

Responsable de la selección y capacitación de personal de Alpagatas. Planta Florencio Varela. 1978-1980.
Jefa de Empleos de Tres Cruces. 1980-1983.
Responsable de la Selección de Personal de Massalin-Particulares. 1983-1985
Titular de HM Consultoras en Recursos Humanos. 1985 a la fecha.

Graciela M. Peker

Lic. en Psicología. UBA.
Especialista en Violencia Familiar, UBA.
Adjunta Interina de la cátedra I "Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico". Módulo II. Facultad de Psicología. UBA.
Docente del Programa de Posgrado de Actualización en Técnicas Proyectivas de la UBA.
Ex docente de la materia Técnicas de Evaluación Psicológica de la Carrera de Psicología de la U.B.
Ex docente de la materia Técnicas Proyectivas de la Carrera de Psicología de la Universidad Maimónides.
Autora de trabajos y publicaciones presentados en Congresos Internacionales y Nacionales.
Investigadora categorizada por UBACyT en proyectos que dirigió la Lic. Graciela Celener desde 1996 al 2003.

Susana Battafarano

Lic. en Psicología U.B.A.
JTP de la Cátedra I de la Asignatura "Teoría y Técnicas de Exploración y Diagnóstico Psicológico". Módulo II. Facultad de Psicología, UBA.
JTP de la Cátedra II de la Asignatura "Psicología Forense".
Coordinadora Técnica del Centro de Admisión y Derivación de CONNAF.
Coordinadora Docente del Programa de Posgrado de "Actualización en Técnicas Proyectivas en el Ambito Forense" de la UBA.

Haydeé Avrutín

Lic. en Psicología, U.B.A.
Psicoanalista.
Docente de la Cátedra I de la Asignatura "Teoría y Técnicas de Exploración y Diagnóstico Psicológico". Módulo II. Facultad de Psicología, UBA.
Directora del C.E.C. 802. Dirección de Psicología. Pcia. de Bs. As.
Ex Coordinadora General del Servicio de Asistencia Comunitaria. Colegio de Psicólogos de la Pcia. de Buenos Aires (Distrito XIV).
Ex Docente de la Escuela de Especialización (Carrera de Psicodiagnóstico), Colegio de Psicólogos de la Pcia. de Buenos Aires (Distrito XIV).

Adela Jordá

Lic. en Psicología de la Universidad del Museo Social Argentino.
Psicoanalista. Instituto Jacobo L. Moreno. Dirección de Dalmiro Bustos.
Coordinadora Grupal.
Ayudante de Primera Regular de la Cátedra I de la Asignatura "Teoría y Técnicas de Exploración y Diagnóstico Psicológico". Módulo II. Facultad de Psicología, UBA.
Consultora de empresas en Recursos Humanos en el país y en el exterior.
Coach.
Facilitadora en seminarios, talleres y cursos de capacitación.
Creadora y coordinadora de Talleres Comunitarios.

Norma Araceli Baratta

Licenciada en Psicología M.N. 18.987.
Becaria de Investigación. Área de Psicodiagnóstico. Inst. M. A. Rocca. Consejo del Menor y la Familia. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1991-1994)
Ayudante Rentada de la Cátedra "Teoría y Técnicas de Exploración y Diagnóstico Psicológico". Facultad de Psicología, UBA. (1994-1999)
Psicóloga en el Programa para Personas sin techo. Secretaría de Promoción Social.

Parte III

ÁMBITO CLÍNICO

CAPÍTULO 1

La entrevista psicológica

Nora Rosenfeld
Haydeé Avrutín

Este capítulo se centrará en la presentación de la entrevista como una técnica de fundamental importancia para la exploración y el diagnóstico psicológico. La entrevista permite indagar sobre diferentes áreas de la vida de una persona.

No sólo es una técnica pertinente para ser utilizada en el área clínica, sino que también cubre la necesidad de información en otras áreas de incumbencia del quehacer psicológico. Por eso es primordial delimitar desde el entrevistador el objetivo que se busca al iniciar una entrevista psicológica, y esto determinará las modalidades técnicas a emplear.

Celener y Tomsig (1990), contribuyeron en esta temática planteando que: "siempre que se diagnostica, se está atravesado por múltiples factores que van desde lo personal (estilo, teoría a la que se adhiere, experiencia clínica, grado de conocimiento de los tests, etc.) hasta el macrocontexto (momento histórico-social, institución, población a la que se asiste, etc.). Afirman que toda práctica en psicodiagnóstico está atravesada por el encuadre institucional y que para poder responder a una demanda se deben conocer los códigos (cultura) y necesidades de cada ámbito, además de la propia personalidad y las herramientas de trabajo con las que se cuentan, como por ejemplo las técnicas proyectivas".

La entrevista psicológica en el área clínica

Objetivos de la Entrevista

El objetivo de la información obtenida a partir de esta técnica es la construcción de hipótesis metapsicológicas acerca del entrevistado tales como el significado latente del síntoma (si lo hay) o de la problemática que manifiesta; la relación de la misma con hitos de su historia personal y con personas significativas de su vida; el o los conflictos latentes; las fuerzas entre las que se establece el conflicto; los modelos de relaciones interpersonales; las fantasías inconscientes; las ansiedades y los mecanismos de defensa. En esta tarea se produce un proceso de constantes aproximaciones, a partir de las cuales se podrá arribar a un conocimiento más amplio, que permite efectuar hipótesis acerca del sujeto, en cuanto a la estructura psíquica y el grado de salud y enfermedad, entre otros aspectos. En función de las inferencias realizadas, se efectúa un diagnóstico presuntivo. Los conocimientos adquiridos acerca del Sujeto a partir de la entrevista serán cotejados con las producciones que el mismo realiza en cada una de las técnicas proyectivas seleccionadas para efectuar el psicodiagnóstico a través de las recurrencias y convergencias. A partir del entrecruzamiento de información obtenido en este proceso, el psicólogo podrá arribar a un diagnóstico, al pronóstico y a las recomendaciones pertinentes al caso.

Sullivan (1954) define la entrevista psicológica como una "situación de dos o más personas, en la que uno o más individuos esperan recibir auxilio técnico de uno o

más expertos. La entrevista puede ser individual o grupal, ésta es la situación en el caso de que la consulta sea realizada por una pareja o por una familia. Pero siempre es un fenómeno grupal, porque el campo está configurado por dos o más personas reales, que participan efectivamente de la misma, y una multitud de personas imaginarias, que provienen de la experiencia subjetiva de los vínculos interiorizados por cada uno de los integrantes, y que afectan el campo psicológico manifiesto.

Bleger (1971) considera la entrevista como un campo psicológico en el cual los fenómenos que se desarrollan adquieren su significado en función de las relaciones que guardan entre sí sus participantes.

Como en todo campo psicológico, las relaciones se configuran a partir de una serie de fuerzas, en las que se incluye al entrevistador. Este no es un observador pasivo de lo que allí transcurre con el entrevistado, sino que interacciona con él. Por consiguiente, las conductas del entrevistador y del entrevistado deben considerarse como emergentes del campo. El entrevistador interviene formulando preguntas, respondiendo aquellas que considere pertinente, o haciendo algún tipo de señalamiento.

Las modalidades no son rígidas, éstas se modificarán según las características del entrevistado y del entrevistador que conforman el campo psicológico particular. La noción de "campo" en entrevista es un concepto tomado de Kurt Lewin que dice: "campo es la totalidad de hechos coexistentes concebidos como mutuamente interdependientes".

Bohoslavsky (1976) afirma: "el entrevistado es quien define y configura el campo; su conducta al fijar el encuadre, sólo toma un conjunto de variables y las convierte en constantes, dejando en libertad al entrevistado para configurar todo lo que ocurra dentro de la entrevista". Es decir que se puede reconocer en la entrevista un aspecto fijo, constante o invariante, que es el encuadre; y un aspecto dinámico que expresa el modo en que el entrevistado configura libremente la situación. A partir de los invariantes que forman parte del encuadre y que fija el entrevistador, se ponen de manifiesto las diferentes modalidades de cada entrevistado para configurar este campo psicológico.

Se entiende entonces que lo que varía en una entrevista, dependerá de las características personales del entrevistado; este hecho dará acceso al conocimiento de las particularidades del mismo.

El modo en que el entrevistador configura dicho campo se denomina "encuadre".

El encuadre puede definirse como un conjunto de variables de la situación presente, que el entrevistador establece como constantes; implica un cierto artificio técnico y opera como marco de referencia que permite al entrevistador inferir los significados que subyacen en la conducta del entrevistado.

Encuadrar una entrevista significa establecer parámetros constantes de los cuales se destacan los roles, el tiempo y el lugar en el que la misma se desarrollará. Esto depende del contexto en que tiene lugar la entrevista (institución, consultorio privado, etc.). El modo en que el entrevistado acepte o no estos lineamientos dará cuenta de un aspecto importante de su personalidad. A modo de ejemplo: en relación a los roles, se advierte con bastante frecuencia en la práctica clínica que en el desarrollo de la entrevista algunos entrevistados, en forma permanente y frente a cualquier tema que el psicólogo intenta abordar, tiende a eludir las respuestas colocándose en el lugar del que interroga. Si la señalada, se mantiene como una actitud constante, podría implicar una tendencia a la inversión de roles por parte del consultante. Se espera que el psicólogo sea quien desempeñe dicho rol. El ejemplo desarrollado da cuenta de una conducta de no aceptación de los lineamientos de la en-

tervista. Esta conducta podrá ser focalizada como un observable a partir del cual se podrán efectuar inferencias de segundo nivel.

El entrevistador es un observador participante, porque su rol modifica por su sola presencia el campo de la entrevista, dado que forma parte del mismo. Debe ser conciente de esa participación, ya que las variables que introduzca dependerán de su propio estilo e influirán en la modalidad del entrevistado al interactuar con él.

Tipos de Entrevista

Bleger (1971) considera la entrevista psicológica, como un instrumento fundamental del método clínico, por ser una técnica de investigación científica.

A grandes rasgos, pueden clasificarse tres estilos de entrevista:

1-Entrevista Dirigida:

En esta modalidad el objetivo es el relevamiento de datos para la construcción de una historia clínica. Para ello el entrevistador se ajusta a la administración de un cuestionario-guía en el que el orden de las preguntas está previamente establecido. Se consideran relevantes aquellas respuestas que se atienen a dar la información solicitada. La información no requerida puede enriquecer las respuestas, aunque no constituyan la finalidad última de la técnica. El ejemplo de esta modalidad de entrevista es la anamnesis médica.

A modo de ejemplo se transcribirá una viñeta de una consulta efectuada por un sujeto a raíz de padecer síntomas depresivos.

Entrevistador (E): —¿Cuál es el momento más crítico del día en que siente esa sensación de desgano?

Entrevistado (e): —Al despertarme, especialmente a la madrugada, temprano.

E: —¿Cuánto tiempo le dura?

e: —No me puedo despegar de la cama, no me puedo levantar. Cuando mi mujer me dice hacé un esfuerzo, me parece un mundo. Cuanto más me insiste peor me pongo, a veces pienso que yo le estoy arruinando la vida, que mejor que me muera...

E: —Volviendo a la pregunta que le hice ¿a qué hora empieza a sentirse un poco mejor?

e: —Recién al mediodía, a las 10. Tomo la medicación que me dio el clínico que me mandó a verlo a Ud. y ya a la noche todo cambia, me siento mejor...

E: —¿Cómo duerme de noche?

e: —Me duermo tarde, pero después de unas horas, tipo a las 3, 4 de la madrugada me despierto y no puedo volver a dormir. Es tremendo, es desesperante, todo vuelve a aparecer nuevamente...

E: —¿Cuántas horas duerme de noche?

e: —Cuatro horas como máximo.

E: —Además del desgano que Ud. comentó ¿tiene algún otro problema?

e: —Tengo mucha angustia, estoy muy triste, pero es una tristeza que me ahoga, que siento que me hunde, cualquier cosa que piense en hacer me parece que es un esfuerzo sobrehumano, un mundo, no puedo....

E: —¿Tiene deseos de comer?

e: —Sí, esa es otra de las cosas que me pasan. Hace tiempo que no tengo apetito. ¡Pensar que antes me encantaban los dulces! Era de buen comer.

En esta viñeta de entrevista dirigida, se transcribe el momento en que el entrevistador indaga acerca de la sintomatología para evaluar si la misma configura un estado depresivo. Para lo cual interroga al sujeto acerca de: estados de ánimo, insomnio, apetito, fantasías de suicidio, vitalidad etc. Para ello releva los datos que cree pertinentes en base a un cuestionario-guía.

En el ejemplo se puede advertir cómo el entrevistado en ocasiones no responde específicamente a la pregunta formulada. Ello sucede en el siguiente párrafo:

E.: —¿Cuánto tiempo le dura?

e.: —No me puedo despegar de la cama, no me puedo levantar. Cuando mi mujer me dice hacé un esfuerzo, me parece un mundo. Cuanto más me insiste peor me pongo, a veces pienso que yo le estoy arruinando la vida, que mejor que me muera ...

E.: —Volviendo a la pregunta que le hice ¿a qué hora empieza a sentirse un poco mejor?

e.: —Recién al mediodía, a las 10. Tomo la medicación que me dió el clínico que me mandó a verlo a Ud. y ya a la noche todo cambia, me siento mejor...

El entrevistador si bien permite que el sujeto se explaye, retoma el hilo de su interrogatorio reformulando la pregunta a fin de obtener la respuesta que necesita.

2-Entrevista Libre

En esta modalidad el objetivo es que el entrevistado configure en su mayor parte el campo psicológico de la entrevista. Para tal fin, el entrevistador solo interviene para facilitar el cumplimiento de este objetivo. Es el modelo de la entrevista psicoanalítica.

A modo de ejemplo se transcribirá una viñeta de una consulta efectuada por un sujeto.

E.: —Hábleme de usted.

e.: —...bueno, por donde empiezo?, soy casada, tengo dos hijos, una nena de dos años y un nene de un año. Ahora no trabajo, porque tengo que dedicarme a los chicos. Son chiquitos y me necesitan. Mi esposo gana bastante bien y nos arreglamos, además así, no tenemos que pagar a una persona para que los cuide. Es un ahorro,... (suspira).

E.: —¿Qué más me puede contar de ud.?

e.: —Bueno, hace un tiempo empecé a sentir ahogos, es como que me falta el aire; me dura poco. Trato de respirar hondo, abro la ventana y se me pasa. Me hice todo tipo de estudios, pero no tengo nada.

E.: —¿Cuánto hace que empezó a sentir esos ahogos?

e.: —Hace..., alrededor de un año, al poco tiempo de que naciera el nene.

E.: —¿Cómo es eso? Cuénteme un poco más.

e.: —Creo que me cambió el metabolismo después del embarazo. Ya no fui la misma. El gordo me demanda mucho tiempo, Micaela se puso muy celosa y yo no se cómo arreglarme para atender a ellos, a mi marido y a mi casa. La casa es un lío y mi marido se queja del desorden...y... de otras cosas. Me siento muy presionada. Mi marido me dice que me ahogo en un vaso de agua...

En esta viñeta de entrevista libre, se transcribe el momento inicial en el que el entrevistador a través de una pregunta amplia, facilita que la entrevistada se pre-

sente con su modalidad particular, es decir comenzando por la temática que surge espontáneamente o que ella elige. Cada nueva intervención del entrevistador mantiene la modalidad de preguntas amplias y no sugerentes. Sobre la base de la atención flotante sus intervenciones tienden a que el sujeto pueda seguir asociando, enriqueciendo el campo psicológico de la entrevista que él mismo va configurando.

A medida que este proceso se desarrolla el psicólogo construye hipótesis metapsicológicas acerca de la trama de la problemática del entrevistado desde los puntos de vista estructural, dinámico y económico.

3-Entrevista Semidirigida

Integra aspectos técnicos de las dos modalidades de entrevista ya desarrolladas. En el momento inicial se utiliza la técnica dirigida, al preguntarle al entrevistado por los datos de filiación. En un segundo momento, se apela a la técnica libre, cuando el psicólogo efectúa una pregunta amplia con la finalidad de que el sujeto hable acerca de sí mismo. Generalmente éste es el momento en que se espera que el entrevistado desarrolle el motivo de consulta y otros tópicos relacionados con su vida y su problemática. A medida que éste va desplegando su relato, el entrevistador, con una actitud de atención flotante, va realizando internamente asociaciones que podrían estar relacionadas con la problemática del sujeto, las que generarán las preguntas que formulará en el devenir de la entrevista. Esta etapa se caracteriza por ser semidirigida ya que se establece un intercambio espiralado en el que las respuestas generan nuevas preguntas que a su vez derivan en nuevas respuestas. El psicólogo pedirá datos acerca de aquellos tópicos que no hayan sido mencionados por el paciente, pero que el profesional considera de importancia en función de un procesamiento interno de integración de la información que ha recibido y de hipótesis teóricas que ha construido a partir de las mismas. Técnicamente nuevamente la entrevista se maneja de manera dirigida.

La entrevista semidirigida, es el modelo elegido para el psicodiagnóstico.

M. Luisa Siquier de Ocampo y M. Ester García Arzeno (1973) sugieren comenzar con una técnica dirigida, que corresponde al momento de presentación, explicación del encuadre y solicitud de los datos de filiación del entrevistado; proseguir con la técnica libre, y por último, emplear nuevamente la técnica dirigida para completar la información necesaria en la que se irá preguntando sobre las distintas áreas de la vida del sujeto.

A continuación se ejemplificará lo expresado en el párrafo anterior.

E.: —¿Cómo está Ud.?, Yo soy la Lic. x. El Dr. z. solicitó que yo le hiciera un psicodiagnóstico. ¿Ud. sabe lo que es un psicodiagnóstico?"

El psicólogo escucha la respuesta. Si el entrevistado afirma desconocer de qué se trata, el profesional lo informa al respecto de la siguiente manera:

E.: —"Consiste en una serie de entrevistas; en esta primera, le voy a pedir que me cuente qué es lo que le sucede, y en otras posteriores le voy a administrar una serie de test. En algunos va a tener que dibujar, en otros tendrá que crear historias sobre algunas láminas que le voy a mostrar, etc. Una vez finalizada la toma de los test, luego de aproximadamente una semana vamos a tener una nueva entrevista que posiblemente sea la última en la que Ud. y yo conversaremos acerca de la información que he obtenido como resultado de la evaluación diagnóstica. Por otro lado al Dr. z... le enviaré el informe por escrito.

Si bien el Dr. z... me adelantó alguna información sobre lo que a Ud. le sucede, necesito que ahora me cuente con sus propias palabras lo que le está pasando”.

Una vez que se ha explicado la tarea que se desarrollará, el entrevistador explicitará el encuadre que puede ser comunicado de esta forma:

E: —“Este psicodiagnóstico tiene por objetivo intentar comprender mejor lo que le sucede, así como sus causas y las recomendaciones terapéuticas necesarias, no sólo conversando sino también a través de las tareas que antes le dije que iba a realizar. Tendremos alrededor de cinco entrevistas y al término de cada una de ellas iremos fijando el día y horario de la próxima”. Con respecto al lugar de las entrevistas las mismas se desarrollan en el ámbito al que se lo ha derivado al paciente, sea éste un hospital, una institución privada o consultorio particular. Por lo tanto no es necesario hacer aclaraciones sobre el mismo ya que el entrevistado lo conoce a partir de la información que le dio el derivante.

A continuación se le solicitan los datos de filiación.

Se cierra de esta manera la primera parte dirigida de la entrevista y se le pide al entrevistado, que relate con sus propias palabras o a su manera, lo que lo aqueja.

Ésta es técnicamente la parte “libre” de la entrevista, ya que se favorece que el sujeto hable acerca de sí mismo según la secuencia que establezca.

Desde el punto de vista técnico mientras el entrevistado relata lo que le sucede, el psicólogo utiliza el recurso de la disociación instrumental. Esto le permite simultáneamente escuchar el discurso manifiesto del paciente empatizando con él, y al mismo tiempo tomar distancia para pensar sobre dicho relato desde la teoría y a partir de ella significar el discurso del entrevistado.

— Algunas de las relaciones que internamente procesa el psicólogo intentan descubrir la congruencia de significado entre el o los motivos de consulta que trae el entrevistado (factores desencadenantes) y una situación conflictiva previa que los primeros evocan (series complementarias).

También se le suele pedir al sujeto que intente relatar su historia desde que era pequeño, los hechos que más recuerda, las relaciones que establecía con los otros significativos (madre, padre, hermanos, compañeros de colegio, maestros, novias/os, amigos, etc.). De esta forma se hará un recorrido de la versión de su propia historia que aportará datos acerca de: las figuras significativas, los modelos de identificación, el estilo de sus vínculos primarios, de sus grupos de pertenencia, etc.

El psicólogo pedirá información acerca de aspectos de la vida del entrevistado que éste no haya desarrollado espontáneamente, o que el profesional crea que pueden tener relación dinámica con la problemática que comienza a desplegarse como un rompecabezas ante sus ojos. Técnicamente nuevamente la entrevista se maneja de manera dirigida.

La entrevista termina cuando el psicólogo cree contar con suficiente información como para efectuar una aproximación comprensiva de lo que le sucede al sujeto.

Al finalizar la entrevista, se combina con el entrevistado fecha y hora para efectuar la próxima reunión, comunicándole que en la misma van a hacer otro tipo de tarea, como ya se le había explicitado al principio de esta entrevista.

En el modelo de entrevista que se utiliza en el psicodiagnóstico, se puede hablar de tres momentos:

1- **apertura:** corresponde a la presentación del entrevistador y el entrevistado y el relevamiento de los datos de filiación.

- 2- **desarrollo:** el entrevistado brinda la información y el entrevistador realiza las preguntas que considera necesarias.
- 3- **cierre:** se fijan las pautas a seguir en las próximas entrevistas.

A partir del desarrollo de estos tres momentos, teniendo en cuenta las hipótesis que surgen a partir de los observables y considerando el motivo de consulta manifiesto y lo que se deduce como motivo subyacente o latente, se podrá planificar la batería a administrar seleccionando las pruebas o tests que se consideren pertinentes. No son siempre las mismas técnicas las que se eligen. En la selección influye qué es lo que se quiere investigar. Se podrán combinar técnicas psicométricas y técnicas proyectivas y de cada una de ellas se seleccionarán las más adecuadas en función de aquello que se necesita indagar. Ejemplo: en el caso en que se observe una dificultad de comprensión se necesitará administrar un test de inteligencia.

Aspectos Técnicos de la Entrevista Semidirigida

Transferencia y Contratransferencia

El entrevistado actualiza en la entrevista sentimientos, actitudes y conductas inconscientes que corresponden a pautas que éste ha establecido en el curso del desarrollo, especialmente en su relación interpersonal y con su medio familiar. En la “transferencia” en sentido amplio tal como la define Freud, el entrevistado asigna roles al entrevistador y se comporta en función de los mismos. Freud la define como “reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico” (1905 fragmento de Análisis de un caso de histeria).

Se debe diferenciar la transferencia en sentido amplio de la “neurosis de transferencia” que fue descrita por Freud en 1914 como todo comportamiento patológico del paciente que se centra en la relación con su analista. Ésta constituye un elemento positivo en la dinámica de la cura. El establecimiento de esta relación no es deseable en el proceso psicodiagnóstico.

Se puede considerar la “contratransferencia” como la respuesta emocional específica que surge en el psicólogo debido a cualidades del entrevistado. Freud en “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica” (1910) la describe como la respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del paciente, como el resultado de la influencia del analizado sobre los sentimientos inconscientes del médico”.

Ser conscientes de la contratransferencia es sin duda una de las fuentes de conocimiento en la entrevista. Por ejemplo: si un paciente se muestra frágil y débil, puede despertar contratransferencialmente en el psicólogo deseos de protección.

Transferencia y contratransferencia son fenómenos que aparecen en toda relación interpersonal y se dan lógicamente también en la entrevista. La diferencia es que en esta instancia deben ser utilizados como instrumentos técnicos de observación y comprensión.

Alianza de Trabajo *(buen trabajo)*

La alianza de trabajo es la relación racional y razonable que se establece entre el entrevistador y el entrevistado. Hace posible la cooperación decidida e intencio-

nal de este último en el transcurso de la entrevista. El entrevistado, el entrevistador y el encuadre contribuyen a la formación de esta alianza a partir de la capacidad del entrevistado de trabajar con un fin determinado en una situación dada. Las personas con fallas graves en las funciones del yo, por ejemplo fallas en el juicio de realidad, no podrán establecer esta alianza de trabajo. La alianza de trabajo se diferencia de la transferencia en sentido estricto ya que ésta proporciona esencialmente lo reprimido e inaccesible para la conciencia mientras que la alianza de trabajo expresa contenidos manifiestos. Celener tomando conceptos de Sandler dice que la alianza de trabajo en un psicodiagnóstico consiste en la adhesión en gran parte consciente y también inconsciente, al objetivo del trabajo y a los métodos que el psicólogo propone para efectuarlo.

Sin que se haya establecido la alianza de trabajo el proceso psicodiagnóstico no se llevará a cabo, o sufrirá dificultades en su transcurso (faltas, interrupciones etc.). Por lo tanto, es de suma importancia que desde la primera entrevista, el psicólogo tenga como objetivo establecer esta relación.

Disociación Instrumental

La disociación instrumental ya mencionada es el mecanismo por el cual el entrevistador opera en parte identificándose proyectivamente con el entrevistado y en parte disociándose para permanecer fuera de esta identificación observando lo que ocurre.

Se entiende por identificación proyectiva el mecanismo por el cual el Yo deposita un vínculo (es decir un aspecto del yo ligado a un objeto con una fantasía especial) en un otro que pasa a tener las características de este vínculo proyectado. De este modo favorece la relación empática de comunicación y entendimiento con el otro al poder ponerse en su lugar.

El mecanismo de la disociación instrumental permite al entrevistador mantener una distancia óptima con el entrevistado. Facilita estar lo suficientemente cerca del sujeto como para poder entender lo que sucede, sin ligarse afectivamente en forma indiscriminada a éste. Es de gran importancia la operatividad de este mecanismo, dado que el entrevistador es su propio instrumento de trabajo y su subjetividad entra en juego en la relación interpersonal que se establece con su objeto de estudio: el entrevistado.

J. Bleger (1971) sostiene que el entrevistador debe operar disociado: en parte actuando con una identificación proyectiva con el entrevistado y en parte permaneciendo fuera de esta identificación, observando y controlando lo que ocurre, de manera de graduar el impacto emocional y la desorganización ansiosa. Esta disociación es a su vez funcional o dinámica, en el sentido de que tiene que actuar permanentemente la proyección e introyección, y tiene que ser lo suficientemente plástica o porosa para que pueda permanecer en los límites de una actitud profesional. En su tarea, el psicólogo puede oscilar fácilmente entre la ansiedad y el bloqueo, y esto no perturba su tarea siempre que pueda resolver ambos fenómenos en la medida que aparecen.

Selección de Observables

El psicólogo observa no sólo lo que el sujeto dice, sino fundamentalmente lo que ocurre a partir de la interacción entre ambos participantes, centrándose en el vínculo y en el discurso.

Es importante que el entrevistador observe atentamente la conducta tanto verbal como no verbal, gestual; que escuche la información que brinda espontáneamente el entrevistado, la modalidad comunicacional del mismo, y la secuencia en que presenta los temas.

Tipos de Intervenciones del Entrevistador

El entrevistador interviene:

- Realizando preguntas amplias y abiertas, cuando su objetivo es obtener mayor información y cuando el entrevistado presenta dificultades para expresar lo que le sucede. Ej.: —Ud. acaba de mencionar a su madre, ¿cómo era su relación con ella?
- Haciendo señalamientos, si el entrevistado se bloquea, por un incremento en el monto de ansiedad. Ej.: —Ud. me estaba contando acerca de las dificultades que tiene para sostener una amistad, parece que este tema lo angustia de tal manera que no le permite seguir hablando....
- Interrogando sobre áreas de la vida que no son mencionadas espontáneamente por el entrevistado. Ej.: —¿Puede ahora contarme algo acerca de su trabajo?

Entrevista Diagnóstica Estructural

*Graciela Celener
Andrés Febbraio*

Un cuarto tipo de entrevista es la llamada por su autor Otto Kernberg "Entrevista Estructural". Este autor propone como objetivo de la misma la diferenciación diagnóstica entre tres estructuras psicopatológicas, fundamentándose en la teoría kleiniana y la suya propia. Dichas estructuras son la neurótica, la psicótica y la borderline.

La entrevista estructural de Kernberg aporta una óptica muy interesante en la técnica de la entrevista y sus objetivos. Por ello se realizará a seguir una síntesis de estos aportes. En función del marco teórico freudiano que se sostiene en este libro se introducirá una modificación a la entrevista de Kernberg. La misma se refiere a las estructuras a diferenciar y los organizadores o ejes a partir de los que se diagnostica. En este texto se propone la diferenciación diagnóstica entre las estructuras neurótica, psicótica y perversa y se exponen los ejes diagnósticos para diferenciar entre dichas estructuras.

El siguiente texto constituye por una parte una síntesis de la Entrevista Diagnóstica Estructural de O. Kernberg (1998) y por otra se modifican con respecto a aquella las estructuras a diagnosticar y los ejes diagnósticos a partir de los cuales se caracteriza a cada estructura. Esta parte constituye un aporte original de un grupo de los autores de este libro.

El objetivo de esta entrevista es el diagnóstico estructural.

La misma incorpora:

- Una aproximación descriptiva de los síntomas y conductas observables.

- Una aproximación genética: los antecedentes familiares.
- Una comprensión de las características intrapsíquicas del paciente.
- La organización permanente del contenido de complejos inconscientes. Por ej. El Complejo de Edipo como organizador, como estructurante del aparato.

Integra la investigación semiológica con conceptos de la teoría y la práctica psicoanalítica.

Características

Es una entrevista semidirigida con el acento puesto en el diagnóstico diferencial estructural.

Se trata de destacar las características estructurales (ejes diagnósticos) de los principales tipos de estructuración del aparato psíquico.

Para ello se intenta:

- Obtener datos para entender los síntomas, conflictos y prueba de realidad para poder diferenciar las estructuras.
- A partir de los primeros descubrimientos, se indaga acerca de los ejes diagnósticos que se cree conveniente profundizar para establecer las diferencias.

Pasos de la Entrevista

- 1- El entrevistador solicita al paciente un breve resumen de sus razones para venir a consultar, sus expectativas, la naturaleza de sus síntomas predominantes, problemas o dificultades. "He sabido algo de sus dificultades, pero estoy interesado/a en saber directamente por Ud. cómo ve todo esto".
A continuación pregunta sobre aspectos más precisos de los síntomas o dificultades, la fecha aproximada de su aparición, y su desarrollo y síntomas relativos adicionales.
- 2- Sigue el interrogatorio inicial con una búsqueda sistemática explorando los ejes diagnósticos con la finalidad de diferenciar entre estructuras.
Enfoca rasgos patológicos del carácter: "Me ha contado Ud. sobre sus dificultades y ahora me gustaría saber más sobre su persona. ¿Podría describirse a sí mismo, cómo es, lo que piensa que es importante que yo sepa, de modo que yo pueda tener una idea clara acerca suyo? Si el paciente tiene dificultades, el entrevistador puede sugerir que describa sus relaciones con las personas que son más importantes para él y que hable de su vida, estudios o trabajo, familia, vida sexual, relaciones sociales, cómo pasa el tiempo libre.
Se centra en las dificultades del paciente para las relaciones interpersonales, para adaptarse al entorno, así como sus necesidades psicológicas percibidas. Luego pregunta sobre los otros significativos en la vida del paciente: "Me gustaría pedirle que me diga algo sobre las personas que son ahora las más importantes de su vida. ¿Podría decirme algo de modo que yo pudiera formarme una clara impresión acerca de ellas?".
Solicita información relevante que se refiere al pasado del paciente. Es útil obtener una breve historia del pasado.
- 3- Terminada la exploración se centra en los síntomas y temas significativos que han surgido, explorándolos con clarificaciones y confrontaciones.
En la fase final de la entrevista, se invita al paciente a dar información adicio-

nal sobre puntos que éste considere importantes: "¿Qué piensa Ud. que yo debería haberle preguntado y que no he hecho todavía?"

Áreas que se investigan

- Síntomas o dificultades que presenta el paciente.
 - Características de la vida social e interpersonal respecto de su trabajo y familia; sus relaciones sexuales y maritales; sus interacciones con amigos, conocidos y parientes cercanos; sus interacciones en las áreas de recreación, cultura, política, y otros intereses comunitarios personales.
- La duración de la entrevista es de alrededor de 1 hora.

Recursos Técnicos

Observación:

- del lenguaje preverbal (gestos, tonos de voz, posición del cuerpo etc.).
- del estilo comunicacional (cómo dice lo que relata: en forma florida, escuetamente, en forma imperativa, etc.).
- del contenido temático de lo que relata (temas que refiere e impronta personal con que los trata).

Disociación Instrumental:

El entrevistador por un lado adopta una posición de empatía con el paciente intentando compartir con él las emociones que éste expresa y por otro se disocia, de tal forma que piensa sobre lo que relata el paciente al mismo tiempo que lo escucha e intenta sentir con él.

Clarificación:

Es la exploración con el paciente, de todos los elementos de la información que él ha proporcionado que son: confusos, poco claros, desconcertantes, contradictorios o incompletos. Se pregunta en forma no cuestionadora para descubrir el grado de su entendimiento o confusión respecto de lo que permanece poco claro.

La finalidad de este recurso técnico es la de evocar material consciente y pre-consciente. Su objetivo es explorar los límites de la conciencia de cierto material por parte del paciente.

Confrontación:

Su objetivo es intentar hacer consciente al paciente de aspectos potencialmente conflictivos e incongruentes del material. Presenta al paciente las áreas de información que parecen contradictorias o incongruentes.

Se le llama la atención hacia temas que el entrevistador percibe como contradictorios con otros aspectos de la información o confusos.

Para la ejemplificación de los tres recursos técnicos señalados se incluye a continuación de este desarrollo teórico la viñeta de una entrevista a un adulto (Caso Marina).

Como ya se explicitó, la finalidad de este modelo de entrevista es la de realizar un diagnóstico estructural. Adhiriendo al marco teórico freudiano la diferenciación se efectuará entre las estructuras neurótica, psicótica y perversa.

Para ello es necesario conceptualizar teóricamente a partir del estudio de la obra de Freud, los ejes diagnósticos que toma este autor para efectuar el diagnóstico diferencial entre estructuras.

Un equipo de docentes de la Asignatura "Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico. Módulo II. Cátedra I, se dedicó a efectuar este rastreo teórico.

Los resultados de dicho estudio proponen a modo de hipótesis que los tres tipos de organizaciones postuladas por Freud se reflejan en las características del sujeto respecto a 7 ejes diagnósticos u organizadores.

Ejes Diagnósticos

Graciela Celener
Andrés Febbraio

- EJE I: Síntomas.
- EJE II: Defensa Prevalente.
- EJE III: Defensas Propias del Cuadro.
- EJE IV: Puntos de Fijación.
- EJE V: Regresión.
- EJE VI: Conservación / Pérdida de la Realidad.
- EJE VII: Conflictos entre Instancias / Conflicto con la Realidad.

Estos Criterios Diferenciales o Ejes Diagnósticos permiten al diagnosticador, tener un referente psicopatológico para transformar los observables de las técnicas diagnósticas en indicadores diferenciales y posibilitan pasar del primer nivel de inferencias, los observables, al segundo y tercer nivel: las hipótesis teóricas, el diagnóstico y el pronóstico.

Freud delimita básicamente tres estructuras:

Neurosis: en ella las mociones pulsionales rechazadas son las tendencias sexuales dirigidas a los padres, que son reprimidas.

Freud se refiere básicamente a tres psiconeurosis:

- Histeria
- Neurosis Obsesiva
- Fobias

Psicosis: en ella existe una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad. Se advierte la ausencia del mecanismo de represión.

Básicamente se reconocen tres formas de psicosis:

- Esquizofrenia
- Paranoia
- Psicosis Maníaco-Depresiva

Perversión: Se caracteriza por la desviación de la pulsión sexual, en su objeto y/o en su fin. Las tendencias parciales no se organizan bajo la primacía de lo genital

infantil. La perversión es una defensa contra la angustia de castración.

Algunas de las perversiones son:

- Sadismo-Masoquismo
- Exhibicionismo-Voyeurismo
- Fetichismo
- Homosexualidad

A continuación se desarrollará la caracterización de cada una de las estructuras a partir de los siete ejes diagnósticos que se proponen en este texto.

Neurosis

1- Neurosis Histérica:

Eje I: Síntomas

Aparece el síntoma de conversión (parálisis, contracturas) como expresión simbólica del deseo reprimido. Conversiones paroxísticas y duraderas entre otras.

Eje II: Defensa Prevalente

Está presente el mecanismo de represión primaria (el Yo acepta la castración).

Eje III: Defensas Propias del Cuadro

Conversión y Represión secundaria

Ejes IV y V: Puntos de Fijación y Regresión

Regresión del Yo a la etapa fálica (que conduce a un síntoma para tratar de resolver el conflicto inconsciente).

Eje VI: Conservación / Pérdida de la Realidad

Se conserva la realidad. En cuanto a la pérdida de la misma se limita a evitar los aspectos de la realidad que están relacionados con el conflicto inconsciente. En este punto fracasa la represión Se produce la introversión libidinal del objeto real a la fantasía (objeto de la fantasía).

Eje VII: Conflictos entre Instancias

El conflicto es intrapsíquico entre instancias: se produce entre el Yo y el Ello.

2-Neurosis Fóbica:

Eje I: Síntomas:

La angustia se liga de forma más o menos permanente a un determinado objeto exterior (fobia). Se produce el desplazamiento de la moción pulsional sexual (ahora enmascarada) al objeto fóbigeno.

Algunos de los síntomas son: la claustrofobia, la agorafobia, las conductas de evitación.

*Eje II: Defensa Prevalente**Está presente el mecanismo de represión primaria (el Yo acepta la castración).**Eje III: Defensas Propias del Cuadro.**Proyección, Desplazamiento.**Ejes IV y V: Puntos de Fijación y Regresión.**Fijación primaria en la etapa fálica.**Eje VI: Conservación / Pérdida de la Realidad**Se conserva la realidad. En cuanto a la pérdida de la misma se limita a evitar los aspectos de la realidad que están relacionados con el conflicto inconsciente. En este punto fracasa la represión. Se produce la introversión libidinal del objeto real a la fantasía (objeto de la fantasía).**Eje VII: Conflictos entre Instancias.**El conflicto es intrapsíquico. Se produce entre el Yo y el Ello.***3-Neurosis Obsesiva:***Eje I: Síntomas:**Se manifiestan la ambivalencia y la culpa. Existe una fuerte tensión pulsional entre el Yo y el Superyó cruel. El conflicto psíquico se expresa a través de síntomas compulsivos, ideas obsesivas, compulsión a realizar actos indeseados.**Eje II: Defensa Prevalente**Está presente el mecanismo de represión primaria (el Yo acepta la castración).**Eje III: Defensas Propias del Cuadro**Aislamiento, Desplazamiento, Formación Reactiva y Anulación.**Ejes IV y V: Puntos de Fijación y Regresión**Fijación en la etapa Anal. Regresión del yo y de la libido (Sadismo anal).**Eje VI: Conservación / Pérdida de la Realidad**Se conserva la realidad. En cuanto a la pérdida de la misma se limita a evitar los aspectos de la realidad que están relacionados con el conflicto inconsciente. En este punto fracasa la represión. Se produce la introversión libidinal del objeto real a la fantasía (objeto de la fantasía).**Eje VII: Conflictos entre Instancias**El conflicto es intrapsíquico. Se establece entre el Yo y el Ello..***Psicosis***Eje I: Síntomas:**Negativos: Retracción de la realidad**Positivos: Alucinaciones y delirios.**Eje II: Defensa Prevalente**La desestima, refutación o rechazo de la realidad es la defensa prevalente. Compromete el funcionamiento mental en forma global.**Se advierte la ausencia del mecanismo de represión.**Eje III: Defensas Propias del Cuadro**La proyección entre otras.**Ejes IV y V: Puntos de Fijación y Regresión**Fijación predominante en la etapa oral y / o anal sádica.**Regresión: Se crea una nueva realidad donde se deja de lado los motivos del conflicto. Se produce: 1. La regresión libidinal del objeto real al yo (fantasía de fin de mundo, por descatectización del objeto real); 2. Con desinvertidura de la representación cosa (megalomanía \AA sobreinvertidura del yo / angustia hipocondríaca \AA libido narcisista no ligada a la representación / restitución psicótica).**Eje VI: Conservación / Pérdida de la Realidad**Pérdida de la realidad en un primer momento. En un segundo momento por intento fallido de reinvertidura se produce la aparición de alucinaciones y delirios.**Eje VII: Conflictos con la Realidad**El conflicto no es intrapsíquico como en las neurosis. Se manifiesta por el contrario como un conflicto entre el Yo más el Ello versus la Realidad.***Perversión***Eje I: Síntomas**Acto perverso: puesta en acto de la fantasía perversa.*

- Fetichismo
- Voyeurismo
- Exibicionismo
- Paidofilia
- Zoofilia
- Homosexualidad

*Eje II: Defensa Prevalente**Es la desmentida (solo en el sentido específico ligado a la castración).**No hay represión (el yo escindido no acepta la castración).**Eje III: Defensas Propias del Cuadro**Son variadas. Entre otras pueden evidenciarse la disociación, el desplazamiento, etc.**Ejes IV y V: Puntos de Fijación y Regresión**Según el tipo de perversión será el punto de fijación. Hay regresión y puede haber fijación que se mantiene sin modificación desde la infancia.**Eje VI: Conservación / Pérdida de la Realidad**Se conserva la realidad, salvo en lo referente a la castración.*

Eje VII: Conflictos con la Realidad

El conflicto se establece entre las instancias psíquicas y la realidad específicamente en lo que se refiere a la castración.

El conflicto se manifiesta entre dos aspectos de un Yo que está escindido: un Yo que rechaza la castración vs. un Yo que acepta la castración

Se han expuestos los ejes diagnósticos postulados por el Equipo de Investigación de la Cátedra para diferenciar entre estructuras y las particulares características que cada una de ellas presenta evaluándola desde los mismos.

Al abocarse al diagnóstico estructural, los siete ejes diagnósticos deben ser los organizadores que guíen la lectura que el psicólogo efectúa no sólo de la entrevista sino de cada una de las técnicas de evaluación que fueron administradas en el proceso psicodiagnóstico.

Entrevista a adultos

*Nora Rosenfeld
Haydeé Avrutín*

Se considera que hay una serie de datos, que no pueden faltar en una entrevista semidirigida; ya que aportan información sobre la identidad del sujeto, sobre aspectos adaptativos y/o conflictivos. Se desarrollará a continuación una síntesis del trabajo que han elaborado sobre el tema las Lic. Frank de Verthelyi, Braude, Celener, Sandleris y Veccia.

Cada uno de los datos aportados por el entrevistado con respecto a diferentes aspectos de sí mismo y de su entorno permitirán efectuar inferencias de segundo nivel acerca de las características psicológicas y psico-sociales del sujeto.

(A continuación se enumeran en primer término los datos brindados por el entrevistado y en segundo término se mencionan algunas de las inferencias que se pueden efectuar a partir de los mismos)

1- Datos de filiación:

Nombre y apellido.

Fecha de nacimiento.

Lugar de nacimiento.

La edad es un dato que permite formular hipótesis a confirmar posteriormente en relación a la existencia de conflictos inherentes a las distintas etapas vitales, por ejemplo: pubertad, vejez, etc.

2- Relaciones familiares actuales (pareja, hijos). Configuración de la familia y descripción de los distintos integrantes de la misma. A partir de estos datos se trata de discriminar por ejemplo si existe similitud o discrepancia entre la familia actual y la familia de origen, cuales son los roles asignados a cada uno de los miembros, si estos roles son rígidos o flexibles. Se infieren también las características de dependencia o independencia de los miembros de la familia, los tipos de vincu-

los que se establecen entre los integrantes de la misma y los sentimientos que se generan entre ellos.

3- Relaciones familiares de origen, datos significativos de la infancia. Descripción de los integrantes de la familia de origen y modos de vinculación: padres, hermanos, abuelos y otras figuras significativas. A partir de estos observables se infieren datos sobre la constitución de la identidad, el origen de las identificaciones y sus características; así como los modelos vinculares (dominio, sumisión, cooperación, etc.).

La indagación acerca de situaciones traumáticas vividas por el grupo familiar como por ejemplo: mudanzas, enfermedades, muertes, permiten detectar la incidencia que han tenido estas situaciones en la evolución del grupo familiar y en el sujeto y la posibilidad o no del mismo de adaptarse a los cambios.

4- Relaciones interpersonales (amigos, compañeros de trabajo, de estudio). Existencia o ausencia de vínculos amistosos, duración de los mismos, expectativas puestas en estos vínculos. El conjunto de estos datos permite evaluar la capacidad de establecer vínculos exogámicos; la capacidad para mantener vínculos duraderos y gratificantes.

5- Sexualidad. Características y modalidad con que asume el rol sexual. Características del vínculo sexual (por ejemplo sometedor, sometido). Estos datos empíricos permiten inferir la existencia de posibles perturbaciones en la sexualidad adulta.

6- Estudios (pasados y actuales). Nivel alcanzado, características del proceso educativo, expectativas del sujeto y la familia en relación a este aspecto. El conocimiento de estos hechos permiten efectuar la relación entre la elección vocacional y la identidad, así como la significación individual y familiar de la elección.

7- Trabajo que desarrolla y continuidad en el mismo (características, tipo de tarea). Se puede inferir a partir de estos ítem si el sujeto presenta labilidad o estabilidad en su inserción laboral, el tipo de relaciones sociales que establece dentro del trabajo. Las características del vínculo con la tarea, con sus pares y superiores. El nivel de satisfacción o frustración en su trabajo. La relación entre el nivel de aspiración y su rendimiento real. La consistencia entre los intereses vocacionales, los estudios realizados y el área laboral en la que se desempeña.

8- Utilización del tiempo libre e intereses personales, qué tipo de actividades desarrolla y con quién. A partir de esta información se puede inferir la capacidad de goce en el tiempo de ocio. Si posee capacidad de alternar el tiempo libre entre actividades compartidas e individuales. Si el tiempo libre es utilizado de modo compensatorio frente a carencias y/o frustraciones en otras áreas de su vida.

Las autoras del trabajo que se sintetiza en este texto señalan que existe otro dato importante a observar durante la entrevista. Se trata del tema que elige el sujeto para comenzar a hablar ya que puede elegir para hacerlo su situación actual y su problemática, o bien comenzar por su infancia para arribar finalmente al presente. Esta elección permitirá inferir por ejemplo: qué aspectos jerarquiza de sí mismo, si discrimina entre las áreas conflictivas de su vida y aquellas en las que predominan aspectos adaptativos, entre otros.

Entrevista a Padres

Nora Rosenfeld
Haydeé Avrutín

Ante el pedido de psicodiagnóstico para un niño, el psicólogo opta generalmente por realizar la primera entrevista solo con los padres. El pedido puede surgir espontáneamente a partir de una necesidad de ellos o por sugerencia o solicitud de un tercero (maestro, pediatra, neurólogo, etc.). Es importante destacar la necesidad del psicólogo de que concurren ambos padres, pero en caso de que esto no suceda, la entrevista se realiza con aquél que la solicita o el que se presenta.

La necesidad de entrevistar a ambos padres reside en que:

- es común que cada uno de ellos aporte una visión diferente del niño.
- se pueden inferir identificaciones del niño con características de uno y otro.
- se puede evaluar el vínculo de cada uno con el hijo.

Existe la posibilidad de que los padres se encuentren separados y argumenten la imposibilidad de concurrir en forma conjunta. En este caso se realizará la primer entrevista con el padre consultante y se citará al otro en otra oportunidad (Se explicita esta decisión del psicólogo al padre que concurre primero).

La psicoanalista argentina Arminda Aberastury en su libro "Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños" (1970) expresa en referencia a la Entrevista inicial con los padres:

Con respecto al rol del psicólogo:

- Este no debe mostrar preferencia por las opiniones de uno de los padres ya que esta actitud puede hacer sentir a un miembro de la pareja como el tercero excluido y de esta forma se entorpecería el establecimiento de una buena alianza de trabajo.
- No debe enjuiciar ninguna de las expresiones de los padres a fin de no reforzar posibles fantasías inconscientes de culpabilidad en relación a la problemática de su hijo. Por el contrario se debe generar en ellos la sensación de que el profesional puede hacerse cargo del problema o síntoma por el que consultan, y que intentará entender y aportar posibles soluciones al problema, aliviando así sus sentimientos de angustia y culpa.

Con respecto a la técnica:

Recomienda no terminar la entrevista sin conocer los siguientes datos: a) motivo de consulta; b) historia del niño; c) cómo se desarrolla un día de su vida diaria, un domingo o feriado y el día de su cumpleaños; d) cómo es la relación de los padres entre ellos, con sus hijos y con el medio familiar inmediato.

Dice: "Es necesario, que exista una parte de la entrevista que sea dirigida y limitada de acuerdo con un plan previo, porque de no ser así los padres, aunque conscientemente vienen a hablar del hijo, tienen la tendencia a escapar del tema mediante confidencias sobre ellos mismos. La entrevista que hemos acordado es para que nos hablen del hijo y de su relación con él y no debemos abandonar este criterio durante todo el curso de la misma".

a) Motivo de consulta:

Generalmente los padres presentan resistencias a hablar de "lo que no anda bien en sus hijos". Es por ello que el motivo de consulta debe ser abordado en primer lugar con el fin de disminuir la angustia de los padres, ya que de esta forma el profesional se hace cargo del problema. Aconseja registrar minuciosamente fechas de iniciación, desarrollo, agravación o mejoría del síntoma como así también de los olvidos parciales o totales de los padres en referencia a éste, los cuales estarán seguramente relacionados a la angustia que les provoca pensar que su hijo padece alguna enfermedad de tipo psicológica.

b) Historia del niño:

- Del embarazo: La respuesta emocional de los padres frente a la noticia. Si fue deseado o accidental. Evolución de esos sentimientos. Desarrollo del embarazo, si hubo enfermedades u otro tipo de trastornos que pudieron perjudicar el proceso. Cuál fue la reacción ante los mismos y cómo se superaron. Esto informa acerca de las expectativas de los otros significativos hacia el niño antes del nacimiento.
- Parto: Si fue a término o inducido, si se usó anestesia, si estuvieron dormidas o despiertas en el momento del nacimiento del niño, si hubo complicaciones durante el mismo. Si conocían al médico partero y qué tipo de relación tenían con este. Qué conocimiento tenían acerca del proceso del parto. Si estaban acompañados por familiares o amistades. Estas preguntas ayudan a valorar la calidad de la relación con el hijo e inferir el concepto de maternidad que la madre posee.
- Lactancia y alimentación: Si fue materna, o en el caso contrario cuáles fueron los motivos. Si el bebé tenía reflejo de succión, y cómo era el ritmo de alimentación. Cómo resultaron los cambios de alimentación (de pecho a mamadera y luego el pasaje a sólidos). Estos ítem brindan pautas acerca de la posibilidad del niño y de la madre de elaborar pérdidas. También informan sobre la relación postnatal en cuanto a la calidad del contacto con la madre.
- Locomoción: Cuándo el niño comenzó a moverse por sí mismo, gatear, sentarse, caminar. Las actitudes de la madre hacia estos intentos, son indicadores de relaciones de dependencia e independencia. Estas preguntas esclarecen sobre la capacidad de la madre de posibilitar el desprendimiento paulatino de su hijo.
- Lenguaje: Iniciación. Evolución desde el laleo a las primeras palabras. Proceso de aprendizaje hacia un lenguaje como sistema de comunicación. Retraso, inhibición o trastornos al inicio del lenguaje y en la actualidad. Permite comprender el grado de adaptación del niño a la realidad y el vínculo que se estableció entre él y sus padres.

Se debe indagar también, en referencia a la historia del niño, acerca de la dentición, el uso del chupete, el control de esfínteres, el sueño, la sexualidad, las enfermedades, posibles operaciones, los tipos de juegos, la existencia de accidentes durante el desarrollo, la escolaridad, etc.

c) *El día de vida:*

La reconstrucción de un día en la vida del niño. Actividades, experiencias básicas de dependencia e independencia, libertad o coacción externas, normas educativas, dar y recibir, entre otras. Esto permite una visión completa de la vida familiar y su organización cotidiana. Brindará información sobre experiencias básicas de dependencia e independencia, libertad o coacción externas, inestabilidad o estabilidad de normas educativas, etc.

d) *Relaciones familiares:*

Relaciones afectivas entre los miembros. Inserción del niño en la constelación familiar. Roles y funciones que desempeña cada padre. Profesión y trabajo que realizan los mismos y otros miembros significativos de la familia. Cantidad de horas en que los padres están fuera de la casa. Sociabilidad de éstos y de sus hijos. Descripciones de un día domingo, días de fiesta, formas de festejo de cumpleaños, aniversarios, etc.

- Elección del nombre: Si fue de común acuerdo, o uno de los padres se impuso sobre el otro, o uno de ellos delegó esta elección.
- Elección de la escuela (privada, estatal, laica, religiosa): A partir de estos datos se evalúa si los padres comparten valores o en el caso de haber diferencias, si a partir del nacimiento de los hijos pudieron lograr acuerdos o no.
- Actividades extraescolares: Tiempo que el niño permanece ocupado (por propia decisión o por elección de los padres). Cuáles son las actividades elegidas. Si se privilegian los intereses del niño o las preferencias de los padres.
- Puesta de límites: Si cada uno de los padres respeta lo dicho por el otro o si se desautorizan permanentemente. Si aparecen alianzas estables, o varían según las temáticas. En qué valores o líneas de conducta social basan su puesta de límites.
- Similitudes y/o diferencias respecto a la relación de estos padres con el hijo por el que consultan y con los otros hijos.

"Estos datos en su conjunto ayudarán a diagnosticar el desarrollo del psiquismo, el grado de integración del mismo, el desarrollo psicosexual de la libido, el tipo de vínculo madre hijo y el tipo de interacción familiar."

La Lic. Graciela Celener (1990), puntualiza algunos aspectos que han resultado útiles en la práctica clínica para comprender la problemática del paciente, develar el significado de la misma y pensar la estrategia terapéutica más adecuada.

1) *Quiénes consultan:*

Interesa saber si ambos padres consultan por propia decisión o por una indicación externa. En el primer caso es necesario saber cómo se dieron cuenta de la existencia del problema, porqué decidieron buscar ayuda para intentar solucionarlo. Si ambos estuvieron de acuerdo o si discrepan en la concepción de éste, es decir que sólo uno

de ellos es el que enfrenta la situación y el otro no quiere verla. En el segundo caso, si los padres son derivados o aconsejados a consultar por un tercero (pediatra, maestro, neurólogo) porque no se dieron cuenta de la existencia del problema. Las diferentes situaciones se toman en cuenta porque ayudan a evaluar la capacidad de insight que los padres tienen acerca del problema y los niveles pronósticos del desarrollo del mismo.

2) *Cuándo consultan:*

- a) ¿Cuando el problema acaba de surgir sin darse tiempo a emplear recursos por sí mismos? Esto podría develar una ansiedad exagerada, un sentimiento de inseguridad acerca de sus propios recursos para ayudar a su hijo a resolver el problema y por lo tanto plantearía una dependencia excesiva con el profesional quien a criterio de los padres poseería la capacidad para solucionar el mismo.
- b) ¿Cuando un problema ya lleva años de desarrollo? En este caso es conveniente preguntarse ¿Por qué ahora? ¿Qué elemento dinámico se habrá modificado para que ahora vean el problema como tal, o como para que ahora se animen a enfrentarlo? También se puede pensar en cierta desidia o falta de ansiedad o falta de insight. En estos casos es importante investigar por qué consultan precisamente en este momento.

3) *Motivos por los que consultan:*

En general los padres consultan por alguna situación sintomática. Interesa que efectúen una descripción del síntoma, que den un ejemplo de éste y se intentará, a través de lo que dicen y de la indagación acertada, comprender qué expresa ese síntoma, qué sentido tiene para el grupo familiar (alianzas, chivo expiatorio, ocupar el lugar del otro, etc.); qué beneficios secundarios entraña el síntoma (qué ventajas trae aparejado el estar enfermo: mimos, mejor trato, etc.); qué oculta ese síntoma (por ej.: falta de intimidad de la pareja parental, evitación de una separación, etc.)

4) *Detectar si es realmente un síntoma:*

Los padres pueden por ansiedad o por exceso de responsabilidad, confundir un conflicto evolutivo, que se resolvería por la evolución natural de las fuerzas dinámicas en juego, con un síntoma. Ejemplo: consultan por un niño de 2 años que se hace pis en la cama. A esta edad no es común que se haya logrado exitosamente el control de esfínteres. Se evaluará entonces si se trata de un síntoma realmente o si por el contrario se trata de la manifestación de un proceso evolutivo normal. En este caso, se debe orientar a los padres sobre la evolución normal de un niño.

A partir de las dos fuentes bibliográficas citadas sobre el tema se describirá una guía indicativa para la técnica y el análisis de la *Entrevista a Padres*:

Elaborado por la Dra. A. Aberastury

1) Nivel verbal:

- autopercepción
- encuadre
- conversación introductoria

- conversación acerca de los celos de los padres
- datos de filiación de los padres, niño y hermanos
- timing de las preguntas u otras intervenciones

2) Nivel pre-verbal:

- actitud corporal
- actitud gestual
- tono de voz

Elaborado por la Lic. Graciela Celener

1) Intentar dilucidar los siguientes puntos:

a) Motivo de consulta:

- ¿cuál es el problema?
- ¿desde cuándo se da y con qué lo relacionan? (cambios vitales, actitudes del entorno que se modificaron, etc.)
- ¿cómo se manifiesta? (pedir ejemplos)
- ¿cuándo se intensifica y en qué circunstancias?
- ¿cuándo mejora?
- ¿en qué ámbito se produce? (escuela, casa, etc.)
- ¿con qué frecuencia? (semanal, mensual etc.)
- ¿tienen alguna hipótesis acerca del origen del mismo?, ¿cómo los afecta?, ¿qué hacen frente a él? (sentimientos, actitudes y creencias de los padres en relación con el problema).
- ¿no parece importarle, o por el contrario se angustia, etc.? (sentimientos y conductas del niño con relación al problema).
- De las soluciones intentadas, ¿cuáles fueron exitosas y cuáles fracasaron?
- ¿por qué es un problema?
- ¿para quién es un problema: para los padres, para el niño o para ambos?
- actitudes de otros significativos frente al problema
- determinar si el niño sufre o no por el problema

b) Áreas de la vida del niño:

- relaciones familiares
- amigos o relaciones con los pares
- relación con los maestros, escuela, compañeros
- juegos
- sexualidad
- otras áreas: miedos, higiene, mudanzas, límites, etc.

c) Breve historia del niño:

Se investigan con mas énfasis los momentos vitales que se suponen están en relación con el motivo de consulta.

• Tipo de relación entre los padres:

- simetría
- interdependencia
- asimetría (dependencia, sometimiento, etc.)

• Relación de los padres entre sí y con el niño

- actitudes de los padres frente al niño: acuerdos, sabotajes, etc.
- lo triangularizan o involucran en la problemática parental.
- vínculo de cada uno de los padres con el niño: simétrico(son todos chicos), asimétrico; un padre lo ataca y el otro lo defiende; uno de los padres se identifica o se alía con el niño.
- respuestas del niño frente a las intervenciones de los padres u otros significativos.

d) En relación al problema:

- ¿existe el problema?
- ¿Dónde reside: en el niño, en los padres, en la relación de éstos con el niño? En el niño y otro ámbito extrafamiliar, ej: escuela?
- si hay problema, ¿para quién es problema?
- significado y sentido del problema desde la familia.
- significado intrapsíquico del problema en el niño.

Estos ítem permitirán efectuar inferencias acerca de:

1)

- Rapport que se ha establecido entre el psicólogo y los padres.
- Transferencia establecida por los padres.
- Lugar en que los padres sitúan al psicólogo o consultor (juez, amigo, aliado, contrincante, capaz de ayudar, etc.)
- Contratransferencia.
- Alianza terapéutica: si se ha establecido. Si es débil o fuerte. Si no la hay.
- Evaluar si el problema, que pudo haber sido en un principio la expresión de una crisis vital, se transformó en un conflicto intrapsíquico debido a que fue mantenido y sostenido por actitudes de los padres, ya sea por falta de conocimiento o porque el síntoma convenía a la familia, transformando al niño en "paciente designado".
- Prever en función de las relaciones establecidas entre ellos y con el psicólogo en la entrevista, las reacciones o actitudes posibles de los padres frente a una indicación estratégica del psicólogo

2)

Estrategias a seguir:

- Evaluar si se deberá efectuar un abordaje terapéutico de los padres en función del niño, para ayudar al cambio de determinadas conductas o fantasías acerca del problema de éste. Esta intervención permitiría modificar la necesidad de aferrarse de los padres a las mismas y posibilitaría la evolución del niño.
- Evaluar si se deberá realizar un tratamiento psicológico al niño.
- Evaluar la necesidad de implementar las dos estrategias señaladas en forma simultánea

3)

Pronóstico.

Ejemplos de entrevistas a adultos. Su interpretación

Nora Rosenfeld
Adela Jordá

A continuación se ejemplificarán los conceptos desarrollados acerca de la entrevista semidirigida con adultos con la transcripción de tres entrevistas que forman parte de otros tantos procesos psicodiagnósticos administrados a adultos. Todas ellas servirán como ejemplos de administración. En algunas se destacarán los aspectos técnicos y en otras la interpretación.

Entrevista I

Ejemplificación de la Técnica de la Entrevista Semidirigida

Nombre y apellido:	Alberto
Edad:	57 años
Nacionalidad:	Argentino
Estado civil:	Casado
Estudios:	Secundarios incompletos
Ocupación:	Empleado Municipal

Duración de la entrevista: 1 h. 10 min.

Pre-entrevista

Fue atendido en un Hospital Municipal por dolores pre-cordiales. El médico que lo atendió le recomendó efectuar un control cardiológico y psicológico.

El paciente fue derivado al Servicio de Psicopatología de su Obra Social.

Ese mismo día solicitó turno para las distintas especialidades, pidiendo que los mismos fueran dados con urgencia, según lo referido por la empleada que suministró los turnos.

El diagnóstico médico era "insuficiencia cardíaca, disnea de esfuerzo, incapacidad por factores cardiológicos, psicológicos y clínicos.

Padece de precordialgias, angustia, síndrome depresivo ansioso, según la Dra. que lo atendió.

Apertura de la Entrevista

Llega a la consulta puntualmente. Se trata de un hombre de 57 años, vestido de sport un tanto descuidado. Se lo nota ansioso, movedizo y con gesto de preocupación.

Es invitado a sentarse, lo que hace ubicándose en el borde de la silla, con las manos cruzadas sobre el regazo y moviéndolas en forma continua.

Entrevista propiamente dicha

Entrevistador (E): —Buenos días, tome asiento por favor. Yo soy la Lic. Martínez, (nombre inventado) psicóloga del Servicio. Usted fue derivado a mí por la Dra. Estévez (nombre inventado) para que realice un psicodiagnóstico, para con los resulta-

dos del mismo, contribuir al esclarecimiento de qué le está pasando. Vamos a tener cuatro reuniones en las cuales le voy a pedir que hable de usted, sobre lo que lo llevó a la consulta con el médico, sobre su familia, su trabajo y luego va a realizar algunos dibujos y a contar algunas historias que en el momento oportuno le explicaré. Al finalizar, vamos a tener una entrevista en la que conversaremos sobre los resultados.

Está de acuerdo, tiene alguna duda?

Paciente (P): —No, no.

E: —Cuénteme qué le está pasando.

P: —En el 66 estuve en tratamiento por una gran depresión, en el Aráoz Alfaro estuve tratado hasta que me casé en el 74 (La psicóloga cuenta con el diagnóstico médico de depresión que figura en la Historia Clínica).

E: —Recuerda alguna situación que usted relacione con su depresión?

(Se le formula esta pregunta porque se buscan posibles desencadenantes.)

P: —En el 66 esto ocurrió por la muerte de mi madre, yo vivía con ella, fui soltero. Al casarme ya las pastillas me molestaban. Quedé solo y esto fue terrible, murió mi madre, padre y hermano en el 71. Mi hermano una semana después que mi padre. Tenía 54, 55 años, ahí me quedé solo del todo, viví esos 3 años solo.

E: —¿Ud. recuerda qué pastillas tomaba en ese momento?

(Se le formula esta pregunta con la finalidad de precisar el diagnóstico. La psicóloga, a posteriori, piensa que ella, contratransferencialmente, pudo haber querido establecer cierta distancia con estos sucesos tan perturbadores relatados por el paciente y que produjeron angustia en ella. Por lo tanto formuló una pregunta, que si bien necesaria desvió el curso de la temática en la que se estaba centrando el paciente).

P: —Sí, Tofranil.

E: —En qué le molestaban las pastillas?

P: —Me sentía mejor y pensé que ya no las necesitaba, solamente Lexotanil cuando estaba nervioso.....

E: —En qué situaciones se ponía nervioso y tomaba Lexotanil?

P: —Para dormir, a la noche no me podía dormir, no paraba de pensar..... (silencio)

E: —¿En qué pensaba?

P: —No sé, en muchas cosas. En mis cosas, que estaba solo, que me sentía mal, en la muerte de mis padres y de mi hermano, qué sé yo.

(En este momento el paciente vuelve a reconectarse con la muerte de sus familiares.)

E: —¿De qué murieron?

P: —Mi madre era depresiva, nerviosa, no quiso atenderse, tuvo un derrame cerebral a los 67 años. Mi padre murió a los 84 de un derrame cerebral también y mi hermano de un infarto.

Después me casé y me convertí al Cristianismo. Cuando me agarró la depresión no hice tratamientos psicológicos, sólo las pastillas.

En el 83 empezaron los problemas laborales. Yo trabajaba en la Municipalidad de XX, tenía la Jefatura de Hacía expedientes, Tribunales, todos me preguntaban cosas, tenía que responder un montón de cosas que eran de Jefatura.

(Como el paciente incursiona en el Area Laboral, se comienza a indagar sobre ésta).

E: —¿Cuánto tiempo hace que trabaja en la Municipalidad?

P: —Trabajé 26 años, los últimos 8 años pasé al Area de.... Por todo lo que pasaba por ahí estaba estresado, todo me irritaba, me ponía nervioso por cosas que me decían yo me descontrolaba y comenzaba con arritmia, me atacaba la cervical. Un día entré en arritmia y me duró 2 días, fui a la guardia me medicaron y mejoré. Lo que más me dolía fue la injusticia.

(Se indaga acerca de las circunstancias que rodean el comienzo de su sintomatología actual, que parece relacionada con el trabajo. El entrevistado se expresa verborrágicamente y está en constante movimiento corporal.)

E: —¿Qué injusticia?

P: —Mucho trato sectario, muchos acomodos por la política. Yo estoy desde siempre y venían amigos y los acomodaban. Ahora me están tramitando la jubilación. Ya ver al Jefe de Sección me descomponía y empezaba a irritarme. Me dolía la cabeza, tenía mareos.

(Al hipotetizar la entrevistadora que los dichos del paciente estarían evidenciando serias dificultades en la relación con la autoridad, formula la siguiente pregunta).

E: —¿Qué pasaba con su jefe?

P: —Asumió de golpe, nadie lo conocía, era de la política. Era un prepotente, gritaba mucho a todos pero con las mujeres se hacía el machito.

E: —¿Se hacía el machito...?

P: —Sí, las prepotenteaba. Con algunas hasta se llegó a pasar y las empleadas le tenían miedo, tenían miedo de perder el trabajo.

Como yo me sentía mal empecé a pedir licencias hasta que me iniciaron los trámites de jubilación. Yo antes era otra persona y desde que vino este Jefe todo me irrita y me descontrolo.

E: —¿Cómo era antes?

P: —Y... yo era distinto, más tranquilo, callado. Yo trabajaba, volvía cansado y estaba en mi casa, dormía, no me ponía tan mal por cualquier cosa.

E: —¿Qué cambios tuvo?

P: —Me cuesta levantarme, no puedo estar quieto y a veces me peleo con mi mujer y la puteo, pero cuando estoy bien le reconozco sus méritos.

(A partir de este momento, en que menciona a su esposa y da cuenta de una relación conflictiva, se intenta investigar sobre la misma).

E: —Hábleme de su mujer.

P: —Mi mujer es una buena mujer. Hace trabajos de coser, lo que hacía mi madre y yo hago arreglos chicos en la casa, estamos todo el día juntos. Escucho música.

E: —¿Por qué se pelean?

P: —Nos peleamos cuando yo me pongo nervioso que no puedo estar quieto, vido y ando dando vueltas y a ella le molesta, dice que la distraigo de la costura, que cuando arreglo algunas cosas dice que las dejo peor de lo que estaban y también le molesta que tome algo de vino en las comidas.

E: —¿Y cuánto toma de vino?

P: —No, un poco no más, unos vasos, pero en las comidas, no como mi viejo que tomaba mucho, yo sé lo que es tomar mucho.

(Aquí surge por primera vez la figura del padre y se decide continuar indagando sobre las características de este vínculo, que se presume problemático).

E: —Así que su papá tomaba mucho...

P: —Sí, a mi papá le gustaba tomar y cuando venía con unas copas de más le gritaba a mi mamá. Yo trataba de defenderla pero era chico y él me pegaba, me castigaba encerrándome en mi pieza. Fueron malos momentos, no podía tener amigos, nunca salía y me daba vergüenza que vinieran a casa.

E: —¿Y su hermano, qué hacía frente a esto que pasaba en su casa?"

(La psicóloga desea evaluar las relaciones entre hermanos y padres y los roles que cada uno asume).

P: —El nunca se metió. El nunca la defendió a mi mamá como yo. Como era buen alumno mi papá lo prefería, le pagó los estudios mientras que yo no pude terminar de estudiar y tuve que empezar a trabajar de pibe.

E: —¿De qué trabajaba su papá?

(Se decide continuar investigando la figura del padre porque pareciera ser central en su problemática).

P: —Siempre trabajó en la Municipalidad.

E: —Dijo que su madre cosía...

P: —Sí, hacía arreglos

E: —¿Y su hermano?

P: —El llegó hasta casi Contador.

E: —¿Y tienen otros familiares?

P: —Tenemos, pero no tuvimos trato porque a mi papá no le gustaba que mi mamá saliera a ver a su familia y ellos no venían a casa.

E: —Y usted, ¿tenía amigos, novia?, ¿con quién salía?

P: —Bueno, amigos como ya le dije no tenía por lo de mi casa y no salía mucho, no iba a bailar como otros pibes. Novia no, sólo una de adolescente... por lo de mi viejo... porque me daba... dejar a mi vieja sola y que mi viejo llegara tomado y la maltratará. Mis padres no se llevaban bien, yo me quedé cuidando la retaguardia de mi madre.

E: —¿Por qué dice esto?

P: Bueno, ya le dije, la gritaba y... a veces le llegó a pegar.

E: —¿Qué hacía su mamá ante esto?

P: —Y nada, pobre vieja. Ella le tenía miedo, se asustaba y lloraba.

E: —¿Siempre vivieron los cuatro juntos?

P: —Sí, hasta que mi mamá murió; al tiempo se fue mi hermano y después me quedé sólo cuando murió mi papá hasta que la conocí a Inés.

E: —¿Cómo conoció a Inés?

P: —La conocí en el Policlínico de XX en la época en que estuve con depresión. Resulta que vivía cerca de mi casa y la veía de vez en cuando. Una vez nos encontramos en la parroquia, me preguntó por mi salud y así empezó todo.

E: —¿Cuánto tiempo estuvieron juntos hasta que se casaron?

P: —Unos meses y nos casamos.

E: —¿Tuvieron hijos?

P: —No, yo tenía 44 y ella es mayor que yo y no podía tener hijos, pero yo no tenía ese deseo de ser padre.

E: —¿Por qué?

P: —Y... mucha responsabilidad, éramos grandes y no ganábamos bien... a un chico hay que darle educación, dedicarse y bueno... no fue.

E: —Usted dijo que cuando se casó se convirtió al Cristianismo. ¿Cuál era su religión anterior?

(Este tema, que surge al principio de la entrevista, fue abandonado en esa oportunidad por el entrevistado. Aun cuando a la entrevistadora le pareció importante, como no quiso forzar el tratamiento del mismo, espera para retomarlo más adelante).

P: —Bueno, yo soy judío pero nunca practicamos en casa, ni íbamos al Templo ni celebrábamos las fiestas. A mis padres no se les daba por ser muy religiosos y yo me crié así.

E: —¿Y cómo decide convertirse al Cristianismo?

P: —Porque yo tenía un compañero de trabajo que me veía muy mal, deprimido por lo de mi mamá y él me decía que él iba a una parroquia donde se reunía la gente y que si hablaba con el cura me iba a ayudar. Entonces un día fui y me ayudó mucho porque entendí que no todo se termina acá, que el alma de mi mamá estaba en el cielo. Yo creo en el Evangelio, en la doctrina y filosofía cristiana y creemos sólo en el presente. El pasado y el futuro quedan en manos de Dios. Yo quiero vivir y sé que Jesús me cuida.

E: —Hábleme de esto: de que usted siente que Jesús lo cuida.

(Se formula esta pregunta porque la entrevistadora hipotetiza que el paciente tiende a entablar vínculos de marcada dependencia con figuras idealizadas, sustitutivas del padre y se orienta a la búsqueda de más evidencias).

P: —Bueno, cuando yo tengo problemas me arrodillo en la Iglesia o en mi casa y le pido a Jesús que me proteja, al Señor y le rezo para que me ayude a solucionarlos.

E: —Y usted, ¿siente que lo ayuda efectivamente?

P: —Y sí, porque si no fuera por Él yo seguramente estaría muerto de un infarto.

E: —¿Por qué piensa eso?

P: —Y, por los antecedentes familiares, los dolores en el pecho que yo tengo. Los médicos muy buenos, me salvaron, pero si Dios no quería me iba para el otro lado.

E: —Ud. dice que sólo cree en el presente, pero ahora que se va a jubilar va a tener que pensar en qué va a hacer después, cuando ya esté jubilado. Tiene alguna idea al respecto?

(Se realiza esta pregunta para indagar sobre su prospectiva vital y eventualmente fantasías de curación o enfermedad).

P: —Sí, estoy esperando que me salga la jubilación, me gustaría viajar, ir al campo, al Sur, estar tranquilo y además ya estoy cansado de toda la gente que viene por acomodo.

E: —Quiere comentar alguna otra cosa, algo que piense que yo debería saber?

P: —No, no, ya dije todo.

E: —Bueno, entonces por hoy vamos a terminar esta reunión y nos vamos a encontrar el próximo miércoles a la misma hora y en ese encuentro usted va a hacer algunos dibujos y contar algunas historias. Bueno, lo espero el miércoles.

Interpretación de la Entrevista I

A continuación y a los fines didácticos, se efectuará un recorte y/o focalización de observables en la entrevista, asignándoles un significado desde la Teoría Freudiana. Esto permitirá dar cuenta del proceso intrínseco de transformación de datos denominado interpretación. A partir de los observables se arriba a inferencias de segundo y tercer nivel que posibilitan conocer la subjetividad del paciente.

Para ello, se delimitarán los observables que resultan significativos y se hará el análisis de acuerdo con el cuadro de integración que propone la Lic. Graciela Celener, basado en los lineamientos freudianos para el diagnóstico.

Como solamente se analizará la entrevista, se realizarán aquellas inferencias posibles de efectuar con los datos que aporta la misma, tomando los ejes diagnósticos:

1. Manifestaciones sintomáticas o clínicas (egosintónico-egodistónico)
2. Defensa Prevalente
3. Mecanismos de defensa propios del cuadro.
4. Puntos de fijación predominantes.
5. Tipo de regresión y etapa de evolución psicosexual a la que regresa.
6. Conservación o pérdida de la realidad.
7. Tipos de conflictos.

1. Manifestaciones sintomáticas o clínicas (egosintónico- egodistónico)

Primer Nivel de Inferencias (observables)

Pre-Entrevista: Como observables se recortan el diagnóstico médico que aparece en la Historia Clínica y la urgencia con la que solicita el turno.

Entrevista: Se recortan su modalidad comunicativa, la verbosidad, la inquietud corporal y las que el paciente refiere como: ansiedad, irritación, arritmia, mareos, dolores cervicales, estrés, dolor de cabeza, peleas con la esposa, problemas laborales. También se toman en cuenta sus dificultades para dormir y su preocupación por la muerte.

Segundo Nivel de Inferencias

La sintomatología del paciente estaría evidenciando su temor a la muerte, a que le ocurra lo mismo que a sus padres y a su hermano. Estaría estableciendo una relación entre la *depresión no tratada de su madre y su depresión (semi-tratada: solamente con pastillas que luego dejó de tomar)*. Sus síntomas cardiológicos estarían relacionados con el infarto del hermano (acaecido a una edad similar a la propia) y pondrían de manifiesto la identificación con la figura paterna.

Los síntomas surgen cuando en el ámbito laboral se vuelve a escenificar la situación triangular entre papá-jefe-él, mamá-empleadas-él. En estas circunstancias se aleja del trabajo y se refugia en la casa e identificándose con el jefe-padre hace activamente a la mujer lo que él sufre pasivamente en la oficina.

Manifiesta dificultad para procesar sus sentimientos, los cuales se expresan somáticamente, especialmente la rabia y el miedo. Con los síntomas, logra "irse" de las situaciones que le producen rabia y/o temor.

2. Defensa Prevalente: Represión (el yo acepta la castración). Desestima (ruptura total con la realidad): Desmentida (el yo escindido no acepta la castración).

Primer Nivel de Inferencias (observables)

Entrevista: El paciente está bien orientado en tiempo y espacio. Reconoce cuándo se irrita y se descontrola. Tiene reconocimiento de sus síntomas. Presenta un lenguaje organizado.

Segundo Nivel de Inferencias

Se infiere una buena instauración del mecanismo de la Represión ya que parece haber diferenciación del aparato en Inconsciente, Preconsciente y Consciente (1ra. Tópica) con funcionamiento a predominio del Principio de Realidad: diferencia los distintos aspectos de su realidad, entra en contacto con sus sentimientos y puede solicitar ayuda frente al malestar.

2.1. Observables que permiten inferir el parcial fracaso de la Represión

Primer Nivel de Inferencias

Entrevista: Se observa la presencia de sintomatología cardiológica y emocional por la cual viene derivado y que relata durante la misma.

Segundo Nivel de Inferencias

La represión es exitosa en tanto puede discriminar fantasía de realidad y yo de mundo externo, aunque la sintomatología clínica y emocional daría cuenta de un parcial fracaso de la Represión, que se pone de manifiesto en su dificultad para simbolizar conflictos o emociones puntuales, para poner en palabras los afectos.

3. Mecanismos de defensa propios del cuadro*Primer Nivel de Inferencias (observables)*

Como observables se focalizan las justificaciones que brinda respecto de su depresión, de sus dificultades laborales y en la relación con su jefe, así como en el vínculo con su esposa.

Las argumentaciones religiosas sobre el Evangelio y la Filosofía Cristiana respecto de la creencia en el presente y lo que expresa sobre la presencia del alma de su madre en el cielo.

Lo que el paciente expresa sobre Dios como salvador de su vida y como el que puede resolver sus problemas.

La asunción de actitudes similares a las de su padre con respecto al alcohol y a la irritabilidad.

Lo que refiere respecto de las mujeres maltratadas en la oficina.

Los síntomas físicos que presenta tales como: descontrol y arritmia. "Ver al jefe me descompono". Los dolores de cabeza, y los mareos.

La dicotomía: Madre buena - padre malo.

La dicotomía: Mujeres maltratadas - jefe abusivo.

Segundo Nivel de Inferencias (observables)

Los observables recortados remiten a los siguientes mecanismos defensivos:

Racionalización (justificaciones sobre su depresión, dificultades laborales y vínculo con su esposa).

Intelectualización (las argumentaciones sobre el Evangelio y la Filosofía Cristiana).

Idealización (el rol que le asigna a Dios).

Introyección (ingesta de alcohol e irritabilidad al igual que el padre. Identificación con las mujeres maltratadas en la oficina).

Las emociones y sentimientos no expresados verbalmente se manifiestan en el cuerpo. Con la información que se posee no se puede dilucidar aún si se trata del mecanismo de defensa de conversión o si es una somatización producto de la fijación oral.

Disociación (las dicotomías mencionadas en el primer nivel de inferencias).

3.1. Observables que remiten a inferir el éxito o parcial fracaso de los mecanismos de defensa propios del cuadro

Primer Nivel de Inferencias

Hablarían de un fracaso parcial los síntomas físicos, la irritabilidad, la angustia, el no poder asumir una actitud activa y positiva contra la injusticia que le permitiera poner límites al jefe y la decisión de desertar de su trabajo.

Segundo Nivel de Inferencias

Se infiere un parcial fracaso de los mecanismos de defensa porque no son eficaces para controlar y resolver la angustia.

Manifiesta dificultad en la regulación y control de los impulsos o control de la motilidad pulsional.

Asimismo, le es difícil adaptarse creativamente a la vida y constituir una identidad autónoma, evidenciado en la falta de espacios de placer que no puede generarse, en su sometimiento a figuras dominantes, en los vínculos de dependencia infantil que establece, en su retracción social y en sus dificultades conyugales y laborales.

4. Puntos de fijación predominantes.*Primer Nivel de Inferencias (observables)*

La ingesta de pastillas

La ingesta de bebida

Las peleas con la esposa y jefe

La pérdida del trabajo

Dificultades para relacionarse con pares, con mujeres y con figuras de autoridad. "amigos no tenía...novia no, sólo una de adolescente".

No tener hijos por sentir que le acarrea mucha responsabilidad.

Segundo Nivel de Inferencias

La ingesta de bebida y de pastillas podrían ser significados como expresiones de conflictos vividos en la etapa oral del desarrollo psicosexual de la libido.

Se puede inferir, a partir de los observables mencionados, que las consecuencias para la vida del paciente se expresarían como:

- Actitudes dependientes y de sometimiento por parte del paciente hacia las personas de su entorno.
- Dificultades para asumir un rol sexual activo.
- Yo débil, con serias dificultades para hacer frente a las vicisitudes de la vida.
- Respecto a la triangulación edípica: papá - mamá - él (él en la retaguardia), se identificaría con características de la figura paterna (ingiere alcohol y pelea como aquel y tiende a tratar a su mujer como el padre maltrataba a su madre). De igual manera, el conflicto edípico se reedita en el trabajo, en el vínculo con el jefe.
- Escaso contacto con el mundo exterior.

5. Regresión y etapa de evolución psicosexual a la que regresa: Regresión del Yo. Regresión del Yo y la Libido.

Primer Nivel de Inferencias (observables)

El jefe prepotente. "Machito con las mujeres". Él se descompones y pide licencias. "Papá le gritaba a mi mamá. Yo trataba de defenderla y él me pegaba..."
Busca ayuda en la Iglesia. Cercanía con Dios a través del cura.

Segundo Nivel de Inferencias

Habría una regresión a la etapa oral de la que dan cuenta la ingesta de bebida y de las pastillas, así como la conducta de dependencia hacia las mismas.

El punto de fijación estaría ubicado entre la etapa oral y la anal, de la oral darían cuenta las características antes mencionadas y de la anal las peleas, la irritabilidad y el sometimiento al padre-jefe, así como la dupla sometido-sometedor que luego reproduce con su mujer asumiendo con ésta el rol de sometedor.

6. Conservación o pérdida de la realidad:

- a) de la prueba o criterio de realidad (percepción)
- b) del juicio o interpretación de la realidad (pensamiento).

Primer Nivel de Inferencias (observables)

Se observa una buena orientación temporal-espacial.

Su lenguaje es claro y puede expresar sus pensamientos de acuerdo con la lógica formal

Se observa que el paciente adjudica sus síntomas a situaciones vividas como injustas tales como la presencia de personas acomodadas en el trabajo y la actitud del jefe para con las empleadas.

Se advierte que el paciente manifiesta gran preocupación por su sintomatología física.

Segundo Nivel de Inferencias

El juicio y el criterio de realidad estarían parcialmente conservados, ya que si bien por un lado puede distinguir entre fantasía y realidad y sus propios síntomas y en la construcción de su pensamiento muestra los principios de la Lógica Formal y el predominio del Principio de Realidad, por otro adjudica su sintomatología a lo que sucede en su ámbito laboral y a la persona de su jefe y tiende a aislarse del mundo exterior porque la atención es atraída por estímulos internos (síntomas orgánicos). Esto último llevaría a pensar que la perturbación de la realidad sería puntual y estaría centrada en aquellos aspectos en que la misma entra en conflicto con las mociones pulsionales orales y anales.

Habría pues, en este paciente, conservación de la realidad en su conjunto, salvo y como sucede en el neurótico según Freud, en lo que atañe al área de conflicto manifestada en las dificultades en sus relaciones laborales con su jefe y con la Institución. El mismo parece corresponder a situaciones triangulares en las que parece revivir la conflictiva edípica, en tendencias de dependencia aumentadas que se relacionan con la fijación oral y en la revivencia del conflicto sometido - sometedor propio de la etapa anal.

7. Tipos de conflicto:

- a) Conflicto entre Yo vs. Ello
- b) Conflicto entre Yo + Ello vs. Realidad
- c) Yo escindido:
 - 1- Yo que reconoce la realidad
 - 2- Yo que desconoce la castración

Primer Nivel de Inferencia (observables)

Los observables recortados serían la impulsividad que manifiesta
Las peleas con la mujer
Los momentos en que se descontrola en el trabajo cuando lo consultan
El hecho de no poder ponerle límites a la mujer al jefe cuando lo descalifica
La escasa actividad de su vida amorosa
Las argumentaciones que justifican el no haber tenido hijos

Segundo Nivel de Inferencias

Los conflictos del paciente se establecen entre las mociones del Ello versus el Yo + el Superyó. Se trata de un conflicto intrapsíquico.

Tercer Nivel de Inferencias

Al no adjuntar las inferencias de segundo nivel efectuadas a partir de otros ma-

teriales diagnósticos, no se pueden verificar recurrencias. Por lo tanto, sería imposible, ante la falta de evidencia, realizar un tercer nivel de inferencias. Sin embargo, a modo de hipótesis a ser confirmadas o refutadas por evidencia que surja de otras técnicas, se infiere tentativamente que a tercer nivel de inferencia se podría hipotetizar que:

- El paciente presentaría una inhibición del Yo en grado significativo.
- Los síntomas que lo aquejan constituirían una solución de compromiso para evitar la emergencia de la pulsión de muerte, de mociones pulsionales sexuales rechazadas y de la agresividad, de las que se defiende con los mecanismos de racionalización, idealización, disociación y que dan por resultado las dificultades mencionadas en su trabajo, en la relación con su esposa, en su vida social.
- Se trataría de una persona neurótica que manifestaría un cierto grado de éxito en las funciones defensivas del Yo, ya que evitarían la emergencia de las mociones pulsionales rechazadas.
- Denotaría un predominio de la libido narcisista sobre la libido objetal, de lo que daría cuenta su autocentramiento y la consideración del Otro como su ministro narcisista.
- Entablaría vínculos con predominio de actitudes dependientes y de sometimiento y tendería al retraimiento social.
- Tendría dificultad para controlar sus impulsos.
- Su pensamiento aparece regido según las leyes del proceso secundario, lo cual hablaría de un buen examen de la realidad, siendo ésta una función del Yo conservada en este paciente.
- De acuerdo con la Segunda Tópica, los conflictos se darían entre el Ello y el Yo y el Ello y el Yo versus el Superyó, lo que caracteriza al conflicto como intrapsíquico.

Entrevista II Ejemplificación de la Técnica de la Entrevista Estructural

Graciela Celener
Adela Jordá

Las viñetas de entrevista a un adulto que se exponen a continuación tienen por finalidad ejemplificar los siguientes aspectos técnicos: disociación Instrumental, Clarificación, Confrontación.

Las líneas de puntos entre las viñetas marcan cortes no de la entrevista sino de la información que las autoras seleccionaron para transmitir.

Nombre:	Marina
Edad:	26 años
Ocupación:	Promotora
Estado Civil:	Casada (desde hace 6 años)
Nombre del cónyuge:	Ricardo. 42 años. Ingeniero.
Aspecto físico:	Alta y delgada. De aspecto cuidado.

Motivo de Consulta:

La sujeto realiza la consulta a partir del consejo de un amigo debido a que la nota anímicamente mal.

Entrevista: (Viñetas)

Entrevistadora (E): ...Bueno, me gustaría Marina que me dijera qué es lo que le está pasando, ¿porqué desea hacer esta consulta?

Marina (M): Hace tres años me di cuenta que algo no va en mi matrimonio. Cuando yo trato de imponer mi gusto o doy mi parecer, se arma...

E: Se arma?

M: Me desvaloriza, me agrede verbalmente, dice que sin él no hubiera sido nadie. Él me dijo que si lo dejo, me mata envenenándose y luego se mata él. Me controla todo, no quiere a mis amigos, me hace lío por mi trabajo. Sólo puede salir a la casa de mi mamá. Es muy controlador. Siempre fui bastante sumisa, de no darle dolor de cabeza a nadie, no quiero molestar al prójimo. Él me hace sentir una cucaracha, que no sé cocinar, limpiar, nada. Pude luchar y conservar mi trabajo...

E: Me podría aclarar un poco más esto de luchar, ¿en qué pudo luchar?

(Clarificación)

M: Pude seguir trabajando a pesar de que él no quería. En el trabajo me transformo en la mujer maravilla. Me desenvuelvo bien, me siento segura.

(La entrevistadora, instrumentando la disociación instrumental, por un lado empatiza con las emociones que producen la desvalorización de la paciente por parte del marido, pero por otro lado se aparta mentalmente y piensa en el contenido temático del discurso. Advierte que el relato indica que las cosas están mal desde hace tres años, pero que la paciente pasó largo tiempo sin buscar ayuda hasta la actualidad; percibe que un aspecto de la temática se refiere a la imposición y al sometimiento, o a la lucha entre sometedor - sometido. Advierte que la paciente parece sentirse dos personas diferentes, una cuando está con el marido y otra cuando está en su trabajo. La entrevistadora, frente al silencio de la paciente tiene que optar acerca de la línea que seguirá en su indagación entre todas las posibilidades que presenta el relato de la misma. Opta por profundizar en este momento de la entrevista acerca del punto de inflexión que marca la paciente hace tres años con la finalidad de obtener datos acerca del o los elementos desencadenantes que produjeron dicho cambio en la vivencia de la entrevistada acerca de su matrimonio en principio y posiblemente acerca de ella misma).

E: Usted me dijo que hace tres años se dio cuenta que no iba bien su matrimonio. ¿Qué pasó hace tres años?

M: Tomo conciencia de lo que pasa cuando empiezo a trabajar fuerte. Cuando me empieza a ir bien afuera, me siento valorada. Empecé a ver que había otros hombres distintos que valoraban mi persona, me cuidaban y estimulaban mi trabajo. Empecé a comprarme la ropa que a mí me gustaba, a elegir los aritos. Él empezó a agrederme cada vez más verbalmente. Yo era un perrito faldero cuando lo conocí. Ahora me hizo dura, mató el amor que tenía por él. No tenemos hijos por mi propia decisión. No puedo traerlo a un ambiente donde me agrede.

(Disociación Instrumental: La entrevistadora piensa que el cambio en la visión de la paciente acerca de su vínculo matrimonial y de ella misma, coincide con su apertura hacia el afuera, apertura que le aporta una mirada diferente de sí misma desde los otros. Esta nueva mirada le hace comenzar a dudar de la identidad

que le asigna su marido y que ella aceptaba. Comienza a percibir otros aspectos más positivos de su identidad, que parecen reforzar su yo y dan comienzo aparente a la crisis con su esposo, quien queda como aquél que señala sólo los aspectos desvalorizados de ella.

La entrevistadora opta por preguntar acerca del noviazgo, para evaluar si ya en esa etapa de la relación se daba ese vínculo denigrante y a pesar de ello la paciente continuó el vínculo o si por el contrario, éste cambió a partir del matrimonio. Una u otra alternativa aportarían datos diferentes sobre su visión de sí misma.)

E: ¿Cómo fue el noviazgo?

M: Fue de ocho meses, fue dramático, ahora me doy cuenta que recibí maltratos de todo tipo; desplantes, falta de cuidado, de atenciones. Era malo, cruel. Pero yo me quería ir de mi casa y me ilusionaba con la idea de que después las cosas iban a cambiar.

(Disociación Instrumental: Los datos que aporta parecen indicar que la relación ya era así antes de optar por formalizarla, sólo que ella se da cuenta aparentemente a posteriori posiblemente porque en aquel momento no significaba a las conductas de su marido como maltratos. También se hace evidente que con su casamiento huye de una situación conflictiva anterior. No queda claro el tipo de crueldad (física, psicológica) de la que acusa a su marido y es por eso que se decide indagar acerca de ese aspecto).

E: ¿Puede explicarme un poco más a qué se refiere con crueldad, qué tipo de crueldad?

M: Que él me decía que en una reunión yo no sé hablar, que soy poco inteligente, ese tipo de cosas.

(Disociación Instrumental: La entrevistadora confirma que la crueldad era psicológica y decide preguntar por aquella situación anterior de la cual la paciente quería huir, su familia).

E: Marina, me gustaría que ahora me cuente acerca de su historia, acerca de usted misma desde que nació hasta ahora, lo que usted recuerde.

M: Mi papá me abandonó a los tres años, mi mamá murió cuando yo tenía seis años. La que llamo mamá ahora es mi tía (hermana de la madre). Mi abuela (materna) murió a mis quince años. Mi padre nos dejó a mi madre y a mí a los tres años, lo vi en forma irregular cada uno o dos años. Aparecía y desaparecía cuando quería. Él es alcohólico, violento. No lo quiero ver yo ahora. Mamá falleció por una infección quirúrgica a partir de una operación de ovario. Quedé a cargo de mis abuelos maternos. La familia de mi papá me llevaban de tanto en tanto, sentía que arrancaban a la fuerza. La misma sensación de ahora cuando Ricardo me arranca de mi casa.

(Disociación Instrumental: La psicóloga siente pena por la historia de pérdidas y abandonos. Por otro lado piensa que confluyen en el relato dos datos: el sentimiento de que la familia paterna al llevarla a ver al padre la arrancaba de la casa de sus abuelos y la sensación de que el marido la arranca de la casa. Por otro parte la entrevistadora intenta "clarificar" que significa para la paciente arrancar ya que este tema no queda claro).

E: ¿A qué se refiere Marina, cuando dice que sentía que la familia la arrancaba a la fuerza?

M: Yo no quería ir a la casa de mis abuelos paternos porque los conocía poco y había

muchas peleas ahí también...

E: Me dice también que Ricardo la arranca de su casa. ¿Cómo es eso?

M: Porque a él le gusta mucho salir con parejas, a cenar, al cine y yo me siento que me obliga porque a mí no me gusta, porque delante de sus amigos él me desvaloriza.

(En esta otra parte de la entrevista la psicóloga piensa que es importante comenzar a preguntar acerca de la familia de origen e intentar que la paciente mencione sus sentimientos acerca de sí misma).

E: ¿Cómo era su mamá?

M: La quise como nunca a nadie en la vida. Muy accesible, buenos modos, pero muy recta. Era muy bonita. Yo me parezco mucho a ella. Después que ella falleció mi tía ocupó el lugar de figura materna pero como era enferma de los nervios me maltrataba mucho. Tenía accesos de ira y se desquitaba conmigo. A pesar de excelente rendimiento escolar y de que era muy dócil, cobraba dos veces por semana en forma fija. Los demás no se metían sino cobraban también. A mí abuelo le dolía pero nadie se metía, nadie puso un límite, nadie se animó. Vengo de una familia de infelices. Mi bisabuela, casada con un borracho que la mataba a golpes. Mi abuela casada con un tipo, pero depresivo, difícil. Mi mamá se metió con un turro que le metió los cuernos siempre. Mi tía, con un tipo que no la acompañaba, depresivo y yo...

Mi mamá (tía) a veces me dice que corte con la cadena de infelicidad y otras veces se identifica con Roberto y lo justifica. Desde hace un tiempo mejoró nuestra relación (con la tía).

E: ¿Cómo es eso?

M: Porque no permito más que me maneje a través de sus gritos. Ya no le tengo miedo a sus ataques de locura. Creo que fui madurando, creciendo. Me siento siempre en deuda con ellos. Siempre traté de devolverles con creces, hasta que me casé les dí todo mi sueldo. Como me siento siempre en falta con ellos sigo haciendo lo que ellos quieren. Quisiera sentirme dueña de mi vida realmente y no tener que darle explicaciones a nadie.

(Disociación Instrumental: La entrevistadora empatiza con el sufrimiento de la paciente y por otro lado piensa que va desplegándose en la infancia de la entrevistada el mismo tipo de vínculo que luego repitió con su marido hasta que la mirada de los otros hace tres años la hizo darse cuenta que puede establecer relaciones más saludables para sí misma y comienza a tomar en cuenta nuevos aspectos valiosos de sí. Finalmente, surge el motivo de consulta: la búsqueda de la independencia y de la integración de su identidad).

En forma general, en relación a la disociación instrumental, la entrevistadora puede correr el riesgo de identificarse con el sufrimiento de la paciente, que es una mujer como ella, al punto de tenerle bronca al marido y a la familia y en tal caso podría pensar que todo lo malo y lo bueno viene de afuera, manteniendo la misma visión que aquella y responsabilizando al medio por lo que pasa.

Si esto fuese así sería un indicador de que la psicóloga no ha podido disociarse instrumentalmente. Poder hacer una buena disociación instrumental significa registrar la pena (sintiendo con ella), pero también desidentificándose de lo que la paciente piensa y siente. Esto significa que el psicólogo pueda mantener su pensamiento y sentimientos lo suficientemente libres e independientes como para poder captar aquellos de los que la sujeto no tiene registro. En este caso particular esto significa advertir la

propia dificultad de la paciente en advertir aspectos valiosos y desvalorizados de sí por sí misma, así como su dificultad en registrar la propia agresión y a su vez el manejo del poder que también ella ejerce sobre su marido).

Observables:

1- Contenido temático de lo que relata

Sometido – sometedor: manejo del poder. Todo lo malo y lo bueno proviene del afuera: mecanismo de proyección. Oscila entre impotencia y omnipotencia. Repetidas pérdidas.

2- Estilo comunicacional: cómo dice lo que relata

Por un lado desarrolla temas de impactantes y conmovedores contenidos emocionales refiriéndose a los mismos sin la emoción concomitante (incongruencia entre lo que dice y cómo lo dice). Se podría pensar que ha puesto una gran distancia entre lo que dice y piensa y lo que siente.

3- Lenguaje pre-verbal: actitudes, gestos.

Se muestra rígida, como alejada emocionalmente de los temas que trata.

Confrontaciones:

1era. Confrontación

Contradicción:

“...cuando yo trato de imponer mi gusto / siempre fui bastante sumisa”.

Objetivo de la confrontación:

Intentar hacer consciente a la paciente del tipo de vínculo sometedor-sometido que tiende a establecer con los otros. Evaluar si aspira a un cambio de vínculo que sea más simétrico o si por el contrario quiere reproducir el mismo vínculo asimétrico pero invirtiendo los papeles.

Técnica:

E: En un momento dado usted dijo que fue siempre muy sumisa y también dijo que trata de imponer su gusto. ¿Cómo relaciona esto de imponer su gusto con el ser sumisa?

M: Para no hacer siempre lo que él quiere yo tengo que conseguir que él haga lo que yo quiero... a veces.

Hipótesis que se genera a partir de la respuesta:

Desea reproducir el vínculo colocándose ella en el lugar del poder y tiene poca conciencia de este deseo.

2da. Confrontación

Contradicción:

Cucaracha / mujer maravilla: impotencia / omnipotencia = extremos de la identidad.

Objetivo de la confrontación:

Se apunta a ver qué grado de conciencia tiene acerca de que su autoestima depende en gran medida del afuera y a evaluar la fragilidad o fortaleza de su identidad.

Técnica:

E: Marina, usted me dijo que con su marido se sentía como una cucaracha y que, en el trabajo se transforma en la mujer maravilla. ¿Cómo se explica esto?

M: Porque para mi marido yo no sirvo para nada, no sé hacer nada y en cambio en el trabajo me valoran y me dicen que hago bien las cosas.

Hipótesis que se genera a partir de la respuesta:

No tiene una medida propia subjetiva de su valor, sino que su autoestima depende de la valoración de los otros y oscila según es vista por los demás. Se evidencia una identidad frágil.

3era. Confrontación

Imponer su gusto / no tenemos hijos por mi propia decisión.

Objetivo de la confrontación:

Se trata de llamar la atención de la paciente hacia dos temas que ella no relaciona y que a la entrevistadora le parece que sí están relacionados, intentando descubrir qué grado de conciencia tiene de que decidir no tener hijos es una manera de imponerse sobre la voluntad de su marido y, en este sentido, ejerce el poder.

Técnica:

E: Nuevamente me voy a referir a lo que usted comentó que cuando trata de imponer su gusto se arma y también me dijo que no tienen hijos por su propia decisión: ¿usted encuentra alguna relación entre estas dos cosas?

M: Bueno, ahora que usted me lo pregunta a mí me parece que esa es una forma que tengo yo de imponerme y hasta de darle bronca porque, en realidad, él quiere tener chicos.

Hipótesis que se genera a partir de la respuesta:

Parece poder relacionar los dos hechos advirtiéndose que puede lograr cierto grado de insight sobre su participación en la lucha por el poder y también sobre su propia agresión, lo cual es positivo como pronóstico.

Entrevista III Ejemplificación del Encuadre e Interpretación de la Entrevista Estructural

Graciela Celener
Adela Jordá

La siguiente viñeta de entrevista tiene dos objetivos:

- 1- Ejemplificar el aspecto técnico del comienzo de la entrevista: Presentación, Pedidos de datos de filiación, Aclaración acerca de las características del proceso psicodiagnóstico (encuadre).
- 2- Ejemplificar la interpretación de la entrevista de acuerdo a 5 de los 7 ejes diagnósticos.

Ejes Diagnósticos y Observables:

1. Defensa prevalente (Eje II) - Represión
2. Conservación de la Realidad (Eje VI)
3. Tipo de conflicto (Eje VII): Conflicto intrapsíquico
4. Defensas propias del cuadro (Eje III): Represión secundaria y conversión
5. Puntos de fijación (Eje IV): Fijación fálica

Eliana concurre sola a la entrevista. Es una mujer atractiva, desenvuelta, con gran expresividad, tanto física como verbal.

Entrevistadora (E): Buenos días, Eliana, mucho gusto, yo soy la Lic. xx, pase por favor, por aquí, tome asiento., póngase cómoda.

Paciente (P): ¿Muchas gracias, puedo dejar aquí la cartera y el paraguas?

E: Sí, está muy bien ahí.

Bueno, Eliana, después de que usted me llamara por teléfono me comuniqué con el Dr. Fernández, tal como le había anticipado que iba a hacer, ya que Ud. me dijo que el Dr. Fernández la había derivado para que hiciera un psicodiagnóstico conmigo.

Él me dijo cuál es el interés que tiene para que haga este psicodiagnóstico, el por qué usted consultó con él, pero a mí me gustaría que aquí habláramos sobre eso y usted me lo dijera con sus propias palabras.

Antes me gustaría preguntarle si ¿usted sabe lo que es un psicodiagnóstico?

P: Más o menos, tengo amigas que se hicieron, pero yo es la primera vez y le pedí expresamente al Dr. que fuera una mujer.

E: Bueno, Eliana, en esta charla que tuve con el Dr. Fernández él me explicó, así como se lo explicó a usted, que después de hacerle una revisión y estudios, él considera que no habría ninguna razón física que produzca los problemas por los que Ud. lo consultó. Por eso, es que él piensa y creo que se lo comunicó a usted también, que tal vez hayan factores emocionales por los que se producirían estos malestares. Debido a esto él quería que usted hiciera una consulta con un psicólogo para que le administre un psicodiagnóstico. El objetivo, es evaluar si existen factores emocionales que están contribuyendo a que usted tenga estos trastornos. Para eso, yo le pedí que viniera a esta entrevista en la que vamos a conversar sobre lo que a usted le pasa, sobre su vida y luego tendremos alrededor de tres entrevistas más en las que en algunas le voy a pedir que dibuje, en otras le voy a pedir que cuente algunas historias y en otras le voy a mostrar algunas imágenes y usted me dirá qué es lo que ve.

Al finalizar con estos encuentros, por un lado yo le voy a dar un informe escrito al Dr. Fernández acerca de cuáles son los aspectos emocionales que yo evalué que pueden estar contribuyendo para que usted tenga trastornos y, por otro lado, alrededor de una semana después de terminar con nuestros encuentros, nos vamos a ver nuevamente y vamos a conversar usted y yo sobre cuáles pueden ser los motivos por los que usted está pasando por esta situación, que seguramente ahora me va a comentar. Le queda claro, Eliana, no sé si fui suficientemente clara.

P: Sí, me quedó claro, usted me va a decir ahora qué días voy a venir.

E: No Eliana, así como hicimos para esta reunión, si usted está de acuerdo y cuando termine ésta, vamos a fijar entre las dos el día y el horario para la próxima y así sucesivamente, de tal manera que podamos elegir horarios que nos convengan a las dos.

P: Bueno, me parece bien.

E: Muy bien, entonces como le dije hace un ratito, me gustaría que usted me cuente por qué consultó con el Dr. Fernández.

P: Bueno, yo fui a ver al Dr. Fernández, que usted ya sabe que es un ginecólogo muy reconocido porque..., me da un poco de vergüenza decírselo pero, bueno, cuando queremos tener relaciones con mi marido, no podemos... (silencio).

(Observables de Eje II: Defensa Prevalente: aceptación de la consigna y comprensión de la misma, ubicación temporoespacial del entrevistado, comprende dónde y en qué situación está. Observables de Eje IV punto de fijación: los sentimientos de vergüenza permitirían hipotetizar una fijación en la etapa fálica.)

E: ¿No pueden...?

P: Bueno, en realidad no podemos porque a mí me duele mucho, bueno a usted se lo puedo decir porque usted es una mujer, lo que pasa es que me arde y no podemos concretar, yo le tengo que decir a mi marido que pare y es un problema para nosotros. (silencio)

(Observables de Eje III: Defensas propias del cuadro :conversión?, cuando falla la represión secundaria, falla su capacidad de expresarse con símbolos verbales y, en este caso, se expresan sus fantasías mediante manifestaciones somáticas. Observables de Eje II: lenguaje con carácter social, comparte un habla, se expresa con inteligibilidad que otros pueden compartir, validación conceptual).

E: y ¿qué siente usted al tener que decirle que pare?

P: Yo me siento mal, en realidad por un lado me siento mal por él, se queda como frustrado y me dice que nunca podemos, que tenemos que encontrar una solución a esto, que él así no puede seguir... (silencio)

E: Eliana, usted me dijo que por un lado usted se siente mal y por otro, ¿cómo se siente?

P: Y, quiere que le diga la verdad, yo siento como una especie de alivio porque él me busca menos y así no tengo que pasar por ese momento, que es horrible y no tengo que sentir esos dolores.

(Observables de Eje I: Síntomas: vaginismo. Observables de Eje III: Defensas Propias del Cuadro: este material recurriría con la presunción de conversión ya que rechaza las relaciones sexuales a través de un síntoma físico, donde el síntoma expresa fantasías inconscientes).

E: ¿Y desde cuándo usted siente estos ardores al mantener relaciones sexuales?

P: y... desde antes de casarme, desde que empecé a tener relaciones sexuales con mi marido, que le aclaro que fue el único, porque con los otros novios que tuve, la ver-

dad yo nunca llegué a nada más que, como le dicen ahora los chicos, a transar que en mi época le decíamos franelear y no pasábamos de tocarnos y hasta ahí, no vaya a creer.

(Observables de Eje IV: Puntos de fijación: Complejo de Edipo positivo que se manifiesta a través de un alto nivel de simbolización de su esquema corporal con exclusión del acercamiento genital).

E: ¿Cómo se llama su marido?

P: Fernando

E: ¿Cuánto hace que usted comenzó a tener relaciones sexuales?

P: Hace cuatro años cuando tenía 26 años y después nos casamos cuando cumplí 27. Pero en aquel momento los dos pensamos que esto iba a pasar y como nos queríamos tanto y nos complementábamos tanto... pero bueno, no se dio y cada vez fue peor.

E: Entonces Eliana, si no entiendo mal, hace cuatro años que están ustedes con este problema. ¿Por qué decide consultar ahora o ya lo hizo otras veces?

P: No, no, es la primera vez y porque ahora me parece que, como están las cosas, me parece que Fernando me busca menos y yo no sé si, él trabaja en una oficina y a mí me parece que le puede gustar alguien de la oficina porque como me busca menos y por otro lado veo que se queda más tiempo en la oficina, yo tengo miedo que él me deje.

E: Mientras usted no sospechó que Fernando pudiese tener un interés en otra mujer, ¿qué le pasaba a usted con estas molestias?

P: Yo no sé si a muchas mujeres les pasará lo mismo pero no poder tener relaciones sexuales no es algo que para mí tenga prioridad en una relación, pero uno lee tanto en las revistas y cuando hablo con mis amigas que parece que es tan importante llegar al orgasmo, que empecé a sentir que por ahí yo como mujer no era completa, pero por otro lado, si puedo no tenerlas para mí es mejor, por lo que ya le dije antes. Porque esto a mí no me impidió tener novios, hubieron muchos hombres que gustaron de mí, antes de Fernando y después de mi marido, yo voy por la calle y a mí me miran. En el trabajo, yo me doy cuenta que algunos compañeros míos me buscan y no precisamente como compañeros, pero yo hasta ahí porque estoy casada. Yo soy muy de conversar, voy arreglada, me dicen que soy simpática... pero no por eso yo me estoy insinuando ni mucho menos.

(Observables de Eje IV: Punto de fijación: por un lado parece confirmarse la hipótesis ya formulada de poseer una capacidad de expresión global que integra pensamiento, acción y sentimiento, con excepción del área genital. Se advierten componentes positivos del Complejo de Edipo tales como exhibicionismo, deseos de seducción, interés por atraer causando impacto estético. En el contenido del relato se refiere a situaciones triangulares en las que se remite siempre a un tercero, que parecen ser aquellas que la impulsan a consultar por su síntoma, para poder mantener a su pareja a su lado. Durante cuatro años no consultó hasta que no surgió esta fantasía de relación triangular. Posiblemente en ese lapso no se sintió movilizada a modificar su situación debido a que no había temor a la pérdida del objeto y se mantuvo en una situación en la que mantener la exclusión genital en las relaciones interpersonales no le causaba mayores problemas sino beneficios secundarios, tales como no mantener relaciones sexuales dolorosas y no enfrentarse con su problemática edípica. Observables de Eje III: Defensas propias del cuadro: Represión: parece que padece de una "ceguera" acerca de los efectos que sus acciones pueden tener sobre los demás).

Yo le voy a decir la verdad, yo... esa química que dicen mis amigas, esa sensación de atracción por un hombre, la verdad yo no la siento ni por Fernando ni por ningún otro hombre pero... yo, ¿sabe cuándo siento eso? después de ver una película me quedo pensando en el actor, si me gusta claro y entonces ahí yo imagino que el personaje femenino soy yo, las películas románticas, ¿no? y ahí siento que me gustaría vivir una situación así.

(Observables de Eje II: Defensa Prevalente: capacidad de separar los dominios de la realidad versus de la fantasía como universos de discurso o sets diferentes, capacidad de permanecer en un mismo set. Observables de Eje IV y V: Punto de fijación predominante y Regresión: Regresión, introversión de la libido: puede vivir el deseo sexual en el plano de la fantasía, pero no en la realidad, o sea que, se satisface con sus objetos internos, fantaseados).

E: Eliana, ¿cómo está compuesta su familia de origen?

P: Tengo mi papá, mi mamá y una hermana menor.

E: Hábleme de cada uno de los integrantes de su familia.

P: Bueno, mi papá siempre... ¿usted quiere que le diga cómo es, de qué trabaja...?

E: Lo que usted quiera.

P: Bueno mi papá tiene 62 años y es Contador, tiene un Estudio Contable, mi mamá tiene 60 años y es ama de casa, nunca le interesó trabajar y mi hermana Lucía, tiene 27 años y está por tener un hijo, está de dos meses. Mis padres están contentísimos con el embarazo de mi hermana, están deseando tener el primer nieto y toda la familia está pendiente de esto. Yo también, mi primer sobrino, me entusiasma mucho ser tía y yo que no puedo, por lo que ya le conté. Mi hermana siempre se adelantó a mí en todo y eso que es la menor. Tuvo novios antes que yo, se casó antes que yo y ahora va a tener un hijo. Trabaja con mi papá en el estudio contable, siempre ellos tuvieron afinidad de intereses con mi papá, que a mí me parece bárbaro si a los dos le gusta lo mismo, a mí me gustó otra cosa, yo estudié Traductorado de Inglés y no tuve tanta facilidad para conseguir trabajo como mi hermana, yo me tuve que arreglar sola, en cambio ella tenía el Estudio Contable de mi papá a su disposición, pero bueno, está bien. Ahora están todos pensando en la cunita, la ropita, el nombre, en qué sexo tendrá porque todavía no saben.

(Observables de Eje IV: Puntos de fijación: vuelven a aparecer situaciones triangulares históricas en el relato como expresión de la vivencia del Complejo de Edipo Positivo, relata predominantemente situaciones en que triangulariza las relaciones. Observables de Eje II: Defensa Prevalente; Eje VI: Punto de fijación; Eje VII: Conflicto Intrapsíquico / Conflicto con la Realidad: hasta aquí se advierte que el pensamiento se rige por la ley de ausencia de contradicción, que los objetos singulares están subordinados al concepto general, que desarrolla conceptos de clase y piensa en categorías, que el lenguaje es inteligible, validado conceptualmente, que las asociaciones entre conceptos se realizan a través de nexos lógicos, que hay oraciones completas con sentencias lógicas. Conservación de la Realidad: también hasta aquí se advierte que reconoce la situación de diagnóstico, comprende su significado, concurre sola debido a su orientación temporoespacial y a su sentido de realidad, respeta el encuadre, hay un reconocimiento del presente, pasado y futuro, de lo que es externo a ella y de lo que es interno).

E: ¿Y usted también piensa en eso?

P: No, a mí me parece demasiado apurado, antes de los tres meses, vió que dicen que

no hay que comprar nada antes de saber si el embarazo va a seguir o no, que sé yo, son cosas que se dicen, yo en ese sentido no soy tan apresurada, así que ni pienso en eso.

(Observables de Eje IV: Punto de fijación: de la etapa fálica se pueden percibir en forma latente algunos componentes negativos del Complejo de Edipo tales como la envidia, los celos y la agresión dirigidas hacia el rival del mismo sexo).

E: Eliana, qué recuerda de su infancia?

P: Muchas cosas no me acuerdo, que las tengo borradas, como una nebulosa.

(Observables de Eje III: Defensas propias del cuadro: Lagunas o inhibiciones que pueden estar poniendo de manifiesto el mecanismo de Represión secundaria).

Así que mucho de mi infancia yo no le puedo contar, bueno, yo fui la primera hija y también la primera sobrina y la primera nieta y venían mis tíos y siempre me traían juguetes y después nació mi hermana y claro, a mí me cuentan que me dio un poco de celos, pero claro, esto es normal entre los chicos. Mi mamá me cuenta que varias veces me tuvo que pegar un grito porque le quería poner los dedos en los ojos a mi hermana, cosa de chicos.

Después cuando ella creció la pusieron en la misma escuela que yo iba y ella fue siempre muy alegre y estudiosa y las maestras la querían mucho, a mí también, pero yo era un poco más contestadora. Ahora que me acuerdo, me contó mi mamá que en tercero o cuarto grado yo empecé a tener afonías y me llevaron al médico que dijo que no tenía nada, después me dolía la cabeza, a veces vomitaba, entonces me llevaron al oculista, al clínico, al neurólogo pero no, no tenía nada malo. Dijeron que ya se me iba a pasar.

(Observables de Eje IV: Punto de fijación predominante: aparecen afectos negativos del complejo edípico: celos, envidia y agresión hacia el rival del mismo sexo. Observables de Eje III: Defensas propias del cuadro: aparece históricamente sintomatología que podría pensarse como expresión de fantasías convertidas en el cuerpo, o sea, síntomas conversivos durante su niñez, en vez de la manifestación consciente de los celos, la envidia y la agresión. Por otro lado, lagunas, olvidos de estas situaciones ya que le han sido relatadas y no es que las recuerde, como expresión de la represión secundaria).

E: ¿Cómo vivió usted el hecho que su hermana fuera a la misma escuela?

P: Y no sé, la verdad, que no me acuerdo, no creo que haya sentido nada en especial.

(Observables de Eje III: Defensas propias del cuadro: Lagunas, olvidos, expresión de Represión Secundaria).

E: Bueno, Eliana, ¿quisiera agregar algo más, algo que yo no le haya preguntado o que usted espontáneamente no me haya dicho?

P: no, no, creo que está todo, si usted me quiere preguntar algo, encantada.

E: No, Eliana, por ahora no, en todo caso cuando tengamos nuestra próxima entrevista si considero que me falta alguna información se la voy a pedir.

¿Qué le parece si combinamos el día y el horario de la próxima entrevista? ¿Le parece bien el miércoles a las 18 hs.?

P: Sí, porque ya salí del trabajo y puedo llegar sin problemas.

E: Bueno, entonces nos vemos el miércoles. (Se la acompaña hasta la puerta).

(Observables de Eje VII: Conflicto Intrapsíquico / conflicto con la Realidad: a través de los dichos de la paciente se advierte que el conflicto es predominantemente

intrapsíquico entre instancias. El Ello con sus pulsiones agresivas y amorosas y el Yo con sus defensas ya señaladas. En el único punto que aparece un desconocimiento de la realidad es aquel que atañe a la genitalidad, que se evidencia a través del observable de pensar en poder mantener su pareja sexual sin entablar relaciones sexuales, estableciendo con ella una relación fraternal).

Sintetizando:

A nivel de hipótesis a ser confirmadas por el material aportado por las técnicas proyectivas se efectúan las siguientes inferencias a partir del análisis de la entrevista: la sintomatología parece ser conversiva; la defensa prevalente es la represión; surgen como defensas propias del cuadro la conversión y la represión secundaria; el punto de fijación predominante es el fálico; la regresión consiste en la introversión de la libido a los objetos de la fantasía; conserva la realidad; el conflicto es intrapsíquico. En función de lo dicho, se puede efectuar un diagnóstico presuntivo de neurosis histérica.

Bibliografía

- Aberastury, A. (1969) "Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños". Bs. As. Paidós.
- Bleger, José (1971) "Temas en Psicología". Bs. As. Nueva Visión.
- Celener, G.; Bruzzoni M. (1990) "La Entrevista a Padres". Bs. As. Ficha de Cátedra. Dpto. de Publicaciones de la Facultad de Psicología U.B.A.
- Celener, G. y otros (2002) "Técnicas Proyectivas. Actualización e Interpretación en los Ámbitos Clínico, Laboral y Forense". Tomo I. Bs. As. Lugar Editorial.
- Celener, G.; Tomsig, M. E. (1990) "El Psicólogo y su Inserción en el Ámbito Clínico, Laboral y Forense". Bs. As. Ficha de Cátedra. Depto. de Publicaciones de la Facultad de Psicología. UBA.
- Frank deVerthelyi, R.; Braude, M.; Celener, G.; Sandleris, S.; Veccia, T.; (1987). "Elaboración de Hipótesis en la Interpretación de la Entrevista Psicoanalítica". Bs. As. Ficha de Depto. de Publicaciones de la Facultad de Psicología. U.B.A.
- García Arzeno, M. E.; (1999) "Nuevas Aportaciones al Psicodiagnóstico Clínico". Bs. As. Argentina. Nueva Visión.
- Kernberg, O.; (1998) "Trastornos Graves de la Personalidad". México. Manual Moderno.
- Lunazzi de Jubany, H.; (1992) "Lectura del Psicodiagnóstico". Bs. As. Editorial de Belgrano.
- Ocampo, M.L.; García Arzeno M.E. y colaboradores (1974). "Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico". Bs. As. Nueva Visión.
- Rolla, E. H. (1981) "La Entrevista en Psiquiatría. Psicoanálisis y Psicodiagnóstico". Bs. As. Galerna.
- Sendín, María Concepción (2000) "Diagnóstico Psicológico". Madrid, España. Psimática.
- Sullivan, H. S. (1954) "The Psychiatric Interview". Nueva York. Norton.

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 esto 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 sucintos".

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 posibilitándole 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, estudio). 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, explicando 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 Sendín 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 1 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: ¿Cuándo 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.

CAPÍTULO 3

El informe escrito

Nora Rosenfeld
Haydeé Avrutín

El informe escrito es una comunicación al derivante del conocimiento que el psicodiagnosticador ha alcanzado acerca del consultante a través de los datos obtenidos a partir de la conducta y modalidad del sujeto durante el proceso psicodiagnóstico, de la relación establecida entre éste y el entrevistador en dicho proceso, y de las respuestas que el sujeto dio frente a cada una de las técnicas a las que respondió.

A través del mismo se intenta despejar las dudas y/o preguntas del derivante, que motivaron el pedido del psicodiagnóstico. De tal forma se incrementa a través de su contenido, el conocimiento que tanto el entrevistador como el derivante tienen del paciente.

El informe constituye una síntesis de presunciones teórico-clínicas acerca de un caso singular. Se transmite en él la comprensión a la que el psicólogo ha arribado acerca del significado de los síntomas, de la etiología de los mismos, así como de la estructura psíquica del sujeto que consulta.

La síntesis efectuada en el informe, es el resultado de la elaboración que el psicólogo ha realizado a partir de las fuentes arriba mencionadas. Esta elaboración se refiere al trabajo de integración del material surgido de esas fuentes a través de la aplicación de los criterios de recurrencias y convergencias y de los niveles de inferencia para la elaboración de los datos, ya conceptualizado en el capítulo 2 de la Parte III de este libro.

En esta síntesis del conocimiento logrado acerca del sujeto, el psicólogo informa al derivante acerca de las inferencias en el segundo y tercer nivel que ha elaborado. Por lo tanto, todo lo que se informa, es en realidad una interpretación de la empiria, constructos teóricos que se efectúan en función de la teoría a la que adhiere el psicólogo y de su experiencia clínica. Desde la concepción teórica que se sustenta en este libro, se puede describir al sujeto en función de los enfoques estructural, dinámico y económico de la metapsicología freudiana, para arribar al diagnóstico estructural, clínico y al pronóstico.

Se debe tener en cuenta que el psicodiagnóstico implica un recorte en el aquí y ahora de la subjetividad de un individuo.

El informe puede considerarse como un instrumento de comunicación en el que se dan a conocer las conclusiones, el diagnóstico, el pronóstico y las recomendaciones acerca de las estrategias a seguir. En él, el psicólogo manifiesta más específicamente su rol de diagnosticador, al dar a conocer las hipótesis que ha confirmado, luego de haber analizado y relacionado los datos surgidos a través de este proceso, basándose en una compleja construcción de hipótesis y de inferencias que surgen del material obtenido.

El entrevistador debe desarrollar las hipótesis que surgen del análisis de los datos obtenidos aunque los mismos no se relacionen en forma directa con las preguntas efectuadas por el derivante. Debe incluir toda la información adicional que considere necesaria y pertinente porque puede ser que no se confirme la duda inicial que generó la derivación, pero que sí se observen rasgos o conductas que presuponen

una problemática diferente a la prevista, por ej.: un niño que fue derivado con una presunción de debilidad mental y al finalizar el psicodiagnóstico se infiere un bloque afectivo que está inhibiendo su posibilidad de aprendizaje.

Un informe es una comunicación escrita que, en el ámbito clínico puede ser solicitada por distintos derivantes: médicos, psicólogos, psicopedagogos, psicoanalistas, maestros, etc.

Un tipo de informe que ha cobrado auge en los últimos tiempos es el "informe generado por computadora", que realiza reportes de un sujeto sobre una o varias pruebas.

Tal como señala María Concepción Sendín, este tipo de informe no es tan individualizado ni puede integrar toda la información recopilada sobre un sujeto a lo largo del proceso psicodiagnóstico, sino sólo la de la prueba concreta para la que el programa es diseñado. Por lo tanto, no son equiparables a los informes finales realizados por el propio evaluador, es decir, no sustituyen el trabajo de elaboración de toda la información acumulada a lo largo del proceso diagnóstico.

Características y Organización del Informe

Un informe escrito debe ser:

- 1) Competente, al incorporar todas las características del sujeto que resultan significativas según el criterio del entrevistador.
- 2) Claro, al explicitar los conceptos con un lenguaje sencillo, directo, evitando los términos propios de la psicología y describiendo todo lo necesario para una mejor comprensión de lo que se quiere transmitir.
- 3) Consistente, al incluir inferencias ligadas entre sí, que se basan en las hipótesis confirmadas a partir de las recurrencias y convergencias establecidas entre la entrevista y las técnicas empleadas y la lectura del material a partir de los tres niveles de inferencia.

De acuerdo a quien haya solicitado el informe éste tendrá diferentes características en cuanto a su forma y lenguaje. Al respecto dice Klopfer (1975): "Los informes psicológicos deben ser escritos en un idioma comprensible que facilite la comunicación. Los psicólogos generalmente utilizan la jerga profesional, que puede tener significado para ellos pero carecer de valor para los demás."

Cuando la autora citada se refiere a la forma de organizar el informe psicológico, aconseja no informar los datos primarios, o sea las respuestas a los tests que son el resultado de una observación directa (denominados observables por los autores).

Es decir que, es importante en la elaboración de este escrito que todo lo que se informe esté en relación al segundo y tercer nivel de inferencia, es decir ordenar los datos obtenidos, buscar recurrencias y convergencias en el material y por último arribar a un máximo nivel de abstracción que está en estrecha relación con la teoría desde la cual trabaja el psicólogo. En este nivel (3°), se hará una clasificación nosológica y se distinguirá la patología latente de la manifiesta. Los descubrimientos psicológicos deben ser siempre integrados a otros datos antes de arribar a conclusiones o de formular recomendaciones, y no se debe olvidar hacer mención del motivo de consulta que fue causante de la derivación.

Existen diferentes modelos o maneras de confeccionar un informe psicológico, pero al hacerlo es importante tener presente lo que éste debe o no incluir.

El Informe debe incluir:

- Una descripción sencilla de las características que resultan más significativas de la modalidad intelectual y afectiva del sujeto, de las funciones exitosas y de aquellas cuyo desempeño es patológico, como así también de los conflictos principales.
- La descripción de las distintas modalidades de conducta que mantuvo el entrevistado durante el proceso de toma y cómo se expresaron; si hubo variaciones en esas conductas, y en que momentos o circunstancias se produjeron; por ej.: si su actitud fue colaboradora, si se mostró reticente a realizar alguna técnica en particular, y de qué manera se manifestó esa reticencia y el significado que esto adquiere en función de lo que como estímulo significa dicha técnica. Ejemplo: una niña derivada por la escuela por problemas de aprendizaje, al solicitarle que dibuje a "su familia haciendo algo", solicita ir al baño, dice que no sabe dibujar y finalmente termina dibujando la cara de un payaso¹. El psicólogo formuló la hipótesis de la posible existencia de problemas familiares que impedían un buen desarrollo escolar ya que al solicitarle el dibujo de la familia aparece cierta incomodidad en la niña que hasta ese momento no se había observado.
- El tipo de vínculo que estableció el sujeto con el entrevistador durante esos encuentros; si su actitud fue de confianza o desconfianza (temores); si solicitó ayuda (dependencia – independencia); si pidió aprobación sobre lo realizado (seguridad – inseguridad), etc. Esta descripción, teniendo en cuenta los aspectos transferenciales y contratransferenciales, podrá ser esclarecedora de las modalidades vinculares del entrevistado.
- Los niveles de funcionamiento intelectual, emocional y cognitivo, integrados entre sí, ya que ningún aspecto está separado, desligado de otros, en un mismo sujeto.
- Categorías básicas, que le aporten riqueza, profundidad y utilidad: la descripción y la explicación, tratando de transmitir lo significativo del entrevistado, para que sea visualizado como un ser humano, y no como una máquina compuesta por distintas piezas que se encajan entre sí, semejante a un rompecabezas. Explicitando primero las hipótesis más evidentes, a partir de los observables sin mencionarlos, para pasar a lo menos evidente, que responde a inferencias de orden especulativo que varía según el marco teórico al que adhiere el psicólogo.
- Los conflictos que se relacionan con los niveles más conscientes y visibles de funcionamiento, para llegar a los menos conscientes y más centrales, en una modalidad graduada que va desde lo más manifiesto hacia lo latente, teniendo en cuenta que a partir de las respuestas dadas en el presente, se inferirán cuáles son los determinantes explicativos de la historia pasada. Basándose en la interacción de estos dos niveles, presente y pasado, el psicólogo puede elaborar las recomendaciones en relación al futuro en cuanto a pronóstico y sugerencias, como por ejemplo: la realización de una terapia individual, familiar, orientación psicológica, internación, etc.

El Informe no debe incluir:

- Los resultados obtenidos en cada uno de los tests administrados, ya que el derivante al cual se dirige, probablemente no los conoce, y no le aclaran nada sobre el paciente.
- Citas teóricas para explicitar o fundamentar las conclusiones, lo que lo haría semejante a una monografía y no a la descripción dinámica de una persona.
- Orientar exclusivamente hacia la problemática por la cual se consulta, porque resultará muy pobre, al perderse la riqueza de la información total obtenida.
- Información que vulnere la confidencialidad del entrevistado. (No todo lo que se escucha y ve durante el proceso psicodiagnóstico puede comunicarse en el informe, éste debe apuntar a contestar las preguntas del derivante ampliando con aquello que enriquezca las respuestas y evitando incluir información que pueda perjudicar el futuro de la persona que consulta.)
- Rótulos o estereotipos, que confundan al derivante, y que puedan inducir, posteriormente a que por ejemplo, se expulse a un niño de una escuela. Es importante al elaborar el informe tener en cuenta, por qué fue solicitado y quién va a recibirlo, para decidir qué informar y cómo hacerlo; estos aspectos varían si por ejemplo va dirigido a una Obra social para solicitar la aprobación de un tratamiento psicoterapéutico; a la Junta médica para que otorgue o prolongue una licencia; al Gabinete de una escuela para orientar las estrategias a implementar con un niño con dificultades de aprendizaje; a un psicoanalista que necesita un diagnóstico diferencial para definir la orientación de un tratamiento.
- Ser demasiado extenso, ya que se corre el riesgo de que se pierda el eje central de lo que es necesario comunicar; pero tampoco puede ser tan breve y sintético que excluya información de utilidad para quienes lo reciban.

Finalmente es importante tener en cuenta que el informe contiene información confidencial, por lo que constituye un testimonio que, en determinadas ocasiones, por ej.: Juicios penales o civiles, puede ser utilizado como documento legal para la toma de decisiones.

1. Esto se corroboró luego cuando a lo largo del psicodiagnóstico se pudo comprobar una grave problemática familiar.

Datos Relevantes para realizar un Informe en el Área Clínica*Fecha**Datos de filiación:*

Apellido y nombre
 Edad
 Fecha de nacimiento
 Nacionalidad
 Estado civil
 Conformación del grupo familiar, actual y de origen
 Estudio y/o ocupación actual

Estos datos permitirán contextualizar al entrevistado, al incluir características esenciales, y facilitarán la emergencia de hipótesis, al comparar por ejemplo, las actitudes esperables para su edad, nivel sociocultural, etc., con las efectivamente desarrolladas.

Motivo de consulta

En este punto se incluye el o los motivos manifiestos. Pero también las conductas o síntomas que se evidenciaron en el transcurso del proceso psicodiagnóstico y que se agregan al motivo que generó la derivación, por ejemplo: se deriva a una adolescente con dificultades vinculares tanto con la familia como con los pares, y se detectan indicadores de autoagresión (anorexia).

Pruebas administradas

Es un dato de utilidad para el derivante y para el entrevistador porque da una idea más acabada en relación al material a partir del cual se arribó a las conclusiones.

Características significativas del entrevistado

Modo de vestir
 Modalidad de contacto
 Modalidad de presentación
 Datos más significativos de su historia

(Estas características permiten que el entrevistador exprese sus impresiones sobre la persona que entrevistó, y compare las similitudes o diferencias con el relato del derivante.)

Conducta mantenida durante el psicodiagnóstico

Realización de las pruebas
 Relación con el entrevistador

Si comprende o no lo que se le solicita en las consignas, si hay diferencia de rendimiento en las distintas pruebas y en cuáles presenta (si aparece) mayor dificultad, disgusto, aumento de ansiedad.)

En relación al tipo de vínculo: si hubo aceptación, sometimiento, rebeldía, descalificación. Esto unido al análisis de la transferencia y contratransferencia, permitirá fundamentar las características y tipo de modelo vincular del sujeto.

Recursos intelectuales:

Cómo los instrumenta.
 Cociente intelectual (en caso de que sea solicitado).
 Potencial intelectual, y cómo se evidencia en el desempeño actual. Esto permite relacionar este aspecto y su influencia con las demás áreas de su vida.

Recursos afectivos:

Tipo, grado y forma de manejo de las reacciones emocionales.
 Relaciones interpersonales, modalidad vincular.
 Sexualidad.

Se debe señalar si estos aspectos se adecuan o no a la edad, nivel madurativo y tipo de vínculos establecidos con la familia, amigos, compañeros de estudio y /o de trabajo y cuáles son las reacciones emocionales en las distintas circunstancias.

En relación a la sexualidad se recomienda incluir cuales son las identificaciones que predominan; como son las reacciones y conductas hacia su propio sexo y hacia el sexo opuesto; si hay conflictos en este área, si los reconoce o los niega; si hay actividad sexual o se manifiesta sublimadamente.

Conflictos

Klopfer en el texto ya mencionado, sugiere la necesidad de establecer claramente cuáles son los polos del conflicto; si es entre instancias psíquicas como por ejemplo: Yo – Superyó, o entre impulsos opuestos, por ejemplo: dependencia – independencia, o entre la expresión o inhibición de un mismo impulso como por ejemplo: el impulso agresivo – aspectos conciliatorios. De acuerdo a los ejes diagnósticos freudianos, se comunica las conclusiones acerca de si el conflicto se establece entre instancias psíquicas; o entre el aparato psíquico y la realidad, o, entre un yo escindido, una parte del cual reconoce la realidad, mientras que la otra la niega (castración).

También es importante describir qué tipo de ansiedades y defensas se establecieron; cómo y frente a qué circunstancias se manifiestan; qué aspectos de sí mismo el sujeto no reconoce como propios y se los adjudica a otros: padre, esposa, jefe, etc. Si las defensas implementadas son exitosas o, por el contrario rígidas y estereotipadas; de qué forma se manifiestan; si le permiten superar un momento conflictivo; o si su empleo constante empobrece otras áreas de funcionamiento yoico.

Diagnóstico

A modo descriptivo, resumiendo las dificultades que este sujeto presenta en su vivir cotidiano; cuales son sus potencialidades, o mecanismos que interfieren para que las mismas no se desarrollen plenamente o se hallen inhibidas. Según la profesión del derivante, y el motivo de derivación podrá incluirse o no un diagnóstico nosológico que implica una toma de posición por parte del psicólogo que realizó el psicodiagnóstico, ya que influirá en el mismo su marco teórico y su ideología o modalidad de abordaje.

Es importante incluir en este punto cuáles son las áreas exitosas, si las hay, a partir de las capacidades yoicas; en referencia al Criterio de Realidad, Juicio de Realidad, Manejo y Control de las Pulsiones, Motilidad de las mismas. Si éstas, son exitosas o no; en qué grado; cómo se manifiestan.

Pronóstico

Este debe estar sustentado en el análisis inferencial de todos los tests administrados, teniendo en cuenta que el pronóstico, solo implica la posibilidad de que se den ciertos comportamientos esperables.

Al respecto dice Klopfer que las diversas situaciones a las que se sometió al paciente dan pautas acerca del deseo de cambiar y del grado de cambio que puede tolerar sin manifestar una indebida ansiedad. Lo mismo que la posibilidad de adaptación a los distintos tratamientos que se pueden sugerir para solucionar el 'problema'. Esta información puede ahorrarle mucho tiempo al terapeuta ya que podrá decidir en qué aspectos focalizar la psicoterapia, realizar el enfoque y saber hasta qué punto le resulta posible realizar las interpretaciones. La fenomenología de las reacciones del paciente frente a las pruebas proyectivas y el contenido de las respuestas ofrecen pautas para predecir la forma en que se manifestarán los procesos de una situación psicoterapéutica (en el caso de que se decidiera su derivación).

Estrategias a seguir

Sugerencias de tratamiento psicoterapéutico; internación; orientación psicológica a los padres o grupo familiar, etc.. La evaluación psicodiagnóstica permite realizar recomendaciones, pero fundamentando cuál es el objetivo de las derivaciones sugeridas, la necesidad de las mismas, las dificultades que pueden plantearse para su realización y las consecuencias que podrán surgir si las mismas no se cumplimentan.

Para finalizar parece importante resaltar que el informe junto con la devolución que se realiza al o a los entrevistados constituyen el cierre del proceso psicodiagnóstico. En muchos casos a partir de este "cierre" comienza una nueva relación con el psicólogo, si éste se transforma en psicoterapeuta del paciente. En otros, abre un nuevo espacio a partir de una derivación a otro profesional.

Bibliografía

- 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.
 Kernberg, O.(1998) "Trastornos Graves de la Personalidad." México. Manual Moderno.
 Klopfer, W. G. (1995) "El informe psicológico. Uso y comunicación de los descubrimientos psicológicos". Bs. As. Tiempo Contemporáneo.
 L'Abate, L. (1960). "Psicología clínica". Bs. As.. Paidós.
 Lunazzi de Jubany, Helena (1992) "Lectura del Psicodiagnóstico". Bs. As. Editorial de Belgrano.
 Ocampo, María L. S. De; García Arzeno, María S.; Grassano, E.; y col.(1974). "Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico" Bs. As. Nueva Visión.
 Rapaport, David. (1964) "Los tests de diagnóstico psicológico". Bs. As. Paidós.
 Sendín, María Concepción (2000). "Diagnóstico Psicológico". Madrid. Psimática.