surge el Test de las Dos Personas (originalmente llamado de La Pareja), de Bernstein, a partir del de Machover y se adaptan los criterios de interpretación del Test de Relaciones Objetivas (TRO), para el análisis del Test de Apercepción Infantil, más conocido como CAT (*Children's Aper-*

ception Test). A la vez el TRO, rápidamente desplaza al Test de Apercepción Temática (TAT) como técnica privilegiada en el diagnóstico de adultos.

La jerarquización del psicodiagnóstico dentro de la carrera es a la vez resultado del prestigio de las titulares de esta cátedra y de las limitaciones y frustración ocasionadas por las restricciones a la tarea terapéutica impuestas por la Ley de Incumbencias Profesionales. Se da entonces un fenómeno doble: por una parte, el psicodiagnóstico es considerado esencial para la tarea clínica y se realiza casi por rutina en todos los servicios, y por otra se valoriza cada vez más su aprendizaje como esencial para una pronta salida laboral.

La importancia del psicodiagnóstico en la clínica no se cuestiona, la forma de realizarlo tampoco, aunque aparece a partir del trabajo asistencial la inquietud de cómo lograr una evaluación más breve a fin de adaptarse mejor a las limitaciones de tiempo, personal y espacio en las instituciones y evitar deserciones.

Rodríguez Amenábar³⁵ describe esa época con cierta nostalgia sin referirse específicamente a la UBA:

"Cuando el psicólogo, especialmente en el área clínica, no contaba con una identidad propia bien definida, un lugar reconocido y una ley que lo habilitara y lo amparara en el ejercicio profesional, el psicodiagnóstico era el escudo necesario para lograr cabida en un medio que pertenecía a su ciencia aunque no fuera formalmente reconocido... Muchos psicólogos entraron a la actividad clínica con una carta de presentación que no se discutía: el psicodiagnóstico. Tuvo así su período de auge y un lugar destacado en la interconsulta."

Sin embargo al correr los años 72-73, en relación con cambios en el contexto político, aparece junto a la genuina preocupación por encontrar materiales y establecer normas y patrones poblacionales que tomen en cuenta la extracción socioeducacional del entrevistado, los primeros cuestionamientos y referencias despreciativas a los tests, vistos como instrumentos que pueden servir para rotular o discriminar al entrevistado. En esta apreciación se incluyen tanto las técnicas proyectivas como los tests psicométricos.

3) Críticas a la tarea diagnóstica y exacerbación de los cuestionamientos teóricos

En esta etapa se inicia un proceso de desilusión que se convierte en desconocimiento y denigración de los instrumentos y del psicodiagnóstico como actividad propia del psicólogo. Se contraponen evaluación y terapia jerarquizándose la segunda por sobre la primera. El rol del psicólogo diferenciado del de psicoanalista se vuelve a desdibujar...

Pero a diferencia de lo que ocurrió en otros países, como los Estados Unidos, donde el cuestionamiento a las técnicas (tal como lo hemos descrito) se desencadena a partir de las críticas e investigaciones desde un enfoque actuarial, en nuestro país este viraje en la apreciación se produce esencialmente a partir de cambios del esquema conceptual predominante. Desde una "mirada" lacaniana, las técnicas se descartan como instrumento válido, al catalogarlas indistintamente como demasiado "kleinianas" o excesivamente "conductistas". Desde una postura que deja de lado la segunda tópica freudiana, son consideradas erróneas ambas raíces de las técnicas: la interpretación simbólica de los contenidos y la preocupación empírica por la extracción de normas.

4) Revisión y defensa de las técnicas

Las técnicas sobreviven a pesar de los ataques, y nuevamente buscan enriquecerse. Pero no tanto a partir de la adaptación o creación de nuevos instrumentos, sino reflexionando respecto de sus fundamentos y relación con la línea psicoanalítica vigente. En jornadas y congresos aparecen trabajos que intentan describir el estatus científico de las técnicas proyectivas,³⁶ darle una sustentación epistemológica a la tarea diagnóstica,^{37,38} buscar las relaciones entre el psicoanálisis y el Rorschach,^{39,40} etcétera. Estos temas, aunque desde un esquema referencial distinto, son en parte semejantes a los ya tratados por los precursores, entre ellos Holt, al contrastar el concepto de fantasía en Freud y el que se usa en el análisis del TAT, buscar la relación entre las respuestas del Rorschach y los procesos primario y secundario, etcétera.¹³

A pesar de los cuestionamientos, la materia Técnicas Proyectivas, con diferentes nombres y abarcando disímiles lapsos, sigue figurando en casi todas las currícula de la carrera, y el psicodiagnóstico, aunque ya no se realiza en forma rutinaria, tiene su lugar en muchos servicios cuando se requiere una apreciación más fina o un diagnóstico diferencial del paciente.

En la UBA, mi propia incorporación resultó también difícil. Alguna vez comparamos las vicisitudes de ese inicio con lo que ocurre si se intenta brindar "una terapia breve a un paciente resistente". Sin embargo, luego de tres años de incorporada esta cátedra, son los valiosos aportes y preguntas de los alumnos los que, tal como lo menciono en el Prólogo, han hecho surgir en parte este texto.

DINAMICA INTERPERSONAL Y JUICIO CLINICO EN LA PRODUCCION E INTERPRETACION DEL MATERIAL DE TESTS

"La situación de test tiene una estructura psicológica compleja. No es una entrevista impersonal de dos personas donde una de ellas con la ayuda del rapport puede obtener de la otra algunas respuestas 'objetivas' del test... Una intrincada relación interpersonal con aspectos más y menos realistas se da durante la situación de test. Esta relación debe ser considerada como inevitable."

SCHAFFER, E. (41, pág. 6)

"Las TP son instrumentos que por sí solos no brindan más que datos, y estos datos sólo cobran sentido cuando son analizados e interpretados por el psicólogo... El manejo interpretativo de materiales clínicos no se basa en la aplicación de ninguna regla mecánica, sino que descansa fundamentalmente en la habilidad del psicólogo para encontrar e integrar indicios significativos."

DUARTE, A. (42, pág. 1)

Es Schafer quien más se ha preocupado por individualizar los aspectos dinámicos de la relación entrevistado-entrevistador en la situación de diagnóstico y especificar su posible incidencia negativa sobre el proceso mismo y la producción e interpretación del material. Enfatiza que así como el paciente trae a la situación una serie de ilusiones, miedos, hipótesis, expectativas y fantasías so-

bre la tarea y la personalidad del entrevistador (quien al decir de Phillipson es la mancha de tinta más inestructurada), también el psicólogo pone en marcha una serie de preocupaciones y fantasías propias. Las más frecuentes se refieren a su rol profesional, sus expectativas respecto de las características de la producción del paciente, y su capacidad para desentrañar la significación de ésta, y se da un interjuego variable entre expectativas más racionales y adultas y fantasías y/o deseos más primitivos e infantiles. El psicólogo necesita que el paciente lo provea de material abundante, significativo, claro e interesante a un ritmo que él pueda reseñar, y tolera mal —sobre todo si es novato— situaciones de silencio, inhibición o bloqueo. Espera que el entrevistado muestre sinceridad y confianza y que no ponga en peligro o cuestione el encuadre, la tarea o su rol. Cuanto más inseguro esté de su propia identidad, presentará mayor rigidez en su demanda y menor tolerancia a las dificultades del otro para cumplirla, buscando así reasegurarse por medio de una exacerbación de la definición del rol.

La "patología" del entrevistador puede deberse, entre otras causas, a:

- Un predominio de fantasías voyeuristas no sublimadas por las cuales "espía" en el interior de las personas pero nunca entra en un verdadero contacto con ellas y funciona entonces como un niño curioso y no como un adulto en búsqueda de información significativa.
- Aspectos autocráticos exacerbados que lo hacen apoyarse en la identidad del rol para generar una relación excesivamente asimétrica y controladora, que incluso en algunos casos puede presentar ribetes de sadismo.
- Fantasías de omnipotencia infantil que le asignan a la tarea una cualidad oracular, y que lo despojan de la capacidad de comprender. Puede llegar a simplificar o distorsionar material complejo o contradictorio a fin de sentir que tiene todas las respuestas y evitar la duda.
- Una exacerbación del aspecto "piadoso", basado en la necesidad de sentirse indispensable, reparador, y buscar el constante reconocimiento del entrevistado y la institución, sin tolerancia para la crítica o el rechazo.

Schafer describe ocho clases de entrevistadores cuya personalidad incidirá de manera diferente en el estilo de vínculo a establecer con el paciente: el inseguro de su propia identidad, el retraído social, el dependiente, el rígidamente intelectual, el sádico, el masoquista, el que presenta rígidas defensas contra la dependencia y aquel que las presenta contra la hostilidad.

Hay diferentes grados y combinaciones de estas características, pero en condiciones favorables, con un paciente cooperador y de no mediar una crisis vital en el entrevistador, puede darse una interrelación favorable en la cual ninguna de estas orientaciones se vuelva prominente o disruptiva.

Pero aun así un nuevo peligro se cierne sobre la posibilidad de que la evaluación cumpla adecuadamente con sus objetivos, ya que, cuando a partir del material recogido hacemos una interpretación, las inferencias respecto de los datos pueden llevarnos bastante lejos de la respuesta original. Las conclusiones pueden entonces parecer "fascinantes", "profundas" y "brillantemente explicativas", pero no tener nada que ver con el paciente específico al que se deseaba comprender. ¿De qué manera piensa el psicólogo los múltiples datos que le aportan la entrevista y los tests? ¿Cómo juega el juicio clínico en esa tarea?

Según Duarte, el juicio clínico es un proceso de transformación de datos, una elaboración de hipótesis. El psicólogo selecciona, jerarquiza, ordena, busca recurrencias y convergencias tratando de que su hipótesis se sustente en la rei-

teración de datos que le den coherencia. Involucra un proceso cognitivo-afectivo altamente complejo en el cual pueden reconocerse por lo menos tres variables:

- El modelo teórico que el psicólogo maneja.
- Su experiencia clínica.
- Sus características de personalidad y estilo cognitivo.

El modelo teórico circunscribe la naturaleza de los problemas que va a abordar y el tipo de juicio clínico que va a formular. Al igual que en el psicoanálisis, interpretar es ir del texto manifiesto al texto latente, pero a diferencia de aquél, en el caso de las TP el psicólogo cuenta con criterios de interpretación y respuestas "populares o clisés" que orientan y restringen en parte la multiplicidad de interpretaciones posibles.

La mayor experiencia incide evidentemente en una mayor habilidad interpretativa y una mejor integración del material, así como en una más adecuada discriminación entre los aspectos latentes y la conducta manifiesta del entrevistado. La apertura que tenga el clínico a su propia y discriminada experiencia interna, su capacidad empática, el manejo de su transferencia y su sensibilidad para captar indicios significativos, son factores relevantes para hacer juicios acertados. Pero a estas características más o menos plásticas de su personalidad se agregan las diferencias de estilo cognitivo, las estrategias o modos estables de procesar la información; por ejemplo, un profesional puede tender a subrayar las diferencias, mientras que otro se inclina por destacar las similitudes (*leveling-sharpening*).

Frente a esta tarea tan compleja, Schafer⁴³ propone seis criterios básicos que pueden servir como guía para aumentar así la validez de la interpretación y la coherencia de la presentación de un informe:

- Debe haber suficiente evidencia para la interpretación.
- La profundidad de la interpretación debe ser apropiada al material.
- Debe especificarse la forma manifiesta de la tendencia interpretada.
- Debe hacerse una estimación respecto de la intensidad de la tendencia interpretada.
- Debe asignarse a la tendencia una posición jerárquica dentro del cuadro de la personalidad total.
- Deben especificarse tanto los aspectos adaptativos como los patológicos de la tendencia interpretada.

BREVE REFERENCIA A ALGUNOS APORTES ESPECIFICOS DE LAS TECNICAS PROYECTIVAS AL AREA CLINICA

Las TP como facilitadores del vínculo y auxiliares en la recolección de información

Cuando las TP son aplicadas de una manera no estereotipada ni superyoica, sino como un instrumento que facilita la comprensión de las dificultades pero también los logros del sujeto, la tarea diagnóstica se convierte en una exploración compartida, que enriquece a ambos, el entrevistado y el entrevistador.

Existen algunos criterios generales, tales como que si se ubica el dibujo libre al comienzo de la secuencia, se facilita el rapport en niños y puede dificultarse en adultos, o que la técnica del garabato de Winnicott⁴⁴ es especialmente útil

para romper el bloqueo u oposiciónismo en un púber o un adolescente. Sin embargo, el mayor o menor grado en que una técnica sirve al acercamiento puede también depender de las características del entrevistado y de la confianza y "caño" que tenga el psicólogo por un material de su preferencia.

El uso de las TP para lograr datos significativos de la historia vital del sujeto, es subrayado por diferentes autores:

Winnicott define la técnica del garabato como un método natural para rastrear una historia. Por medio de ese intercambio lúdico suele encontrar el momento y las circunstancias que inicialmente dieron lugar al desajuste. Sobre la base de ese dato aportado casi siempre en forma inconsciente por el niño, el conocimiento puede ampliarse en la entrevista a padres, con lo que se inicia un proceso para deshacer el "nudo" que interfiere con el desarrollo.

Para Grassano,⁴⁵ "la integración de la perspectiva histórica con los indicadores de configuraciones clínicas y estructurales confiere a la exploración psicodiagnóstica su carácter operativo" (pág. 463). Considera que cada producción condensa elementos históricos y episodios vitales aunque estén más o menos enmascarados, y es tarea del entrevistador crear un clima propicio para lograr su esclarecimiento. Esta actitud sería diametralmente opuesta a la de utilizar los datos de la historia personal para explicar las respuestas proyectivas.

Para Friedenthal,⁴⁶ la etapa del interrogatorio y el test de límites es la más apta para hacer esta exploración sin incidir sobre la producción. Aplica este criterio al TRO, con lo cual enriquece enormemente su uso clínico. Ejemplifica cómo obtiene en muchos casos a partir de la investigación de aspectos muy concretos del relato (características del personaje, forma de desenlace, etcétera), datos históricos relevantes que no aparecieron previamente en la entrevista, tales como sucesos traumáticos, duelos, separaciones y abandonos. Igualmente importantes son las asociaciones que conducen a preocupaciones más cotidianas, en especial las referidas a las relaciones del sujeto con el entorno. En este sentido el test deja de ser un instrumento para la elucubración solitaria del psicólogo sobre el mundo interno del paciente, para convertirse en un intermediario para discutir con éste su percepción y experiencia de los vínculos interpersonales.

Scott⁴⁷ describe lo dificultoso que es lograr entrevistas iniciales ricas en poblaciones con bajo nivel de escolaridad. A esta autora le resulta útil aplicar primero un Rorschach para luego, a partir de las respuestas producidas por el paciente, indagar las relaciones que éste tiene con sus figuras significativas.

En mi experiencia con el Test de la Familia Kinética, tanto la actual como la prospectiva, los comentarios espontáneos durante la producción misma referidos a la familia de origen o la nuclear son altamente significativos y permiten iniciar un diálogo más amplio sobre expectativas, temores y conflictos relacionados con el tema familiar. Su aporte se incrementa aun más cuando lo aplicamos con técnica de consenso a todo el grupo.

Las TP como auxiliares en la devolución, planificación de la estrategia terapéutica y su seguimiento

"Una buena devolución comienza con la adquisición de un buen conocimiento del caso, lo cual proporciona una base firme para proceder con eficacia" (1, pág 408). Las TP suelen ser el material más adecuado para mostrarle al pa-

ciente aspectos de sí mismo observables en su propia producción y a partir de ellos iniciar un verdadero diálogo sobre sus logros, dificultades y probable origen de las mismas, como asimismo la situación actual y posibilidades futuras. Un análisis cuidadoso de la totalidad del material permitirá privilegiar aquellos tests en que la temática a presentar sea más fácilmente reconocible por el sujeto y cuyos contenidos estén más cercanos a su conciencia, a fin de facilitar la reintroyección. Este trabajo cuidadoso con los tests, dentro del contexto de una devolución realizada con inteligencia, *timing* y empatía no sólo le dará una mayor comprensión de la problemática, sino que sentará las bases para una adecuada alianza terapéutica (en caso de requerir tratamiento) o para realizar un seguimiento o una nueva consulta posterior.

En mi experiencia, resultan especialmente claros los tests gráficos y los de relatos, siendo a veces más complejo realizar una devolución a partir de respuestas de Rorschach. También el Cuestionario Desiderativo se presta especialmente porque sus contenidos manifiestos son fácilmente comprensibles para el entrevistado.

Se han hecho muchos estudios para establecer el valor de las TP, en especial el Rorschach, el TAT y el TRO, en la búsqueda de la estrategia terapéutica más adecuada, y también en la planificación de un eventual tratamiento.

Hirsch,⁴⁸ en un trabajo muy reciente, retoma con preocupación esta temática al señalar la frecuencia de indicaciones erróneas y aun iatrogénicas observables en nuestro medio. Esto se debería en algunos casos a una inadecuada comprensión del caso o errónea evaluación del contexto, pero en otros la falla reside en la escasa información que tiene el psicólogo de los múltiples recursos a su alcance. En esto coincide con Exner, para quien necesariamente la formulación de una estrategia debe incluir un análisis de costo versus beneficios: requiere especificar con claridad los objetivos con relación a las necesidades más inmediatas, las circunstancias del contexto, y el tiempo disponible para cualquier intervención.

Al igual que este autor, Hirsch jerarquiza al Rorschach como el instrumento más adecuado que podría dar índices sobre: la motivación para el tratamiento, el balance entre cambio y riesgo, el balance de defensas adaptativas y patológicas, los recursos intelectuales y culturales, el grado de introspección, el nivel de patología, el tipo de vínculo, y si el motivo de consulta está predominantemente centrado en un vínculo patológico o en una conflictiva interna.

García Arzeno,⁴⁹ apoyándose en un trabajo previo de Friedenthal,⁵⁰ elabora una serie de indicadores de analizabilidad a partir de índices del TRO. Busca esclarecer las características de la fantasía de enfermedad y curación y su incidencia en el nivel de compromiso afectivo y grado de colaboración que pueda brindar un paciente en su terapia. Para ello utiliza especialmente las láminas A1, AG y Blanca. Investiga en la primera el grado en que el paciente acepta el conflicto, lo siente como propio y asume responsabilidad por él, así como el área en la cual el conflicto se expresa; en la segunda trata de evaluar la posibilidad de elaborar duelos y en la Blanca, el acceso a recursos de idealización y uso de defensas máxicas operativas para salir de la depresión.

En un trabajo mío realizado con la licenciada Guinzbourg de Braude, también a partir del TRO, privilegamos muy especialmente el análisis comparativo de las tres láminas de un solo personaje y la alternativa a la A1 solicitada al final del test, a fin de ver las fantasías de vínculo respecto del posible terapeuta.

Las TP como instrumento especialmente adecuado para el seguimiento de procesos terapéuticos han sido tema de múltiples trabajos en la clínica y la investigación. La corrección de la indicación terapéutica debe establecerse tabulando las modificaciones del sujeto respecto de sus propios resultados y no en relación con una pauta ideal de curación. Los criterios de mejoría deben ser establecidos previamente a la iniciación de cualquier tipo de tratamiento. Esto requiere la reiteración de la misma forma de evaluación (test-retest) y la especificación de los momentos en que se realiza: durante, al final y/o después del tratamiento.

Al contrastar al sujeto consigo mismo puede evaluarse el área, la dirección y el monto de los cambios, así como su estabilidad.

Badaracco y Juvet⁵¹ señalan por ejemplo la riqueza de esta aplicación sistemática en los casos de pacientes graves que requieren un tratamiento individual junto a un abordaje familiar. Se pueden verificar los cambios intrapsíquicos del paciente designado, explicitar los que aún hay que obtener y luego correlacionar estos datos con las modificaciones que se observan en el grupo familiar.

Peyru presenta, a partir de una experiencia más clínica,⁵² un proyecto de trabajo de seguimiento de Rorschach y TRO.⁵³ Intenta especificar las condiciones de indicabilidad de los recursos técnicos de acuerdo con 20 categorías diagnósticas. Estipula retests durante, al final y después del tratamiento, y especifica que el seguimiento intermedio permite confirmar o cuestionar la estrategia inicialmente adoptada, mientras que aplicado antes del alta constata modificaciones respecto de los momentos inicial y medio. También permite evaluar las condiciones de cierre y ofrece un control objetivo para la medición de la eficacia terapéutica (sin descontar que además siempre actúan un sinnúmero de variables intervinientes). El seguimiento posterior daría idea de la estabilidad de los cambios logrados y la oportunidad de micro o macrointervenciones para evitar una recidiva.

Entre los trabajos de seguimiento extranjeros, posiblemente los más significativos son los de la Clínica Menninger, a cargo de Appelbaum,⁵⁴ y los de los Rorschach Workshops, de Exner.⁵⁵

Aunque con marcos teóricos muy disímiles, ambos estudios intentan responder las mismas preguntas:

1. De qué manera se modifica el paciente (¿por insight?, ¿por sugestión?, ¿por el contacto interpersonal?, ¿por su cambio de rol en el sistema?, etcétera).
2. Cuáles son los aspectos que cambian y cuáles los que no cambian en cada tipo de tratamiento.
3. Cuáles son los indicadores específicos de la factibilidad de estos cambios en un sujeto en particular.

En el caso de la Clínica Menninger se utiliza una batería completa, con retest, antes, durante y después del tratamiento. El seguimiento posterior en algunos casos llega a 20 años. Se contrastan los resultados respecto de tres tipos de terapia: analítica, expresiva y de apoyo.

En el estudio de Exner el número de casos estudiados es mucho mayor, hay un grupo de control y los sujetos son asignados a siete tipos de terapia elegida por el paciente: analítica, gestáltica, modeladora, de afirmación del yo, transaccional, de desensibilización y *biofeedback*. El diagnóstico se repite a los 9, 18 y 29 meses de iniciada la terapia. Se usa el Rorschach y la Escala de Ajuste de Katz llenada por un familiar.

Combinando algunos de los resultados obtenidos en ambas investigaciones puede señalarse que:

- El psicodiagnóstico permite una indicación terapéutica más certera y personalizada y una predicción de las posibles vicisitudes del proceso. Alerta sobre los aspectos patológicos que pueden haber quedado encubiertos en la entrevista.
- Pueden establecerse indicaciones y contraindicaciones muy precisas cuando una técnica terapéutica define con claridad el tipo de pacientes que requiere.
- Los aspectos centrales de la personalidad son difíciles de modificar, cambian más en terapias de corte analítico, pero no exclusivamente en éstas: por ejemplo se observan reversiones de la fórmula vivencial con técnica gestáltica e incluso algunos cambios estructurales en pacientes muy graves con terapia de apoyo.
- La estabilidad de algunos de estos cambios es relativa: se pueden encontrar variaciones durante y después del tratamiento, lo cual replantea el *timing* del seguimiento. Por ejemplo Appelbaum cuestiona hacerlo en el momento de la terminación, porque la ansiedad de separación puede encubrir en parte los resultados obtenidos.
- No hay necesariamente una relación directa entre cambios en los aspectos intrapsíquicos evaluados por los tests y las modificaciones o logros del sujeto en la vida diaria y en sus relaciones interpersonales. Para verificar el éxito terapéutico deben tomarse en cuenta ambos tipos de indicadores.

LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS EN ÁREAS DIFERENTES DEL ÁMBITO CLÍNICO

El contexto situacional

El ámbito específico en el que se realiza una evaluación psicológica proporciona siempre una situación motivacional especial tanto al entrevistado como al entrevistador. Tiene objetivos específicos y una particular manera de comprender el material para responder a éstos.

El contexto situacional en tanto variable interviniente es subrayado a la vez por Phillipson⁵⁶ para el TRO, y por Holt⁵⁷ para el TAT. Así por ejemplo este último considera que cada historia del TAT es el complejo resultado del interjuego de nueve clases de determinantes: el contexto situacional, las tendencias directrices, el impacto perceptivo, el despertar de las necesidades y afectos, los circuitos defensivos, la elaboración asociativa, las aptitudes y el estilo personal. Unos tienen mayor alcance que otros, pero todos intervienen y operan en cada historia.

Basándose en la teoría de Lewin, Holt recuerda que la conducta es una función de la naturaleza de la persona y de su ambiente, por lo tanto un mismo sujeto podría ofrecer distintos aspectos de sí e inventar historias disímiles según responda al test para colaborar con un amigo que lleva a cabo una investigación, lo haga porque el test está incluido en un contexto terapéutico o bien porque el test forma parte de una pericia judicial. Por lo tanto, al hacer una breve referen-

cia a cada área, estipularemos el tipo de situaciones o problemas a resolver basándonos en los datos que aportan los tests (que en su mayoría son los mismos que en la clínica) para señalar luego las diferencias en su abordaje interpretativo y en algunos casos la creación de TP específicas.

a) Las TP en el área educacional

Los problemas más frecuentes con que se enfrenta el psicólogo en esta área (que comparte con los psicopedagogos, sobre todo aquellos que hacen "psicopedagogía clínica") se refieren a la prevención y/o psicodiagnóstico de problemas de aprendizaje y la orientación vocacional.

Los trastornos de aprendizaje

Es interesante señalar que la bibliografía encontrada sobre esta área muestra claramente la incidencia de esquemas referenciales disímiles, que se expresan en conceptualizaciones que en apariencia son contrapuestas, pero que vuelven a unificarse cuando el abordaje es esencialmente clínico. Los materiales recomendados para la batería diagnóstica son los mismos (gráficos, Desiderativo, CAT), pero se subrayan diferentes aspectos a tomar en cuenta.

De acuerdo con Tarnopolsky,⁵⁸ que incorpora aportes de Klein, Rapaport, Pearson y Luzuriaga (lo cual también evidencia una doble raíz en la teoría de las relaciones objetales y la teoría del yo), el nivel de maduración para el aprendizaje depende del complejo interjuego de factores intelectuales, emocionales y el equipo biológico que el niño trae al nacer. No es suficiente poseer un alto CI si éste no va acompañado por una estructura de personalidad medianamente sana y emocionalmente madura. El yo debe poseer la plasticidad necesaria para enfrentar el aumento de los impulsos o la invasión de los estímulos externos recurriendo en forma predominante a mecanismos propios del proceso secundario.

Para realizar el diagnóstico diferencial se busca analizar la correlación entre los niveles de pensamiento lógico, de acuerdo con la teoría psicogenética de Piaget, y la estructuración del yo siguiendo un enfoque psicoanalítico. Se trataría además de evaluar hasta dónde se ha realizado un adecuado pasaje a la posición depresiva, requisito indispensable para un adecuado manejo simbólico y una sublimación eficaz.

Para esta autora el valor de las técnicas proyectivas en el proceso de evaluación reside en su capacidad para detectar el estilo de los mecanismos de defensa básicos del entrevistado y la estructura de sus relaciones objetales, así como la intensidad de los impulsos agresivos, sobre todo cuando predominan los autogresivos, dando lugar a la contrainteligencia.

Para Paín,⁵⁹ en cambio, "diagnosticar el no-aprender como sintoma consiste en encontrar su funcionalidad, es decir su articulación en la situación integrada por el paciente y sus padres. La oligotimia es, ante todo, un lugar que el sujeto viene a ocupar..." (pág. 95). De ahí que el eje del diagnóstico será la articulación del síntoma, el sentido de la ignorancia en el triángulo edípico.

En toda evaluación debe develarse el porqué y el cómo del problema de aprendizaje. El "porqué" consiste en las condiciones que han hecho posible que el sujeto eligiera esa sintomatología y no haya podido defenderse del rol que se le había adjudicado. El "cómo", es la peculiar modalidad por medio de la cual el

pensamiento inhibe la función o la tergiversa con comportamientos cognitivos confusos o lábiles, por ejemplo, si ataca predominantemente a los procesos mnémicos o si se muestra incapaz de establecer relaciones o clases.

De ahí que en las pruebas proyectivas interese especialmente observar:

- Los recursos simbólicos para la representación.
- La modalidad de inventario y organización e integración de la fantasía.
- El uso de la negación y la perturbación de la identidad.

En líneas generales se atendería a la eficacia o limitación de los recursos cognitivos para organizar la descarga emotiva: a la vez contener y liberar los afectos. Importa registrar la modalidad con que la inteligencia trata al objeto, de qué manera lo reconoce y lo conecta con su experiencia, lo discrimina y lo utiliza de acuerdo con su necesidad.

Las TP permitirían:

- Evaluar la capacidad del pensamiento para construir un relato o dibujo con una organización coherente para vehiculizar una emoción.
- Apremiar el deterioro que se produce en el pensamiento cuando éste es invadido por el afecto.
- Tener una oportunidad para detectar la norma de la incongruencia.

"Pero el pensamiento incoherente no es la negación del pensamiento, habla allí mismo donde dice mal o no dice nada, brindando la oportunidad de saber cómo ignora el sujeto" (pág. 84).

Diferenciando los tests gráficos de los verbales, Paín señala que la figura humana suele estar especialmente deteriorada cuando existen problemas de aprendizaje, ya que el sujeto no despliega estructuras que le permitan coordinar adecuadamente la realidad, y tiene dificultades con su esquema corporal. En los tests verbales en cambio aparece más la omisión y confusión de objetos o aspectos del estímulo, y en algunos casos la negación de algún elemento en particular. A veces los relatos además de pobres son solamente descriptivos, como si lo peligroso estuviera en la coordinación que permite la fantasía.

En el Desiderativo puede hacerse un análisis muy fino de la identificación, diferenciando si se trata de una identificación para ser el objeto o para ser poseído.

Junto con el uso de las técnicas más clásicas, se está desarrollando (en parte por mi apoyo inicial), una adaptación específica del test de Bernstein, dando lugar al Test de la Pareja Educativa.⁸⁰

El supuesto básico del que se parte es: "El tipo de vínculo que se establece en cada situación de aprendizaje será la resultante dinámica del interjuego entre el sujeto que aprende y el sujeto que enseña, sus propios objetos internos asociados a este acto de aprender y otros objetos externos en juego durante este proceso en constante relación dialéctica".

En su último trabajo las autoras se centran especialmente en el análisis sistemático y pormenorizado del "objeto de aprendizaje", utilizándolo como indicador básico para la detección del tipo de relación vincular. Especifican variables gráficas, tales como: cantidad y cualidad de los objetos de aprendizaje incluidos, relación y distancia con los mismos, tipo de interacción, etcétera, mientras que en el nivel de la historia investigan la existencia de adiciones de otros personajes, características del que enseña y del que aprende, tipo de encuentro o desencuentro, y desenlace. Los primeros datos recogidos parecen indicar que el test permite detectar diferencias significativas entre una muestra de escolares sin

problemas de aprendizaje y niños que recurren a tratamiento, y es especialmente interesante el mayor énfasis en la asimetría del vínculo que presenta la muestra de niños con trastornos.

La orientación vocacional

Quizás en pocas especialidades como en ésta se hacen tan visibles las diferencias de enfoque entre un abordaje más clínico o bien psicométrico de la tarea. Para orientar a un sujeto en su elección vocacional, la línea psicométrica intenta lograr un perfil lo más objetivo posible que integre una multiplicidad de datos respecto del nivel, habilidades e intereses a fin de sugerir a partir de allí las posibles carreras en las cuales el sujeto podrá tener éxito. Para el clínico, aunque no se descartan aptitudes e intereses, el foco de la tarea es el deuteroprendizaje del proceso mismo de elegir. Se busca establecer cuáles son los conflictos que dificultan la elección, cómo juegan en éstos las identificaciones, ansiedades y fantasías, para ver de qué manera el psicólogo puede ayudarlo a arribar a una elección lo más autónoma posible. Este enfoque parte de la base de que la profesión es parte de la identidad, y que la desorientación suele ser un aspecto parcial de la crisis adolescente.

De acuerdo con Bohoslavsky⁸¹ los criterios para el diagnóstico que facilitan la comprensión de la identidad vocacional del entrevistado son: el manejo del tiempo, el momento vital en que está y en su relación con el proceso de elegir, las ansiedades predominantes, las carreras como objetos y sus características, las identificaciones predominantes, la situación por la que atraviesa, las fantasías de resolución y la deuteroelección. Para responder a estos interrogantes, el psicólogo cuenta en primera instancia con las entrevistas (individuales o colectivas según el caso), y complementariamente con los datos de los tests. Rebatido la frecuente idealización de los mismos por parte del adolescente desorientado ("Vengo para que me hāgā el test"), pone en el centro de la escena la función del psicólogo como facilitador del crecimiento y no como oráculo o garantía del éxito futuro.

En cuanto a los tests a aplicar, considera que "en todos los casos la selección de la batería supone un prediagnóstico, ya que cuanto más claras sean las preguntas que se espera que el test conteste, más ajustada será la evaluación del mismo y tanto más se ajustará la prueba a su papel instrumental" (pág. 102).

De ahí que no pueda estipular una batería única sino que sugiera que según los casos se usen, dentro de las técnicas proyectivas, el TRO o el TAT, el Desiderativo o algunos gráficos, pudiendo también incluirse un Mis Manos y un Test de Frases Incompletas especialmente construido con este fin. Considera útil correlacionar las respuestas del Desiderativo con las historias frente a la lámina Blanca, y en el caso de realizarse dentro del colegio recomienda aplicar también un sociograma.

Para Orlando⁸² elegir significa realizar una síntesis; esto no depende de la inteligencia básica, ni de los intereses ni de las habilidades, sino del modo en que evoluciona el desarrollo de la persona como un todo. Para evaluar el momento de esa síntesis en que se halla el adolescente, esta autora utiliza como única técnica proyectiva el Rorschach, hace un análisis exhaustivo del protocolo de la producción espontánea y lo contrasta con las respuestas y la conducta frente al interrogatorio y límites.

Otro test especialmente valioso en este proceso es el de la Familia Kinética, sobre todo cuando se hace la aplicación secuencial de la Actual y la Prospectiva, ya que se puede extraer de sus diferencias el tipo de proyecto vital que tiene el sujeto para sí y su familia. Esta producción individual a su vez puede correlacionarse con los datos obtenidos de la entrevista familiar, muy útil para ver el tipo de expectativas y presiones. Se recomienda tomar durante su transcurso Familia Kinética con técnica de consenso,⁶³ ya que el material así recogido sirve como punto de partida para el intercambio de ideas respecto de la experiencia de padres y hermanos y las expectativas y temores propios respecto del futuro, etcétera.

b) Las TP en el área laboral

Mientras que la tarea en el campo educacional está muy emparentada con la clínica, el contexto laboral tiene características específicas que importa reseñar a fin de evaluar el rol de las TP.

La inserción del psicólogo en este campo se origina en los estudios pioneros de Munsterberg, quien cuando trabajaba en Harvard estableció las premisas básicas:

- Toda profesión o trabajo debe ser examinado para establecer sus características y las cualidades de desempeño que requiere (*job-analysis*).
- Las propiedades requeridas para un buen desempeño pueden ser verificadas anticipadamente mediante el uso de los tests.
- Esto permitirá un mejor funcionamiento de la empresa y un mayor desarrollo de la persona ubicada en el puesto o profesión adecuada.

Aunque hoy en día el rol del psicólogo en esta área se ha ampliado enormemente, pues se lo incluye por ejemplo como asesor institucional o experto en capacitación y desarrollo, la selección de personal o evaluación de recursos humanos sigue siendo una de sus tareas más frecuentes, ya sea que trabaje dentro de la empresa o como consultor, en incorporación o reubicación de personal.

La diferencia con la clínica está claramente marcada por A. Fernández,⁶⁴ cuando señala: "La finalidad de esta evaluación no será el diagnóstico de personalidad, sino el diagnóstico de una situación total de individuo y empresa, y el énfasis estará puesto en el pronóstico de desempeño del individuo" (pág. 9).

El objetivo es hallar la persona más cercana al ideal para cada puesto perfilado en la descripción de la tarea. Se considera que no existe el "candidato ideal", sino que un candidato es "bueno" cuando al ubicarlo logra aprovechar al máximo sus aptitudes y satisfacer sus aspiraciones e intereses, situación que a la vez redundará en un mejor rendimiento.

Otras características del contexto que inciden en la relación entrevistado-entrevistador y también lo hacen en la producción, serían:

- Para el entrevistado, se trata de una situación impuesta por la empresa como requisito para acceder al puesto. Esto necesariamente lleva a un incremento de la ansiedad persecutoria y a una posible actitud defensiva que eventualmente se expresa como excesivo sometimiento, restricción del material o incluso ocultamiento de datos.
- Para el entrevistador, la tarea siempre es doble, en tanto que sólo habiéndolo logrado un adecuado diagnóstico de la "personalidad de base de la empresa", comprenderá qué tipo de candidato ésta necesita para ajustarse

al perfil de puesto.

Junto a este mayor nivel de exigencia tiene poco tiempo para trabajar con una producción muchas veces restringida, con sentimientos de culpa cuando informa negativamente y con frustración cuando sus recomendaciones no son tomadas en cuenta. Y muchas veces, con ciertos cuestionamientos sobre los aspectos ético-sociales de su rol, que sólo puede resolver por medio de una devolución breve para reorientar al postulante que no logra su objetivo.

Según Lagomarsino⁶⁵ "encontramos paradójicamente que a veces resultados negativos producen un gran alivio en sujetos que luego de presentarse se plantean dudas sobre su real capacidad de asumir el cargo" (pág. 7).

Otra diferencia con la clínica, es que la mayor exigencia temporal y la necesidad de incluir pruebas específicas para determinado cargo, hacen que la selección de tests sea un elemento crucial de la evaluación. El psicólogo deberá conocer muy bien cuáles son los datos que puede aportar cada material, y qué significación tendrá un mismo dato si se trata de un candidato para un nivel de dependencia o de supervisión, para un cargo de vendedor o de perito contable. "...Es menester partir de las exigencias propias del trabajo en particular para buscar en las pautas de la prueba los datos que necesitamos, sin perder de vista que cada persona se ajusta a su manera a lo que la tarea le demanda", destaca Juvert⁶⁶ (pág. 358).

Para el análisis de la personalidad las TP serán el eje de la batería, ajustándose según la envergadura de la búsqueda y del puesto la inclusión de tests más completos o abreviados (por ejemplo Rorschach o Zullinger); se pueden incorporar otros menos frecuentes tales como el Wartegg y el Test de las Pirámides de Pfister, buscando no reiterar los que el candidato ya conoce.

El TAT de Murray ha sido especialmente adaptado por Mc Clelland para investigar motivación de logro, afiliación y poder, tema esencial en búsqueda de ejecutivos.⁶⁷ En términos generales, en cuanto a lo afectivo se buscará detectar la madurez emocional, las formas de reacción a frustraciones o momentos críticos, el grado de compromiso con la tarea, la capacidad de relacionarse interpersonalmente, las condiciones para dirigir, supervisar y/o liderar grupos de trabajo, o para ser dirigido, etcétera.

En nuestro país, la versión abreviada del TRO que establecí con un equipo de especialistas en este campo⁶⁸ propone un reordenamiento y sistematización de variables a partir de los indicadores en la conducta (con el entrevistador y la tarea), la historia misma, y las características proyectadas en los personajes, sus vínculos y el ámbito, respecto de:

- El tipo de pensamiento y la modalidad perceptiva.
- La capacidad para organizar y planificar.
- El nivel de productividad, actividad y perseverancia.
- El grado de autonomía, capacidad para tomar decisiones y responsabilidad.
- La capacidad para adaptarse a situaciones nuevas.
- La modalidad de contacto en las relaciones interpersonales.

Al igual que en las demás áreas, no hay una sola manera de armar la batería ni un test que sea específico, sino que lo esencial es la adecuada comprensión de cuál es la tarea que se solicita del psicólogo y con cuánta solvencia maneja los tests. A esto se agrega el especial cuidado que deberá tener en los infor-

mes, ya que allí sólo deberá figurar aquello necesario para ingresar o no al candidato, a fin de asegurar la privacidad de la información recogida.

c) Las TP en el área forense

Semejante al área laboral, en tanto las personas a ser evaluadas no se prestan en forma espontánea sino que son citadas por un tercero, en este caso la autoridad judicial, la tarea en el área forense también requiere del psicólogo un claro conocimiento acerca de las preguntas específicas que el derivante desea que la evaluación y los tests le ayuden a responder. Pero, de acuerdo con Exner,⁶⁹ hay algo que diferencia esta área de otras: lo "definitivo" que puede llegar a ser una sentencia. Este carácter hace que al psicólogo le quepa la gran responsabilidad de actuar con mucha prudencia. Debería siempre funcionar en el rol de consultor y no de "testigo experto" que asume el destino final de la situación.

Los materiales a aplicar también se elegirán de acuerdo con la problemática planteada. Tal vez incluya una sola TP (generalmente el Rorschach), o tal vez se decida por una batería más amplia, cuando el factor de la presión temporal es menor. Aunque en la mayoría de los casos se le solicita una evaluación de la personalidad, los rasgos esenciales a evaluar serán diferentes según se trate de:

- Hacer un diagnóstico diferencial para discriminar el sustrato psicótico o psicopático, etcétera, de un acto de agresión en un juicio penal.
- Evaluar el grado de peligrosidad o recuperabilidad de un preso a fin de decidir su destino carcelario y plan de rehabilitación.
- Evaluar el daño sufrido de acuerdo con las características de personalidad previa a una situación traumática, en un juicio por daños y perjuicios.
- Establecer el nivel de competencia y lucidez de un anciano cuando se cuestiona la validez de un testamento en relación con una herencia.
- Establecer el grado de responsabilidad que le cabe a una joven que quiere ella por haber sido víctima de una violación.

Y, en los casos que involucran a menores en juzgados de familia:

- Evaluar los rasgos de personalidad y actitud parental de una pareja que solicita adopción.
- Hacer una evaluación comparativa de la capacidad de protección y cuidado de cada uno de los padres en una disputa por la tenencia de los hijos.
- Detectar el peligro de recidiva en padres que han sometido a un niño a maltratos o abusos, etcétera.

En relación con estos casos que involucran al grupo familiar Burns⁷⁰ enfatiza el valor del Test de la Familia Kinética, que permite inferir, a partir de la producción del niño, de quién se siente más cerca, cómo vive a cada uno, a quién teme, etcétera. También lo aplica a los padres.

CONCLUSIONES

Dos encuestas publicadas en 1984 concuerdan en reseñar la indudable paradoja de que a pesar del proceso de aparente desprestigio de las TP, éstas aún ocupan un lugar privilegiado en la clínica, superando en mucho el uso de técnicas objetivas de espectro limitado.

Piotrowski⁷¹ realizó su encuesta en diferentes contextos y encontró que:

- La comunidad académica considera la enseñanza de las TP como secundaria y da mayor énfasis al aprendizaje de los tests objetivos.
- La Asociación Norteamericana de Psicólogos, en su rama dedicada a la evaluación, nombra como los instrumentos más usados el Rorschach y el TAT, y le otorga mayor credibilidad a su experiencia clínica positiva con ellos que a los reveses que éstos han sufrido en la investigación de su validez predictiva.
- En los Centros de Entrenamiento de Residentes, un 65 por ciento de los jefes se quejan de la mala formación del psicólogo en el área de la evaluación y de su conocimiento sólo superficial del Rorschach y del TAT.
- Las clínicas psiquiátricas usan de preferencia el Rorschach, TAT, Bender, Figura Humana y Frases Incompletas, y el 90 por ciento de los jefes considera que un postulante para incorporarse debe manejar TP.
- En el nivel privado, la técnica más utilizada, sobre todo para el diagnóstico diferencial, es el Rorschach.

Lubin y otros⁷² investigan el rango que ocupa cada test de acuerdo con una lista de los 30 más usados en 1969, que incluye TP y tests de inteligencia. Contratan el lugar que ocupa cada uno a lo largo de los años desde 1935 a 1982. Los resultados indican que el Rorschach, el TAT, el *House, Tree, Person* (HTP) y el Figura Humana se encuentran siempre entre los diez primeros, el Rotter baja del décimo al duodécimo lugar y el que más ha cambiado haciéndose cada vez más popular es el MMPI: décimosegundo en 1946, séptimo en 1969 y segundo en 1982! Las razones por las cuales las TP aún siguen figurando en los primeros lugares según las encuestas son las siguientes: facilitan el rapport, ahorran tiempo porque son de espectro amplio, ayudan a enseñar conceptos psicodinámicos a psicólogos en formación. En cuanto a su destino futuro, se subraya como especialmente promisorios la mayor sutileza y refinamiento de los criterios de interpretación del Rorschach al integrar ítems en escalas multidimensionales tales como las propuestas por Exner, Blatt, Holt, etcétera. Es evidente que dentro de este espectro de aportes son disímiles los enfoques de autores como Blatt, de clara raigambre psicoanalítica, y Exner, más empírico, lo cual permite a este último integrar una batería con el MMPI y el Rorschach, enfatizando que es tan importante recoger en el inventario la autopercepción más manifiesta que el paciente tiene de sí y la imagen que quiere transmitir, como indagar los aspectos más profundos de su personalidad para lograr una imagen integrada del paciente como un todo.

Es evidente que a pesar de los enfoques disímiles todos los autores enfatizan la incidencia de la capacidad del psicólogo que utiliza las TP como factor esencial para su validez. Lo que éste más requiere es una buena formación general en clínica y un largo y profundo aprendizaje en el manejo e interpretación de los tests, junto a cualidades personales que dan, aún hoy, "carácter artístico" a la vez que científico a una buena interpretación. Esto señala la riqueza potencial de las TP pero también su debilidad, ya que como dice Hammer,⁷³ "En manos de algunos estudiantes los gráficos son un instrumento exquisito y sensible, mientras que otros, que aplican una lectura rígida y no empática del material, funcionan como un teléfono desconectado" (pág. 175).

Sin volver a las expectativas iniciales, que hoy sabemos exageradas, podríamos entonces señalar que depende básicamente de una adecuada enseñanza

que las TP puedan mantener o recuperar su lugar en las diferentes áreas, rompiendo así el círculo vicioso negativo. Una mejor enseñanza llevaría seguramente también a un mayor interés y preocupación por la investigación "de y con" el instrumento, una constante revisión de los criterios de interpretación y la búsqueda de normas poblacionales más precisas y específicas, lo que incrementaría el valor científico de las TP.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Verthelyi, R. F. de, *El problema de la validez y la confiabilidad en las técnicas proyectivas*, Serie Psique, Nueva Visión, Bs. As., 1973.
- Verthelyi, R. F. de, *Breve revisión del rol del psicodiagnóstico en la indicación terapéutica*, Primer Congreso de Psicoterapias, Universidad de Belgrano, 1981.
- Exner, J., "Projective Techniques", en *Clinical Methods in Psychology* Ed. Welner, I., John Wiley, N.Y., 1976.
- Menninger, F., "Prefacio", en Rapaport, D., *Tests de diagnóstico psicológico*, Paidós, Bs. As., 1965.
- Abt, L., *Psicología Proyectiva*, Paidós, Bs. As., 1967.
- Rapaport, D., "Implicaciones teóricas de los procedimientos de verificación diagnóstica y las técnicas proyectivas y la teoría del pensar", en Knight, R., *Psiquiatría psicoanalítica*, Hormé, Bs. As., 1960.
- Rapaport, D., *Tests de diagnóstico psicológico*, Paidós, Bs. As., 1965.
- Blatt, S., "The validity of projective techniques and their research and clinical contribution", *J. of Pers. Asses.*, Vol. 39, 1975.
- Korchin, S., Schulberg, D., "The future of clinical assessment", *American Psychologist*, Vol. 36, Nº 10, 1981.
- Eysenck, H., *Sense and nonsense in psychology*, Pelican Book, Australia, 1956.
- Macfarlane, J., Tuddenham, R., "Problemas planteados en la validación de las técnicas proyectivas", en Anderson y Anderson (comp.), *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*, Rial, Madrid, 1963.
- Meehl, P., "Some ruminations on the validation of clinical procedures", *Canadian J. of Psychology*, Vol. 20, 1959.
- Holt, R., "Methods in Clinical Psychology", *Prediction and Research*, Plenum, N.Y., Vol. 2, 1978.
- Holt, R., "Clinical and statistical prediction: a retrospective and would-be integrative perspective", trabajo presentado a la American Psychological Association, Toronto, 1984.
- Rabin, A., Hayes, D., "Concerning the rationale of diagnostic testing", en *Clinical Diagnosis of Mental Disorders*, Plenum, N.Y., 1978.
- Wiener, J., "Does psychodiagnosis have a future?", *J. of Pers. Asses.*, Nº 36, 1972.
- Howes, R., "The Rorschach, does it have any future?", *J. of Pers. Asses.*, Nº 4, 1981.
- Meehl, P., *Clinical vs. Statistical Prediction. A Theoretical Analysis and Review of the Evidence*, U. Minnesota Press, Minn., 1954.
- Bleger, J., "Criterios de diagnóstico", *RAP*, tomo XXX, Nº 2, 1973.
- Mannoni, M., *La primera entrevista con el psicoanalista*, Gedisa, Bs. As., 1973.
- Szas, T., *Ideología y enfermedad mental*, Amorrortu, Bs. As., 1976.
- Albee, G., "Notes towards a position paper opposing psychodiagnosis", en Mahrer (comp.), *New Approaches to personality classification*, Plenum, N.Y., 1970.
- Goldfried, M., Kent, R., "Traditional vs. behavioral personality assessment", *Psychol. Bulletin*, Nº 77, 1972.
- Meyer Chesser, *Behavioral Therapy in Clinical Psychiatry*, Science House, N.Y., 1970.
- Lerner, M., *Introducción a la psicoterapia de Rogers*, Nueva Visión, Bs. As., 1974.
- Papp, P., "The greek chorus and other techniques of paradoxical therapy", *Family Process*, Nº 19, 1980.
- Fischer, L. y otros, "Types of paradoxical intervention and indications and counterindications for use in clinical practice", *Family Process*, Nº 20, 1981.
- Klopfers, W., "A blind guiding a blind", *J. Pers. Asses.*, 28, 1964.
- Malan, D., *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica*, Paidós, Bs. As., 1983.
- Exner, J., *The Rorschach: a comprehensive system*, Wiley Sons, N.Y., 1978, Vol. 1, 1974.
- Campo, V., "Psicodiagnóstico y ética, *El Rorschach en la Argentina*, Año 7, Nº 1-2, 1979.
- Phillipson, H., "Enquadre para el uso terapéutico de los métodos proyectivos", en Verthelyi, R. F. de (comp.), *Actualizaciones en el test de Phillipson*, Paidós, Bs. As., 1983.
- Verthelyi, Nijamkin, Veccia, "El psicodiagnóstico: alternativas en su enseñanza y su incidencia en la práctica profesional", presentado en las Jornadas Nacionales de Psicodiagnóstico, Tucumán, 1988.
- Ocampo, M., García Arzeno, M., *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*, Nueva Visión, Bs. As., 1974.
- Rodríguez Amenábar, V. C. P., "Psicodiagnóstico: Reflexiones sobre la praxis y la docencia", presentado a las Jornadas Nacionales de Psicodiagnóstico, Tucumán, 1988.
- Leiva, M. S. G., "El status científico de las Técnicas Proyectivas", *Actualidad Psicológica*, 1988.
- Alvarez y col., "Perspectivas en psicodiagnóstico", *Psicodiagnóstico de Rorschach y otras Técnicas Proyectivas*, año 10, Nº 1, 1987.
- Silberstein, F., "Epistemología del Rorschach", presentado al XII Congreso Internacional de Rorschach y otras Técnicas Proyectivas, Brasil, 1987.
- Izaguirre, L. B., Sorribas, E., "Propuestas metodológicas para la investigación con el psicodiagnóstico de Rorschach", *Revista Argentina de Rorschach de Rosario*, Nº 1, 1987.
- Silverstein, F. M., "De las desventuras del Rorschach con el psicoanálisis", presentado a las Jornadas Nacionales de Psicodiagnóstico, Tucumán, 1988.
- Schafer, R., "Interpersonal dynamics in test situation", en *Psychoanalytical Interpretation of Rorschach testing*, Grunne Stratton, N. Y., 1954.
- Duarte, A., "Las Técnicas Proyectivas en la investigación y la clínica. El problema del juicio clínico", Congreso de Rorschach y TP, Rosario, 1980.
- Schafer, R., "Criterios para juzgar la adecuación de las interpretaciones", en *Psychoanalytical Interpretation of Rorschach Testing*, Grunne Stratton, N. Y., 1954.
- Winnicott, D., *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*, Basic Books, N. Y., 1971.
- Grassano de Piccolo, E., *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*, Nueva Visión, Bs. As., 1977.
- Friedenthal, H., "Interrogatorio, test de límites y señalamientos en el TRO", en Verthelyi, R. F. de, *op. cit.*, 1983.
- Scott, B., "Inteligencia y patrones de respuesta en el Rorschach", *El Rorschach en la Argentina*, Año 2, Nº 1, 1970.
- Hirsch, S., *Reflexiones sobre el abordaje psicoterapéutico a partir del Rorschach*, Congreso Latinoamericano de Rorschach y TP en San Pablo, Brasil, 1985.
- García Arzeno, M., "La fantasía de enfermedad, curación y análisis (Su importancia clínica y su diagnóstico a través del TRO)", en Verthelyi, R. F. de (comp.), *op. cit.*, 1983.
- Friedenthal, H., "Psicología clínica y analizabilidad. Indicadores de analizabilidad en el TRO", en Paz, C. A. (comp.), *Analizabilidad*, Paidós, Bs. As., 1971.
- Badaracco, J., Juvert, N., y otros, "El diagnóstico como recurso en el proceso psicoterapéutico", *El Rorschach en la Argentina*, Año 7, Nº 1-2, 1979.
- Fiorini, H., Peyru, G., *Aportes teórico-clínicos en psicoterapias*, Nueva Visión, Bs. As., 1978.
- Peyru, G., *La evaluación en las psicoterapias*, Primer Congreso sobre Actualización en técnicas de evaluación psicológica, Universidad de Belgrano, 1983.
- Appelbaum, S., *The anatomy of change*, Plenum, N. Y., 1977.
- Exner, J., *The Rorschach: a comprehensive system*, Wiley and Sons, Vol. 2, N. Y., 1978.
- Phillipson, H., *Test de Relaciones Objetivas*, Paidós, Bs. As., 1965.
- Holt, R., "El Test de la Apercepción Temática", en *Técnicas Proyectivas del diagnóstico psicológico*, Anderson y Anderson (comp.), *op. cit.*, 1963.
- Tarnopolsky, B., "Las técnicas proyectivas en el diagnóstico de las dificultades de aprendizaje", en Ocampo, M., García Arzeno, M. (comp.), *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*, Nueva Visión, Bs. As., 1974.
- Pain, S., *Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje*, Nueva Visión, Bs. As., 1973.
- Olivero, M. E., Palacios, C., *Test "Pareja Educativa". El objeto de aprendizaje como medio para detectar la relación vincular latente*, mimeo, 1985.
- Bohoslavsky, R., *Orientación vocacional. La estrategia clínica*, Galerna, Bs. As., 1971.
- Orlando, I., "El Rorschach en Orientación Vocacional", *El Rorschach en la Argentina*, Año 1, Nº 1, 1969.
- Verthelyi, R. F., de Menéndez, F., *Interacción y proyecto familiar. Evaluación individual, diaria y grupal por medio del Test de la Familia Kinética Actual y Prospectiva*, Gedisa, Bs. As., 1985.
- Fernández, A., "Ética y psicología laboral", en *Psicodiagnóstico de Rorschach y otras Técnicas Proyectivas*, Año 8, Nº 1, 1982.
- Lagamarsino, J., *El proceso diagnóstico en psicología laboral. Articulación del enfoque clínico y psicométrico*, presentado al Primer Congreso sobre Actualización en técnicas de evaluación psicológica, Universidad de Belgrano, 1983.
- Juvert, E. N., "El psicodiagnóstico de Rorschach en el campo laboral", *El Rorschach en la Argentina*, Año 3, Nº 2, 1972.
- McClelland y otros, *The Achievement Motive*, Appleton Century Crofts, N.Y., 1953.
- Verthelyi y otros, "El TRO abreviado. Su aplicación en el área laboral", en Verthelyi, R. F. de (comp.), *op. cit.*, 1983.
- Exner, J., *The Rorschach: a comprehensive system*, John Wiley, N.Y., Vol. 3, 1982.
- Burns, R., *Self Growth in families*, Brunner Mazel, N. Y., 1982.
- Piotrowski, C., "Projective Techniques: orwishing wont make it go away", *J. of Clinical Psych.*, 40, 1984.
- Lubin, E., Larsen, R., "Patterns of psychological test usage in the USA 1935-1982", *American Psychologist*, 1984.
- Hammer, E., *Assessment with projective techniques*, Springer, N.Y., 1981.