

CAPÍTULO 2

Entrevista de Devolución

Nora Rosenfeld
Haydeé Avrutín
Adela Jordá

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La comunicación de la información obtenida es compartida entre el entrevistador

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

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

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

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

Objetivos de la Devolución

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Técnica de Devolución

A adultos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A niños:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ejemplo de Entrevista de Devolución de la Información

*Nora Rosenfeld
Adela Jordá*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Paciente (P): Bien, bien.

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

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

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

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

(Alberto se pone tenso y expectante).

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

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

(Aquí se procuró reforzar su autoestima.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

para que le vuelvan los malestares?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E: ¿Y qué podría haber pasado?

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

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

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

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

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

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

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

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

P: Sí...

(Silencio reflexivo)

E: ¿En qué piensa?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

P: Sí, sí, está bien.

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

P: Muchas gracias, entonces hasta la semana que viene.

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

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

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

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

Bibliografía

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