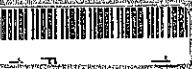


Folio (17)

- 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.

Lugar Editorial



1972

PAES

**BIBHUMA**  
Biblioteca de Humanidades  
"Prof. Guillermo Obolski"

<http://www.bibhuma.uba.ar>  
[bibhuma@fhsz.uba.ar](mailto:bibhuma@fhsz.uba.ar)  
Tel: 52 31 423 5725  
Calle 46 s/n 5º - 1º de subsuelo

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

Lugar Editorial

# TEMAS EN EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

RENATA FRANK DE VERTHELYI

20/1/9

## 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 distintas 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 Sluitell) y al azar del sorteo que favoreció a éste sobre los restantes temas en la tercera propuesta.

Mi interés al escribirlo —además del deseo de reintegrarme a la Facultad luego de una larga ausencia— fue el de pensar 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 (éscrito 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 distintas, 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.

FAMCE Ediciones Central

N° Inv. 11223

Sig. Top. 159.9.072.FRA

Fecha de Ab. 15/9/06

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.

entrevista diádica o familiar en el diagnóstico, va a resultar más fácil proponer como estrategia terapéutica seguir viendo conjuntamente a la nena y su mamá para lograr el desprendimiento, que si durante la evaluación hemos insistido en que la nena entre sola al consultorio para la hora de juego, buscando realizar una lectura más intrapsíquica del conflicto.

De todas maneras coincidido con Valeros,<sup>18</sup> psicoanalista de niños, en que la indicación terapéutica, que siempre es difícil, lo es aun más en el caso de niños, ya que "toda conclusión en cuanto a la comprensión del paciente, las expectativas y las motivaciones de los padres y el pronóstico clínico sobre el niño son altamente tentativas y parciales" (pág. 26).

De ahí que nuestra actitud debe ser a la vez firme y humilde para no fomentar en exceso una fantasía mágica de curación, que generalmente se da funcionando a la vez como sostén y resistencia del tratamiento.

Entre los recaudos importantes a tener en las entrevistas de devolución a padres está el de no actuar contraindicados con el hijo (vivido como víctima), ni funcionar como juez, aliándose con uno u otro miembro de la pareja parental según quién concuerde más con la devolución. Esto, que es válido para todo el proceso de evaluación, resulta esencial cuando el objetivo básico es lograr que ambos padres acepten juntos una mayor responsabilidad por las dificultades del hijo centrándose en buscar soluciones.

Cabe sin embargo, como dice Fiorini, diferenciar las resistencias del paciente de determinadas omisiones o actitudes inadecuadas del entrevistador que hacen el juego a esas resistencias cuando actúa desde un rol de supervyó rígido y exigente, más dispuesto a presionar que a elaborar con ellos la indicación terapéutica.

## EL INFORME PSICOLÓGICO: SUS CARACTERÍSTICAS, OBJETIVOS Y DIFICULTADES EN EL ÁREA CLÍNICA

*"El paciente está interesado en ser comprendido y en recibir un tratamiento efectivo para vencer sus dificultades. El tener en cuenta el rol del paciente en esta situación, permitirá que el clínico o el solicitante no se vean tentados a considerar la prueba como un ejercicio intelectual o una competencia de conocimientos. Si el informe psicológico no sirve de ayuda al paciente, en ese caso debemos dudar de su utilidad básica."*

Klopfert<sup>19</sup>, pág. 22).

### La integración de los datos recogidos

Para iniciar la organización de un informe, al igual que al planificar una devolución, debemos antes que nada realizar un cierre procediendo al análisis, síntesis y posterior integración del material. Todo informe es un recorte y una jerarquización de datos, en función de objetivos precisos, pero antes que nada debemos lograr una buena comprensión de los mismos.

Klopfert<sup>19</sup> basándose en su larga experiencia docente y como supervisor, recomienda para esta tarea aplicar un esquema ordenador del material construyendo un cuadro de doble entrada en el que figuren por un lado las áreas que se van a incluir en el informe y por otra los materiales aplicados. De esta manera, en cada casillero se ubicarán las inferencias más pertinentes a partir de la producción del sujeto en cada test, referidos a esa área específica.

En realidad, este macroesquema (que sugiere realizar en una cartulina grande) es similar al propuesto por los autores de los diferentes tests de láminas (TAT, CAT, TRO y otros) para facilitar el análisis y posterior integración del material significativo de las historias en función de los criterios de interpretación específicos que brinda cada test.

En ambos casos, tratándose de la integración intratest o intertests, lo ideal sería encontrar datos referidos a cada área en todos los materiales, pero esto no siempre es posible. El psicólogo sólo deberá incluir lo que realmente aparece y es más evidente en la producción, sin tratar de completar el cuadro con presunciones que no pueda fundamentar.

Aunque Klopfert reconoce que puede haber tantos esquemas específicos como autores —al variar las áreas y las técnicas que componen una batería— propone el siguiente cuadro, a partir del cual organiza sus informes. Es interesante señalar que la batería de tests que transcribe incluye pruebas muy diversas: de nivel intelectual y visomotor, a la vez que tests objetivos y proyectivos de personalidad, lo que proporciona un abordaje múltiple al sujeto. También es significativo que la entrevista no aparezca como técnica de exploración independiente dado su énfasis en los tests. Parece incluirla sólo como marco o contexto para la interpretación, sin darle un lugar en el cuadro.

Klopfert no especifica si el orden en que se ubican los tests en su esquema responde a la sucesión de administración de los mismos. Esto sería importante ya que facilita el análisis de la secuencia intertests, y hace más evidente los po-

sibles cambios que se fueron dando entre un material y otro a lo largo del proceso diagnóstico:

Bender WAIS · Rorschach MMPI TAT Completam.  
de frases

conducta durante el examen

aspectos intelectuales de la personalidad

aspectos afectivos de la personalidad

indicadores de sintomas

implicancias predictivas

Subrayando la diferencia entre indicador e hipótesis derivada, Klopfer enfatiza que en los casilleros sólo deberán figurar las inferencias de segundo orden que presenten suficiente apoyatura en el material. Secuencialmente sugiere que el análisis del cuadro se realice primero por columna, es decir intratest, para luego hacerlo por hilera, buscando e integrando las relaciones intertests. De esta manera se podrá contrastar los aportes de cada material a cada área propuesta.

Explorar cada instrumento por separado, y luego tener que contrastar los tests entre sí, permite encontrar las recurrencias y convergencias y obliga a buscar una explicación de las aparentes incongruencias y contradicciones, si las hubiere. Para ello el psicólogo tratará de integrar estas inferencias o hipótesis disímiles realizando un ordenamiento superior basado en determinada teoría de la personalidad, o indicará de qué manera las discordancias encontradas pueden estar reflejando aspectos muy disociados en el sujeto mismo.

Tratar de insertar una hipótesis diagnóstica en cada casillero referido al comportamiento del sujeto en cada test, no significa necesariamente que estos diagnósticos parciales tengan cabida en el informe final, sino que dentro de la modalidad de conducta específica que promueve la prueba, el entrevistado se comportó de una forma que sugierina la posibilidad de un tipo particular de estructura de personalidad o de patología. De todos modos, el diagnóstico final presuntivo que figura en el informe debe estar siempre basado en una integración lo más amplia posible de datos diversos.

Una vez realizado este esfuerzo de integrar, resultará algo más fácil recortar y jerarquizar aquellos aspectos descriptivos y dinámicos de la información recogida que se consideren más relevantes para ser incluidos en el o los informes que se confeccionen en cada caso en particular.

### El informe psicológico: definición

Tal como hicimos con el concepto de devolución corresponde definir con claridad qué entendemos por un informe psicológico.

De acuerdo con el diccionario, la palabra "informe" se refiere a:

- una noticia que se da acerca de un suceso o persona;
  - una exposición oral que hace el letrado o el fiscal ante el tribunal que ha de fallar en un proceso,
- y esta segunda acepción es una forma de contextualizar y delimitar a la primera en un ámbito específico.

En el área clínica, Ochroch<sup>20</sup>, con un enfoque basado en una concepción dinámica del diagnóstico individual, define el informe psicológico a la vez por su objetivo:

— "...es en primera instancia un instrumento para dar respuesta a las preguntas específicas del derivante"

y por su contenido:

— "Debe ser una descripción evaluativa de un ser humano. Qué clase de persona es, qué le pasa, y cómo esto que le pasa influye en cómo piensa, siente y se comporta..."

Esta descripción puede incluir múltiples dimensiones, tales como sus aspectos funcionales y disfuncionales, sus mecanismos adaptativos y modos de distorsión defensiva de la realidad, cómo y cuándo ocurren los momentos de disfunción (síntomas, inhibiciones) y qué los detona (aspectos dinámicos).

Inmediatamente agrega aquello que el informe no es:

— Una clase teórica sobre un cuadro psicopatológico, ya que esta descripción dejaría de mostrar una persona viva y única en un contexto particular, para transmitir en cambio un "esqueleto teórico deshumanizado" que no aporta ninguna información.

— La descripción de un sujeto a un conjunto de impulsos, defensas, conflictos y otras abstracciones. Es demasiado frecuente encontrar informes que muestran sólo los aspectos patológicos, sin tener en cuenta que esa misma persona, además de tener conflictos, puede ser "alguien a quien le guste ir al cine, suele hacer reuniones en su casa, se ríe de vez en cuando y quizás canta en un cuarteto" (pág. 2).

— Una descripción o respuesta definitiva sobre el entrevistado válida en todo momento, ya que sólo es una aproximación a él en el momento en que concurre a la consulta, con algunas hipótesis respecto de su historia pasada y posibilidades futuras.

Trataré de ampliar esta definición integrando aportes de diferentes autores y mi propio criterio. Me centraré sobre todo en:

- 1) qué funciones cumple;
- 2) qué áreas incluye;
- 3) cómo se organiza;
- 4) cómo se escribe.

y ofreceré aportes disímiles para que el lector encuentre indicaciones y sugerencias que permitan la reflexión sin restringirse a un modelo único.

### 1) Los objetivos del informe

¿Qué funciones cumple? ¿Cómo se relacionan estas funciones con las características del rol del psicólogo clínico?

El informe psicológico es generalmente el resultado de una evaluación realizada a pedido de uno o más derivantes. Si alguien ha sido remitido para su estudio se debe a que el remitente no ha podido llegar a una conclusión definida sobre su caso. Quien solicita una evaluación psicológica está preocupado y necesita datos para actuar, presenta una serie de preguntas más o menos específicas y requiere respuestas.

Para L'Abate<sup>21</sup> "El psicólogo es quien puede y debe desarrollar hipótesis independientes y explorarlas, eliminando las poco plausibles y añadiendo las evidencias más ciertas a partir de los instrumentos que considere más pertinentes para resolver esa consulta" (pág. 222).

La calidad del informe representaría el nivel de competencia profesional y de integración personal al que ha accedido el psicólogo. Lejos de ser una tarea rutinaria o accesoria al rol, el informe es el instrumento que expresa su papel específico como diagnosticador y como clínico, y demuestra la importancia y originalidad de su contribución profesional.

La particular forma en que el psicólogo estructura su informe refleja en gran medida su propia apreciación del rol que cumple. Si se siente excesivamente subordinado a los deseos del derivante tenderá a escribir un informe que despliegue la menor controversia posible. Si su funcionamiento es más seguro y autónomo, se guiará más por sus propios criterios aunque siempre teniendo en mente las inquietudes de quien deriva.

Mack<sup>22</sup> refiriéndose al psicólogo de niños en el área escolar, enfatiza muy especialmente este punto. "Al conducir una evaluación y al construir un informe, no deben nunca perderse de vista las razones del pedido de diagnóstico... He visto demasiados informes que fracasan en este aspecto. Se puede desarrollar la más intrincada matriz psicodinámica sin responder a las preguntas planteadas. Decir que un niño está celoso de su hermano no es suficiente explicación de por qué falla en lectura. Indicar que un joven no ha 'resuelto su edipo' no puede, en sí mismo, permitirnos entender por qué presenta problemas de conducta en el aula. Esos conceptos son demasiado generales..." (pág. 12).

La forma en que está planteado el problema por el que se consulta o se deriva tenderá al nivel de sofisticación que le corresponde al derivante. En el caso de que la demanda por parte del paciente, profesional o institución sea demasiado amplia, confusa, o aparentemente irrelevante le corresponde al psicólogo tratar de aclarar más qué se espera de él, antes de iniciar la evaluación a fin de poder trazar adecuadamente la estrategia de su tarea y responder con un informe pertinente.

Es evidente que la influencia del informe psicológico sobre la toma de decisiones final varía ampliamente según si el profesional trabaja dentro o fuera de una institución y acorde a las características particulares de cada una, y debe ser capaz de tolerar las limitaciones y la frustración que esto implica. Sin embargo, al mismo tiempo, la responsabilidad del psicólogo es mucha, ya que los datos del informe pueden llegar a influir enormemente en la vida del sujeto (sugerir el alta

o la internación de un paciente, recomendar la aceptación o no de un aspirante a un cargo, predecir el grado de rehabilitación de un delincuente, etcétera). Para Klopfer<sup>19</sup> los informes psicológicos conciernen tanto al profesional que solicitó la evaluación como al psicólogo clínico que la realiza y al sujeto cuyo futuro está en juego. Sin embargo, en su resumen de los objetivos del informe pone el acento en su importancia para el paciente.

El informe (la diferencia de la evolución) suele ser una comunicación unidireccional y escrita; sin embargo, cuando el derivante busca verdaderamente ayuda para la comprensión de un caso y siente respeto y consideración por el psicólogo, es útil acompañar el informe con una relación personal que permita aclaraciones orales. Si bien el informe debería ser suficiente para transmitir las ideas básicas sobre el caso, no hay que descartar un enriquecimiento mutuo por medio del diálogo que, al complementar lo escrito con lo verbal, permite el abordaje de otras áreas y el intercambio de opiniones.

Este reflexionar juntos sobre un informe facilita una mejor comprensión del caso a la vez que da lugar a mayores posibilidades de colaboración futura entre profesionales. Entrena a ambos —derivante y psicodiagnosticador, o equipo interdisciplinario— para una más precisa formulación de las preguntas y una mayor claridad de las respuestas, incrementando así la utilidad de la evaluación. Sin embargo, esta mayor posibilidad de colaboración puede verse dificultada cuando ocurre uno de dos problemas opuestos:

—Si existe una excesiva desconfianza y predomina la competencia y la descalificación, cada uno intentará impresionar al otro con sus habilidades y perspectivas incluyendo un exceso de información y/o de dificultad en la terminología empleada. El psicólogo que confunde la necesidad de comunicar su conocimiento sobre un caso con su deseo de estatus o prestigio, buscará impresionar más que informar, y puede incluso incurrir en un ocultamiento de datos.

—Si, en cambio, hay un exceso de confianza por parte del derivante, quien idealizar los "poderes" del psicólogo, delega en éste aspectos de su propia tarea, puede llegar a cargar de una excesiva responsabilidad al psicólogo en cuanto a las decisiones a tomar.

Todos los autores concuerdan en que la función básica de un informe es la de ser un instrumento de comunicación, pero es evidente que su papel e importancia se relaciona muy íntimamente con el momento histórico de la profesión y la definición del rol que se le asigna al psicólogo y a la evaluación psicológica en su vínculo con los otros profesionales. Así por ejemplo, mientras que en los trabajos de L'Abate y Klopfer se subrayan sobre todo las diferencias entre el enfoque del psicólogo clínico y el abordaje e ideología del psiquiatra (enfaticando los aportes del primero por sobre los del segundo), Ochroch, sin dejar de señalar la importancia de la profesionalidad del psicólogo, la asienta más en sus propios méritos y su nivel de creatividad que en la comparación de roles.

Estas diferencias, que seguramente derivan del grado de aceptación de la tarea del psicólogo clínico en el momento y lugar en que se escribió cada trabajo, a su vez se traducen en una actitud más exigente o permisiva en cuanto a las recomendaciones y la caracterización que hace cada autor respecto de las cualidades que debe cumplir el informe para ser "profesional".

Así, Ochroch jerarquiza la creatividad de la tarea y alerta a sus alumnos del doctorado que no deben tomar sus recomendaciones como un modelo absoluto sinoirlas descartando a medida que vayan adquiriendo más experiencia y una

modalidad personal. L'Abate, en cambio, propone una larga serie de requisitos necesarios para que un informe sea claro, conciso, completo y competente, y presenta la imagen de que existe un único modelo a seguir.

Aunque este trabajo se centra básicamente en el informe como un instrumento de comunicación con otros, quiero destacar que confeccionarlo debiera ser siempre el paso final de cierre de un diagnóstico, aun en aquellos casos en que no hay un derivante que lo solicite.

Esto es especialmente válido para las instituciones, pero también en el nivel privado: toda evaluación debería completarse siempre con una síntesis del caso, lo que permite una rápida visualización de los aspectos más relevantes del mismo sin tener que recurrir nuevamente al material. Este registro es necesario si el entrevistado realiza una nueva consulta por sí o si acude alguien de su grupo familiar, en caso de que un terapeuta decida hacer un seguimiento, o si se desea utilizar el material para un áteneo, una clase, como parte de una investigación, etcétera.

Si bien es frecuente que intentemos esquivar esta laboriosa tarea, generalmente aduciendo falta de tiempo, importa rescatar que lograr una buena síntesis final y poder escribirla, permite una autoevaluación respecto de nuestra capacidad clínica y coherencia teórica, lo que a su vez redundará en un aprendizaje para evaluaciones futuras.

## 2) El contenido del informe

¿Qué áreas debe incluir un informe? ¿Son idénticas o diferentes según el momento evolutivo del entrevistado? ¿Cómo inciden la línea teórica y los criterios de salud, enfermedad y curación en la delimitación y jerarquización de estas áreas?

Las áreas que debería abarcar y su jerarquización relativa es el aspecto más variable y controvertido de la construcción de un informe. Esto se debe a que:

— el contenido responde en general a una particular teoría evolutiva y de la personalidad y refleja necesariamente los criterios de salud, enfermedad y curación que maneja el psicólogo y/o la institución en el momento en que se realiza la evaluación.

— algunos aspectos particulares del contenido a su vez se refieren específicamente a las circunstancias o razones por las cuales se solicitó el diagnóstico, y son un intento de responder a las preguntas del derivante.

En la bibliografía consultada el primer punto queda relativamente encubierto dado que a pesar de ciertas diferencias de criterios, los autores que se ocuparon de la construcción del informe compartían a grandes rasgos un enfoque dinámico de orientación psicoanalítica.

Así por ejemplo, las áreas mencionadas por Klopfer son: comportamiento durante el examen, aspectos intelectuales de la personalidad, aspectos afectivos de la personalidad, áreas básicas de conflicto, técnicas de adaptación e inadaptación, aspectos del diagnóstico, implicaciones del pronóstico.

Ochroch concuerda con unas y agrega o modifica otras, presentando incluso diferentes agrupamientos en distintos trabajos. Incluye: funcionamiento del yo (ubica allí el nivel intelectual), funcionamiento afectivo, área psicosexual, relaciones interpersonales, ansiedades y defensas, impresión diagnóstica pronóstica y recomendaciones.

Ambos incluyen en cada rubro una amplia gama de temáticas y demuestran con preguntas y ejemplos lo abarcativo de cada área y la inevitable interrelación entre ellas.

Entre nosotros, aunque incluido dentro del trabajo sobre entrevista, sobresale el aporte de Bleger<sup>15</sup> en tanto menciona con detalle las áreas a cubrir a la vez que las ordena en un modelo de presentación general. También aparecen ejemplos clínicos incluidos en el libro de Ocampo y Arzeno y los textos *El CAT en el proceso psicodiagnóstico*,<sup>23</sup> e *Identidad y cambio en el test de las Dos Personas*.<sup>24</sup>

### a) El encabezamiento formal

La ubicación sistemática y bien diagramada de los datos esenciales para individualizar el caso permite a quien lo lee contextualizar rápidamente la información subyacente y facilita su lectura y comprensión.

Este encabezamiento debería incluir por lo menos:

- los datos de filiación básicos, tales como nombre, edad, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación, grupo familiar, estado civil y existencia o no de hijos;
- el derivante y el motivo de consulta;
- el listado de los materiales aplicados.

¿Qué información aportan estos datos tan esquemáticos?

Encontrar de entrada los datos de filiación básicos le permite al lector conocer o refrescar ciertas características del sujeto que son esenciales a la posterior descripción e interpretación del caso, sin tener que buscar estos elementos en el texto.

Así por ejemplo, tener en mente la edad exacta de un niño o de un adulto facilita una más precisa apreciación de las referencias a la adecuación o desfasaje de las conductas con relación a lo esperable de acuerdo con el momento evolutivo.

Saber de entrada que se trata de una familia numerosa que convive o de un grupo inmigrante y disperso; de un adulto con educación primaria incompleta o con un posgrado universitario; alguien cuya ocupación se relaciona con su nivel educacional o bien se contradice; que actualmente tiene trabajo, lo han despedido o se acaba de jubilar; casado a pesar de su corta edad o separado varias veces, etcétera, ofrece un primer contexto que luego se amplía o no, según corresponda, en los datos de historia o en las referencias a la estructura, dinámica o mitología familiar.

Presentar muy sintéticamente el motivo de consulta indicando cuáles fueron las razones que llevaron a solicitar la evaluación y si ésta fue autónoma o por sugerencia de un derivante también contextualiza el informe y orienta al lector. En algunos casos es útil especificar el motivo de consulta original y aclarar la existencia de otros síntomas que hubieran aparecido durante la entrevista. Por ejemplo: "Motivo de consulta: trastornos de aprendizaje en el área de la lectoescritura. También se detectan dificultades en la alimentación y enuresis nocturna primaria".

Incluir el listado de las técnicas utilizadas en la evaluación (aunque después no se citen los resultados test por test) permite al psicólogo fundamentar sus conclusiones y a quien lee el informe tener una idea de la amplitud, seriedad y pertinencia de los materiales sobre los cuales está basado. Es evidente que el resultado de la evaluación depende más de la capacidad del psicólogo (para planificar una adecuada estrategia diagnóstica, establecer un buen rapport, administrar

e interpretar correctamente el material) que del número y tipo de técnicas que ese psicólogo utilice. Sin embargo, la inclusión de un Rorschach puede dar más seguridad a quien solicita un diagnóstico diferencial, así como el haber empleado además del WISC las pruebas de Plaget y completado la evaluación con una entrevista familiar (para detectar la incidencia de los roles parentales y expectativas en el trastorno escolar) puede dar más sustento a las indicaciones enviadas al gabinete de una escuela.

#### b) Descripción física y características significativas del entrevistado

¿En qué casos corresponde hacer la descripción y en cuáles no es necesaria? ¿Cuáles son las características que son pertinentes y cuáles irrelevantes? ¿Con qué grado de detallismo haremos la descripción? ¿Incluiremos en ella los observables o nuestra interpretación de estos rasgos?

Aunque la mayoría de los informes comienzan por este rubro, su importancia depende evidentemente de si la evaluación se realiza para un derivante que conoce o no al entrevistado. Así, por ejemplo, si un niño es enviado por una escuela, no es necesario describirlo físicamente, pero sí dar cuenta de su conducta durante la evaluación. Si en cambio es para un futuro terapeuta u otro profesional al cual lo derivamos, dar un retrato somero del niño puede ser útil.

¿Pero, qué aspectos señalar? ¿Aquellos que nos impactan más en tanto el sujeto se presenta diferente de nuestras expectativas (o nuestros prejuicios)? ¿Solo aquellos que a nuestro criterio tienen más significación psicológica?

La descripción física en el informe está al servicio de presentar la imagen de una persona viva, con características propias. No debe ser nunca un listado de rasgos sin significación. Implica lograr un retrato representativo del entrevistado señalando los aspectos más sobresalientes, marcando la concordancia o discrepancia de los rasgos que lo describen.

Mack sugiere una descripción que llama "proximal-distal": comenzar por la apariencia general (edad, tamaño, contextura física, postura, características de la motilidad), para continuar luego con las características gestuales y del lenguaje, junto a la tonalidad afectiva predominante.

Es evidente que para poder transmitir una buena descripción física de un entrevistado previamente debemos observar con cuidado, registrando el impacto inicial y posterior, contrastando las expectativas o los datos previos que tenemos respecto del entrevistado con su apariencia actual. Aun cuando se trate de la simple observación de sus rasgos físicos, debemos tener presente que esta percepción se realiza a partir de ciertos conceptos teóricos previos que inevitablemente guían y hacen selectiva nuestra mirada.

Volviendo a nuestro niño... puede ser que importe describir su tez y ojos oscuros en contraste con el color rubio de la madre adoptante. O que nos parezca tanto más pequeño o más grande que su edad cronológica... que tenga una mirada curiosa, inteligente, triste, desconfiada... que se mueva con gracia, torpeza, rigidez... etcétera.

Describamos la figura delgada de una adolescente que se autodescribe como obesa y a quien la familia llama "gordita". O el impacto que nos produce un adulto cuya vestimenta y/o arreglo parecen demasiado cuidados o descuidados, no concordantes con su momento evolutivo, su nivel socioeconómico, su estado de ánimo... o cuya apariencia parece modificarse en exceso de una entrevista a otra, lo que nos sorprende.

#### c) Conducta durante la evaluación, con relación a la tarea y al entrevistador

La descripción se amplía abarcando la conducta del sujeto a lo largo de todo el proceso de evaluación. Es decir, tratando de especificar e integrar una amplia gama de respuestas a diferentes estímulos en diversos momentos. Lograr una apretada síntesis de todos estos observables, subrayar algunos, no incluir otros, establecer hipótesis sobre su significación, es una tarea difícil.

Esta descripción será pertinente si muestra con claridad importantes aspectos de la conducta de la persona evaluada (índices sobre su nivel intelectual, fortaleza y/oica, montante de ansiedad, adecuación de las defensas, etcétera) y resalta su individualidad con relación a la norma, sin perder de vista el particular contexto en que se desarrolla el diagnóstico.

Respecto de las tareas propuestas, las preguntas a hacerse serían:

¿Logra comprender las consignas y realizarlas sin dificultad? ¿Requiere nuestra asistencia, apoyo, dirección? ¿Se muestra autónoma, interesada, displicente, aburrida, confundida?...? Evidencia preferencias por algún tipo de material? ¿Cuál y por qué? ¿Presenta la misma actitud, rendimiento, grado de comodidad/incomodidad frente a tareas de diferente nivel de estructuración y/o dificultad? ¿Evidencia pautas de rigidez o flexibilidad frente a los cambios de tarea? ¿Tolera el fracaso o la frustración? ¿Cuando fracasa, se observan sentimientos de desesperanza o logra enfrentar la dificultad como desafío?

En cuanto al vínculo con el entrevistador:

¿Predominan actitudes de dependencia y sometimiento o de oposiciónismo, desconfianza, agresividad?...? El análisis secuencial del proceso indica un aumento de la ansiedad o un clima que al producir un mejor rapport va estableciendo una buena alianza de trabajo que facilita la tarea? ¿Existe concordancia entre la actitud y la conducta, entre el tipo de vínculo y la producción lograda? ¿Cómo juegan en la relación los aspectos transferenciales y contranferenciales?

#### d) Aspectos intelectuales de la personalidad

No se hace referencia aquí a un simple cociente intelectual, sino a la descripción de la gama completa de recursos intelectuales de que dispone un sujeto, niño, adolescente o adulto en un contexto y situación determinados.

Describir el nivel intelectual no es dar cifras de CI al iniciar el informe y luego características de desempeño en otra, sino presentar una imagen integrada de los aspectos cognitivos y su relación e incidencia en otras áreas de la personalidad.

Dice Campo: "Si con 'inteligencia' nos referimos solamente a un alto nivel de coeficiente intelectual, obtenido por ejemplo en el Wechsler o prueba similar, corremos el serio peligro de perder de vista el estilo vital adaptativo, que puede ser inteligente o no, independientemente del CI... podemos caer en la misma distorsión del sujeto que puede mostrarse, por ejemplo muy inteligente en el Wechsler y muy desorganizado en el Rorschach indicando que 'su bella inteligencia' no le sirve para resolver sus dificultades" (pág. 40).

Todos los autores están de acuerdo en la necesidad de establecer cuál es el nivel intelectual potencial y cómo se expresa éste en el desempeño actual del sujeto, independientemente del motivo de consulta, ya que estos datos son esenciales tanto para el diagnóstico como para la indicación terapéutica.

Esto incluye preguntarse y responder brevemente en el informe respecto de: ¿Qué rendimiento general o específico presenta? ¿Qué capacidad de análisis y síntesis, de anticipación y planificación se observa? ¿Cuál es su modalidad perceptual? ¿Cuáles las características del pensamiento? ¿Se detectan interferencias lógicas; de qué tipo e intensidad? ¿Cuál es la naturaleza de su testeado de la realidad? ¿Su producción es perseverativa y banal o creativa y original?

Si existe mucha disparidad entre lo potencial y el rendimiento actual importa aclarar qué partes de ese nivel potencial están interferidas por las dificultades actuales y de qué manera; explicar con detalle qué condiciones particulares acompañan o favorecen la eficiencia o dificultad del desempeño, establecer si los impedimentos son pasajeros o de carácter permanente; especificar si el nivel potencial al que se hace referencia existió previamente (aunque en la actualidad no se manifieste), o es el que se presume que subyace al escaso rendimiento actual y que va a poder utilizar más adelante... con o sin tratamiento.

Nuestra evaluación no sólo debe incluir los datos recogidos por los tests, sino insertarlos en la realidad que vive el sujeto más allá de la evaluación diagnóstica. Si, por ejemplo, el paciente tiene un coeficiente muy bajo en su prueba de nivel, pero registra una adecuada historia laboral en un puesto de envergadura que aún mantiene, importa señalar ambos datos y ver su relación. Implicaría presentar hipótesis respecto de qué tipo de recursos opcionales pudo utilizar para acceder a y conservar este logro a pesar de las carencias detectadas.

Importa también incluir cómo juega el nivel de aspiración y la autoestima, diferenciando si esta aspiración funciona positiva o negativamente, promoviendo o inhibiendo el rendimiento. Indicar la extensión de los intereses, su utilidad adaptativa o defensiva, la existencia y cualidad de los proyectos.

Y dado que nuestro sujeto no existe en el vacío, incluir, según la importancia que esto presente, de qué manera su nivel intelectual, sus logros o déficits se relacionan con los mitos, las aspiraciones y/o temores de su grupo familiar, con la modalidad de la institución educativa o laboral en que se desempeña, con los valores que sustenta el grupo de referencia y el contexto socioeconómico y cultural en que está inserto.

#### e) *Funcionamiento yoico*

En el esquema de Klopfer, el desempeño intelectual es un área en sí misma, y presenta como un rubro separado "técnicas de adaptación-inadaptación"; para Ochroch en cambio, ambos temas indican el grado de fortaleza yoica y deben ser analizados conjuntamente. Esta autora incluye dentro de esta área, además de lo ya señalado: el nivel maduracional en relación con la edad cronológica, la imagen que el sujeto tiene de sí mismo, su validez y consistencia; las actitudes hacia los valores y sus discrepancias; los mecanismos adaptativos, etcétera.

Algunas de las preguntas a hacerse serían, por ejemplo:

¿Se ve a sí mismo como adecuado y valioso? Si no es así, ¿tiene frecuentes sentimientos de inferioridad, ¿cómo los maneja? ¿Mediante mecanismos compensatorios? ¿De qué tipo? ¿Cuando es confrontado con otros, privilegia la intelectualización o recurre más al aislamiento y la evitación? ¿Racionaliza sus dificultades adjudicándolas al mundo externo o las visualiza como propias?...

En esta evaluación del autoconcepto es importante referirse tanto a los aspectos manifiestos que el sujeto nos brinda respecto de su imagen de sí (en su relato o mediante técnicas de autodescripción), como a aquellos más latentes que

podemos detectar a través del análisis de los tests proyectivos o de la interacción con el entrevistador. Si además lo hemos observado en una entrevista familiar, señalaremos también cómo interjuega el autoconcepto con la percepción que del sujeto tienen los diferentes miembros de su grupo.

Respecto de esta múltiple visión del sujeto, Klopfer critica cierta tendencia en el psicólogo clínico a preferir "leer entre líneas sin creer en lo que el paciente dice". Insiste en la importancia de que en el informe figure lo que el paciente declara que piensa de sí mismo y lo que el psicólogo detecta que el paciente piensa de sí. Entiende que es falso suponer que las declaraciones conscientes de autoevaluación del sujeto carecen de valor y deben ser descartadas en favor de nuestras hipótesis respecto de lo latente.

Exner<sup>25</sup> concuerda con Klopfer. Busca abarcar ambos aspectos —conscientes e inconscientes— del sujeto a partir de la combinación de los datos recogidos mediante un cuestionario objetivo como el MMPI, junto a un test proyectivo como el Rorschach. El grado de coherencia, discrepancia o complementariedad entre ambas visiones de sí aporta datos esenciales para el diagnóstico y pronóstico y deben figurar en el informe.

#### β) *Aspectos afectivos de la personalidad y principales áreas de conflicto*

Para Ochroch, entrarían dentro de esta área el tipo de reacciones emocionales que presenta el sujeto y cómo las maneja, el tono afectivo predominante, los sentimientos positivos y negativos respecto de la realidad y de los otros, la adecuación o bazaría del afecto, dónde y cómo aparece o no aparece.

También incluye aquí una descripción del sistema de impulsos y tendencias, y de los aspectos ideacionales ligados a éste. Investiga la naturaleza y dirección de los mismos, cómo estimulan y cómo se expresan, el tipo de conflicto que le plantean, es decir, el grado en que el sujeto y los demás los aceptan o los rechazan. Figura la evaluación de la vida de fantasía, su contenido predominante (agresivo o sexual), su riqueza o restricción, si está al servicio de huir de la realidad o de enfrentarla creativamente...

Esta autora se preguntaría, por ejemplo:

¿Presenta el sujeto escaso o ningún contacto afectivo con el mundo que lo rodea? ¿Su dificultad reside en percibirlo o en expresarlo? ¿Este temor se refiere al impacto que pueden tener sus afectos agresivos o amorosos? Si está incrementada la agresión, ¿ésta se dirige especialmente hacia él o hacia los otros? ¿Su aparente ausencia resulta de una exacerbación de la represión, del aislamiento, del control? Si se dirige hacia él, ¿incluye impulsos suicidas?, ¿hacia otros?, ¿puede ser homicida? ¿Cuál es su estado de humor predominante?, ¿se mantiene constante o fluctúa? ¿Cuánto interfieren los afectos en su actividad diaria, en su capacidad de anticipar proyectos, establecer relaciones interpersonales?...

En la caracterización de las áreas básicas de conflicto (que siempre son inherencias), Klopfer subraya la necesidad de estipular con claridad cuáles son los polos del mismo: si éste es concebido entre instancias, entre impulsos opuestos o incompatibles (por ejemplo dependencia vs. independencia, homosexualidad vs. heterosexualidad) o si se establece entre la expresión y la inhibición de un solo impulso (por ejemplo entre el impulso agresivo y los aspectos conciliatorios). Es en este rubro donde Klopfer destaca muy especialmente que el psicólogo debe tener cuidado para no confundir las hipótesis que extrae del material con pre-



dicciones directas del autoconcepto consciente y/o la conducta manifiesta, diferenciando claramente inferencias de observables (pág. 77).

También se incluya en esta área, aunque luego se retome en forma abordada en la impresión diagnóstica, el análisis de las ansiedades y defensas, y es importante especificar claramente en el informe de qué tipo de ansiedades se trata, cómo, cuánto y con cuánta fuerza se manifiestan, a la vez que estipular los mecanismos de defensa más utilizados para controlarlas. También respecto de las defensas, corresponde precisar ante qué circunstancias se implementan, con qué intensidad, con cuánto éxito y en qué secuencia.

De nada sirve indicar que el sujeto "disocia" si no describimos cuáles son los aspectos, impulsos o fantasías que intenta mantener separados: ni señalar que "proyecta", si no se especifica qué tipo de rasgos les asigna a los demás, qué cuántum, por qué y para qué. Solo a partir de allí podremos hacer inferencias e hipótesis respecto de su significación y origen.

El informe debe ser comprensible y no puede presentar una serie de abstracciones. Así, por ejemplo, Klopfer describe de la siguiente manera el exceso de proyección encontrado en un paciente:

"La tendencia crónica del paciente de atribuir sus sentimientos agresivos a todos los que lo rodean produce una total falta de habilidad de su parte para reaccionar adecuadamente a propuestas amistosas de los demás, y crea un consistente estado de mutuo antagonismo" (pág. 98).

#### g) Relaciones interpersonales

Al igual que en las restantes áreas, existe superposición e interrelación con otros rubros, ya que la forma de vincularse con los demás necesariamente involucra por ejemplo el autoconcepto y la identidad sexual, se vincula con la capacidad intelectual, es origen de ansiedades y defensas y puede ser el eje de la situación básica de conflicto.

Entraría en esta área la descripción de la modalidad vincular con las figuras significativas (familia, amigos, compañeros de trabajo, etcétera) y las actitudes hacia éstas, los conflictos y sentimientos acerca de ellos y cómo los maneja. También abarca la predicción de éxito o fracaso en las relaciones interpersonales, las necesidades básicas proyectadas en los demás y cómo éstas influyen o distorsionan sus relaciones sociales.

Es interesante puntualizar que, para los autores citados, en la construcción de informes pareciera menos significativa la descripción de la relación con la familia actual que la historia infantil, en la que se busca la incidencia de las figuras de identificación y la modalidad de resolución edípica. Aparece en cambio en forma más detallada la relación con los pares.

Así, por ejemplo, Ochroch centra su interés en los grupos, y plantea preguntas como estas:

¿Le gusta estar con gente? ¿Qué rol assume en un grupo? ¿Es consistente, flexible o rígido? ¿Se siente seguro y cómodo o temeroso, tiende a ser dominante o sumiso? ¿Puede integrarse, sentirse comprometido afectivamente con una tarea grupal? ¿Visualiza a los otros como compañeros o como competidores hostiles y peligrosos? ¿Qué espera de los demás y cómo intenta lograrlo? ¿Cuáles son sus figuras de identificación dentro del grupo? ¿Cómo se desenvuelve con la autoridad, sus pares y/o subordinados? ¿Esta actitud es constante o cambia y se ajusta de acuerdo con el sexo y la conducta del otro?

Cuando el informe incluye la evaluación de la familia (tanto del niño como del adulto) no sólo como el ámbito en el cual históricamente se dio el posible origen de la conflictiva, sino como un sistema más o menos disfuncional o rígido, que sostiene la problemática en su forma actual y refuerza el síntoma, importa poder transmitir aunque más no sea brevemente la compleja interrelación entre sus miembros. Esta puede describirse a partir del material individual (manifiesto y latente, histórico y actual) del paciente y/o basándose en la conducta y producción grupal de las entrevistas familiares. El informe podrá brindar entonces una aproximación a las diferentes dimensiones de los vínculos en relación con la dinámica y evolutiva familiar, indicando qué variables contribuyen al nivel de rigidez o flexibilidad de la estructura y a la particular manera en que el sujeto se inserta dentro de la misma.

#### h) Área psicosexual

Aunque algunos la incluyen dentro de las relaciones interpersonales, para otros adquiere la jerarquía de un área específica. Abarcaría el tipo de identificación predominante, la aceptación manifiesta e inconsciente de la propia identidad sexual, las actitudes hacia el otro sexo y el propio, y la especificación de los conflictos en esta área y cómo los maneja.

#### i) Historia del sujeto y de la familia

¿Puede describirse adecuadamente a un individuo sin contextualizarlo en su historia familiar y personal, sin tomar en cuenta cómo ha logrado transitar, cualquiera sea su edad, sus crisis evolutivas y accidentales? Y si se incluyen datos de la vida, ¿corresponde solamente incluir aquellos eventos que han sido negativos como una causa posible de sus dificultades?

Todos los autores concuerdan en que los datos de historia son indispensables para lograr un diagnóstico correcto, ya que contextualizan la información brindada por los tests.

Dice Campo, refiriéndose a situaciones en que la historia es levantada por otro profesional: "si existe una historia clínica y psicológica, el psicólogo debe tener acceso a ella, dado que si trabaja a ciegas, salvo en situaciones especiales como ser una investigación o una selección, se desvirtúa justamente el sentido clínico de su propio trabajo... Se encontraría haciendo magia o acrobacia e incurrida así en una falta de ética respecto de sí mismo, a sus propios principios de seriedad y responsabilidad. No somos ni seremos adivinos, no fomentaremos una falsa creencia en la infalibilidad de los tests" (pág. 36).

En igual sentido, Mack alerta acerca de que la aproximación in vacuo del diagnóstico a ciegas es, si todo va bien, fantástica y mística, y si todo va mal, altamente irresponsable. Esta distorsión omnipotente del rol del psicólogo en la evaluación sería aun más peligrosa cuando se trata de niños.

Buscando evitar al máximo este juego de actividades, tanto Friedenthal como Grassano<sup>28</sup> ponen especial énfasis en lograr que sea el paciente mismo quien relacione el material de tests con experiencias de su vida actual o pasada (en el interrogatorio o durante la devolución), lo que completa los datos recogidos en la entrevista inicial y garantiza una mayor validez de las inferencias.

Es evidente que el psicólogo contará con más datos de historia cuanto más semidirigida es su entrevista, y en cambio posiblemente recogerá más elementos referidos al aquí y ahora y a la relación transferencial si ésta se administra de ma-

nera más libre (excepto si el paciente en forma autónoma decide hacer una presentación secuencial de su vida). En ambos casos, el recoger material significativo para la comprensión del sujeto dependerá básicamente del vínculo establecido entre el entrevistado y el entrevistador y de cómo se formula de inicio. Aquello que resulta "significativo" en la historia del sujeto no sólo es producto de lo que presenta el que consulta, sino de cómo lleva a cabo la entrevista el entrevistador.

Es muy común leer en un informe de un niño en el área "datos significativos de su historia" solamente los desfases evolutivos; la ausencia del deseo de concepción en el embarazo, trastornos en el parto o la lactancia, o algunas situaciones de crisis: un accidente o la muerte de algún familiar, pérdidas de diversos tipos, como mudanzas, frecuentes cambios de colegio, etcétera. La historia está incluida pero es parcial, ya que refleja más los indicadores de conflicto y de patología que los de adaptación y salud.

Klopper alerta contra esta tendencia y señala la importancia de conocer la historia del paciente a fin de obtener información acerca de sus recursos y técnicas de adaptación y de la forma en que éstas le han resultado provechosas en el logro de diferentes objetivos (por ejemplo los éxitos y fracasos vocacionales, el grado en que el yo puede organizar y regular el medio ambiente interpersonal para satisfacer sus necesidades básicas, etcétera).

También Bieger le dedica un punto de su esquema a la descripción sintética de la historia familiar y de otros grupos así como a la problemática vital, en donde incluye una referencia sucinta a la historia del entrevistado. Su evidente interés por la temática familiar se trasluce al indicar que deben recabarse datos respecto de la actitud de la familia frente a los cambios, la enfermedad y el enfermo, e incluir de ser posible el grupo en alguna de las clasificaciones reconocidas.

Este criterio más amplio no siempre se observa en los informes referidos a adultos. A diferencia de los de niños, se trasluce una mayor preocupación por "retrotratar" el mundo interno del entrevistado y las vicisitudes de sus vínculos familiares que por describir la dinámica e historia familiar y las características actuales de sus relaciones con los diferentes miembros.

#### j) Diagnóstico

El diagnóstico debería resumir las dificultades e interferencias en el vivir que presenta un individuo y su familia, así como las potencialidades propias y de su contexto. Nunca expresados en forma de un rótulo, sino como una descripción somera que incluye, si es posible, la personalidad premórbida.

Aunque casi todos los modelos de informe presentan generalmente al final alguna aproximación o síntesis diagnóstica, la importancia que se le asigna dentro del informe es disímil, así como es diferente la concepción misma de diagnóstico puesta en juego. La inclusión o no de una apreciación o diagnóstico presuntivo, refleja en parte las largas discusiones (que aún no han concluido) respecto de las ventajas y desventajas del pensar en términos de diagnósticos nosológicos.

L'Abate objeta el empleo extensivo de rótulos psiquiátricos en el informe, excepto en los casos en que se solicite expresamente una opinión para llegar a un diagnóstico diferencial. Su objeción se basa en que:

— el papel del psicólogo clínico no consiste en efectuar diagnósticos psiquiátricos, dado que esto es aún de incumbencia particular del psiquiatra;

— el informe psicológico no debe ser considerado como equivalente o sus-

tituto del diagnóstico psiquiátrico; este último se logra a partir de la evaluación de los síntomas y el rastreo de la historia y no por medio de un análisis dinámico del material de tests;

— los diagnósticos psiquiátricos son criterios poco dignos de confianza, son formas de resumen abreviado en que se pierde la individualidad del caso. "Cuanto queremos transmitir la caracterización específica del paciente de acuerdo con una categoría psiquiátrica, muy poco será lo que estos términos nos permitan comunicar sobre el paciente como individuo y como personalidad... En un simple término se involucra infinidad de supuestas características y ninguno de ellos nos dice de qué manera están presentes en ese sujeto en particular";

— si el psicólogo pone un excesivo énfasis en lograr el diagnóstico, probablemente se sienta tan preocupado por la patología y el problema del individuo que puede llegar a no reconocer sus valores y aspectos positivos, y puede verse llevado a buscar y encontrar un excesivo número de índices de patología. Esto es riesgoso, porque muchas veces estos signos no son realmente discriminativos e identifican a un gran número de diferentes estados psiquiátricos que pueden requerir una estrategia terapéutica muy disímil...

Sin embargo actualmente en casi todas las instituciones de salud mental de los Estados Unidos y de muchos países de Europa se incluye al final del informe la categoría diagnóstica correspondiente al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM 3<sup>rd</sup>)* y se completan sus diferentes ejes (I Síntomas clínicos, II Trastornos de la personalidad y trastornos específicos del desarrollo, III Estados y trastornos somáticos, IV Intensidad del estrés social, V Máximo nivel de adaptación en el transcurso del último año) para una descripción más completa del caso. La inclusión de estas categorías diagnósticas permite cierta homogeneización entre servicios, sin por ello tener que renunciar a utilizar conceptos y una comprensión más dinámica en el resto del informe si ésta es la línea teórica con que se trabaja.

Para Casullo<sup>28</sup> sería un error frecuente creer que una nosología clasifica individuos, cuando en realidad se clasifican trastornos. Otro error conceptual es creer que todas las personas a las que se diagnostica el mismo trastorno son idénticas en todos los sentidos, ya que pueden diferenciarse en aspectos importantes aunque compartan los rasgos básicos de personalidad o el tipo de patología predominante.

"Un diagnóstico siempre representa un proceso de abstracción y condensación de cierto tipo de información; toma en cuenta sólo una parte de la totalidad de experiencias que configuran una existencia" (pág. 45).

También Malan,<sup>29</sup> en referencia a las terapias breves, subraya que llegar a un correcto diagnóstico junto a una apreciación dinámica sigue siendo útil. Dice: "Si bien es cierto que el diagnóstico psiquiátrico tiene graves limitaciones, pues a menudo es puramente descriptivo, apenas un rótulo para el síntoma más notable del paciente y rara vez una patología de base, a veces describe un síndrome bien deslindado y más frecuentemente aún, implica un pronóstico que es de decisiva importancia para la psicoterapia" (pág. 279).

Pensar en el diagnóstico implica formularse conjuntamente las tres preguntas siguientes, necesarias para establecer un proyecto terapéutico apropiado:

— ¿Qué características habría que tomar en cuenta para ese diagnóstico?  
— ¿Dónde se sitúa el paciente en el espectro de los grados posibles de enfermedad?

— ¿Qué psicopatología dinámica indica ese diagnóstico?

En el trabajo más reciente de Fiorini,<sup>20</sup> éste subraya que el abordaje estratégico de cada personalidad implica tomar en consideración los obstáculos y las vías de acceso, a la vez que evaluar cuáles son las formas de funcionamiento caracterológico y comunicacional en las que se expresan las estructuras profundas.

Esto requiere una aproximación clínica profunda, apoyada en la indagación de diferentes niveles, que configura un diagnóstico multidimensional donde se incluye en primera instancia el diagnóstico clínico tradicional aplicando las categorías de la clínica psiquiátrica (psicosis en sus distintas variedades, neurosis, psicopatías, alteraciones por enfermedades orgánicas, trastornos psicósomáticos, etcétera). Al igual que Malan, enfatiza la importancia de arribar a un diagnóstico aproximado, ya que del mismo se desprenden opciones estratégicas tales como medidas de contención ambiental, medicación, elección de técnica psicoterapéutica y criterios<sup>21</sup> pronósticos.

Sin embargo, para este autor el diagnóstico clínico tradicional a su vez debe ser ampliado y contextualizado con otras evaluaciones que van a dar un cuadro mucho más completo del paciente. Incluye dentro del diagnóstico algunos de los aspectos antes mencionados como áreas. Estos diagnósticos "suplementarios" son:

- Diagnóstico psicopatológico psicodinámico, para identificar los tipos de conflictos, ansiedades, mecanismos defensivos, identificaciones que hacen posible la comprensión dinámica de un sintoma, un rasgo de carácter, etcétera.
- Diagnóstico evolutivo, es decir ubicación de las dificultades y los síntomas en el contexto de las crisis vitales y las tareas a resolver en cada etapa.
- Diagnóstico adaptativo y prospectivo, es decir, evaluación del estado de las capacidades vitales y su relación con las exigencias que tiene que enfrentar el sujeto en la actualidad, la existencia de un proyecto y la cualidad del mismo, etcétera.

- Diagnóstico grupal, en el que se formulan hipótesis de correlaciones entre dinanismos grupales e intrapsíquicos activados o potenciados en la situación grupal.

- Diagnóstico psicosocial, en el cual se intenta detectar la incidencia de los sistemas de valor que constituyen una ideología para el sujeto (y su grupo familiar) en sus dimensiones conscientes e inconscientes.

- Diagnóstico comunicacional, con indicación de las modalidades y distorsiones en la emisión y recepción de los mensajes y el estilo comunicacional.

- Diagnóstico de potenciales de salud, donde incorpora la evaluación de los recursos vitales, los aspectos adaptativos y el nivel de creatividad.

- Diagnóstico de la problemática del cuerpo, que comprende una evaluación del esquema corporal, aspectos corporales de la autoimagen, ansiedades hipochondríacas, significaciones otorgadas a deficiencias o lesiones orgánicas, etcétera.

- Diagnóstico del vínculo terapéutico, es decir la predicción de la capacidad de alianza terapéutica (conciencia de enfermedad, capacidad para establecer y mantener un contrato y su tarea, tolerancia a los cambios positivos, etcétera) en relación con los fenómenos transferenciales y contratransferenciales.

#### k) Pronóstico y recomendaciones terapéuticas

¿Qué aspectos del pronóstico señalan los diferentes autores para ser incluidos en el informe? ¿Con qué grado de especificidad indican sus recomendacio-

nes terapéuticas? ¿Hasta qué punto corresponde anticipar posibles futuras vicisitudes del tratamiento?

Es en este punto donde también pueden encontrarse opiniones diversas según los autores respecto de la pertinencia o no de ofrecer en el informe recomendaciones terapéuticas específicas. Su inclusión o no depende mayormente del contexto en el cual se realiza la evaluación, la persona a la cual se dirige el informe y la relación personal (de confianza, competencia, desvalorización, etcétera) que existe entre quien escribe la recomendación y quien la recibe.

Dice Ochroch: "Los días en que el psicólogo debía ser humilde ya han pasado. En la actualidad no incluir un pronóstico y recomendaciones terapéuticas precisas es un signo de incompetencia, excepto en aquellos casos en que con toda honestidad debemos admitir, como sucede a veces, que no sabemos qué debería hacerse (...)" (pág. 7).

También para Klopfer la utilidad de los informes psicológicos reside en gran parte en que permiten realizar una adecuada planificación de la estrategia terapéutica a seguir. El psicólogo experto debe ser claro y preciso y, en la medida en que le sea posible, hacer sugerencias específicas respecto de las vicisitudes esperables según el abordaje terapéutico sugerido. Al igual de lo que ocurre con el diagnóstico, las recomendaciones deben surgir con fluidez del texto del informe y tener coherencia con los aspectos descriptivos e interpretativos previamente explicados.

Sin embargo, todos los autores concuerdan en que debemos ser muy cautos en los pronósticos de lo que puede ocurrir si se concreta o no un tratamiento, privilegiando aquellos instrumentos que hayan probado ser efectivos para realizar predicciones. Para Klopfer: "La creencia de que cualquier conjunto de instrumentos permitirá al clínico azeado predecir prácticamente todo con exactitud es totalmente errónea. El margen de certeza con el que uno puede predecir un comportamiento específico depende de la probada exactitud de la herramienta empleada" (pág. 30).

Schaller muestra con múltiples ejemplos que a partir de los datos de un test sólo podremos anticipar una gama de comportamientos esperables y señalar aquel que consideremos el más plausible. Las recomendaciones incluidas en el informe requerirán: del psicólogo, una amplia experiencia clínica así como la conciencia de sus límites de predecir, y del lector, la capacidad para comprender estos límites.

Este tema es muy amplio, ya que se refiere concretamente a las diferentes concepciones sobre salud, enfermedad, curación y estrategias terapéuticas. Implica en primera instancia diferenciar el concepto de "analizabilidad"<sup>22,23</sup> del de "terapeuticidad"<sup>24</sup>. Mientras en el primer caso se trata de ver si el paciente se ajusta a una línea terapéutica predeterminada —el psicoanálisis—, en el segundo se busca encontrar cuál es el mejor abordaje o estrategia para un paciente en particular en el momento y las circunstancias en que se da la consulta.

Ethegoyen<sup>24</sup> incluye aun un tercer concepto: la "accesibilidad", que, aunque difícil de establecer predictivamente, se refiere a la posibilidad de llegar a la parte más necesitada del paciente, que puede estar bloqueada por otra pseudocolaboradora.

En el caso de la terapia grupal, corresponde evaluar también la "agrupabilidad" a partir de los indicadores específicos. Así, Pavlovsky y Frydlewsky<sup>25</sup> sugieren en la consulta adolescente incluir además de la entrevista individual y

la familiar, una reunión de grupo diagnóstico, ya que para los jóvenes la indicación de terapia grupal es, por lo general, la recomendación más acertada, pues les brinda un espacio intermedio simbólico del "adentro" familiar y del "afuera" social.

La mayoría de los autores discriminan dos aspectos básicos a tomar en cuenta para el pronóstico y recomendaciones que pueden ser complementarios, pero no son intercambiables o idénticos: la motivación y las aptitudes del paciente para realizar un tratamiento.

Así por ejemplo, en cuanto a la aptitud para una psicoterapia de índole analítica, Klopfer evalúa muy especialmente el tipo de reacción frente a la figura de autoridad, la capacidad de dependencia, el grado de incomodidad subjetiva y de ansiedad que es capaz de manifestar y tolerar el consultante.

Lieberman,<sup>36</sup> a partir de las dificultades que encontró en los alumnos y supervisados en la confección de los informes y su escasa capacidad para predecir la analizabilidad de un futuro paciente, propone una serie de indicadores a tomar en cuenta en por lo menos dos entrevistas diagnósticas, previas a la iniciación del tratamiento. Establece una serie de ítems que se refieren tanto al entrevistado como a la relación, que incluyen: el grado de tolerancia ante la incertidumbre y dependencia que despierta la relación terapéutica, la modalidad con que atravesó y resolvió las crisis vitales y los cambios, las modificaciones que se observan en la relación durante las entrevistas y que dan cuenta del grado de plasticidad de las funciones del yo y del superyó, los cambios que se observan en la expresión de los afectos, el rendimiento intelectual, el interés que el sujeto demuestra en conocerse y las posibilidades sublimatorias que ofrece.

En el área de las terapias breves, diferentes autores enfatizan muy especialmente la necesidad de establecer un pronóstico de adecuación a este tipo de intervención.

Según Peyru,<sup>37</sup> "la predicción de la duración de los procesos de cambio debe ser lo que determina la elección de una técnica breve o prolongada, quedando otros factores tales como las disponibilidades institucionales, las circunstancias vitales, etcétera, ubicados sólo a nivel de la factibilidad y no a nivel de la indicación misma... Es a partir de un diagnóstico exhaustivo inicial como podemos predecir con mayor exactitud los tipos de cambio y la estabilidad posterior de los cambios logrados" (pág. 6).

Para evaluar las aptitudes, Malan<sup>38</sup> recomienda responder mínimamente a las siguientes preguntas:

- ¿Tiene el futuro paciente una clara idea de que sus problemas son afectivos?
- ¿Puede hablar sobre sentimientos?
- ¿Puede expresarlos?
- ¿Es capaz de ver bajo la superficie?
- ¿Da pruebas de ser capaz de ensanchar su esfera de conciencia por la vía de responder a interpretaciones?

Agrega además otros factores que inciden en la indicación terapéutica:

- la máxima gravedad que alcanzó la perturbación en el pasado;
- la fortaleza de sus recursos internos y sus intereses actuales;
- la historia de sus vínculos y su capacidad demostrada en el pasado para soportar el estrés y los sentimientos perturbadores sin sufrir colapso;
- el grado de apoyo existente en su medio.

Sin embargo, subraya que aptitud no equivale a motivación y que sin que el paciente presente deseos de cambio es difícil lograr los objetivos terapéuticos. También enfatiza la importancia de preguntarse por la adecuación de la indicación ampliando el espectro posible de estrategias: "Si tal paciente parece motivada para un abordaje dinámico, y es sensible a él, ¿es necesariamente la psicoterapia dinámica el tratamiento más indicado, aun en una situación ideal? Y si no, ¿qué tratamiento lo sería? Si la paciente no parece sensible a un abordaje dinámico, ¿cuáles son las alternativas adecuadas? ¿Y cuál es el pronóstico con la forma de tratamiento recomendada?" (pág. 279).

Dado que Malan se refiere básicamente al trabajo institucional, incluye también el evaluar la capacidad y la motivación del posible terapeuta así como la disponibilidad de recursos que posee la institución para enfrentar el grado de perturbación que pueda aparecer durante el tratamiento. Ofrece un ejemplo muy impactante en que ante la ausencia de una continuidad institucional adecuada y la imposibilidad de derivación, prefiere no indicar tratamiento alguno y se ofrece como persona a quien recurrir en caso de descompensación (pág. 314).

Florini<sup>14</sup> también formula en forma de preguntas la evaluación de la capacidad para encarar una terapia dinámica de objetivo limitado:

- ¿Tiene el sujeto un reconocimiento del carácter psicológico de sus trastornos?
- ¿Se observa la capacidad de introspección y disposición a transmitir con honestidad lo que puede reconocer de sí mismo?
- ¿Presenta el deseo consciente e inconsciente de comprenderse y de sostener una actitud de participación activa en la búsqueda?
- ¿Existe disposición a experimentar y ensayar cambios en la esperanza de que el tratamiento logre resultados positivos?
- ¿Se evidencia la disposición a realizar ciertos sacrificios para acceder a esos logros?

Añade a estos indicadores conscientes e inconscientes de aptitud el diagnóstico de las condiciones de vida del paciente y de los recursos del medio (materiales y humanos) a los que apuede apelar en el presente y el futuro. Para ello toma en cuenta datos de la realidad del paciente tales como:

- la estabilidad geográfica y lugar de residencia;
- los horarios de que dispone;
- la situación económica en que se encuentra;
- las obligaciones familiares de las que debe hacerse cargo, buscando integrar todos estos puntos en relación con los demás planos del diagnóstico y pronóstico.

Arzeno,<sup>38</sup> al igual que Peyru, enfatiza la importancia del diagnóstico exhaustivo que permite prever, a partir de la fantasía de curación y de enfermedad que el sujeto trae, cuáles pueden ser los trastornos del vínculo terapéutico que se pueden presentar cuando se ha desgastado la fantasía de curación más omnipotente inicial. "Detectarlos desde el diagnóstico (e incluirlos en el informe) permitirá prever estos momentos, lo cual confiere al terapeuta un mayor margen de seguridad en el manejo técnico del caso, especialmente contra el peligro de actuaciones promovidas por la coincidencia o rechazo de lo que el paciente desea inconscientemente (por contradicción proyectiva)" (pág. 193).

Es en el área de la clínica de niños donde en los últimos años se han presentado muy diversas posturas respecto de la adecuación, importancia y posi-

bilidades de arribar a un diagnóstico y recomendaciones específicas en función de la incidencia del proceso evolutivo y del grupo familiar.

Todos los autores estarían de acuerdo en que la enorme frecuencia y variedad de trastornos mentales en los niños se debe esencialmente a la gran vulnerabilidad de los mismos al estrés interno y externo. Sin embargo, la aproximación diagnóstica y la indicación terapéutica puede ser muy disímil según se evalúe sobre todo el mundo interno del niño o el contexto familiar en el que se desarrolla.

Posiblemente el modelo a la vez más clásico (ya que ha influenciado a una cantidad de autores) y más vigente aún, es el "perfil metapsicológico" de Anna Freud<sup>30</sup> que según Ferrer<sup>31</sup> "constituye una de las clasificaciones más psicoanalíticas que están a nuestra disposición para adecuar la estrategia del tratamiento en cada caso particular" (pág. 35).

El alto grado de sistematización de este perfil, permite que se lo inicie en el momento de la evaluación, y se lo utilice además como registro para el seguimiento en el caso de que se realice una terapia o un asesoramiento.

Este perfil (aplicable también a lactantes, adolescentes y niños) incluye los aportes previos de la autora respecto del concepto de síntomas en los niños y de las líneas de desarrollo. Consta de los siguientes puntos a tomar en cuenta para la evaluación diagnóstica y correcta indicación terapéutica: motivo de consulta, descripción del niño, breve referencia a la familia e historia evolutiva, evaluación del desarrollo (que incluye caracterización de los impulsos libidinales y agresivos), evaluación del desarrollo del yo y superyó, de la personalidad total en relación con las líneas de desarrollo, evaluación genética del desarrollo psicosexual y evaluación dinámica y estructural del conflicto.

Estos puntos (para los cuales especifica indicadores muy precisos), junto a la descripción del grado de tolerancia a la frustración, el potencial para la sublimación, la actitud general hacia la angustia y la proporción de fuerzas que tienen a la progresión vs. la regresión, llevan a formular un diagnóstico encuadrado dentro de seis categorías de disímil grado de patología, a cada una de las cuales le corresponden recomendaciones y una estrategia terapéutica específica.

Desde un esquema referencial diferente, aunque con muchos puntos de contacto en la clínica, Rodulfo<sup>32</sup> afirma: "el interrogante que el campo de la clínica de niños y adolescentes propone exige minimamente dos ejes para poder pensarlo, dos ejes cuya distinción, a la vez que necesaria, no deja de ser artificial: junto al temporal, el psicopatológico" (pág. 80). Las preguntas a hacerse desde una posición psicoanalítica serían entonces a qué crisis, tarea vital, construcción de qué operación simbólica se halla abocado el niño, de qué manera la realiza o evita, y en cuánto coincide con lo que podría suponerse de acuerdo con su edad.

Bleichmar<sup>33</sup> en una mesa redonda sobre indicaciones y contraindicaciones en el tratamiento psicoanalítico del niño, señala también la evaluación de los momentos constitutivos estructurantes como eje de la evaluación de la analizabilidad. La indicación de un análisis requiere la existencia de un conflicto intrasubjetivo y sufrimiento psíquico, debiendo diferenciarse "trastorno" de "síntoma". En cuanto a la relación entre condiciones de analizabilidad y motivación, critica el excesivo énfasis puesto en la importancia de la demanda, ya que en el campo del análisis de niños éstos dependen de los padres. Defiende el derecho y la obligación del analista a determinar las condiciones de analizabilidad y a dar recomendaciones, subrayando que a partir de allí es derecho del consultante el aceptar o no lo que se le propone.

Valeros<sup>34</sup> concuerda con la complejidad de la tarea de indicación terapéutica, señalando que es la parte del proceso analítico que aún se halla menos sistematizada. Esta complejidad se debe sobre todo a que no sería correcto relacionar de manera unívoca indicación con diagnóstico nosológico. Dice: "No hay tal situación clínica donde el analista pueda decir que el tratamiento está indicado para tal clase de enfermedad. Si fuera así la indicación sería sencilla. Lo que hay son niños dentro de familias, con padres que traen a los hijos a tratamiento con motivos complejos y diferentes a los del niño. Muchos de esos motivos son mágico-mitológicos en su naturaleza (...). De ahí que resulta tan difícil determinar cuál es el mejor tratamiento, para quién y en qué condiciones" (pág. 27).

Arzeno<sup>35</sup> al referirse a la polémica entre abordaje familiar o individual y entre diferentes líneas dentro del psicoanálisis, subraya que ninguna teoría da cuenta cabal de la patología de todos los casos ni provee una herramienta terapéutica válida para resolver todo tipo de consultas. Esto implica jerarquizar los aportes de un diagnóstico lo más completo posible, para luego, a partir de esos datos y del conocimiento de las diferentes teorías, buscar en cada caso el enfoque terapéutico más efectivo, ya sea para encararlo personalmente o bien derivarlo.

Una posición muy similar es la que plantea Pérez<sup>36</sup> en una mesa sobre salud mental en instituciones, cuando afirma que el equipo psicopatológico, integrado por distintos especialistas, tendrá que aportar su capacitación específica para acceder a un diagnóstico, pronóstico e indicación terapéutica apropiados. Esto implica "tener en cuenta al paciente en sí mismo y sus manifestaciones sintacadas como un acontecer individual, pero también el estado de su entorno, familia y dentro de ésta al funcionamiento parental, conyugal, y a todas aquellas situaciones por las que atraviesa" (pág. 2).

Es a partir de este enfoque como podrá establecerse el tipo de indicación, ya sea que el tratamiento esté dirigido al niño, a la familia, a tal o cual vínculo o función parental.

La evaluación diagnóstica permite entonces discriminar entre una amplia gama de estrategias de aplicación simultánea o sucesiva, las cuales pueden ir desde una orientación y seguimiento hasta una psicoterapia individual, pasando por una indicación de ludoterapia parentofamiliar; combinarse abarcando familia o segmento de la misma, incluir vínculos parentales, conyugal, etcétera en combinación con tratamientos psicopedagógicos, estimulación, psicofármacos, etcétera.

La indicación o recomendaciones en el informe deberán en general ser breves y concisas, explicitando el objetivo de las intervenciones que se proponen y las dificultades que pueden presentarse. Esta indicación será aun más precisa cuando se establece un seguimiento definiendo de entrada cuáles son los resultados esperados y cómo se pretende evaluarlos. Sólo de esta manera podrá verificarse la corrección de la indicación, aunque siempre teniendo en cuenta la enorme cantidad de variables intervencionales que inciden en el éxito o fracaso de cualquier abordaje terapéutico.

### 3) La organización del informe

¿Cómo se organiza un informe? ¿En qué orden se presentan los datos para que cumpla mejor su función de comunicar? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de los diferentes modelos de informe?

Según Ochroch puede haber muchas maneras de organizarlo. En realidad, deber ser diferentes, para diferentes tipos de pacientes y distintos derivantes. Recordando no ajustarse a un esquema rutinario sino transmitir creativamente el conocimiento que el psicólogo posee de ese sujeto en particular teniendo siempre en cuenta cuál es la preocupación de quien lo envía.

En sus recomendaciones se evidencia una constante referencia a la importancia que tiene lograr un delicado equilibrio entre contestar a la demanda del derivante y mantener una autonomía como consultor. Esto sería parte del desafío que implica escribir un buen informe y para ello lo más importante es tener un plan de organización previo que refleje un concepto de personalidad y que posea consistencia interna.

Entre los muchos modelos posibles, diferencia dos modalidades básicas de organización de los datos tales que en la primera se jerarquizan más los conocimientos aportados por la situación de prueba y la relación transferencial, mientras en la segunda se da una mayor centración en la problemática básica del consultante, para pasar luego a la discusión de sus potencialidades.

Así, por ejemplo, en el primer modelo recomienda comenzar con una descripción de la conducta observada durante el proceso diagnóstico, indicando la respuesta a los diferentes estímulos y la relación interpersonal entrevistado-entrevistador, continuar con una referencia al área intelectual, luego el funcionamiento de la personalidad y los aspectos más dinámicos, y finalizar con el diagnóstico, pronóstico y recomendaciones.

El segundo modelo comienza con el motivo de consulta y las áreas de conflicto o la problemática que al psicólogo le parece más relevante, pasando rápidamente de la descripción a la comprensión dinámica de los factores que inciden en la misma. Luego se dan precisiones de cómo los síntomas afectan el funcionamiento del entrevistado en diversas áreas de su personalidad —lo cognitivo, afectivo, etcétera— y los mecanismos que el sujeto emplea para resolver estas dificultades.

Al igual que en el primer modelo, finaliza con el diagnóstico, pronóstico y recomendaciones, que aunque van al final, deben surgir con naturalidad como consecuencia de lo descrito.

El esquema de informe psicológico que propone Bleger<sup>15</sup> (diferenciándolo del informe médico y psiquiátrico) incluye secuencialmente los siguientes puntos que configuran una guía organizativa: datos de filiación, procedimientos utilizados, motivos del estudio, descripción sintética del grupo familiar, problemática vital, descripción de estructuras de conducta, descripción de rasgos de carácter y de la personalidad, conclusiones diagnósticas, pronóstico y posible orientación.

Small<sup>12</sup> al referirse al diagnóstico diferencial cuando existe una presunción de organización, indica en su artículo "El diagnóstico del diagnóstico" una serie de preguntas que debe hacerse el psicólogo, lo que ofrece un modelo de indagación que puede ser utilizado como esquema de organización del informe. Incluye la descripción del motivo de consulta, los antecedentes y el posible factor desencadenante del problema, para pasar luego a las hipótesis sobre el significado de los síntomas y una apreciación del estado del sistema yoico para superar la crisis. Continúa con una descripción del tipo de homeostasis previa (individual y familiar) y los cambios necesarios para restablecerla o corregirla, para finalizar con la indicación terapéutica y el pronóstico, en el que incluye la evaluación

de los posibles aliados terapéuticos (familia, amigos, comunidad) con que cuenta el paciente.

Para L'Abate, en concordancia con la presunción de dos niveles principales de interpretación, todo informe debe dividirse en dos categorías generales: la descripción del "qué", el "cómo" y el "cuándo" y el "para qué", que debe preceder a los intentos de explicación del "por qué" y el "para qué".

Aunque también enfatiza la importancia del informe diferenciado para cada paciente, ofrece algunos principios en torno a los cuales debería organizarse cualquier informe, señalando que lo importante es el sentido de continuidad del texto, el fluir de un párrafo al otro, la coherencia interna del mismo.

Para lograrlo recomienda realizar un tipo de informe que se ajuste a una serie de "principios de organización general del material" y de "sugerencias para su redacción" que, si bien son presentados en forma separada, resultan complementarios en tanto ambos buscan esencialmente lograr un informe en que se pongan de relieve la capacidad clínica y la formación del psicólogo.

Los principios de organización que propone (parcialmente resumidos para evitar superposiciones y redundancias) son:

— Ir del contenido manifiesto al latente.

Empezar por describir al paciente y su comportamiento, seguir con el tipo de interacción establecida con el entrevistador (nivel de autopercepción), presentar las hipótesis respecto de las principales áreas de conflicto (nivel fenomenológico) y luego agregar los principios "explicativos" (por ejemplo identificación sexual defectuosa —nivel genotípico — derivada de una figura materna supercontroladora — nivel histórico—).

— Pasar de los conflictos periféricos a los centrales.

Aunque admite que generalmente es difícil especificar qué es periférico y qué es central para el paciente, considera más periférico el nivel más visible del funcionamiento, que puede ser incluso observado por el sujeto mismo, y más central aquel que sólo se descubre por medio de los tests y que requiere un mayor nivel de inferencia a partir de un definido enfoque teórico.

— Ir de las interpretaciones más consistentes a las más especulativas, indicándolas como tales.

Complementando el punto anterior, retoma la diferencia entre indicador e inferencia, y acentúa la necesidad de que existan recurrencias que avalen la hipótesis, aunque acepta que también los indicadores en que éstas se basan han pasado inevitablemente por el filtro selectivo del entrevistador. Define como la parte más especulativa del informe a aquella que comprende los conceptos explicativos elegidos por su relevancia en la búsqueda de causas determinantes y de la etiología de los principales conflictos o características del paciente.

— Pasar del nivel de autopercepción al nivel histórico, y del presente al pasado y al futuro.

A partir del comportamiento presente, el psicólogo investiga e infiere determinantes explicativos que tuvieron lugar en el pasado y ambos conjuntos de inferencias le sirven para hacer predicciones y recomendaciones para el futuro.

Es decir que recomienda organizar el informe yendo de lo manifiesto, observable, periférico, a lo latente, no observable y central; del nivel fenotípico al genotípico-histórico, buscando que este pasaje esté avalado por el máximo de datos aunque estará inevitablemente teñido por el enfoque teórico que sustenta el entrevistador.

Crítica muy especialmente la práctica de comenzar rutinariamente un informe mencionando el nivel intelectual, por ser inconsecuente con la orientación general de la psicología clínica. La excesiva insistencia en el nivel intelectual priva al paciente de su individualidad, ya que aun un débil mental tiene personalidad, y su nivel intelectual no es una construcción explicativa suficiente para entender su funcionamiento más general.

En las "sugerencias para redactar un buen informe" es donde se pone más de manifiesto el alto nivel de exigencia con que visualiza la tarea, coherente con la promoción y defensa del rol de psicólogo clínico que le asigna al informe.

Estas sugerencias son:

— El informe debe ser completo.

Le adjudica al concepto de "completo" dos acepciones: incluir la mayor cantidad de datos y características significativas, pero además ordenadas e integradas en un orden jerárquico preciso.

De ahí que considere incompleto tanto el informe que es pobre porque le faltan datos, como a aquel que presenta una amplia lista de conflictos y rasgos sin relacionarlos entre sí, ya que los datos aislados describen muy pobremente al sujeto.

— El informe debe ser específico.

Es decir, debe presentar los rasgos o conductas definidos en los términos exactos respecto de su extensión, calidad e intensidad, y el efecto que producen. "Cuanto más se confíe en términos genéricos, mayor será la vaguedad del informe y menores sus posibilidades de comunicar la información pertinente" (pág. 232).

Da como ejemplo la descripción de la cooperación con el entrevistador: casi todo el paciente colabora, lo importante es señalar la particular modalidad en que se da esa cooperación... intensa, retaceada, consistente, errática, silenciosa, servil, ambivalente, constante, fluctuante, incrementada a medida que pasan las entrevistas, etcétera.

— El informe debe ser claro, conciso y original.

Por claridad entiende decir lo que se quiere sin rodeos inútiles; por concisión, escribir algo tan específicamente como sea posible con la menor cantidad de calificativos; por originalidad, una actitud interna por la cual el psicólogo se aproxima a cada informe sintiéndolo como un desafío y no como una tarea u obligación de rutina.

— El informe debe tener consistencia y continuidad internas.

Enfatiza que para ser "lógicamente consistente" el informe debe ser ante todo "clínicamente coherente". La consistencia clínica implica describir a un individuo de acuerdo con las hipótesis que parecían más factibles según los datos en que se basan las inferencias, aunque también corresponde darles un lugar a las características divergentes si éstas aparecen.

La consistencia lógica y clínica significa continuidad e integración en los hallazgos en un todo compuesto y bien diferenciado, en que cada parte es descrita en sí misma y en relación con las demás. Esto requiere tener sumo cuidado en diferenciar con claridad afirmaciones especulativas o hipótesis a partir del material de tests, de descripciones de la conducta observable para el entrevistador.

— El informe debe ser competente.

Resumiendo en esta característica todas las exigencias anteriores dice L'Abate: "Un informe es competente cuando incluye todos los datos significativos sin caer en la fantasía y es capaz de transmitir con fidelidad las características de personalidad del paciente a través del material obtenido. Implica poder brindar un todo sin rupturas en la cadena de inferencias y lograr que sin verbosidad y con significación el paciente sea visualizado como un ser humano y no como un robot" (pág. 232).

No menos exigente se presenta Klopfer al señalar que uno de los problemas más difíciles que plantea la preparación de los informes es el de la organización. Enfatiza el papel que juegan la idoneidad y la capacidad del psicólogo clínico. Dice: "Cuando falta la organización, suele darse una amalgama indigesta de una masa de observaciones o una lista de signos e indicadores sin poder transmitir su objetivo esencial que es el de 'retrotrazar' una persona viva con sus atributos positivos y sus dificultades (...). Es en la cuestión de la organización donde se evidencia cuando el informe ha sido realizado por un psicólogo clínico o por un principiante. Aquellos que tienen una comprensión inadecuada de la personalidad o de la patología, frecuentemente organizan el informe en forma tal que da la impresión de que las pruebas son el objeto de la investigación y no el estudio del paciente en sí" (pág. 43).

De los autores citados, Klopfer es quien tiene más presente cómo incide la línea teórica sobre la comprensión del material y la forma de organización del informe, ya que es desde la óptica de determinada teoría como se jerarquizan o minimizan ciertos datos y se incluyen o no ciertas áreas.

Describe y analiza una serie de modelos y señala sus características e inconvenientes, para aportar luego su forma de organización propia. Así, diferenciaría un informe "orientado hacia el área de la personalidad" (centrado en las características más evidentes y ocultas del funcionar del sujeto) de aquel en que se privilegia el análisis de "las funciones vocales" (con mayor énfasis en los aspectos positivos y adaptativos, desviándose de la tendencia tradicional de enfatizar la patología). En su propia propuesta intenta encontrar un adecuado equilibrio entre ambos tipos de informe, buscando un modelo más abarcativo.

En el largo capítulo dedicado a "una nueva forma de organizar los informes

psicológicos" ofrece una serie de recomendaciones (con evidente intención didáctica) respecto del contenido de las áreas que debe incluir y los indicadores de los tests más pertinentes para cada una. Aunque no explicita un modelo de organización interna, ésta puede extraerse de los múltiples ejemplos que presenta en su libro, en los que se observa una secuencia que se reitera, aunque la extensión e importancia asignada a cada área varía según el caso. En todos, inicia el informe aclarando quién es el derivante y cuál el motivo de la consulta, para continuar con el listado de las pruebas empleadas, el comportamiento durante el examen, el análisis de los datos de las pruebas y finalizar con la impresión diagnóstica y recomendaciones.

También Mack, sin dar pautas explícitas para la organización interna del informe, transmite por medio de una gran cantidad de ejemplos clínicos un orden de presentación de las áreas que se reitera independientemente de las características del caso: inicia el informe con el motivo de consulta y menciona el tipo de derivante, continúa con una breve síntesis de la historia del niño y su familia, para pasar luego a los resultados del "examen clínico" (descripción del niño en cuanto a su aspecto físico, motricidad, lenguaje, manejo de los afectos y de la fantasía, y las relaciones interpersonales), del "examen psicométrico" (en el cual incluye el análisis de cualquier tipo de materiales y tests) para continuar con lo que llama "formulación" de las hipótesis explicativas y terminar con las recomendaciones.

#### **Recaudos a tener en cuenta en la organización del informe**

A diferencia de los modelos propuestos, que son relativamente disímiles, aparece un mayor acuerdo entre los autores en cuanto a lo que debe ser evitado en la organización del informe:

- El informe excesivamente orientado hacia el problema por el cual se consulta. Aunque todo informe debe dar respuesta a la inquietud del derivante, Klopfer considera que este tipo de informe centrado en la pregunta realizada por el solicitante puede traer aparejados dos peligros:
  - que el informe se empobrezca al restringir en exceso la información y/o que termine reflejando más las inclinaciones teóricas o prejuicios del solicitante o de la institución (por ejemplo en favor de una etiología orgánica o funcional, o la preferencia por ciertas clasificaciones nosológicas) que la propia evaluación del psicólogo.
- Esto sería atentatorio contra la tarea del psicólogo, quien "...tendría la obligación ética como parte de su tarea de enseñar y de promover la consideración de todos los puntos de vista posibles" (pág. 53). Da como ejemplo que existe un pedido de que se valore el nivel intelectual a fin de ver el posible deterioro orgánico en un paciente en cuyas pruebas se detectan indicadores de psicosis, el informe deberá abarcar ambos aspectos jerarquizando el área que sea más pertinente aunque no coincida con el pedido. Según este autor, "si el psicólogo regresa al rol de psicometrista técnico de laboratorio y sus informes consisten únicamente en puntajes obtenidos en las pruebas, indudablemente se está olvidando de su responsabilidad y está ocasionando un daño al paciente y a su profesión. Un psicólogo clínico maduro siempre considera a su tarea de evaluación como algo global" (pág. 55).

En este punto L'Abate parece más drástico en su defensa de la autonomía del rol que Ochroch, quien señala que en tanto todo informe es inevitablemente una síntesis y un recorte del enorme monto de información recogido, siempre que sea posible se pondrá el acento en aquellos datos que mejor den respuesta a la inquietud básica del derivante, aunque puedan incluirse otros que amplíen lo solicitado.

Así, si el informe es para un terapeuta, estará en primera instancia interesado en los aspectos dinámicos, el grado de terapéuticidad y la predicción de posibles vicisitudes durante el tratamiento; si es para un médico en interconsulta, importa transmitirle con claridad qué aspectos de la sintomatología pueden estar originados, incrementados o sostenidos en tanto beneficio secundario por las características de personalidad del sujeto en interjuego con su grupo familiar o contexto más amplio.

— El informe test por test, orientado hacia la prueba.

Todos los autores acuerdan en que no corresponde redactar un informe test por test, ni siquiera en un primer momento del aprendizaje, ya que este análisis del material es el que antecede a la construcción del informe, que siempre debe ser integrador.

Las razones son múltiples. Informar prueba por prueba es poco práctico porque:

- generalmente lleva a un alto grado de redundancia,
- puede provocar confusión en aquellos que no están familiarizados con las pruebas,
- descorazona al derivante, quien sólo accede a la síntesis en los últimos párrafos.

Si no hay integración hasta el resumen o la discusión final, ésta resulta insuficiente y el lector tenderá a leerlo saltando el análisis anterior, por lo tanto el informe se empobrece.

Dice L'Abate: "Si el psicólogo no puede separar los datos en bruto y las inferencias de primero y segundo orden de las conclusiones finales, tampoco podrá hacerlo el lector" y nuevamente relaciona esta carencia con el problema del rol, enfatizando que el psicólogo clínico debe "estar capacitado para obtener sus propias evidencias y alcanzar sus propias conclusiones. Si pierde esta prerrogativa, no podrá mantener el papel de consultor independiente" (pág. 227). En nuestro país, Ocampo y Arzeno son aun más tajantes: "...enviar al remitente un informe confeccionado test por test funciona como una rendición de cuentas por parte del psicólogo al otro profesional, a quien se siente como un supervyó exigente e inquisidor. Detrás de ese deseo de mostrar detalladamente lo ocurrido entre su paciente y él se oculta una gran inseguridad, fruto de su débil identidad profesional" (pág. 14).

Sin embargo, existen algunas excepciones, por ejemplo cuando el informe es solicitado en forma pormenorizada por el Poder Judicial.

— El informe que incluye en exceso indicadores de los tests.

Cada test tiene una jerga propia, es por ello que el empleo de tal terminología orientada hacia el test coloca al psicólogo clínico en una doble encrucijada: la de no ser entendido por quienes no la comparten y la de estructurar un informe que inevitablemente será confuso tanto en su organización como su estilo.



A menos que el derivante lo requiera (por ejemplo porque es a su vez un es- tudioso de alguna prueba), no corresponde incluir siglas, porcentajes u otros fenómenos específicos derivados de los tests, ya que tal inclusión refleja bá- sicamente la propia incapacidad para traducir los símbolos con que trabaja- mos e indica carencias en la conceptualización.

Los únicos datos directos de los tests que suelen incluirse en el informe se re- lacionan con el desempeño en el nivel intelectual y visomotor. Se transcribe en algunos casos el cociente intelectual, el porcentaje de deterioro, el nivel vi- somotor alcanzado en relación con la edad, etcétera, para facilitar compara- ciones si hubo una evaluación previa o se consideraran seguimientos, o para su- brayar la diferencia entre el desempeño en los tests y el funcionamiento es- colar o laboral. De todas maneras deberá ser incluido siempre junto a una des- cripción más amplia y cualitativa de las funciones intelectuales a las que ha- cen referencia los índices numéricos.

En cambio resulta incorrecto incluir los datos intermedios (indicadores) de las técnicas proyectivas, ya que si se describe al consultante en forma exacta y es- pecífica no se necesita de esa clase de datos que pueden no tener significación para el lector. Por ejemplo no corresponde incluir el porcentaje de pequeño de- talle (dd) del Rorschach, aunque esté muy aumentado, sino describir cómo la conducta excesivamente detallista y metódica del entrevistado puede inter- ferir con una percepción más global de la realidad en las diferentes áreas de su desempeño.

— El informe que incluye un exceso de citas.

Las verbalizaciones textuales o imágenes que da el sujeto en respuesta a los estímulos específicos de los tests, se pueden citar con cuidado y sólo cuando es pertinente, si agrega algo o ejemplifica de una manera más viva que la des- cripción y conceptualización. Se utiliza una cita para destacar la unicidad de un caso, pero solamente si la misma transmite algo diferente que no puede ser descrito sin ella. Las citas demasiado frecuentes interrumpen el hilo de la fra- se y dificultan la lectura.

El peligro consiste además en que muchas veces se citan partes del material como para fundamentar una hipótesis o conclusión, cuando en realidad la descripción dinámica tiene que surgir de la integración de todos los materia- les y no de aspectos parciales, aunque una respuesta específica resulta muy significativa. Una respuesta aislada no puede servir como validación de una hipótesis (sino a lo sumo como un ejemplo), ya que la evidencia clínica debe basarse sobre la consistencia de una cantidad de respuestas.

Según L'Abate, en algunos casos la necesidad de citar parece estar al servi- cio de encubrir los sentimientos de inseguridad referidos a la propia compren- sión dinámica del caso, y se le adjudica a la cita el papel de una "evidencia cien- tífica" que favorezca su interpretación particular.

#### 4) La escritura del informe

¿Cuáles es el estilo y el lenguaje en que debe estar formulado un informe? ¿Có- mo se relaciona con la modalidad de organización y el contenido del mismo? ¿Qué importancia tiene el derivante a quien está dirigiéndose?

Estilo y contenido no pueden separarse. Tanto la "creación literaria", versión

novelada y redundante del informe, como su opuesto, "el estilo telegráfico", que por intentar ser breve deja huecos que debe llenar el lector —lo cual puede dificul- tar o aun tergiversar su comprensión— son extremos igualmente inadecuados. Todos los autores están de acuerdo en que en la escritura del informe de- ben evitarse frases cliché y la utilización de la jerga psicológica más general o de una particular línea o escuela teórica. El mejor informe será aquel que tome en cuenta el nivel de comprensión del lector sin desmerecerlo, ajustando su lengua- je al del derivante o la institución que lo requiere.

En aquellos casos en que la relación profesional se establece con un psiquia- tra o psicoterapeuta, el lenguaje puede ser más técnico, pero no por ello excesi- vamente sofisticado, y el informante debe asegurarse de que se comparte no só- lo la terminología, sino también el marco de referencia. Cuando esto no ocurre, el lector puede sentirse tan asombrado o alienado por la terminología empleada y la teoría que ésta implica que todos los intentos posteriores para comunicar- se resulten más dificultosos.

Según Klopfer, los psicólogos generalmente creen que el lector comprende los conceptos psicoanalíticos (por ejemplo, que debería conocer la conexión en- tre la culpa y la hostilidad reprimida...); sin embargo, investigaciones en que se ha solicitado la definición de términos habitualmente utilizados en los informes demuestran que esto no es así. Cita un estudio de Grayson y Tolman, quienes de- muestran que no existe una comprensión unívoca de los términos usados más frecuentemente en los informes, pues aparecen diferencias importantes en el sig- nificado atribuido por psicólogos y psiquiatras a muchos conceptos, y otros son definidos en forma vaga y ambigua por ambos grupos.

Si su destinatario es un médico, una maestra, un juez, etcétera, un exce- so de complejidad en los términos realmente interfiere en la comunicación, y lle- va en algunos casos a que no sólo comprendan mal, sino también apliquen má- la información dada. Siempre hay que tener en cuenta si el informe tiene un so- lo lector primario o luego puede ser leído a otros (por ejemplo, padres en una es- cuela). Este recaudo se refiere evidentemente no sólo al lenguaje sino al conte- nido.

Campo subraya muy especialmente que el primer cuidado del psicólogo res- pecto del médico cuando le envía un informe es el lenguaje. Este debería corres- ponder al nivel de información y comprensión del profesional remitente y "no ha- llarse omnipotente, competitiva y en realidad innecesariamente plagado de pa- labras o conceptos que el médico no tiene por que conocer" (pág. 30).

En su afán de evitar la "jerga", diversos autores traen una serie de ejemplos de cómo traducir al lenguaje común conceptos técnicos psicológicos o psicoana- líticos.

Para Klopfer, "El paciente se proyecta en forma amplia", puede ser traducido por: "El paciente tiene la tendencia de atribuir a otra gente sentimientos e ide- as propias sin tener en cuenta la forma en que éstos pueden sentirse". "El pacien- te es sumamente narcisista" puede ser transmitido como "El paciente está tan preocupado por sí mismo que le resulta difícil interesarse por la otra gente".

En cuanto a la extensión del informe, varía según el estilo y la información que se quiera transmitir y el contexto dentro del cual se utiliza. Debería tener la longitud necesaria para describir a un paciente tan exacta y acabadamente co- mo sea posible, aunque en algunos casos una esquila concisa y sintética pue- de ser satisfactoria y suficiente. Es preferible enviar un informe breve que cum-

pla con la finalidad de ser leído, que otro más detallado y extenso cuyo destino sea quedar enterrado en un cajón del escritorio de un derivante con exceso de trabajo.

#### Aspectos éticos: Informe y confidencialidad

¿Cuánta información sobre el sujeto podemos transmitir sin vulnerar su derecho a la confidencialidad? ¿Qué recaudos deben tomarse para que el informe no sea utilizado para dañar o comprometer a un individuo?

En un trabajo de investigación en que se aborda los problemas profesionales y éticos del psicodiagnóstico, Berndt<sup>3</sup> se plantea algunas de estas preguntas. Para contestarlas, envió un cuestionario muy amplio sobre el tema de devolución, informe y privacidad a 100 miembros de la Sociedad Americana de Evaluación Psicológica, y encontró que:

— la mayoría explicita los objetivos de la tarea antes de iniciarla y solicita un expreso acuerdo por parte del sujeto para la realización del examen psicológico cuando éste no ha sido solicitado en forma autónoma;

— le avisa de entrada si le va a brindar o no alguna información posterior y que los resultados del estudio le serán transmitidos al derivante mediante un informe;

— cuando le brinda información, ésta tiende a reducirse a su desempeño en el área intelectual y a los aspectos más adaptativos del material; algunos psicólogos tienen por costumbre leer el informe al paciente en forma total o parcial;

— todos los psicólogos archivan sus evaluaciones adjuntando los informes, pero algunos tienden a omitir el nombre del paciente utilizando un código a fin de que nadie pueda acceder al archivo, que se considera información confidencial.

Es evidente que el psicólogo en los Estados Unidos tiene que tomar más recaudos dada la severidad de la ley y las sanciones que impone la Asociación de Psicólogos, pero estos planteos de la ética y preocupación por la privacidad deberían regir también en nuestro medio.

Un especial cuidado debe tomarse en el área educacional o laboral a fin de no rotular al entrevistado en un informe que luego puede ser utilizado en su desmedro, por ejemplo para fundamentar la expulsión de un alumno, justificar el despido de un empleado, etcétera.

También resulta inadecuado entregar en mano, aunque esté cerrado, un informe si éste no debe ser leído por el consultante o los padres del niño. Generalmente produce un conflicto innecesario entre la honestidad y la curiosidad, que puede evitarse enviando el informe directamente al destinatario.

#### Reflexión final

Escribir este trabajo no cierra un proceso, más bien parece que lo vuelve a abrir...

¿En qué se asemejan y en qué se diferencian el informe y la devolución? Esta ha sido con frecuencia una pregunta de examen final en la materia Técnicas Proyectivas. A nuestro criterio, cualquier alumno que hubiera estudiado debería ser capaz de contestarla.

Generalmente, los alumnos inician la respuesta señalando una similitud básica:

— su ubicación temporal en el proceso diagnóstico: ambas son tareas de cierre y dependen de cómo se haya realizado la evaluación.

Presentan a continuación las diferencias, sustentándolas en una o más de estas características:

— la modalidad de transmisión: el informe es escrito, la devolución es oral; su destinatario: se informa al derivante, se devuelve al entrevistado;

— el nivel de cercanía: el informe puede enviarse, no requiere la presencia física de ambos, la devolución implica interacción, es parte del encuentro entrevistado-entrevistador;

— la permanencia: el informe queda registrado, la devolución no;

— el origen del material: el informe versa sobre las características de un otro, en la devolución se reintegra al consultante algo que le pertenece.

— el tipo de información brindada: el informe responde a las inquietudes del derivante, la devolución toma en cuenta el punto de urgencia y el motivo de consulta manifiesto y latente del consultante.

Si además de incluir algunas de estas diferencias, el alumno logra describir adecuadamente los objetivos generales así como los aspectos de la técnica de cada uno, el examinador puede quedar satisfecho y dar por aprobado ese tema.

Pero ¿qué pasaría si a este hipotético alumno se le preguntara por las posibles situaciones que desdibujan y hacen más secundarias estas diferencias? Por ejemplo: "Si informamos de manera verbal al derivante, ¿deja de ser un informe para convertirse en una devolución?" o "¿Si una devolución la recibe un familiar, se convierte en un informe?" "Si el derivante está presente cuando el psicólogo da la devolución, ¿realiza ambas tareas al mismo tiempo?" "Y si cada uno se lleva un casete de la entrevista de devolución, ¿qué es para el consultante, el derivante y el futuro terapeuta?"

Pareciera que a pesar de ser tareas técnicamente tan diversas, resulta más fácil fundamentar las semejanzas que establecer las diferencias.

Ambas dependen de la evaluación previa y a la vez parcialmente la configuran. Requieren del juicio clínico del entrevistador y reflejan ineludiblemente su esquema referencial y de valores. Ambas son parte del rol del psicólogo en tanto agente de salud, aunque no en exclusividad. Evidencian su idoneidad científica, su creatividad y su calidad humana. Son tareas a la vez difíciles y gratificantes. Ambas son experiencias de aprendizaje para el entrevistador y permiten un feed-back respecto de la tarea realizada.

He sustentado la hipótesis de que la devolución es un proceso, y no solamente una tarea de cierre. Quizás en realidad los orígenes del informe también están desde el comienzo, ya que muchas veces las preguntas del derivante guían nuestra recolección de datos.

Pensar sobre esto tendrá que quedar para mi próxima "devolución" ...

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campo, V., "Psicodiagnóstico y ética", *El Rorschach en la Argentina*, año 7, Nº 1-2, págs. 29-50, 1979.
2. Friedenthal, H., "Interrogatorio, test de límites y señalamientos en el test de Relaciones Objetales", en Vertheim, R. F., de *Actualizaciones en el test de Philipson*, Paidós, Bs. As., 1983.
3. Duarte, A. L., "Las Técnicas Proyectivas en la Investigación y la Clínica. El problema del juicio clínico", presentado al Congreso Latinoamericano de Rorschach/RP, Rosario, 1980.
4. Schaler, R., *Psicodinámica Interpretation of Rorschach Testing*, Grune Stratton, N.Y., 1984.
5. Berardi, L. B., *El encuentro psicodiagnóstico*, Paidós, Bs. As., 1983.
6. Ocampo, M. L., García Arzeno, M. E., *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*, Nueva Visión, Bs. As., 1974.
7. Bolbol, M. y col., "El psicodiagnóstico en las terapias breves", *Técnicas proyectivas*, 1980, Nº 1, págs. 49-55.
8. Aponle, H., "The negotiation of values in therapy", *Family Process*, 1985, Vol. 24, Nº 3, págs. 323-328.
9. Sollihan, H. S., *Lacuterivista psiquiátrica*, Psique, Bs. As., 1959.
10. Ferrer, M. R., Fernández, E. E., "Técnicas de devolución en pareja", en Ocampo Arzeno, op. cit., págs. 413-41.
11. Juberit, E. N., *Comunicación personal*.
12. Aberastury, A., *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*, Paidós, Bs. As., 1969.
13. Phillipson, H., "Encuadre para el uso terapéutico de los métodos proyectivos", en Vertheim, R. F., de, op. cit., 1983.
14. Forth, H. J., *Teoría y técnica de psicoterapias*, Nueva Visión, Bs. As., 1973.
15. Bleger, J., *Temas de psicología*, Nueva Visión, Bs. As., 1971.
16. Hirsch, H., Rosarios, M., *Estrategias terapéuticas institucionales. La organización del consultorio*, Paidós, Bs. As., 1987.
17. Malan, D. H., *The frontiers of brief psychotherapy*, Plenum, N.Y., 1976.
18. "Actualización en Psicoanálisis de Niños", "Revista", Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Buenos Aires, Nº 15, 1988.
19. Klopfer, W. G., *El informe psicológico. Uso y comunicación de los descriptores psicológicos*, Tiempo Contemporáneo, Bs. As., 1975.
20. Ochroch, R., "How does one approach the writing of a psychological report", ficha de uso interno del doctorado en Psicología Clínica, Universidad de Nueva York.
21. Labate, L., *Psicología clínica*, Paidós, Bs. As., 1978.
22. Mack, J., *Psychological Examination and Report Writing*, Exposition Press, N.Y., 1978.
23. Hirsch, S. B., Vertheim, R. F., Rodríguez, F. M., *El CAT en el proceso psicodiagnóstico*, Nueva Visión, Bs. As., 1974.
24. Vertheim, R. F., Hirsch, D. B., Braude, M. G., *Identidad y cambio en el test de las Dos Personas*, Paidós, Bs. As., 1984.
25. Exner, J., *The Rorschach, a Comprehensive System*, Wiley Sons, N.Y., 1978, Vol. 1.
26. Grassano de Piccolo, E., *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*, Nueva Visión, Bs. As., 1977.
27. DSM 3, *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, España, 1984.
28. Casullo, M. M., *Las técnicas psicométricas y el diagnóstico psicopatológico*, Lugar, Bs. As., 1988.
29. Malan, D. H., *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica*, Paidós, Bs. As., 1983.
30. Forth, H. J., *Estructuras y abordajes en psicoterapia*, Mairena, 1984.
31. Paz, C. A., *Analizabilidad*, Paidós, Bs. As., 1971.
32. "Criterios de Curación y Objetivos Terapéuticos en Psicoanálisis", "Revista", Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Buenos Aires, Nº 11, 1985.
33. Wallerstein, R. S., Robbins, L., *Psychotherapy: differential, treatment planning and prognosis*, International Univ. Press, 1974.
34. Eichengren, H., *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Amorrortu, Bs. As., 1986.
35. Pavlovsky, E., Fydelwsky, L., "La dinámica del diagnóstico en los grupos de adolescentes", en *Diagnóstico psicológico y psiquiátrico*, Colección Seminarios, Helguero Editores, 1983.
36. Lieberman, D., "Evaluación de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación de los tratamientos analíticos", "Revista Argentina de Psicoanálisis", T. XXIX, Nº 3, 1972.
37. Perru, G., "Diagnósticos esenciales y estrategias en Psicoterapias Breves", presentado en las II Jornadas Asistenciales Interdisciplinarias de Salud Mental, 1983.
38. García Arzeno, M. E., "Las fantasías de enfermedad, curación y análisis. Su importancia clínica a través del TRO", en Vertheim, R. F., de, op. cit., 1983.
39. Freud, A., *Normalidad y patología*, 6ª ed., Paidós, Bs. As., 1986.
40. Rodulfo, R. y M., *Clínica psicoanalítica en niños y adolescentes*, Lugar, Bs. As., 1986.
41. Pérez, A., "Atención en instituciones", presentado en las Jornadas de Salud Mental, Instituto Barceno, 1988.
42. Small, L., *Psicoterapia y neurología*, Amorrortu, Bs. As., 1976.
43. Berndt, D. J., "Ethical and professional considerations in psychological assessment", *J. of Professional Psychology: Research Practice*, Vol. 14, Nº 5, 1983.

## Capítulo III

# DEVOLUCION E INFORME EN PSICOLOGIA LABORAL

Therina Fuks de Lerman,  
María Isabel Martínez de Salame

Antes de abocarnos a las características particulares del informe en psicología laboral creemos conveniente explicitar algunas generalidades del contexto en esta área.

Tomando las consideraciones que Vertheim<sup>1</sup> señala, es esencial tener en cuenta la situación motivacional en que se encuentran tanto entrevistado como entrevistador. Esto produce inevitablemente en la conducta general de ambos y en el rendimiento y calidad de la producción efectos que es indispensable tener en cuenta para una correcta interpretación del material.<sup>2</sup>

Es importante determinar el objetivo específico de la evaluación psicológica en este ámbito, donde el énfasis estará puesto en el pronóstico de desempeño del individuo.<sup>3</sup> En este sentido, resulta particularmente necesario adecuar nuestra modalidad de trabajo a esta área, con el fin de obtener la mayor cantidad de información orientada hacia el esclarecimiento de nuestro objetivo.

Son conocidas las particularidades a las que debe enfrentarse el postulante que realiza una evaluación laboral: "es una situación especialmente ansiosa y que realiza una evaluación laboral"; "es una situación especialmente ansiosa y persecutoria, ya que debe realizar una prueba impuesta y ajena a su elección, en la que es observado y explorado en aspectos de su personalidad, prueba de cuyo resultado dependerá su acceso al nuevo puesto".<sup>4</sup>

Conociendo que será una relación breve y de alto nivel de exigencia para ambos, entrevistado y entrevistador, nos encargamos desde el comienzo de explicitar el motivo por el cual estamos reunidos. Con frecuencia suele ocurrir que las personas saben que vienen a realizar una "evaluación", pero ignoran el alcance de la misma.

Plantearnos nuestro encuadre en forma clara y concisa, y destacamos que el objetivo es tratar de conocer características del postulante en cuanto al desempeño laboral y que, si lo desea, podrá conocer los resultados en una entrevista posterior ("devolución") independientemente de ser o no incorporado a la empresa para la cual se postula.

