

Capítulo I

El Proceso Psicodiagnóstico

Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico

**María L. Siquier de Ocampo,
María E. García Arzeno,
Elsa Grassano y colab.**



Capítulo I

El proceso psicodiagnóstico

Caracterización. Objetivos. Momentos del proceso.
Encuadre.

María L. S. de Ocampo y María E. García Arzeno

La concepción del proceso psicodiagnóstico, tal como lo postulamos en esta obra, es relativamente nueva.

Tradicionalmente se lo ha considerado "desde afuera" como una situación en la que el psicólogo le toma un test a alguien y en esos términos se formula la derivación. En algunos casos incluso se le ha especificado qué test o tests debe administrar. Entonces la derivación se ha formulado como "hacer un Rorschach" o "tomar un Desiderativo" a alguien.

Desde otro punto de vista, "desde adentro", el psicólogo ha sentido tradicionalmente su tarea como el cumplimiento de un pedido que tiene las características de una demanda que hay que satisfacer siguiendo los pasos y utilizando los instrumentos indicados por otro (psiquiatra, psicoanalista, pediatra, neurólogo, etcétera). El objetivo fundamental de su contacto con el paciente era entonces la investigación de lo que éste hace frente a los estímulos presentados. De este modo, el psicólogo ha funcionado como alguien que aprendió lo mejor que pudo a administrar un test. El paciente, por su parte, ha representado a alguien cuya presencia es imprescindible; alguien de quien se espera que colabore dócilmente pero que sólo interesa como objeto parcial, es decir, como "el que debe hacer el Rorschach o la Pareja". Todo lo que se desvíe de este propósito o interfiera su logro, ha sido considerado una perturbación que molesta y complica el trabajo.

Terminada la administración del último test, se procedía por lo general a despedir al paciente y enviar al remitente un informe

confeccionado con un enfoque molecular, es decir, test por test y con amplio lujo de detalles, hasta el punto de incluir en algunos casos el protocolo de registro de los tests administrados, sin tener en cuenta que el profesional remitente no tiene conocimientos específicos suficientes como para extraer información útil de todo ese material. Este tipo de informe psicológico funciona como una rendición de cuentas por parte del psicólogo al otro profesional, a quien se siente como un Superyó exigente e inquisidor. Detrás de ese deseo de mostrar detalladamente lo ocurrido entre su paciente y él se oculta una gran inseguridad, fruto de su débil identidad profesional. Surge entonces una imperiosa necesidad de justificarse y probar (y probarse) que procedió correctamente, detallando en exceso lo acontecido por temor a no mostrar nada esencial y clínicamente útil. Estos informes psicológicos resultan, a la luz de nuestros conocimientos actuales, una fría enumeración de datos, rasgos, fórmulas, etcétera, a menudo no integrados en una *Gestalt* que dé cuenta de lo esencial de la personalidad del paciente y permita evidenciarlo.

El psicólogo ha trabajado durante mucho tiempo con un modelo similar al del médico clínico, quien, para proceder con eficiencia y objetividad, toma la mayor distancia posible respecto de su paciente a los fines de establecer un vínculo afectivo que no le impida trabajar con la tranquilidad y objetividad necesarias.

En nuestra opinión, a menudo el psicólogo ha procedido y procede aún así por carecer de una sólida identidad que le permita saber quién es y cuál es su auténtica labor dentro del quehacer referido a la salud mental. Por eso tomó prestado pasivamente el modelo de trabajo del médico clínico (pediatra, neurólogo, etcétera), lo cual le procuraba un seudo alivio desde una doble perspectiva. Por un lado tomó prestado una seudo identidad, negando las diferencias y no pensando para no discriminar y volver a quedar desprotegido. El precio de este alivio, además de la imposición externa, fue el sometimiento interno que lo empobrecía desde todo punto de vista, si bien le evitaba cuestionarse quién era y cómo debía trabajar. El no indagar todo lo referente al sistema comunicacional dinámico aumentaba la distancia entre el psicólogo y el paciente y disminuía la posibilidad de vivenciar la angustia que dicha relación puede despertar. Así, se utilizaban los tests como si constituyeran en sí mismos el objetivo del psicodiagnóstico y como un escudo entre el profesional

y el paciente para evitar pensamientos y sentimientos que movilizaran afectos (pena, rechazo, lástima, miedo, etcétera).

Pero no todos los psicólogos actuaron conforme a esta descripción. Muchos experimentaron el deseo de un auténtico acercamiento al paciente. Para ponerlo en práctica debieron abandonar el modelo médico, afrontando por un lado la desprotección y por otro la sobrecarga afectiva por las depositaciones de que eran objeto sin estar preparados para ello. Podía ocurrir entonces que actuasen de acuerdo con los roles inducidos por el paciente: que se dejasen invadir, seducir, que lo sobreprotegieran, lo abandonaran, etc. El resultado era una contraidentificación proyectiva con el paciente, desde ya no conveniente porque interfería su labor. Debemos tener en cuenta que es escasa la confiabilidad que podemos otorgar a un diagnóstico en el que ha operado ese mecanismo sin posibilidades de corrección posterior. A causa de la creciente difusión del psicoanálisis en el ámbito universitario y su adopción como marco de referencia, los psicólogos optaron por aceptarlo como modelo de trabajo ante la necesidad de hallar una imagen de identificación que les permitiera crecer y fortalecerse. Esta adquisición significó un progreso de inestimable valor, pero al mismo tiempo provocó una nueva crisis de identidad en el psicólogo. Intentó trasladar la dinámica del proceso psicoanalítico al proceso psicodiagnóstico, sin tener en cuenta las características específicas de éste. Esto trajo aparejado una distorsión y empobrecimiento de distinta índole respecto de la línea anterior. Se enriqueció la comprensión dinámica del caso, pero se desvalorizaron los instrumentos que el psicoanalista no utilizaba. Sobrevvaloró la técnica de la entrevista libre y relegó a un segundo plano el valor de los tests, a pesar de que era para aquello para lo que estaba mejor preparado. Su actitud hacia el paciente estaba condicionada por su versión del modelo analítico y su encuadre específico: permitir a su paciente poner en marcha el tipo de conducta que surge espontáneamente en cada sesión, interpretar sobre la base de ello contando con un tiempo prolongado para lograr su objetivo, pudiendo y debiendo ser continente de ciertas conductas del paciente tales como negativas a hablar o jugar (en niños), silencios prolongados, faltas reiteradas, tardanzas, etcétera.

Si lo que el psicólogo debe hacer es un psicodiagnóstico, el encuadre no puede ser éste: dispone de un tiempo limitado; la

excesiva duración del proceso resulta perjudicial; si no se pone límites a los rechazos, bloqueos y tardanzas, fracasa la labor y ésta se debe salvaguardar por todos los medios. Con respecto a la técnica de entrevista libre o totalmente abierta, si adoptamos el modelo del psicoanalista (que tampoco es el de todos ellos), habremos de dejar al paciente que hable lo que quiera y cuanto quiera, es decir respetaremos su *timing*. Pero con esto caeremos en una confusión: no disponemos de tiempo ilimitado. En nuestro contrato con el paciente hemos hablado de "algunas entrevistas" y a veces hasta se especifica más aún aclarando que se trata de tres o cuatro. Por lo tanto aceptar silencios muy prolongados, lagunas totales en temas fundamentales, perseveración en un mismo tema, etc., "porque es lo que el paciente dio", es funcionar con una identidad ajena (la del terapeuta) y romper el propio encuadre. Pondremos un ejemplo: si un paciente llega muy tarde a su sesión el terapeuta interpretará en función del material con que cuenta y esa misma tardanza puede constituir para él una conducta saludable en cierto momento de la terapia, como, por ejemplo, en el caso de ser el primer atisbo de transferencia negativa en un paciente muy predispuesto a idealizar su vínculo con él. En el caso del psicólogo que debe efectuar un diagnóstico, esos pocos minutos no le sirven para nada, puesto que a lo sumo podrá administrar algún test gráfico pero sin garantía de que pueda ser concluido en el momento preciso. Entonces puede ocurrir que prolongue la entrevista, con lo cual rompe su encuadre o interrumpe el test; todo esto perturba al paciente y anula su labor, ya que un test inconcluso carece de validez. Esa misma tardanza significa, pues, en este segundo caso, un ataque más serio al vínculo con el profesional porque ataca directamente al encuadre previamente establecido.

No cabe la menor duda de que la teoría y la técnica psicoanalíticas brindaron al psicólogo un marco de referencia imprescindible que le ayudó a entender correctamente lo acontecido en su contacto con el paciente. Pero así como una vez tuvo que revelarse contra su propia tendencia a ser un auxiliar-testista sometido a un modelo de trabajo frío, deshumanizado, molecular y sobredetallista, también llegó un momento (y diríamos que estamos viviendo ese momento) en que debió discriminar conscientemente sus similitudes y diferencias respecto del terapeuta psicoanalista. Todo este proceso ocurrió, entre otras razones, por

la juventud de la carrera, la formación recibida (pro o antipsicoanalítica) y factores personales. Desde nuestro punto de vista, hasta la inclusión de la teoría y la técnica psicoanalíticas, la tarea psicodiagnóstica carecía de un marco de referencia que le diera consistencia y utilidad clínica, especialmente cuando el diagnóstico y pronóstico debían realizarse en función de una posible terapia. El acercamiento entre la tarea psicodiagnóstica y la teoría y técnica psicoanalíticas se ha producido por un esfuerzo mutuo. Si el psicólogo trabaja con su mismo marco de referencia, el psicoanalista deposita más confianza y esperanzas respecto del acierto y la utilidad de la información que recibe de aquél. El psicoanalista se ha abierto más a la información proporcionada por el psicólogo, y éste, a su vez, al sentirse mejor recibido ha redoblado sus esfuerzos para dar algo cada vez mejor. Hasta no hace mucho tiempo, el hecho de que el informe psicológico incluyera la enumeración de los mecanismos defensivos utilizados por el paciente, constituía una información importante. En el estado actual de cosas estimamos que decir que el paciente utiliza la disociación, la identificación proyectiva y la idealización, es una información hasta cierto punto útil pero insuficiente. Posiblemente todo ser humano apela a todas las defensas conocidas según la situación interna que deba enfrentar. Por eso pensamos que lo más útil es describir qué situaciones ponen en juego esas defensas, cuál es su intensidad y qué probabilidades hay de que resulten exitosas. De un informe de esta naturaleza estimamos que el terapeuta extraerá una información más útil.

El psicólogo ha debido recorrer las mismas etapas que un individuo recorre en su crecimiento. Ha buscado figuras buenas con las cuales identificarse, ha adherido ingenua y dogmáticamente a cierta ideología y se ha identificado introyectivamente con otros profesionales que funcionaron como imágenes parentales, hasta que pudo cuestionarse, a veces con excesiva virulencia (como adolescentes en crisis), la posibilidad de no ser como ellos. Pensamos que el psicólogo ha entrado en un período de madurez al percibir que utilizaba una "seudo" identidad, la cual, sea cual fuere, distorsionaba su identidad real. Para percibir a esta última, debió tomar una cierta distancia, pensar críticamente en aquello que funcionaba como incontestable, evaluar lo positivo y digno de ser incorporado y lo negativo o ajeno por completo a su quehacer, a lo que debió renunciar. Logró así una mayor autonomía en

el pensamiento y en la práctica, con lo cual no sólo se discriminará y fortalecerá la identidad propia sino que podrá pensar más y mejor en sí mismo, contribuyendo al enriquecimiento de la teoría y de la práctica psicológica inherente a su campo de acción.

Caracterización del proceso psicodiagnóstico

Institucionalmente el proceso psicodiagnóstico configura una situación con roles bien definidos y con un contrato en el que una persona (paciente) pide que la ayuden y otra (psicólogo) acepta el pedido y se compromete a satisfacerla en la medida de sus posibilidades. Es una situación bipersonal (psicólogo-paciente o grupo familiar), de duración limitada, cuyo objetivo es lograr una descripción y comprensión lo más profunda y completa que sea factible de la personalidad total del paciente o del grupo familiar. Asimismo enfatiza la investigación de algún aspecto en particular según la sintomatología y las características de la derivación (si la hubiere). Abarca los aspectos pretéritos, presentes (diagnóstico) y futuros (pronóstico) de esa personalidad, utilizando para lograr tales objetivos ciertas técnicas (entrevista semidirigida, técnicas proyectivas, entrevista devolutiva).

Objetivos

En nuestra caracterización del proceso psicodiagnóstico hemos adelantado algo respecto del objetivo del mismo. Veámoslo más en detalle. Decimos que nuestra investigación psicológica debe lograr una descripción y comprensión de la personalidad del paciente. Mencionar sus elementos constitutivos no satisfacen nuestras exigencias. Es menester, además, explicar la dinámica del caso tal como aparece en el material recogido, integrándolo en un cuadro total. Una vez logrado un panorama preciso y completo del caso, incluyendo los aspectos patológicos y los adaptativos, trataremos de formular recomendaciones terapéuticas adecuadas (terapia breve y prolongada, individual, de pareja, de grupo familiar o grupal; con qué frecuencia; si es recomendable un terapeuta hombre o mujer; si la terapia puede ser analítica o de orientación analítica o bien otro tipo de terapia; si se presta el caso para un tratamiento medicamentoso paralelo, etcétera).

Momentos del proceso psicodiagnóstico

Según nuestro enfoque reconocemos en el proceso psicodiagnóstico los siguientes pasos:

- 1º) Primer contacto y entrevista inicial con el paciente.
- 2º) Administración de tests y técnicas proyectivas.
- 3º) Cierre del proceso: devolución oral al paciente (y/o sus padres).
- 4º) Informe escrito al remitente.

En el momento de apertura ubicamos el primer contacto con el paciente, que puede ser directo (personalmente o por teléfono) o por intermedio de otra persona. También incluimos aquí la primera entrevista o entrevista inicial a la que nos referiremos en detalle en el capítulo II. El segundo momento consiste en la administración de la batería seleccionada previamente y ordenada de acuerdo con el caso. También incluimos aquí el tiempo que el psicólogo debe dedicar al estudio del material recogido. El tercero y cuarto momento lo integran respectivamente la entrevista de devolución de información al paciente (y/o los padres) y la redacción del informe pertinente al profesional que lo ha derivado. Estos pasos posibilitan informar al paciente acerca de lo que pensamos que le ocurre y orientarlo respecto de la actitud a asumir más recomendable en su caso. Otro tanto se hace con quien envió el caso a psicodiagnóstico. El contenido y la forma del informe depende de quién lo ha solicitado y de lo que ha pedido que se investigue más específicamente.

Encuadre

Ya nos hemos referido a la necesidad de utilizar un encuadre a lo largo del proceso psicodiagnóstico. Procederemos ahora a definir qué entendemos por encuadre y a aclarar algunos puntos al respecto.

Utilizar un encuadre significa para nosotros mantener constantes ciertas variables que intervienen en el proceso, a saber:

- Aclaración de los roles respectivos (naturaleza y límite de la función que cada parte integrante del contrato desempeña).

- Lugares donde se realizarán las entrevistas.
- Horario y duración del proceso (en términos aproximados, tratando de no plantear una duración ni muy corta ni muy prolongada).
- Honorarios (si se trata de una consulta privada o de una institución paga).

El encuadre no se puede definir con mayor precisión porque el contenido y el modo de su formulación dependen en muchos aspectos de las características del paciente y sus padres.

Por eso recomendamos aclarar desde el comienzo los elementos imprescindibles del encuadre, dejando para el final de la primera entrevista los restantes. Percibir cuál es el encuadre justo para el caso y poder luego mantenerlo es un elemento tan importante como difícil de aprender en la tarea psicodiagnóstica. Lo que nos resulta más recomendable es una actitud permeable y abierta (tanto hacia las necesidades del paciente como a las propias) para no establecer condiciones que luego resulten insostenibles (falta de límites o límites muy rígidos, alargamiento del proceso, planteo confuso de su tarea, etc.) y que perjudican especialmente al paciente. La plasticidad resulta ser una condición valiosa para el psicólogo cuando la utiliza a los fines de ubicarse frente al caso con acierto y dar con el encuadre apropiado. También lo es cuando sabe discriminar entre una necesidad real de modificar el encuadre prefijado y una ruptura de encuadre por actuación del psicólogo inducida por el paciente o sus padres. La contraidentificación proyectiva con alguno de ellos (paciente o padre) puede conducir a tales errores.