

# TEMAS EN EVALUACION PSICOLOGICA

RENATA FRANK de VERTHELYI

Lugar Editorial



## Capítulo II

### DEVOLUCION E INFORME

#### A modo de introducción

*"Si hemos elegido el camino del psicodiagnóstico lo hemos hecho sabiendo que en general no tendremos relaciones duraderas o prolongadas con nuestros examinados, ya que éstos no forman parte de nuestra función. Al contrario, somos como los faros que orientan al navegante con su luz y no como el puerto en el que se cobija ni como las olas y el viento que lo acompañan en forma constante en su viaje vital."*

CAMPO, V. (1, pág. 41)

Hemos despedido al entrevistado —paciente, aspirante a un puesto, delincuente en proceso de reeducación, etcétera— y ahora nos encontramos a solas con el material diagnóstico recogido. Y frente a estos datos, a veces tan ricos, otras tan pobres, tenemos que iniciar la difícil tarea de interpretar e integrar los resultados a fin de cerrar este proceso con un informe adecuado, preciso, comprensible y una devolución pertinente y enriquecedora.

Friedenthal<sup>2</sup> describió muy bien la soledad y las dudas de ese momento al subrayar la necesidad de ampliar y profundizar el contacto con el entrevistado durante la evaluación a fin de evitar la excesiva construcción de hipótesis a posteriori basadas más en nuestras propias proyecciones que en la particular problemática del paciente.

Informe y devolución han sido considerados desde siempre como el momento de cierre del proceso de la evaluación psicológica.

¿Cuáles son sus características y objetivos? ¿Qué dificultades pueden presentar? ¿Qué relación guardan con la caracterización del psicólogo en su rol de diagnosticador?

Abordar este tema resulta muy difícil, ya que no se trata de dar algunas indicaciones o normas respecto de la organización y redacción de un informe eficaz o ejemplificar diferentes modalidades de devolución. Implica revisar el rol del informe y de la devolución en tanto tareas específicas del psicólogo clínico y su

incidencia en la relación con otros profesionales. Requiere repensar las características de la actividad previa de administración, interpretación e integración del material recogido, sin perder de vista que el eje de este trabajo es sin embargo el momento de cierre del proceso diagnóstico.

Ya se ha descrito en el capítulo anterior la incidencia del juicio clínico<sup>3</sup> a lo largo de todo el proceso de recolección de datos y muy especialmente para la interpretación de los mismos. También se mencionaron los aportes de Schafer<sup>4</sup> respecto de las condiciones necesarias para lograr una interpretación correcta.

Con un enfoque semejante, Berard<sup>5</sup> enfatiza que esta tarea de análisis e integración necesita de una triple lectura del material, que consiste en:

- transformar la respuesta verbal, gráfica, lúdica, etcétera, en un indicador del test (puntaje de CI, determinante, etcétera);
- convertir el indicador en un signo de lo psicológico;
- transformar el signo psicológico, relacionándolo con los otros indicadores en una construcción diagnóstica en referencia a un esquema teórico elegido y una conceptualización clínica.

"Si no somos conscientes de esta triple transformación, caemos en extrapolaciones aberrantes, ya que de las conceptualizaciones teóricas y de los datos del encuentro psicodiagnóstico ha de surgir la singularidad del sujeto" (pág. 12).

## LA DEVOLUCION COMO PROCESO

Según el diccionario de la Real Academia, "devolver" significa:

- volver una cosa al estado o situación que tenía;
- restituir una cosa a la persona que la poseía;
- corresponder a un favor o un agravio;
- vomitar.

En el uso cotidiano, el término "devolver" está frecuentemente relacionado con cambiar o reemplazar algo que no nos sirve, como se evidencia en el hecho de los productos que tienen o no una "devolución".

En el campo de la psicología, Ocampo y Arzeno<sup>6</sup> definen la devolución de información como "la comunicación verbal discriminada y dosificada que *el psicólogo* [el subrayado es mío] hace al paciente, a sus padres, y al grupo familiar, de los resultados obtenidos en el psicodiagnóstico" (pág. 392).

La calificación "discriminada y dosificada" distancia el concepto de "devolución" de sus significados originales al convertirlo en algo más amplio y por cierto distinto, tanto de la "restitución al estado anterior", como del mero "vomitar" información. Incluye el esclarecer, ampliar, rectificar, orientar, promover el cambio...

¿Cómo surge la preocupación por la devolución? ¿Por qué se subraya que va a ser realizada por el psicólogo?

Tal como ocurre con el informe en la bibliografía norteamericana de las décadas del 50 y del 60, la importancia que se le asigna a realizar una adecuada devolución estuvo, en nuestro país, muy relacionada con la defensa del rol en un momento histórico en que éste se encontraba muy limitado y cuestionado. De ahí el énfasis en que sea el "psicólogo clínico" y no el "testista" quien debe iniciar, planificar y cerrar el proceso diagnóstico, evidenciando así su autonomía respecto del derivante, y destacando su formación dinámica y su capacidad clínica. Dentro de las limitaciones de la Ley de Incumbencias Profesionales, esta mayor responsabilidad y grado de compromiso con el paciente era una tarea "cuasiterapéutica" permitida, ya que se encuadraba dentro del área específica del psicodiagnóstico.

Dicen Botbol y col.<sup>7</sup> al referirse a la relación entre el psicodiagnóstico y las terapias breves: "Volvemos a nuestro punto de partida que diferencia al testista del psicólogo clínico en situación de diagnóstico... Esta situación es terapéutica si el psicólogo le brinda una posibilidad de confrontarse en una visión que amplie el espectro que tiene sobre su propia persona e integre alguna dimensión nueva de sí y por ende de sus posibilidades". Y más tarde, refiriéndose específicamente a la devolución parcial durante el proceso, agregan: "Es una evaluación que va más allá del conocimiento puramente técnico del instrumento, porque requiere un psicólogo clínico que prioriza puntos de urgencia y evalúa la situación total" (pág. 54).

¿Qué papel juega la devolución dentro del proceso psicodiagnóstico como totalidad? ¿Cómo se definen sus objetivos y la fundamentación teórica que la sustenta? ¿Qué relación guarda con la primera entrevista? ¿Cuál con la aplicación de las técnicas diagnósticas? ¿De qué manera/s se instrumenta? ¿Cuáles son los recaudos que requiere su adecuada administración?

Ocampo y Arzeno intentan dar respuesta a la mayoría de estas preguntas. Partiré de algunos de sus conceptos para incorporar luego otros autores y mi propio enfoque y experiencia.



## Objetivos y fundamentación teórica

Según Ocampo y Arzeno, la devolución tiene una serie de objetivos específicos para el consultante (diferenciando adultos, adolescentes y niños) y otros para el psicólogo:

- a) Desde el punto de vista del paciente, la devolución es importante para:
- Lograr un mayor nivel de compromiso y mejor disposición para colaborar de manera más activa a lo largo del proceso de evaluación. Consideran en cambio que "en general... si el paciente no sabe, o sabe poco y mal porque viene y además no cuenta con que al terminar se le devolverá información, el psicólogo asumirá desde el principio para él, el papel de una figura extremadamente amenazadora por depositación de todo lo persecutorio que alberga en su mundo interno. Se ocupará casi exclusivamente de controlarlo, mantenerlo a distancia o evitarlo" (pág. 394).
  - Evitar las posibles fantasías de envidia, empobrecimiento, curiosidad y robo por enajenación de partes yoicas en el psicólogo, lo que facilita la reintroyección.
  - Favorecer la comprobación (prueba de realidad) de que el psicólogo "ha salido indemne de la depositación de los aspectos más dañados y dañinos del paciente, que los ha aceptado junto con los buenos y reparadores, reconociéndolos como coexistentes y propios" (pág. 393).
  - Disminuir las fantasías de enfermedad, gravedad e incurabilidad a través de una comunicación abierta en que las dificultades y el o los síntomas dejan de ser "innombrables o misteriosos", lo que brinda una oportunidad de verse con más criterio de realidad.
  - Restituir al paciente la identidad latente, integrando los aspectos desvalorizados y temidos con otros enriquecedores y potencialmente adaptativos.
  - Dar una terminación clara al proceso de psicodiagnóstico (ley del cierre), que facilite el desprendimiento de un contexto de diálogo.

En el caso de consultas por niños o adolescentes:

- Favorecer la discriminación de identidades dentro del grupo familiar por medio de la devolución por separado a los padres y al paciente.
- Disminuir las fantasías de enfermedad y de culpa, al reintegrar una imagen corregida, actualizada, ampliada del hijo.

Y si no han venido por propia iniciativa:

- Darles una oportunidad para que logren cierto insight respecto de la situación, funcionando el psicólogo como segundo detector del conflicto y como el encargado de lograr que los padres lo perciban y encaren medidas para solucionarlo.

b) Desde el punto de vista del psicólogo, la devolución es necesaria para:

- Preservar su salud mental evitando que la tarea diagnóstica se transforme en insalubre por las depositaciones masivas del paciente;
- Aumentar el caudal informativo al observar la respuesta verbal y paraverbal del paciente ante la devolución enriqueciendo así el diagnóstico y pronóstico previos y la posibilidad de planificar la terapia.
- Establecer una prueba de realidad de su tarea anterior y facilitar su propia separación del consultante.

Estos objetivos, enfocados desde una perspectiva kleiniana, parecieran acentuar la ansiedad persecutoria de la evaluación psicológica vivida como un examen que va a poner al descubierto los aspectos más patológicos del sujeto y atacar su identidad en una relación de objeto en que predominan la privación y la depositación. Concordantemente le asignan a la tarea psicodiagnóstica características de insalubridad que el psicólogo debe controlar mediante la entrevista de devolución.

Dicen Ocampo y Arzeno: "el examen psicológico implica, por las depositaciones en el psicólogo de partes adaptativas y enfermas del paciente, un proceso que ataca su identidad" (pág. 392), y agregan más adelante: "La devolución de información es recomendable para preservar la salud mental del psicólogo evitando que su tarea se transforme en insalubre... Esto sucedería si se hace cargo de las depositaciones masivas del paciente y/o sus padres. Si restituye a sus verdaderos dueños tales fantasías, emociones, impulsos, etc., depositados en él consciente o inconscientemente, el psicólogo estará preservando su salud. Esto sólo puede hacerlo en la entrevista final" (pág. 397).

Posiblemente hoy los objetivos de esta modalidad clínica pionera de la devolución serían definidos de manera diferente por estas mismas autoras, poniendo el acento más en el enriquecimiento mutuo que produce la tarea de evaluación que sobre las fantasías de robo y envidia. No sólo el paciente recibe del psicólogo una imagen ampliada y más realista de sí, sino que también el psicólogo crece, en tanto profesional y como persona, en cada uno de los encuentros con el sujeto a ser evaluado y orientado.

### **La técnica de la devolución**

A partir del establecimiento de objetivos sustentados en determinada concepción teórica, diferentes autores han propuesto distintos modelos para realizar la tarea.

Estos modelos pueden discrepar en cuanto a

- quién o quiénes dan la devolución;
- a quiénes se dirige la información;
- en qué momento del proceso se encara;
- de qué manera se planifica y presenta;
- cómo se integra el material de tests.

Coincido con Aponte,<sup>8</sup> terapeuta familiar norteamericano, en que "la cuestión de los valores es central en la evaluación psicológica y en la estrategia terapéutica, (...) los valores enmarcan todo el proceso de la psicoterapia, son los criterios sociales a partir de los cuales los terapeutas definen los problemas, establecen criterios para la evaluación, fijan parámetros para la intervención técnica y la selección de objetivos terapéuticos... Los valores incluso están insertos en la teoría y no sólo en la práctica" (pág. 324).

Como él afirma —y antes ya lo señaló Sullivan<sup>9</sup>—, toda transacción entre un terapeuta y un paciente o familia involucra necesariamente negociaciones respecto de los sistemas de valores de cada uno que se incorporan a la relación. La cultura, el origen étnico, el nivel socioeducacional y el estatus social son portadores de sistemas de valores a través de los cuales ambos, entrevistado y entrevistador, interpretan la realidad y guían su conducta.

Aunque Aponte se refiere básicamente a la terapia familiar, el tema de los

criterios de salud y enfermedad, así como el de los valores, son igualmente pertinentes en la evaluación psicológica y muy especialmente en la devolución. El problema no reside en que los valores del terapeuta se inserten en su tarea, sino en cómo lo hacen. De ahí que sea de vital importancia el conocimiento y entrenamiento que tenga el psicólogo en la concientización de sus propios valores personales y profesionales.

### 1) ¿Quién o quiénes realizan la devolución?

Tal como se señaló al principio, para Ocampo y Arzeno la devolución es una tarea que le incumbe esencialmente al psicólogo, quien actuaría dentro del campo psicológico que se establece con el entrevistado como "un aspecto yoico que posee en mayor medida que los demás la capacidad de percepción, discriminación, integración y síntesis... como un agente promotor de cambios en tanto tiene un rol más activo y directo al transmitir lo que percibe y percibir nuevamente para ponderar el resultado del mensaje" (pág. 399). Es también quien puede manejar las múltiples emociones polares que se movilizan durante el proceso de evaluación (tales como envidia y celos por la capacidad del psicólogo de comprender, culpa por hacer consciente todo aquello que no han podido reparar, etcétera) y tiene a su cargo la tarea de discriminar e integrar los diferentes sentimientos y ubicar al entrevistado en la realidad.

¿Pero es solamente el psicólogo quien está habilitado para efectuar una devolución adecuada o pueden también realizarla en forma individual o conjunta otros profesionales de la salud? ¿Qué papel le cabe al derivante en la devolución?

Ferrer y Fernández<sup>10</sup> en un artículo sobre la técnica de devolución en pareja, presentan una experiencia realizada en un Servicio de Psicopatología del Hospital Borda en que la devolución la realizan conjuntamente el médico y el psicólogo, con lo que dan una solución creativa a una problemática institucional y evitan que se genere una competencia entre los profesionales al disputarse la "posesión" del paciente.

"La necesidad de la devolución era una realidad impuesta por el paciente; el interrogante giraba en torno de quién —médico o psicólogo— debía realizarla" (pág. 413).

El equipo estaba formado por un médico, que administró las primeras entrevistas y formuló una aproximación diagnóstica, y un psicólogo, que realizó un estudio de personalidad en dos o tres entrevistas aplicando algunos tests. Luego ambos dialogaron y trataron de unificar criterios sobre diagnóstico, pronóstico y derivación.

Las características de la devolución se explicitan de entrada, anticipando que la entrevista final será conjunta. Esto instalaría desde el inicio las fantasías triangulares del entrevistado, lo que facilitaría su elaboración posterior.

Los autores señalan que junto con sus ventajas, esta modalidad tiene sus dificultades ya que requiere a la vez integración y delimitación de roles; concientizar y elaborar previamente el vínculo entre ambos profesionales, explicitando los posibles sentimientos de envidia, competencia, rivalidad y/o celos y renunciar a las respectivas fantasías omnipotentes de ser el único objeto necesitado y rectificador para el sujeto. También requiere que cada profesional tenga adecuadamente elaboradas las propias fantasías en relación con el triángulo edípico original.

Además de pensar la devolución en pareja (heterosexual) como una "solu-



ción institucional", los autores la conceptualizan psicoanalíticamente y con aportes del psicodrama. Enfatizan que facilita la visualización de la conflictiva edípica y la integración de los aspectos disociados del paciente y funciona como puente entre el proceso diagnóstico y el terapéutico.

"Enfrentamos al paciente con una situación triangular real en el aquí y ahora de la devolución. Esto funciona como disparador de la situación triangular internalizada por el paciente que, de acuerdo con la teoría psicoanalítica, consideramos el núcleo fundamental de la enfermedad mental. El paciente reviste por proyección al que llamamos triángulo 'real' (paciente-psicóloga-médico) con las características de sus objetos internos primitivos (...) Esto permite mostrar las discrepancias entre lo depositado y el depositario y concientizar su tendencia a percibir distorsionadamente al afuera de acuerdo con su mundo interno y su dificultad de reconocer el objeto como tal" (pág. 418).

Si el sujeto ha depositado además diferentes aspectos de sí en los dos profesionales, el hecho de que éstos puedan juntarse para la devolución le brinda al paciente la imagen correctora de que él también puede juntar dentro esos aspectos suyos disociados y depositados en los otros, con lo que disminuye su peligrosidad y se incrementa la motivación para una terapia.

De acuerdo con estos autores, esta modalidad de devolución establece un modelo de vínculo triangular que se caracteriza por ser:

- Receptivo: en tanto toma en cuenta las opiniones, asociaciones o preguntas del paciente.
- No excluyente: porque la pareja profesional integra al paciente y comparte con él un objetivo común.
- No cosificante: al transmitirle una imagen de sí como persona y no como diagnóstico.
- Valorizante: por el énfasis en incluir junto a la verbalización de los conflictos el señalamiento de las potencialidades.
- Permisivo: por ofrecer una amplia libertad de expresión y evitar todo matiz recriminatorio o de enjuiciamiento.
- Comunicacional: al evitar los silencios con una modalidad interaccional activa.

## **2) El papel del derivante en la devolución**

Por lo general se afirma que la devolución se realiza al paciente y que al derivante se le envía información por medio de un informe u otro medio más personal de comunicación.

Pero, ¿esto debe ser siempre así? ¿O puede el derivante ser participe y/o tener un rol más activo en la devolución?

Pensamos que la tendencia a excluir al derivante puede tener como fundamento en algunos casos los problemas de tiempo y distancia que dificultan planear una entrevista conjunta, pero en muchos otros quizás, se relaciona más con la puja por la autonomía del psicólogo o el énfasis en la privacidad de la información, en tanto se supone que el material de tests sólo debe ser compartido con el paciente.

Hay contextos que facilitan y promueven la devolución conjunta. Así, en el caso de una interconsulta hospitalaria, muchas veces lo más efectivo es que la devolución la realicen ambos profesionales, aunque sea el psicólogo quien asu-



ma el papel más activo en el área de su competencia. La presencia del derivante médico se hace especialmente importante si el paciente debe encarar en forma simultánea un tratamiento medicamentoso y uno psicológico o si la consulta se hizo por ejemplo para evaluar la capacidad del enfermo de encarar una intervención quirúrgica, etcétera. Esta devolución conjunta —debidamente planeada y con las posibles rivalidades profesionales encaradas o resueltas— evita disociaciones y contradicciones, y ofrece al paciente y/o a su familia un mayor esclarecimiento y una más neta delimitación de roles, que facilitarán un abordaje terapéutico posterior más eficaz.

En algunas instituciones dedicadas especialmente al psicodiagnóstico, como puede ser el Rorschach Workshops de Exner en Estados Unidos, la consulta y múltiple aplicación de tests se resuelve en el término de una mañana y la devolución se realiza en forma rutinaria con la presencia de todos los profesionales que han intervenido. Se trata de incluir además no sólo al derivante, sino también al futuro terapeuta y se registra la entrevista en audio para que tanto los profesionales como el paciente puedan disponer de una copia.

En nuestro país, Jubert<sup>11</sup> señala que en algunos casos de patología muy severa en los que pueden predecirse niveles resistenciales elevados, es conveniente que la devolución sea presentada conjuntamente por el psicólogo responsable de la evaluación y el futuro terapeuta que la solicitó. De esta manera el psicólogo asume el rol de catalizador de la resistencia, pues queda a su cargo presentar los aspectos más conflictivos de la devolución a fin de preservar así la figura del terapeuta, con el cual el paciente tendrá que establecer una relación a largo plazo.

¿Quién realiza la devolución cuando el derivante es un psiquiatra o un psicoanalista, la persona derivada es su paciente y la razón de la derivación es por ejemplo el temor a una posible descompensación, la verificación de un proyecto de alta o la orientación en una situación de *impasse*?

En estos casos es muy importante que antes de la iniciación del diagnóstico los profesionales lleguen a un acuerdo respecto del rol que le cabe a cada uno. Deben definir si el psicólogo estará a cargo de la devolución al paciente o si solamente brindará un informe al terapeuta (con o sin intercambio verbal de ideas), dejando en manos de éste de qué manera y en qué momento devuelve o no información respecto de la evaluación realizada.

Insistir en la importancia de que siempre sea el psicólogo quien asume este rol puede llegar a ser una actuación al servicio de la resistencia, por ejemplo si se trata de un paciente cuya necesidad de "saber" encubre una fantasía de descalificación y/o ataque a su tratamiento.

### 3) ¿A quién o quiénes se dirige la información?

La información generalmente se dirige en primera instancia a quien ha sido objeto de la evaluación, ya que el concepto mismo de devolución se fundamenta en la idea de proyección y posterior reintroyección, "discriminada y dosificada", de aspectos de sí que el sujeto ha aportado al proceso psicodiagnóstico.

No siempre, ni en todos los ámbitos, se ha tomado en cuenta el esclarecer directamente al paciente respecto de cuál o cuáles son los resultados del estudio diagnóstico y el porqué de las recomendaciones sugeridas. Al igual que en la consulta médica, el hacerlo (y en términos que sean accesibles) implica que se

considera al paciente con capacidad y derecho de conocer aspectos de sí, de sus dificultades y/o capacidades, de lo que pudo enfermarlo y aquello que puede intentar para recuperar o lograr la salud.

En los casos más graves, puede ser el estado mismo del paciente (excitabilidad, confusión, apatía, etcétera) lo que imposibilite un esclarecimiento más amplio. El psicólogo deberá restringirse a explicitar brevemente las medidas que se van a implementar para ayudarlo.

En cuanto al área infantil, han sido el trabajo precursor de Ocampo y Azeno y los aportes de Aberastury<sup>12</sup> respecto de la fantasía inconsciente de enfermedad y curación, los que convirtieron a la tarea de devolución a niños desde temprana edad —en forma explícita y por separado de la de sus padres— en una actividad de cierre indispensable y casi rutinaria. Considerar al niño con derecho “no sólo a ser escuchado sino a ser respondido” se asienta en una concepción teórica y un criterio de valor que muchas veces requiere ser explicitado tanto a los padres como al derivante (médico, maestra, etcétera). En realidad, este respeto por su capacidad de “saber” se establece de entrada cuando le preguntamos en la primera entrevista si “sabe por qué lo trajeron” y lo aclaramos con él, y se asume el compromiso de “ver después juntos qué pude entender yo de lo que te pasa”.

Cuando se planifica una devolución por separado a los padres y al niño, es conveniente realizarla primero con los padres, ya que son éstos quienes deberán decidir si aceptan o no nuestras indicaciones, y es con ellos con quienes haremos el contrato terapéutico, la indicación de una derivación, el compromiso de un seguimiento, etcétera, según el caso. Necesitaremos esta información previa para poder planificar adecuadamente la devolución al niño, y dosificar su contenido según el posterior destino de la estrategia propuesta.

Un problema especial es el planteado en la consulta por adolescentes jóvenes, en la cual de acuerdo con el caso, se indicará una devolución por separado o conjunta. A diferencia de lo que ocurre con el niño (donde a veces son los padres quienes cuestionan la necesidad de la devolución por separado al hijo), algunos jóvenes sienten desconfianza respecto de la entrevista de devolución que el psicólogo pueda tener con sus padres, en la que hablarán de lo que le pasa a él.

En estos casos el psicólogo deberá evaluar según las características del adolescente, su familia y el motivo de consulta, si es conveniente realizar primero una devolución separada con el adolescente y luego programar otra con los padres y con él, o bien enfrentar al paciente con sus sentimientos de exclusión y de desconfianza, lo que puede ser una primera intervención terapéutica que el joven deberá aprender a tolerar.

El hecho de incluir cada vez con mayor frecuencia la entrevista familiar, y dentro de ella a las técnicas de consenso (test de las Bolitas, Familia Kinética, etcétera) lleva a que también en este contexto pueda iniciarse en una forma muy operativa el proceso de devolución incluyendo a todos los presentes, lo que favorece especialmente la captación directa de los aspectos interaccionales (modalidad de la comunicación, distribución de los roles, etcétera) en su relación con el motivo de consulta y los aspectos más funcionales y/o disfuncionales del grupo familiar.

También en algunas consultas de adultos, las características del caso (edad avanzada, nivel de deterioro, falta de autonomía o recursos, peligrosidad del síntoma, etcétera) requieren que la devolución —sobre todo de las recomendaciones y estrategia terapéutica— se explicita no sólo al paciente sino a otro/s

miembro/s de su grupo familiar (pareja, padre, hijos), en forma conjunta o por separado.

#### **4) La ubicación de la devolución dentro del proceso diagnóstico**

¿Cuándo se realiza la devolución? ¿Deberá ser parcial y paulatina o total y de una sola vez? ¿Conviene realizarla en una sola entrevista o dedicarle varias?

A pesar de que Ocampo y Arzeno definen a la entrevista devolutiva como aquella que se concreta a posteriori de la administración del último test, también señalan que una buena devolución comienza con la adquisición de un adecuado conocimiento del caso, lo cual proporciona una base firme para proceder con eficacia. Es decir que las raíces de la devolución se encuentran implícitamente en el comienzo mismo del proceso diagnóstico.

Así lo entienden distintos autores, que consideran a la "devolución" como una parte esencial de la relación entre el entrevistador y el entrevistado, aunque no le den una denominación especial a la tarea.

Este enfoque aparece por ejemplo en la descripción de la "entrevista psiquiátrica" de Sullivan,<sup>9</sup> el "encuadre para el uso terapéutico de los métodos proyectivos" de Phillipson<sup>13</sup> y la "caracterización de la primera entrevista para terapias breves" de Fiorini.<sup>14</sup>

Para estos tres autores, la devolución de información forma parte de los objetivos de la entrevista inicial en el contexto de la interacción dinámica entre consultante y "experto".

Así, Sullivan describe la "entrevista psiquiátrica" como "una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, paciente o cliente y qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio" (pág. 24).

El entrevistador deberá esclarecer de entrada y con cuidado los objetivos de la entrevista y fomentar este vínculo de mutua confianza, ya que los datos referentes a la psiquiatría emergen únicamente de una "observación participante" y el principal instrumento de esta observación es la personalidad del entrevistador, él como persona. Al quedar claramente establecido este objetivo de "devolverle" un mayor conocimiento de sí, la interacción se enriquece y el entrevistado se torna más comunicativo y abierto.

También Phillipson, al fundamentar su personal forma de trabajo, consigna que: "el individuo se convierte en persona y mantiene o extiende su personalidad a través de su interexperiencia con los demás..." (pág. 255). De ahí que al referirse a la técnica de primera entrevista agrega: "El entrevistador tiene un doble propósito: primero, comprender el grado de compromiso y los logros del paciente en su gama de actividades, poniendo el acento en el significado que revisten para él estas actividades en términos de su experiencia interpersonal, y además intentar comunicar parte de esta comprensión al paciente; segundo, empezar a formular áreas de dificultad que en las subsiguientes entrevistas de test puedan expresarse en forma más completa y directa. Al paciente este procedimiento le demuestra que el psicólogo se interesa por él como personalidad total, es decir que se interesa por su capacidad y búsqueda de buenas relaciones personales,



así como por sus inadecuadas y subyacentes relaciones destructivas" (pág. 258).

Esta modalidad de interacción activa entre ambos —que busca disminuir la asimetría sin desdibujar el rol de cada uno— se hace aun más evidente en la consigna que utiliza para la introducción de los tests: "Hemos tratado de comprender juntos lo que le gusta hacer en la vida y algunas de sus dificultades conversando sobre sus actividades e intereses; si Ud. realiza aquí ahora algunas tareas concretas podremos ver más claramente cómo aborda las cosas y qué siente acerca de su realización; yo le podré decir qué significa para mí su forma de hacerlas. Ud. me podrá decir qué piensa y qué siente en su experiencia de hacerlas conmigo" (pág. 259).

Para Fiorini el "devolver" es una de las múltiples tareas que deben desarrollarse durante la entrevista inicial en las terapias de tiempo y objetivos limitados y enfatiza el papel crucial que desempeña el primer contacto con el paciente para la continuidad o abandono del tratamiento posterior.

Esta entrevista está destinada no sólo a cumplir funciones diagnósticas y de fijación de un contrato, sino que en psicoterapias breves tendrá siempre además un rol terapéutico.

Fiorini propone el siguiente esquema de tareas a cumplir para que la primera entrevista sea eficaz:

- lograr un diagnóstico aproximativo o presuntivo a partir de los datos aportados por el paciente;

- encontrar una clarificación inicial del terapeuta acerca de la problemática planteada y de la orientación terapéutica que se desprende del diagnóstico de la misma;

- efectuar una elaboración conjunta de ese panorama mediante progresivos reajustes;

- establecer acuerdos generales sobre el sentido y los objetivos que se asignarían a la relación terapéutica que se proponga así como acuerdos más específicos respecto de las condiciones de funcionamiento de esa relación ("contrato");

- hacer anticipaciones mínimas sobre el modo de conducir la interacción en la tarea.

En este esquema los tres últimos puntos se refieren específicamente a la devolución incluida en esta única entrevista en que se acentúan la información y el esclarecimiento brindado al entrevistado, así como las características de activa exploración conjunta.

El orden propuesto sigue una progresión lógica aunque no deberá desarrollarse de manera rígida ni unidireccional, así como tampoco puede fijarse el tiempo que deba ocupar el terapeuta para cumplir el proceso. Variará según su experiencia, grado de formación, y el tipo de paciente.

Friedenthal,<sup>2</sup> psicóloga argentina formada parcialmente en la Tavistock bajo la tutela de Phillipson, cuestiona la utilidad de la devolución final considerando más eficaz rastrear conjuntamente con el paciente la significación del material de tests a medida que éste se presenta. Esto permitiría introducir señalamientos al final de la administración de un test modificando la situación psicodiagnóstica al permitir que el proceso introyectivo característico de la devolución se dé en forma dosificada.

Incluye en estas intervenciones las preguntas y asociaciones con aspectos del material que en la medida en que llaman la atención sobre ciertas conductas o respuestas del sujeto, funcionan a modo de devolución parcial.



Termina diciendo: "Con esta dosificación del proceso, puede resultar que al final de la batería de tests la entrevista de devolución ya se ha efectuado y que, entonces, la entrevista final se destine más bien a resumir todo lo visto y a despedirse que a comunicar algo nuevo" (pág. 93).

Una posición similar es la que presentan Botbol y col. Consideran que la devolución hecha al final con una modalidad asimétrica —una especie de informe del examinador al sujeto— tiene la limitación de que no permite la elaboración controlada por el examinador durante la intervención, como tampoco una incorporación gradual y modulada de la información. Las devoluciones parciales, a través de algunas de las imágenes de la autovisión, permiten en cambio crear puntos de insight y de apertura para las entrevistas posteriores.

Esta forma de devolución parcial evidentemente exige mayor cuidado y planificación, para no distorsionar la producción subsiguiente del sujeto durante la evaluación psicológica.

Así, por ejemplo, durante la aplicación del TRO, si bien resulta operativo y correcto solicitar que se amplíe una historia pobre en la primera lámina, "devolviendo" nuestra expectativa de que el entrevistado puede hacer relatos más completos o más ricos, sería muy distorsionante hacer un interrogatorio sistemático lámina por lámina durante la administración de las restantes. Podríamos recoger una producción con rasgos obsesivos acentuados que nosotros mismos hemos introducido al inducir al sujeto a que preste atención a los detalles sobre los que vamos interrogando.

Tampoco debe confundirse la devolución parcial con una anticipación prematura de resultados de la evaluación, que puede generar expectativas erróneas en el entrevistado. Por ejemplo, si bien siempre es útil apoyar el esfuerzo que hace un sujeto para responder a un test de nivel (e inevitablemente le estamos dando una idea respecto de si su respuesta fue correcta o no, por la manera en que la aceptamos, le preguntamos más, suspendemos ese subtest después de varios errores), es incorrecto anticiparle resultados parciales, ya que éstos sólo cobrarán una verdadera significación en relación con la totalidad de los puntajes y la integración con el resto del material.

En función de los mismos recaudos tampoco considero adecuado acceder a la presión de padres o del consultante de que anticipemos información después de cada entrevista. Si una madre ansiosa pregunta "¿Y cómo anda...?", o un adulto insiste en "¿Cómo me ve?", suele ser mejor intentar tranquilizarlos informando respecto del proceso y no de los resultados: "Estamos trabajando bien", "está colaborando mucho" o "vamos a tardar algo más pero lo importante es el esfuerzo que pone", buscando por lo general incrementar la motivación para concluir exitosamente la tarea.

### **La devolución como proceso**

Según la bibliografía consultada, pareciera más fácil detectar cuándo y cómo se concluye un proceso de devolución que establecer en qué momento y de qué manera se inicia.

Reflexionando sobre este tema, mi hipótesis es que en cierto sentido la devolución se inicia en el momento mismo de la preentrevista y se encuentra inevitablemente presente a lo largo de toda la evaluación. Entendida así, la devolución se convierte en "un proceso" y no sólo en un punto de llegada, aunque re-

servemos la o las últimas entrevistas para la integración final de los resultados y las recomendaciones.

¿Cómo es que ubicamos desde el principio aquella tarea que generalmente es señalada como la terminación del psicodiagnóstico? ¿Se trata realmente de una "devolución" tal como se ha definido, o se amplía el concepto abarcando la información que le brindamos sobre ambos, entrevistado-entrevistador, en este contexto particular del "encuentro psicodiagnóstico"?

Para explicitar este enfoque puede ser útil asemejar los conceptos de devolución y de encuadre en tanto en ambos podemos diferenciar los aspectos implícitos y los explícitos.

Considero aspectos explícitos del encuadre aquellos que se verbalizan y establecen con el consultante en forma de contrato (lugar, duración, horarios, honorarios de las entrevistas, existencia o no de una entrevista de devolución, etcétera). Los aspectos implícitos, en cambio, se refieren más a la modalidad de trabajo y las características del rol que no se comunican expresamente (disposición del consultorio, áreas que se investigan en la entrevista, qué tests se van a aplicar, por qué y de qué manera, etcétera).

¿En qué proporción la devolución es un proceso de comunicación explícito y cuánto "devolvemos" de manera implícita (con nuestra actitud, la forma de pensar, preguntar, planificar desde el primer contacto telefónico o la primera entrevista) aun cuando nuestra intención más consciente sea dejar la devolución para la entrevista final?

Así como la teoría de la comunicación nos ha enseñado que no se puede "no comunicar", ni siquiera quedándose en silencio, y el psicoanálisis nos indica que la transferencia se instala aun antes del primer encuentro, no se puede "no devolver" (informar, redefinir, aclarar) ciertos aspectos de nuestros criterios de salud, enfermedad y curación, insertos en un sistema ideológico y de valores que se expresan con mayor o menor grado de conciencia en nuestra conducta.

¿De qué manera y en qué circunstancias se desarrolla esta "devolución" más implícita o explícita a lo largo de la evaluación?

Las formas y ocasiones pueden ser múltiples y se expresan a través de nuestra modalidad de trabajo y en diferentes aspectos del encuadre.

Veamos sólo algunas:

*a) La amplitud y características de la información solicitada en la admisión o ante un pedido telefónico.*

Los datos que solicitamos y a quién o quiénes citamos para la primera entrevista anticipan al consultante algún conocimiento respecto de nuestro futuro abordaje de su problemática. Indican también a quién/es consideramos el mejor informante o la persona/s más significativa a ser evaluada/s, incluso en algunos casos debemos explicitar las razones de nuestro pedido. Así, por ejemplo, en una consulta por un niño, en que nos llama la mamá, si insistimos en que vengan *ambos* padres a la primera entrevista y frente a la duda o la negativa fundamentamos el "porqué" de esta indicación, estamos "devolviendo" nuestra valorización del rol paterno. En caso de estar los padres separados, podemos tener que explicitar que aunque no deseen venir juntos debemos tener contacto con los dos en algún momento del proceso. Estamos señalando que nos preocupa que la "pareja parental" se mantenga a cargo de las necesidades del niño aunque la "pareja marital" esté ya

disuelta. No sólo transmitimos una valorización basada en determinada concepción teórica, sino también ciertas hipótesis respecto de los factores que pueden estar incidiendo en las dificultades por las que consultan. Si en una consulta por un niño o por un adulto, citamos de entrada a todo el grupo familiar para la primera entrevista estamos "devolviendo", al redefinir el objeto de estudio aunque luego decidamos abarcar distintos subsistemas o incluso realizar un diagnóstico individual del paciente designado. Esta citación grupal crea nuevas expectativas y/o temores que aparecerán en la entrevista o pueden aun provocar que no se concrete.

*b) Las características del lugar de trabajo. La disposición de los muebles y el decorado general del consultorio.*

Cómo y dónde ubicamos el escritorio, si existe un gran sillón mullido y sillas más incómodas o bien asientos similares para todos, etcétera, son hechos que pueden transmitir y enfatizar el grado de simetría-asimetría y distancia que intentamos darle a la relación.

Así, Ferrer y Fernández en el ya mencionado artículo sobre la devolución "en pareja", describen la disposición triangular de sillas idénticas sin escritorio (que crea distancias y establece jerarquías) y fundamentan tal distribución del mobiliario en su preocupación por modificar el sistema de clases que se da en la institución "donde el paciente tiene un status que lo diferencia netamente del profesional (...) y un escritorio hace de división entre la supuesta salud y la supuesta locura" (pág. 416).

*c) El monto de información inicial explícita respecto de la tarea de evaluación que brindamos en la primera entrevista.*

La mayoría de los autores concuerda en que desde la primera entrevista debe existir una actividad orientadora del terapeuta en su rol de experto que "sabe adónde va" para evitar la incertidumbre al encuadrar y aclarar el sentido de la tarea y los pasos que habrán de recorrerse para lograr sus objetivos.

Este encuadrar, aclarar y a veces rectificar, implícitamente transmite aspectos de nuestro enfoque que anticipan elementos de una posible devolución posterior. La formulación misma de la futura devolución (término que es absolutamente de "jerga psicológica" y debe ser explicado) incidirá en las expectativas del grado de simetría-asimetría, actividad-pasividad con que se desarrolle. No es lo mismo formularla en singular "en la última entrevista le diré qué pienso de lo que a usted le pasa y qué le conviene hacer para resolverlo" que utilizar de entrada el plural "en la última entrevista veremos juntos qué pude entender..." acentuando así el intercambio.

También podemos considerar como "devolución" implícita los siguientes ejemplos:

En una consulta en que el entrevistado da por supuesta la necesidad de una terapia analítica, para sí o para otro, mostrándose muy impaciente por iniciarla cuanto antes, le explicitamos que convendría primero tener unas entrevistas y evaluar si realmente necesita una terapia y de qué tipo. Esta intervención no sólo establece un espacio para el diagnóstico, sino que intenta devolverle al sujeto la capacidad para diferenciar una búsqueda impulsiva y generalmente idealizada de tratamiento (que puede llevar a una rá-



pida deserción) de una decisión más reflexiva de la motivación y pertinencia de la terapia solicitada.

Ante padres que desde la primera entrevista intentan delegar totalmente en el psicólogo sus fantasías de curación "depositando" su hijo en nuestras manos, necesitamos darles una redefinición de la tarea "devolviéndoles" que el esfuerzo deberá ser compartido y que sigue siendo de ellos, en su función de padres, la responsabilidad (pero también la satisfacción) por los cambios posibles del hijo.

Una madre intenta de entrada mostrarnos las carpetas de su hijo adolescente para que veamos sus "horrores" de ortografía, por los cuales el colegio diagnosticó dislexia. Las hojeamos rápidamente y dejándolas de lado le explicamos que primero queremos conocerla a ella, su familia y al joven para después estudiar con éste sus carpetas a fin de que sea él quien nos ayude a entender más qué le pasa. Ampliamos el espectro de conductas a evaluar sin descalificar el pedido inicial y le asignamos al paciente un rol preponderante en el esclarecimiento de sus dificultades.

En otra consulta escolar (tan frecuente en todos los servicios), una mamá llega en octubre solicitando atención para la nena "porque si no me repite el grado". Le "devolvemos" una rectificación inicial de las expectativas al diferenciar evaluación de tratamiento y el tiempo que cada una de estas tareas puede llevar. Independientemente de que tratemos de apurar el diagnóstico y acercarnos a la escuela, posiblemente nuestra reformulación inicial también será diferente (en forma y contenido) si se trata de una consulta en que la dificultad escolar es de larga data o parece más relacionada con alguna situación traumática reciente, si la madre se ha ido ocupando a medida que aparecieron los trastornos o si sólo consulta presionada por la amenaza de repetición, si ella misma registra una historia de deserción escolar, etcétera. Al informar en la primera entrevista sobre la tarea y el encuadre, así como sobre posibles soluciones, en procura de evitar deserciones, estamos sentando las bases para poder trabajar mejor las recomendaciones en la entrevista final.

En estos ejemplos, como en muchos más que podrían citarse, se evidencia el intento inicial de producir un cambio en la actitud, la percepción de la problemática y/o de las expectativas de quien consulta.

*d) La modalidad de entrevista, libre o semidirigida, más centrada en el presente, el pasado o el futuro, en la relación del sujeto con sus figuras significativas originales o sus vínculos actuales y adultos, etcétera.*

La forma en que indagamos o dejamos de preguntar por ciertas áreas y aspectos de la vida individual o familiar también le transmiten al paciente cierta idea de lo que consideramos más conflictivo, disfuncional o adaptativo de su historia o situación actual.

Dice Sullivan:<sup>9</sup> "En la psiquiatría no existen datos puramente objetivos, como tampoco hay datos subjetivos valederos, por la sencilla razón de que el material se convierte en científicamente utilizable sólo en la forma de inferencia" (pág. 24).

Con un criterio similar, Bleger<sup>15</sup> subraya la incidencia del observador participante en la recolección de datos: "...las cualidades de todo objeto son siempre relacionales; derivan de las condiciones y relaciones en las cuales



se halla cada objeto en cada momento". Más adelante, al vincular entrevista e investigación, agrega: "Una entrevista tiene su clave fundamental en la investigación que se realiza en su decurso. Las observaciones que se registran en la misma, lo son siempre en función de hipótesis que va emitiendo el observador" (pág. 21).

El entrevistador estaría, por lo tanto, inescapable e inextricablemente comprometido en todo cuanto ocurre en la entrevista y desempeña un papel muy activo al introducir interrogantes, mostrarse escéptico, no aceptar ciertas afirmaciones, buscar simultaneidades o secuencias, etcétera.

Es evidente que según como manejemos la o las entrevistas podemos reforzar en quien consulta una visión más patológica de sí o de los otros o redefinir ciertas dificultades "normatizándolas" con relación a crisis evolutivas esperables o a un contexto socioeconómico o histórico difícil. Podemos acentuar la exploración de los orígenes de los síntomas y situaciones de conflicto o valorizar sus logros y formas creativas de enfrentarlos. El tono, el contenido y la secuencia de nuestras intervenciones a lo largo de las entrevistas (individual, de padres o familiar), las relaciones que establecemos entre áreas o aspectos de su vida o que el sujeto mismo encuentra con nuestra ayuda, siempre le "devuelven" al entrevistado una imagen diferente de sí y de sus circunstancias.

También Hirsch<sup>16</sup> enfatiza que en toda entrevista psicológica inevitablemente establecemos de entrada un modelo de relación que se asienta en un esquema referencial del que se deriva un manejo técnico particular, de mayor o menor intervención por parte del entrevistador. Refiriéndose en especial a las terapias breves, jerarquiza como uno de los objetivos el reforzar la motivación, aumentando las expectativas del paciente de aliviarse de algo que para él es penoso. Esta motivación se incrementa si experimenta al entrevistador como alguien que sabe entender y tiene interés en ayudar. Alguien que al refrendar sus conductas exitosas previas aumenta su autoestima y al analizar en detalle los fracasos busca datos para facilitar cambios futuros.

Ocampo y Arzeno recomiendan, en la planificación de la devolución, comenzar por lo más adaptativo y positivo, y esto es así en muchos casos. Pero a mi criterio, esta selección no se realiza solamente a posteriori, una vez recogidos los datos, sino que se va estableciendo de acuerdo con el énfasis en lo más sano o enfermo del consultante con que se enfoca la recolección del material.

Estas autoras enfatizan que, dado que la entrevista devolutiva tiene por objetivo sintetizar o unir aspectos reparadores y destructivos, importa también unir el pasado (y lo que hicieron mal) con el futuro, mostrando que el presente y el futuro funcionan como elementos de reparación, siendo una parte importante de ese proyecto de futuro el haber podido realizar la consulta.

Coincido plenamente, aunque considero que en aquellos casos en que aparece un elevado montante de ansiedad y culpa por los errores (reales o fantaseados) cometidos en el pasado, esta tarea de poner el énfasis en la cualidad reparatoria de la consulta debe realizarse ya en la entrevista inicial y no esperar a la devolución. Si bien la "autoacusación" puede en algunos casos estar al servicio de la defensa y retrotraer el inicio de las dificultades o del síntoma a un momento específico del pasado puede ser un recuerdo encubridor o una hipótesis equivocada, poner el énfasis en el presente o en el

futuro configura una devolución inicial de que la evaluación no estará al servicio de "efectuar acusaciones o dirimir culpas", sino que intentará orientar para que se den futuras rectificaciones o cambios en un proceso de reparación no maniaca.

Al levantar la historia evolutiva de una niña, hermana del medio de tres mujeres con poca diferencia de edad, en una familia que debió cambiar frecuentemente de residencia por razones de trabajo del padre, le comento a la mamá: "Debe de haber sido muy difícil manejarse sola con las tres criaturas en un país extraño". Esta intervención tiene por objetivo recoger más información sobre las múltiples mudanzas que sufrió la niña y su posible relación con el trastorno de aprendizaje por el cual consultan y establecen hipótesis respecto de la relación de pareja, pero también intenta "devolverle" a la madre una imagen de sí valorizada al enfrentar un momento difícil de su historia vital.

A una adolescente que se autodescribe de entrada como "una neurótica obsesiva grave con cíclicos ataques de depresión" y continúa su relato enfatizando sus síntomas en términos psiquiátricos aprendidos de la hermana médica, la dejamos explayarse un rato y luego con calidez y humor le decimos: "Escucháme, María, me resulta difícil entenderte así. Por qué no te olvidás un poco de lo que piensa tu hermana y me contás qué hacés, qué te gusta, qué cosas te salen bien o mal a vos..." Así le estamos "devolviendo" que pensamos que, además de síntomas, también tiene conductas adaptativas y creativas, y nos ofrecemos como una escucha que le permita encontrar aspectos más auténticos de sí.

En una consulta por un niño de 9 años con bronquitis espasmódica derivado por su pediatra, se cita a toda la familia para una entrevista grupal diagnóstica. En ella rápidamente los hermanos adolescentes acusan a la madre de "asfixiarlos" con su control y sobreprotección. El esposo también se pliega y la madre explica con evidente sentimiento de culpa que entiende lo que le dicen pero que no puede dejar de hacerlo, por ejemplo no logra dormirse hasta que todos estén en casa. El apellido de la madre es de origen judío. Este dato me lleva a explorar su historia de inmigración. La madre, conmocionada, relata cómo para escapar de los progroms en Rusia diferentes miembros emigraron a diferentes países y la familia nunca pudo volverse a reunir. La sobreprotección asfixiante se reformula en ese momento del diagnóstico como un exceso de cuidado comprensible en el contexto del mito familiar: si alguien sale, no vuelve jamás.

Pero, aunque el psicólogo siempre buscará ser continente de la ansiedad y la culpa en los casos que corresponda, también deberá desde la primera entrevista encarar estrategias adecuadas para movilizar la conciencia de enfermedad en aquellas consultas en que un paciente o familia derivada "no sabe para qué viene" o busca soluciones en la modificación del mundo externo sin incluirse en el proyecto de cambio.

Dos situaciones bastante frecuentes que pueden requerir un esclarecimiento y "devolución" inicial son:

— la consulta por un niño o un adolescente, en la cual se observa una clara disociación entre los padres respecto de la motivación para realizar el diagnóstico o encarar una futura terapia, siendo uno de ellos el vocero de la desconfianza por "lo psicológico", y

— aquellos casos (de cualquier edad) que presentan reiteradas consultas que nunca han concluido o cuyas indicaciones no han sido cumplidas. En ambas, puede ser necesario dedicar toda la primera entrevista y aun más, a revisar con ellos las ideas y experiencias personales que motivan esta resistencia, sin iniciar el proceso diagnóstico en caso de que esta actitud resulte inmodificable. Se encara así una "devolución", que resulta incluso previa a la evaluación.

Si esta puesta de límites se realiza hábilmente, ofreciendo al mismo tiempo una actitud comprensiva no judicativa, puede ocurrir que vuelvan, una vez metabolizado el impacto, presentando entonces una mayor confianza en la posibilidad de realizar en forma conjunta una tarea útil.

*e) El grado de aceptación e interés por el motivo de consulta manifiesto del paciente o la velocidad con que lo reformulamos buscando lo "latente" o "verdadero" también transmite nuestros valores y criterios de salud y enfermedad.*

La tendencia a buscar "lo oculto detrás de lo manifiesto" (diferente de la estrategia sistémica de redefinición del síntoma) suele ser especialmente fuerte en el psicólogo novel, llevando a veces a apresurar inferencias sin una correcta investigación de los datos.

Así, por ejemplo, en un taller con alumnos de Técnicas Proyectivas, en que se estaba dramatizando el inicio de una consulta, se dio una preentrevista telefónica en la cual una mamá solicitaba atención por su hijo de 9 años que tenía dificultades en la escuela. Al aparecer en la preentrevista el dato de que estaba separada, los alumnos rápidamente redefinieron el motivo de consulta asignándole prioridad a la ruptura de la pareja por sobre las dificultades del niño. Esta redefinición aleatoria tiñó luego toda la recolección de datos en la dramatización subsiguiente de la entrevista, en que abundaron preguntas respecto del vínculo de pareja y estuvieron significativamente ausentes otras preguntas, indispensables para evaluar la gravedad y características del síntoma del hijo.

*f) Las preguntas, comentarios, sugerencias, señalamientos que se incluyen durante la administración de las diferentes técnicas y que funcionan como una devolución parcial.*

Estas intervenciones pueden darse básicamente en respuesta a:

— conductas observables en la relación del entrevistado (individuo, pareja, familia) con el entrevistador y la tarea;

— aspectos del contenido del material recogido.

Tienen por objetivo, por ejemplo, señalar aspectos de la relación transferencial que estén interfiriendo en la tarea, lograr mayor información, movilizar al entrevistado mostrándole sobre la marcha algún rasgo o conducta que resulte especialmente relevante o muy evidente en el momento en que se presenta. Todas estas intervenciones, a la vez que amplían la información que recoge el psicólogo respecto de la flexibilidad o rigidez del entrevistado (por ejemplo cómo acepta o no una indicación, si puede modificar la conducta a la cual se hace referencia, de qué modo, etcétera), funcionan anticipando aspectos de la devolución final.

Un estudiante universitario que consulta por dificultades en dar exámenes,



produce con facilidad y rapidez un dibujo del Test de las Dos Personas, y luego queda como paralizado frente a la consigna de escribir la historia, reiterando que no puede hacerlo. Luego de esperar un tiempo para ver si logra superar solo esta dificultad, podemos indagar qué piensa él de lo que le acaba de pasar, cómo es que pudo dibujar tan bien y no logró escribir y si esto se parece en algo a lo que le ocurre con los exámenes. Al mismo tiempo que ampliamos la información recogida, le brindamos un contexto en el cual explorar juntos la dificultad. Esta puede ser una devolución rectificadora de su vivencia persecutoria de ser evaluado.

En la ejecución de este mismo test, un entrevistado de 10 años, derivado por enuresis, luego de dibujar dos figuras masculinas muy rígidas y de perfil, escribe una historia en que un niño encuentra un bicho raro que luego lleva al colegio para que el maestro lo ponga bajo el microscopio para verlo mejor. El relato termina diciendo que nunca antes se había encontrado un bicho igual. Su contenido transferencial es tan obvio, que se lo comento enseguida: "Se me ocurre que vos también te sentís medio bicho raro acá, al ser estudiado por mí". Sonrió aceptando y aunque no se continuó con el tema, este breve señalamiento permitió recoger una producción más espontánea, dándole a todo el estudio cierto clima de complicidad.

Una adulta mayor que se mostró muy parca durante la entrevista, realiza un Desiderativo cuya primera catexia es "un hombre" y el porqué se refiere a que tienen más posibilidades en la vida; en su segunda catexia dice "muerta, porque así se está mejor". Interrumpimos la toma y le pregunto cómo es eso de que sería mejor ser hombre, para luego pasar a indagar con mucho cuidado si alguna vez pensó que no valía la pena vivir. Inmediatamente relata dos intentos de suicidio a los que no se había referido, y cambia totalmente su actitud defensiva por una mayor apertura. Se dedicó entonces toda esa entrevista a trabajar juntas este tema.

Posiblemente también se hubiera logrado este dato al indagar en la entrevista de devolución, o a partir de los indicadores de suicidio en el Rorschach, pero el ocultamiento de un dato tan importante iba a interferir en el proceso de evaluación.

Este tipo de devolución parcial, cuando se hace con cautela, tiene la ventaja de la inmediatez del hecho al que se refiere, que se hace "figura" sobre el "fondo" del proceso diagnóstico. De esta manera puede ser retomado con más facilidad en la integración y discusión de cierre sin que dependa unilateralmente de la memoria del psicólogo ("Te acordás cuando hiciste...").

### **Planificación y desarrollo de la devolución final**

Planificar una devolución final de cierre no es tarea fácil ni existen modelos "prefabricados" de técnicas de devolución. En cada caso, así como la evaluación tuvo características y un desarrollo particular y único, la devolución también va a ser única y diferente.

Anticipar una devolución implica revisar mentalmente cómo se dieron los diferentes momentos del proceso, cuáles fueron las características del vínculo en las distintas entrevistas, a la vez que analizar e integrar el material recogido tratando de visualizar cuál es la mejor forma de presentar nuestras hipótesis e indicaciones al consultante y/o a su familia.



Es evidente que tal como lo indican Ocampo y Arzeno el plan guía sobre el cual basa su devolución el entrevistador "debe ser lo suficientemente elástico como para poder modificarlo sobre la marcha, según sea la reacción del o de los destinatarios y acorde a la aparición de nuevos datos y conductas" (pág. 40).

Aunque las variables que inciden pueden ser múltiples, una de las que tienen más peso en la planificación es nuestro propio rol futuro respecto del entrevistado. La devolución adquiere un significado diferente si se trata de la terminación real del vínculo, que concluye con una derivación a otro terapeuta, servicio, equipo, etcétera que si se continúa con un abordaje terapéutico o de seguimiento realizado por el mismo psicólogo. En el primer caso debe realizarse un desprendimiento por ambas partes, en el segundo sólo implica un momento de síntesis y de pasaje entre dos etapas diferentes de la relación. Otra posibilidad intermedia la presentan aquellos casos en que la recomendación es no realizar tratamiento alguno de momento, que deja abierta la posibilidad de una nueva consulta o tratamiento posterior con el psicólogo a cargo de la evaluación.

Si bien enfatizamos que cada devolución es única, pueden presentarse algunas sugerencias y recaudos respecto de:

- 1 - el número de entrevistas a realizar,
- 2 - el tipo y cantidad de información a brindar,
- 3 - la secuencia de presentación de la información,
- 4 - las características del lenguaje empleado,
- 5 - la utilización de los tests,
- 6 - la inclusión de señalamientos y/o interpretaciones,
- 7 - la presentación del pronóstico e indicaciones.

Analizaremos estas variables por separado por razones didácticas, pero están siempre íntimamente interrelacionadas.

### **1) Número de entrevistas**

Diferentes autores subrayan la importancia del límite temporal de la devolución a fin de que ella sea efectiva y pueda cumplir adecuadamente su función básica de cierre del proceso diagnóstico. Deberá ser lo suficientemente breve como para que no se convierta en una "miniterapia" y a la vez tan extensa que permita una adecuada comprensión y elaboración de su contenido.

Mientras Ocampo y Arzeno afirman que frecuentemente se requiere más de una entrevista a fin de brindar más de una oportunidad para elaborar la información, metabolizarla y ampliar o rectificar lo comprendido, Ferrer y Fernández toman una posición opuesta subrayando que más de una entrevista puede fomentar una excesiva dependencia y dificultar el posterior desprendimiento y derivación.

Campo<sup>1</sup> concuerda con este último enfoque, sobre todo cuando el derivante es un psicoanalista: "La relación psicodiagnóstica con el examinado ha llegado a su punto final una vez que se ha realizado la última entrevista, en la que comunicamos nuestras impresiones sobre su persona; y sólo les complicaremos la existencia a ambos, examinado y terapeuta psicoanalista, si mantuviéramos al examinado en relación de dependencia con nosotros" (pág. 37).

En algunos casos la dificultad del psicólogo para establecer un cierre y efectuar el desprendimiento puede producir el efecto contrario: que realice una devolución apresurada sin respetar el *timing* del consultante, incluyendo un exceso de información no dosificada en el tiempo o forzando la toma de decisiones sin darle un espacio para la reflexión.

¿Cuál es el tiempo requerido para que la devolución sea realmente eficaz?

Creo que no pueden aplicarse reglas fijas, pero es importante disponer de suficiente tiempo para establecer un buen diálogo y elaborar la información con el consultante.

Por lo general, cuanto más el psicólogo planifique una "devolución cerrada", es decir muy preparada de antemano con escasa intervención del entrevistado, tanto más previsible es el tiempo que demanda, ya que se reduce básicamente al que requiere la información que brinda el profesional. En cambio, cuanto más "abierto" sea y más dependa de un activo intercambio, más imprevisible resultará su duración, aunque en ningún caso deberá extenderse en exceso.

Con independencia del número de entrevistas, conviene diferenciar con claridad la o las entrevistas de devolución de las posibles entrevistas terapéuticas o de orientación posteriores que pueden surgir a partir de las recomendaciones ya previstas o de las temáticas que aparecen en el cierre del diagnóstico. Cualquier entrevista posterior a la devolución requiere el establecimiento de un nuevo contrato que explicita el encuadre, las características y los objetivos de la tarea.

En mi experiencia, suele ser operativo con adultos o padres, dar la devolución en dos veces, y restrinjo por lo general a una la de niños. Pero es evidente que muchas veces el tiempo acordado depende de las posibilidades que ofrece una institución. En este caso, el psicólogo deberá adaptar su estrategia de devolución a las restricciones que se le imponen, jerarquizando dentro del tiempo disponible cuáles van a ser los ejes de su intervención.

Si se dispone de tiempo y la recomendación es la de iniciar algún tipo de terapia, suele ser conveniente que el sujeto que consulta (o los padres de un niño) dispongan de un lapso entre entrevistas para reflexionar y comentar entre ellos y/o con otros respecto del grado de compromiso que esto implica, revisando más detenidamente su motivación y posibilidades de efectuar el tratamiento recomendado. La aceptación inmediata de una indicación terapéutica, sin dudas ni replanteos, aun en los casos en que se la busca conscientemente, puede estar al servicio de negar la ansiedad y los sentimientos ambivalentes que inevitablemente produce su inicio y puede facilitar una posible deserción precoz.

## **2) Tipo y cantidad de información**

Qué, cuánto y cómo devolver para que al sujeto le resulte útil y enriquecedor es una pregunta que el psicólogo deberá hacerse en cada evaluación (al igual que en cada sesión terapéutica), revisando, a modo de seguimiento personal de su tarea, el éxito o fracaso de la misma con relación a sus objetivos.

¿De qué depende que el psicólogo pueda calibrar bien el cuántum de información a devolver en cada caso?

Se ha enfatizado mucho el elevado monto de expectativas y temores que el consultante trae a la entrevista de devolución final y la necesidad de tenerlo en cuenta no sólo en la planificación sino también en la secuencia de la información. Se ha escrito menos respecto de la otra cara de esta relación: los miedos y expectativas del entrevistador.

En efecto, éste teme no lograr dar un buen cierre y "¿cómo le devuelvo?" suele ser una pregunta acuciante en toda supervisión. Entre los temores del entrevistador figuran: que no pueda transmitir adecuadamente lo que piensa, que el entrevistado no lo acepte, que cuestione o ridiculice sus inferencias, que le ha-

ga preguntas que no sepa contestar, y muy especialmente que no esté de acuerdo con las recomendaciones. Este temor evidentemente tendrá una cualidad diferente si el psicólogo está pensando en derivar, o forma parte de un equipo diagnóstico cuyo rol de rutina es hacerlo, o si las indicaciones lo incluyen, es decir, él se postula como el futuro terapeuta. En este último caso sentirá que el rechazo es doble, no sólo a su indicación, sino implícitamente a su persona; existe una tercera posibilidad en que este sentimiento puede potenciarse aun más: que el consultante acepte las recomendaciones pero considere mejor llevarlas a cabo con otro profesional.

Dado que la aceptación puede depender de cómo se presenta la información que fundamente la necesidad de un abordaje terapéutico (aunque sólo es una de las variables que inciden), esta preocupación pesará sobre el recorte de los contenidos y la calibración del cuántum que piensa devolver el entrevistador.

Si el psicólogo que realizó la evaluación es quien continuará con el abordaje terapéutico, suele ser operativo que solamente señale las áreas de conflicto expresando que luego habrá tiempo para verlas en mayor profundidad. Si la derivación se hace a un profesional o equipo ya estipulado (tanto en el nivel institucional como en el privado) está indicado acordar previamente con el futuro terapeuta el tipo y cantidad de información que se suministrará.

En cambio, en algunos casos, en que sabemos de antemano que no se cumplirán las recomendaciones (por factores más resistenciales o bien externos) puede ser muy importante que la devolución brinde un cierre que funcione como un modelo de comprensión y esclarecimiento. El sujeto (adulto, adolescente o niño) incorpora así cierta imagen rectificadora que, a pesar de darse en un lapso breve, resultará terapéutica.

Una madre en pleno proceso de separación consulta por los trastornos de conducta de su hijo, a quien describe como "agresivo e inmanejable". A medida que la evaluación avanza se hace más evidente que su interés es utilizar los resultados del diagnóstico como prueba en el juicio de divorcio. En la devolución con ambos padres resulta difícil descentrarlos de su conflicto conyugal, y no aceptan la indicación terapéutica para el hijo. En la devolución con el niño buscamos aumentar su autoestima señalando sus logros en el área cognitiva, a la vez que dedicamos bastante tiempo a explicarle la posible relación entre como él se siente frente a las peleas de papá y mamá y los líos y peleas que tiene con los chicos en la escuela. Al hacerlo, resultó esencial evitar una contraidentificación con el niño, para poder encarar esta devolución de manera reparatoria, sin atacar la conducta de los padres.

Aunque cantidad y cualidad de información son diferentes, están íntimamente relacionadas, ya que la cantidad no se refiere necesariamente al número de áreas o situaciones que se incluyen, ni al tiempo de que se dispone para transmitir las, sino a la amplitud y profundidad con que se abordan. Una devolución puede realizarse abarcando muchos aspectos superficiales sin profundizar ninguno o bien dedicando toda una entrevista a ver en mayor detalle un solo conflicto central que aparece como el punto de urgencia del paciente en ese momento.

De ahí que como regla general es aceptable decir que el tipo y cantidad de información que puede devolver el psicólogo depende de las características del caso, del destino posterior de la relación y sobre todo de la capacidad y experiencia clínica de quien realiza la evaluación dentro de la cual se da el proceso de devolución.



Esta experiencia es la que le permite a partir del conocimiento de las técnicas defensivas y los conflictos del examinado, así como de su capacidad de aprendizaje, tolerancia a la frustración y motivación para el cambio, dosificar el monto de información y planificar la forma de transmisión de la misma en cada caso.

Si no discrimina ni dosifica bien, puede comunicar más o menos de lo que el paciente está en condiciones de recibir movilizándolo un monto excesivo de ansiedad y convirtiendo la situación devolutiva en traumática.

El exceso de información puede deberse a:

— adoptar una posición superyoica exigente respecto del paciente sin contemplar sus posibilidades reales de insight;

— presentar una excesiva autoexigencia respecto de su propio rol.

Si el entrevistador se siente muy exigido en demostrar su capacidad al entrevistado, al derivante o al supervisor (como es natural que ocurra frente a las primeras consultas), puede primar la fantasía de ser más competente cuanto mayor sea el monto de información brindada, encubriendo así los sentimientos de inseguridad subyacentes. Este sentimiento de tener que devolver "mucho" también se observa, por ejemplo, cuando hay una disparidad de edades tal que el psicólogo joven frente a un consultante de mayor edad busca reforzar su rol a partir de una fachada de profesionalismo asentada en una devolución "muy completa".

La situación inversa, esto es, brindar una información demasiado escasa, también puede deberse a la inseguridad e inexperiencia del psicólogo (dificultad para analizar el material, planificar o verbalizar la devolución) o puede responder a dificultades personales tales como rasgos evitativos o esquizoides del entrevistador, quien ha elegido quizás la tarea de evaluación como forma de evitar un contacto más profundo o comprometido con el consultante.

Al restringir excesivamente la información, se frustra al yo del paciente en su deseo de saber o de poder manifestarse, a la vez que posiblemente se dificulta la comprensión de las indicaciones.

Dice Campo, al señalar los aspectos éticos involucrados en una devolución adecuada: "Puede ser tan esencial saber desprenderse de un examinado para facilitarle el camino hacia una solución independiente, como el no abrumarlo con información sobre sí mismo que, al no poder elaborarla dado que no se halla en situación de terapia, sólo podrá ser aceptada intelectualmente —si lo es— es decir, en forma disociada. Demasiada información —con la cual estaríamos invadiendo al examinado con nuestro saber oracular— puede ser tan negativo y sádico como una información mal dada o limitada por temor de entrar en contacto más directo con los sentimientos del examinado" (pág. 39).

¿Cómo planificar entonces una devolución que no incurra en exceso ni en defecto de información y calibrar adecuadamente las posibilidades de recepción del entrevistado?

Ocampo y Arzeno recomiendan empezar por:

— discriminar los aspectos más sanos y adaptativos de los menos adaptativos y enfermos,

para luego poder

— discriminar en aquello que es visualizado como lo más enfermo, qué se puede o no decir al paciente y/o su familia tras evaluar sus posibilidades yoicas de absorber y tolerar esa información.

Esto es necesario a fin de poder transmitir en la forma más concreta posi-

ble los aspectos positivos y los negativos del entrevistado, teniendo cuidado de no crear confusión, o sea, sin que los unos anulen a los otros.

Así, si vamos a devolver respecto del nivel intelectual, debemos diferenciar adecuadamente los aspectos potenciales de los de desempeño actual para que, en caso de que haya una marcada contradicción entre ambos, el sujeto pueda comprender que aunque es "muy inteligente" está funcionando "como si fuera tonto". Cuando consulta un adolescente, debemos señalar en qué áreas aparece mayor madurez y cuáles son los conflictos infantiles aún no resueltos, etcétera.

Ferrer y Fernández consideran que, a fin de no inundar al entrevistado con un exceso de material que puede resultar perjudicial, conviene centrarse en el punto de urgencia o motivo de consulta (manifiesto y latente). En esa planificación incluyen el uso de material de test como clivaje entre aquello que el paciente expresa manifiestamente como lo más angustiante y las motivaciones inconscientes de esa angustia que el psicólogo ha podido detectar.

Cuando se refieren a la descripción de las devoluciones que pueden resultar iatrogénicas, diferencian:

— la "incompleta", que priva al consultante de un material importante para su mejor autocomprensión,

— la "masiva", que inunda al paciente de información que no puede absorber, y,

— la "inadecuada", cuyo resultado negativo no se debería tanto al "monto" de información brindada, sino a que no responde a las necesidades del paciente de acuerdo con su estructura de personalidad.

### 3) La secuencia de la presentación de la información

Ya se ha señalado que no existen recetas prefijadas y por lo tanto la secuencia (modalidad de iniciación y *timing* de las subsiguientes intervenciones) tendrá características particulares de acuerdo con las múltiples variables intervinientes que se juegan en cada relación entrevistado-entrevistador y las vicisitudes que hubiese presentado la evaluación diagnóstica hasta ese momento.

No hay una única manera de iniciar la presentación, ya que esto responde a la estrategia y táctica que se consideren más apropiadas para que la devolución resulte exitosa y cumpla sus objetivos. Depende esencialmente de cómo se dio el primer contacto con el entrevistador, cuál fue el grado de autonomía y/o conciencia de enfermedad que el entrevistado presentó de inicio, cuánto se mantuvo rígidamente en su posición y actitud iniciales o fue cambiando durante la evaluación, etcétera.

Sin embargo, es importante recordar que, a pesar de la actitud continente del entrevistador y las devoluciones parciales que pudiera realizar durante el proceso diagnóstico, en la mayoría de las consultas la entrevista de devolución resulta ansiógena para el entrevistado en tanto es vivida como recibir los resultados de un "examen" (con connotación escolar o médica) que pueden o no ser favorables.

Esta ansiedad suele expresarse de muy diversas maneras, cada una de las cuales requiere una estrategia disimil. El entrevistado puede llegar con una actitud de temor y expectativa manifiesta o defensivamente mostrar una conducta de desinterés o desvalorización. En ambos casos corresponde darse tiempo y disponer de un primer momento de recepción e intercambio social (*joining*) que permita una disminución de la tensión inicial.

Según Ocampo y Arzeno, de ser posible el orden de presentación será simi-

lar al utilizado en la entrevista inicial como una manera de aceptar en primera instancia la formulación original del problema. También (tal como lo señalamos al hablar de la devolución como proceso) indican la conveniencia de comenzar por los aspectos más adaptativos y menos ansiógenos (que no siempre coinciden) para continuar luego con los menos adaptativos, y buscar indicadores respecto de la tolerancia expresada en forma verbal o preverbal.

El reiterar y hacer síntesis cada vez más comprensivas del caso a medida que se incluyen nuevos datos también facilita la comprensión y disminuye la negación y/o distorsión.

Estas autoras consideran indicadores positivos de tolerancia a la información que se va brindando, la aparición de nuevas asociaciones y puntos de vista o expectativas diferentes, así como la expresión de afectos anteriormente soslayados o negados. Es en cambio de mal pronóstico una aceptación intelectuallizada o excesivamente sumisa y pasiva de la devolución.

Cuando el proceso de evaluación se ha encarado como una tarea conjunta y la consigna ratificó este encuadre más interaccional, es útil iniciar la devolución solicitando primero las expectativas y apreciaciones con que el entrevistado llega a la entrevista, cuidando muy especialmente la forma y el tono de las preguntas a fin de evitar que se conviertan en un interrogatorio.

En las consultas (por un niño o adolescente) donde el último encuentro previo a la devolución con los padres fue una entrevista familiar, interesa preguntar, por ejemplo: ¿Qué recuerdan de la misma? ¿Conversaron entre ellos luego de salir del consultorio? ¿Qué cosas del paciente designado u otro miembro les llamó la atención? ¿En qué se parecía, o no, la conducta desplegada en el consultorio a la que generalmente se da en la casa?, etcétera.

Este tipo de diálogo permite iniciar la devolución de una manera compartida, facilitando además indicadores de pronóstico respecto de la posible alianza de trabajo que los padres podrán establecer si se recomienda alguna intervención terapéutica.

Así, el pronóstico será distinto si los padres responden que no se acuerdan mucho de lo que pasó, o descartan rápidamente el tema insistiendo que vinieron "para que usted nos diga qué le pasa a...", que si, en cambio, se muestran interesados o incluso asombrados de la conducta que pudieron observar. En algunos casos, son los padres quienes comentan espontáneamente alguna apreciación sobre lo vivido. Por ejemplo, que al salir de la hora diagnóstica familiar se dieron cuenta por primera vez de lo difícil que les resultaba estar todos juntos en familia y compartir una actividad, preguntándose cuánto podía incidir esto en el motivo de consulta y qué podían hacer para modificarlo.

#### **4) El lenguaje utilizado**

Al igual que durante todo el proceso de evaluación, el entrevistador deberá manejarse con un lenguaje claro, comprensible, sin terminología técnica para facilitar una adecuada comprensión.

Esto puede requerir, cuando el psicólogo recién comienza, hacer un verdadero esfuerzo para recuperar un vocabulario llano y simple, luego de haber estado tantos años hablando y pensando "en difícil".

Muchos términos que nos parecen comunes e inequívocos a los psicólogos, no lo son sin embargo para el sujeto medio que consulta. El uso de palabras simples y descripciones claras resulta doblemente importante cuando el entrevista-



do es de extracción humilde o de origen extranjero, ya que además de no entender, no se animará a preguntar.

Está en nosotros verificar el nivel de comprensión, estar atentos a respuestas y gestos que nos sirvan como indicadores y buscar conscientemente explicitar conceptos que puedan ser poco claros, sin descalificar al receptor.

Cuanto más utilicemos para la devolución de la problemática los mismos términos en que fue presentada por el sujeto (adulto, adolescente o niño), más éste puede "reconocerse y sentirse reconocido" como informante. Si uno de los objetivos de la devolución es el de funcionar como "puente" entre la consulta y una posible terapia, mal podrá el sujeto "cruzarlo" si no entiende lo que le dicen. Muy por el contrario, sus expectativas serán que también el tratamiento propuesto abordará sus problemas de manera incomprensible para él.

Las metáforas facilitan muchas veces la transmisión de un concepto, siempre que puedan ser compartidas o surjan con claridad del material o de la conducta de quien consulta.

Así, por ejemplo, usar la imagen de "remar los dos para el mismo lado" (metáfora popular y fácilmente comprensible aun para quien no practica ese deporte) permite trabajar de una manera coloquial y muy gráfica la importancia del acuerdo en la puesta de límites.

En otros casos, la metáfora surge directamente de alguna conducta observada por el entrevistador durante el proceso diagnóstico, que debe ser explicitada para que sea útil.

Sobre el final de una entrevista con un grupo familiar de buen nivel cultural, la madre trata infructuosamente de poner al mismo tiempo la campera a sus tres hijos, dos de los cuales ya tienen edad suficiente para hacerlo por su cuenta (reiterando así una pauta de sobreprotección muy evidente). Me acerco al papá y le comento "¿Usted sabía que está casado con una diosa hindú?". Todos me miran azorados. Les explico que una diosa hindú tiene muchos brazos, y que mamá trata de cuidarlos a todos tanto como la diosa, aunque tiene sólo dos. En la posterior devolución, son los padres quienes traen riéndose la metáfora, lo cual permitió continuar trabajando sobre esta imagen (cuántos "brazos" tenía ella para los chicos y cuántos para él, etcétera), relacionándola con el vínculo de pareja, el proceso evolutivo familiar y la dificultad para aceptar el crecimiento de los hijos.

## **5) La utilización de los tests**

¿Cómo convertir un instrumento técnico de recolección de datos en un material que facilite la comunicación con el consultante? ¿Existen algunos tests que son más útiles que otros para la devolución o depende de la preferencia del psicólogo y de las características de la producción del sujeto?

Incluir o no el uso de los tests en la devolución y elegir cuál o cuáles pueden resultar más adecuados o accesibles para mostrar al entrevistado es una decisión compleja y difícil.

Si la función del test en la devolución es permitir una mejor comunicación con el sujeto a partir de su producción, el material elegido deberá ser fácilmente entendible para el examinado. Sólo así podrá promover asociaciones y facilitar reflexiones que favorezcan el autoconocimiento brindando al mismo tiempo la oportunidad para afinar, confirmar o rectificar las presunciones diagnósticas del entrevistador.

Según las características del sujeto (su nivel intelectual, riqueza simbólica,

grado y tipo de patología, grado de conciencia de enfermedad y deseos de cambio, etcétera), y de acuerdo con la estrategia general planificada para la devolución, se elige el material más pertinente (psicométrico o proyectivo) y la modalidad de presentación al sujeto.

El test utilizado puede ser el mismo y sin embargo, en diferentes casos, ser disímiles las razones por las que se lo incluye, y también diferente la selección y manejo de las respuestas. Así, por ejemplo en una consulta por problemas de rendimiento en el área laboral, puede ser muy importante revisar con un sujeto sus respuestas positivas a un test de nivel (Wechsler, Raven, Dominó u otro) para rectificar una autoimagen desvalorizada de sí que le impide un funcionamiento más autónomo, mientras que con otro entrevistado podría ser más necesario trabajar los errores, mostrándole cómo su apuro por responder y actitud displaciente frente a la tarea influyó en su actuación.

Un psicólogo con experiencia va detectando, a medida que recoge la producción, cuál o cuáles pueden ser materiales útiles para la devolución. En ese momento, decidirá si es pertinente ofrecer una devolución parcial inmediata o esperar la entrevista de cierre.

En general, es al realizar la integración a partir de las recurrencias y convergencias intra e intertest (tal como indicamos para el informe), y al establecer las líneas básicas de la devolución cuando se recorre el material buscando cuál o cuáles respuestas (gráficas, verbales o lúdicas) pueden ejemplificar mejor la problemática a trabajar con el entrevistado.

Sin embargo, no siempre el material que resulta más significativo o impactante es el más adecuado para la devolución (aunque quizás lo citemos en el informe). Muy por el contrario, muchas veces descartamos aquel dibujo o relato en el que la patología se hace muy evidente, o sólo incluimos aspectos parciales del mismo, para no abrumar al entrevistado con aspectos de sí que no está en condiciones de conocer y elaborar durante la devolución.

Un joven consulta buscando una orientación vocacional. Tiene talento artístico, estudia dibujo, pero no sabe si realmente quiere ser pintor. En el Test de las Dos Personas grafica una pareja joven, heterosexual, de medio cuerpo, con el límite entre ambos muy desdibujado y de rasgos faciales casi idénticos (con evidente feminización del rostro masculino). En la parte de historia del test, describe a la pareja acentuando las diferencias entre ellos: cada uno estudia una carrera distinta, tiene otra ideología política, otros intereses, etcétera. Al realizar la Familia Kinética Actual, aparece una organización espacial aun más confusa, en la cual los límites entre los miembros se van superponiendo con transparencias. El entrevistado se grafica en la acción de pintar. Al pasar a la Prospectiva, el manejo espacial es idéntico, y su rol y ubicación quedan inmodificados. En la devolución se incluyen ambos tests (y lo observado en la entrevista familiar) para trabajar el tema del desprendimiento y de la búsqueda de la propia identidad por medio de la elección profesional, sin embargo no se hace ninguna referencia directa a los aspectos del material en que se observa la falta de discriminación sexual de las figuras, ya que esta conflictiva deberá ser vista con más tiempo y profundidad en la terapia que se le recomienda una vez finalizada la orientación vocacional, que resultó exitosa.

Una adulta que solicita con mucha insistencia comenzar un tratamiento, produce a lo largo del material múltiples indicadores de desconfianza y ambiva-

lencia. Entre ellos, frente a la lámina A2 del TRO (donde suele verse una pareja) presenta un relato referido a una muchacha que se mira desnuda en el espejo al salir de la ducha. Cuando al final del test se le solicita una historia alternativa, aunque logra percibir dos personajes, su encuentro es impersonal y fugaz: la misma chica está comprando cigarrillos al kiosquero. Estas historias muestran con claridad los aspectos narcisísticos que van a dificultar la relación con un otro (terapeuta) en un vínculo estable y de compromiso afectivo que le devuelva una imagen distinta de sí. Sin embargo no se consideró operativo incluir en la devolución el trabajo directo sobre este material, ya que las características mismas de la paciente permitían prever la dificultad de reintroyección. Se mencionaron algunas de las dificultades que podía llegar a tener en la terapia, a pesar de su entusiasmo por iniciarla, dato que también se incluyó en el informe enviado a su futuro terapeuta.

En mi experiencia, será más accesible aquel material en el cual el indicador está más cercano a la inferencia, cuyo contenido es menos simbólico y donde la interpretación pueda ser fácilmente ligada a la preocupación más manifiesta del sujeto.

Muchas veces es el sujeto mismo quien durante la producción descubre asombrado elementos de los que no era consciente, y los verbaliza o produce asociaciones antes que se las solicitemos. Por ejemplo, a partir de una historia del TRO, surge el recuerdo de una circunstancia semejante de su propia vida, o al dibujar a un miembro de su familia hace un comentario a partir del tratamiento gráfico: "Pareciera que no encuentro dónde poner a mi mamá, ¿no?"

Un estudiante se halla paralizado en una posición dilemática: le gustan dos carreras por igual, no sabe cuál elegir. Sus padres están separados hace mucho tiempo, y él vive con su mamá. Cuando realiza la Familia Kinética dibuja primero a su madre y los hermanos, luego da vuelta la hoja y grafica a su padre del otro lado, sin incluirse. Al solicitarle que lo haga, se muestra en duda y finalmente se dibuja del lado del papá. En la devolución resultó fácil trabajar juntos la relación entre su dificultad de elegir su proyecto de vida y el conflicto de lealtades respecto de los padres, que el entrevistado creía ya muy superado.

Para Ferrer y Fernández, la selección de los tests a incluir en la devolución debe hacerse buscando aquellos aspectos del material que mejor ejemplifiquen el punto de urgencia actual que se manifiesta en la consulta. En los ejemplos citados aparecen sobre todo los gráficos, el TRO y el Desiderativo.

Un caso especial es el test de Rorschach, que sigue siendo una de las técnicas que mayor información nos brinda y cuyos indicadores están más validados. Incorporarlo como material a partir del cual trabajar durante la devolución, requiere especial cuidado a fin de seleccionar aquel aspecto del test que sea más fácilmente accesible para el entrevistado e importante para la estrategia de devolución que nos hemos formulado. Puede resultar útil señalar algún aspecto perceptual, por ejemplo la capacidad para discriminar partes de un todo o la riqueza y multiplicidad de los contenidos. Pero es sobre todo en relación con éstos donde el psicólogo deberá ser cuidadoso y no apelar a interpretaciones demasiado complejas o simbólicas del material, que el consultante no puede entender. Así, no sería adecuado utilizar una respuesta "monstruo peludo a punto de atacar" a la lámina IV (paterna) para señalarle directamente su conflictiva con el



padre, ya que es una inferencia de segundo orden sustentada en una hipótesis respecto de las fantasías que promueve ese estímulo (que incluso no es aceptada por todos los autores que se han ocupado del test). Si el sujeto ya ha señalado en la entrevista su mala relación con el papá, esta respuesta no le agrega nada nuevo; si no lo ha hecho, posiblemente este tipo de interpretación directa será rechazada. En cambio, si aparecen varias respuestas que hacen referencia a personajes humanos y/o animales u objetos amenazadores vistos desde abajo, y entre ellos está la de la lámina IV, podemos comentar que nos llama la atención que en sus respuestas aparecen reiteradas situaciones o personajes que están como en actitud de amenazar y dar miedo. A partir de allí podemos explorar si el entrevistado a veces se siente amenazado o inerte, frente a qué circunstancias o personas, si esto ha sido así desde siempre, etcétera, y quizás sea él mismo quien nos remonte hasta alguna vivencia infantil o actual referida a la figura paterna.

En la devolución a padres, según Ocampo y Arzeno, no corresponde mostrarles el material del niño, dado que esto sería no respetar el derecho de éste a la confidencialidad. Sin embargo, puede haber excepciones. En algunos casos necesitamos apoyarnos en alguna producción del hijo para reforzar nuestra devolución. La inclusión del material puede estar al servicio de rectificar una imagen del niño que consideramos equivocada, por ejemplo mostrar un dibujo muy rico para enfatizar su creatividad, o explicarles con el Bender en qué reside la dificultad visomotora que nos preocupa y por la cual pedimos una consulta con un neurólogo, etcétera.

Generalmente el niño pequeño suele querer mostrarles a los padres su dibujo o contarles algo de su producción (ya que esto concuerda con su experiencia escolar o de concurrencia a un taller) y son los púberes o adolescentes quienes esperan de nosotros una mayor discreción. En este caso, si decidimos usar alguna producción, podemos discutirlo previamente con él, y solicitar su permiso.

De todas maneras, con padres muy rígidos o negadores, la inclusión de un material de test puede no resultar demasiado efectiva, ya que tal como lo enseña la teoría del New Look, cuando la hipótesis es muy fuerte, la selectividad perceptual dificultará la incorporación de cualquier indicador que la cuestione.

Otro recaudo importante es el de no utilizar un elemento parcial de un material como evidencia cierta de una interpretación, ya que nuestras hipótesis se construyen a partir de una integración de materiales y no a partir de un aspecto puntual de una técnica. Este puede servir de ejemplo o de inicio en la elaboración de una temática, pero no como prueba irrefutable de una situación.

Es frecuente escuchar a los padres quejarse amargamente o sentirse muy culpables cuando, a partir de un dibujo de la familia que realizó el niño omitiendo a la mamá o al papá, una maestra o incluso la psicóloga del gabinete afirma que "a su hijo le falta tal o cual figura parental". Este tipo de devolución mediante un uso parcial y a veces fuera de contexto del material de test puede ser altamente iatrogénico y atenta contra la utilización más científica de los tests.

## **6) Papel de los señalamientos e interpretaciones**

La mayoría de los autores coinciden en que es más adecuado incluir señalamientos que hacer interpretaciones en la entrevista de devolución.

En realidad, es frecuente que a lo largo del proceso de evaluación ya se ha-

yan dado situaciones en que se hizo necesario un señalamiento para disminuir la ansiedad inicial o el bloqueo en una entrevista u hora de juego (relacionándola con el impacto de lo nuevo-desconocido), o para favorecer un vínculo de mayor apertura, reflexión, etcétera. Estos señalamientos (como ya vimos al hablar de devolución parcial) pueden formularse como afirmaciones, preguntas, sugerencias, cuestionamientos, etcétera.

Específicamente en la entrevista devolutiva, en que se trabaja el vínculo transferencial y se incluyen aspectos latentes de la conducta y la producción, Ocampo y Arzeno recomiendan recurrir al señalamiento cuando surgen índices de fracaso en la comunicación, se observan conductas estereotipadas, una excesiva negación o descalificación de la información brindada, etcétera, lo que dificulta la reintroyección. Subrayan sin embargo que este tipo de señalamientos (que no deben ser muchos para no perder efectividad) se centrarán más en el tipo de vínculo con el psicólogo que en el contenido de dichas conductas.

En cuanto a las interpretaciones, hay quienes recomiendan su uso en el contexto de las entrevistas de evaluación para terapia breve y otros que las descartan dentro del encuadre más psicoanalítico.

Fiorini —quien en el texto citado<sup>14</sup> no diferencia interpretación de señalamiento— plantea que manejar la entrevista con un enfoque interpretativo conlleva el riesgo de una reacción negativa por parte del paciente, "quien puede sentirse invadido en exceso, o descalificado en sus ideas sobre su propia situación antes de haber conocido y aceptado las reglas de juego de una relación terapéutica" (pág. 73).

Acepta, en cambio, incluir en el momento oportuno alguna interpretación que cumpla una función esclarecedora de los trastornos, o una función didáctica y reforzadora de la motivación: "Frente a algunos obstáculos que interfieren la posibilidad del paciente en aceptar un tratamiento y comprometerse en el contrato terapéutico, la interpretación transferencial puede desempeñar con frecuencia un papel decisivo. Está destinada a reforzar la motivación para el tratamiento y sólo en un plano secundario a clarificar en sí aspectos de la conducta del paciente".

Al igual que Malan,<sup>17</sup> considera que es útil formular por lo menos una interpretación de prueba, tomándola como indicador de la capacidad del paciente para responder a, y beneficiarse con, una terapia de tipo dinámico.

Campo enfatiza las diferencias entre ambos tipos de intervención, y cuestiona la inclusión de interpretaciones desde la técnica y la ética. "...me parece importante en este sentido no sólo respetar la intimidad del examinado sino también saber distinguir entre lo que es una interpretación en una situación terapéutica y un posible señalamiento de aspectos accesibles y aceptables para el yo del sujeto en la devolución" (pág. 39).

## **7) Pronóstico e indicaciones**

Al igual que en la organización de un informe, plantear las recomendaciones aparece como el resultado natural del desarrollo de la entrevista de devolución, ya que surge de la información brindada respecto de qué es lo que pensamos que le ocurre al consultante, las hipótesis que nos formulamos sobre el por qué y para qué y las predicciones que podemos hacer con relación al futuro de esta situación, si se mantiene o empeora. Esto es así aun en los casos en que podemos llegar a visualizar más de una posible forma de abordaje y discutimos luego con el entrevistado cuál le parece más factible para él.

Sin embargo, aunque las recomendaciones se asientan en toda la información anterior y deben ser coherentes con lo expuesto, el montante de ansiedad que generalmente movilizan requiere un espacio temporal importante para su elaboración conjunta. Tal como se indicó al tratar el tema de la cantidad de entrevistas, sería incorrecto dejar las indicaciones para los últimos minutos de una única entrevista sin ofrecer un contexto que permita la indagación y discusión detallada de qué es lo que el psicólogo propone, qué tipo de cambios pueden esperarse, cuánto tiempo puede durar, etcétera.

Si toda devolución es difícil, resulta aun más problemático encarar aquella en que el motivo de consulta manifiesto o la presunción inicial del derivante es más leve de lo que indican los resultados del psicodiagnóstico. Por ejemplo, una consulta que se realiza por un aparente problema de aprendizaje no muy importante, detrás del cual se descubre la iniciación de un proceso psicótico o la incidencia de una enfermedad orgánica. Aquí la modificación de la apreciación diagnóstica así como el pronóstico y recomendación terapéutica pueden adquirir características de dramaticidad que necesitan de toda la continencia y capacidad del entrevistador para ser aceptados y minimamente elaborados.

En el caso inverso, cuando la expectativa es de iniciar una terapia, puede ser igualmente movilizador para algunos consultantes que no se cumpla esa expectativa. Fundamentar por qué pensamos que no necesitan tratamiento, o por qué no es el momento de iniciarlo, demandará también su tiempo para poder elaborar juntos la doble vivencia de desilusión y alivio que puede suscitar.

Aunque Fiorini<sup>14</sup> se refiere específicamente a la indicación de una terapia breve e incluye el establecimiento del contrato en la misma entrevista, sus conceptos resultan igualmente válidos para trabajar con el entrevistado cualquier otro tipo de recomendación. Enfatiza la importancia de dedicar suficiente tiempo a la búsqueda de acuerdos esenciales y previos a cualquier contrato de tratamiento, a partir de la instalación deliberada por parte del terapeuta de un diálogo abierto entre ambos acerca de sus mutuas expectativas.

"Así como para el terapeuta es esencial en el primer contacto conocer datos de la enfermedad, saber qué piensa el paciente de sus trastornos y cuáles son sus expectativas en cuanto al tratamiento, también es esencial para el paciente conocer qué piensa el terapeuta de todos estos puntos" (pág. 69).

Más adelante agrega:

"El papel del terapeuta es alentar aquí al paciente a que cuestione, plantee dudas y objeciones a todo lo expuesto. Porque el problema no consiste sólo en ver qué necesita hacer el paciente, sino en considerar, además, qué está dispuesto él a hacer, cuáles son sus disposiciones y sus dificultades para tratarse. La importancia de este minuto de intercambio es crucial; en él se decide la consolidación de una alianza terapéutica. Mientras el tratamiento a proponer no satisfaga ciertas expectativas del paciente, el riesgo de abandono es inminente. (...) En todo este proceso de intercambio es importante que la apertura a las objeciones del paciente sea real y sincera, que la libertad de decisión del paciente sea tangible y no meramente formal" (pág. 70).

En realidad, si retomamos la idea de que la devolución es un proceso, y que la forma de abordar la evaluación responde a una ideología de trabajo y ya transmite cierta información, el entrevistado puede en algunos casos anticipar o no sentirse ajeno a las recomendaciones. Así, en una consulta por una nena pequeña que no logra hacer el acostumbramiento al jardín, si hemos incluido alguna



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

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

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

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

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

## EL INFORME PSICOLOGICO: SUS CARACTERISTICAS, OBJETIVOS Y DIFICULTADES EN EL AREA CLINICA

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

Klopfér (19, pág. 22).

### La integración de los datos recogidos

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

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

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

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

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

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

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

	Bender WAIS	Rorschach	MMPI	TAT	Completa- de frases
conducta durante el examen					
aspectos intelectuales de la personalidad					
aspectos afectivos de la personalidad					
indicadores de síntomas					
implicancias predictivas					

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

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

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



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

### **El informe psicológico: definición**

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

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

- una noticia que se da acerca de un suceso o persona;
- una exposición oral que hace el letrado o el fiscal ante el tribunal que ha de fallar en un proceso,

y esta segunda acepción es una forma de contextualizar y delimitar a la primera en un ámbito específico.

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

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

y por su contenido:

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

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

Inmediatamente agrega aquello que el informe no es:

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

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

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

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

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

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

### 1) Los objetivos del informe

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

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

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

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

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

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

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

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

o la internación de un paciente, recomendar la aceptación o no de un aspirante a un cargo, predecir el grado de rehabilitación de un delincuente, etcétera).

Para Klopfer<sup>19</sup> los informes psicológicos conciernen tanto al profesional que solicitó la evaluación como al psicólogo clínico que la realiza y al sujeto cuyo futuro está en juego. Sin embargo, en su resumen de los objetivos del informe pone el acento en su importancia para el paciente.

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

Este reflexionar juntos sobre un informe facilita una mejor comprensión del caso a la vez que da lugar a mayores posibilidades de colaboración futura entre profesionales. Entrena a ambos —derivante y psicodiagnosticador, o equipo interdisciplinario— para una más precisa formulación de las preguntas y una mayor claridad de las respuestas, incrementando así la utilidad de la evaluación.

Sin embargo, esta mayor posibilidad de colaboración puede verse dificultada cuando ocurre uno de dos problemas opuestos:

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

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

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

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

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



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

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

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

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

## 2) El contenido del informe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### a) *El encabezamiento formal*

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

Este encabezamiento debería incluir por lo menos:

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

¿Qué información aportan estos datos tan esquemáticos?

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

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

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

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

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

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

*b) Descripción física y características significativas del entrevistado*

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

En cuanto al vínculo con el entrevistador:

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

*d) Aspectos intelectuales de la personalidad*

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

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

Dice Campo<sup>1</sup> "Si con 'inteligencia' nos referimos solamente a un alto nivel de coeficiente intelectual, obtenido por ejemplo en el Wechsler o prueba similar, corremos el serio peligro de perder de vista el estilo vital adaptativo, que puede ser inteligente o no, independientemente del CI... podemos caer en la misma disociación del sujeto que puede mostrarse, por ejemplo muy inteligente en el Wechsler y muy desorganizado en el Rorschach indicando que 'su bella inteligencia' no le sirve para resolver sus dificultades" (pág. 40).

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

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

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

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

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

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

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

Esta autora se preguntaría, por ejemplo:

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

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

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

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

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

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

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

#### *g) Relaciones interpersonales*

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

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

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

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

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



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

#### *h) Area psicosexual*

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

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

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

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

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

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

Buscando evitar al máximo este juego de adivinanzas, tanto Friedenthal<sup>2</sup> como Grassano<sup>26</sup> ponen especial énfasis en lograr que sea el paciente mismo quien relacione el material de tests con experiencias de su vida actual o pasada (en el interrogatorio o durante la devolución), lo que completa los datos recogidos en la entrevista inicial y garantiza una mayor validez de las inferencias.

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

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

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

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

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

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

### *j) Diagnóstico*

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

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

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

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

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

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

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

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

Sin embargo actualmente en casi todas las instituciones de salud mental de los Estados Unidos y de muchos países de Europa se incluye al final del informe la categoría diagnóstica correspondiente al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM 3)<sup>27</sup> y se completan sus diferentes ejes (I Síntomas clínicos, II Trastornos de la personalidad y trastornos específicos del desarrollo, III Estados y trastornos somáticos, IV Intensidad del estrés social, V Máximo nivel de adaptación en el transcurso del último año) para una descripción más completa del caso. La inclusión de estas categorías diagnósticas permite cierta homogeneización entre servicios, sin por ello tener que renunciar a utilizar conceptos y una comprensión más dinámica en el resto del informe si ésta es la línea teórica con que se trabaja.

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

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

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

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

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



— ¿Qué psicopatología dinámica indica ese diagnóstico?

En el trabajo más reciente de Fiorini,<sup>30</sup> éste subraya que el abordaje estratégico de cada personalidad implica tomar en consideración los obstáculos y las vías de acceso, a la vez que evaluar cuáles son las formas de funcionamiento caracterológico y comunicacional en las que se expresan las estructuras profundas.

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

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

— Diagnóstico psicopatológico psicodinámico, para identificar los tipos de conflictos, ansiedades, mecanismos defensivos, identificaciones que hacen posible la comprensión dinámica de un síntoma, un rasgo de carácter, etcétera.

— Diagnóstico evolutivo, es decir ubicación de las dificultades y los síntomas en el contexto de las crisis vitales y las tareas a resolver en cada etapa.

— Diagnóstico adaptativo y prospectivo, es decir, evaluación del estado de las capacidades yoicas y su relación con las exigencias que tiene que enfrentar el sujeto en la actualidad; la existencia de un proyecto y la cualidad del mismo, etcétera.

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

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

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

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

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

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

#### *k) Pronóstico y recomendaciones terapéuticas*

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

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

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

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

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

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

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

Este tema es muy amplio, ya que se refiere concretamente a las diferentes concepciones sobre salud, enfermedad, curación y estrategias terapéuticas. Implica en primera instancia diferenciar el concepto de "analizabilidad"<sup>31,32</sup> del de "terapeuticidad".<sup>33</sup> Mientras en el primer caso se trata de ver si el paciente se ajusta a una línea terapéutica predeterminada —el psicoanálisis—, en el segundo se busca encontrar cuál es el mejor abordaje o estrategia para un paciente en particular en el momento y las circunstancias en que se da la consulta.

Etchegoyen<sup>34</sup> incluye aun un tercer concepto: la "accesibilidad", que, aunque difícil de establecer predictivamente, se refiere a la posibilidad de llegar a la parte más necesitada del paciente, que puede estar bloqueada por otra pseudocolaboradora.

En el caso de la terapia grupal, corresponde evaluar también la "agrupabilidad" a partir de los indicadores específicos. Así, Pavlovsky y Frydlewsky<sup>35</sup> sugieren en la consulta adolescente incluir además de la entrevista individual y

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

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

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

Lieberman,<sup>26</sup> a partir de las dificultades que encontró en los alumnos y supervisados en la confección de los informes y su escasa capacidad para predecir la analizabilidad de un futuro paciente, propone una serie de indicadores a tomar en cuenta en por lo menos dos entrevistas diagnósticas, previas a la iniciación del tratamiento. Establece una serie de ítems que se refieren tanto al entrevistado como a la relación, que incluyen: el grado de tolerancia ante la incertidumbre y dependencia que despierta la relación terapéutica, la modalidad con que atravesó y resolvió las crisis vitales y los cambios, las modificaciones que se observan en la relación durante las entrevistas y que dan cuenta del grado de plasticidad de las funciones del yo y del superyó, los cambios que se observan en la expresión de los afectos, el rendimiento intelectual, el interés que el sujeto demuestra en conocerse y las posibilidades sublimatorias que ofrece.

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

Según Peyru:<sup>27</sup> "la predicción de la duración de los procesos de cambio debe ser lo que determina la elección de una técnica breve o prolongada, quedando otros factores tales como las disponibilidades institucionales, las circunstancias vitales, etcétera, ubicados sólo a nivel de la factibilidad y no a nivel de la indicación misma... Es a partir de un diagnóstico exhaustivo inicial como podemos predecir con mayor exactitud los tipos de cambio y la estabilidad posterior de los cambios logrados" (pág. 6).

Para evaluar las aptitudes, Malan<sup>28</sup> recomienda responder minimamente a las siguientes preguntas:

— ¿Tiene el futuro paciente una clara idea de que sus problemas son afectivos?

— ¿Puede hablar sobre sentimientos?

— ¿Puede expresarlos?

— ¿Es capaz de ver bajo la superficie?

— ¿Da pruebas de ser capaz de ensanchar su esfera de conciencia por la vía de responder a interpretaciones?

Agrega además otros factores que inciden en la indicación terapéutica:

— la máxima gravedad que alcanzó la perturbación en el pasado;

— la fortaleza de sus recursos internos y sus intereses actuales;

— la historia de sus vínculos y su capacidad demostrada en el pasado para soportar el estrés y los sentimientos perturbadores sin sufrir colapso;

— el grado de apoyo existente en su medio.



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

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

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

— ¿Tiene el sujeto un reconocimiento del carácter psicológico de sus trastornos?

— ¿Se observa la capacidad de introspección y disposición a transmitir con honestidad lo que puede reconocer de sí mismo?

— ¿Presenta el deseo consciente e inconsciente de comprenderse y de sostener una actitud de participación activa en la búsqueda?

— ¿Existe disposición a experimentar y ensayar cambios en la esperanza de que el tratamiento logre resultados positivos?

— ¿Se evidencia la disposición a realizar ciertos sacrificios para acceder a esos logros?

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

— la estabilidad geográfica y lugar de residencia;

— los horarios de que dispone;

— la situación económica en que se encuentra;

— las obligaciones familiares de las que debe hacerse cargo,

buscando integrar todos estos puntos en relación con los demás planos del diagnóstico y pronóstico.

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

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

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

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

Posiblemente el modelo a la vez más clásico (ya que ha influenciado a una cantidad de autores) y más vigente aún, es el "perfil metapsicológico" de Anna Freud<sup>39</sup> que según Ferrer<sup>18</sup> "constituye una de las clasificaciones más psicoanalíticas que están a nuestra disposición para adecuar la estrategia del tratamiento en cada caso particular" (pág. 35).

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

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

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

Desde un esquema referencial diferente, aunque con muchos puntos de contacto en la clínica, Rodolfo<sup>40</sup> afirma: "el interrogante que el campo de la clínica de niños y adolescentes propone exige minimamente dos ejes para poder pensarlo, dos ejes cuya distinción, a la vez que necesaria, no deja de ser artificial: junto al temporal, el psicopatológico" (pág. 80). Las preguntas a hacerse desde una posición psicoanalítica serían entonces a qué crisis, tarea vital, construcción de qué operación simbólica se halla abocado el niño, de qué manera la realiza o evita, y en cuánto coincide con lo que podría suponerse de acuerdo con su edad.

Bleichmar<sup>19</sup> en una mesa redonda sobre indicaciones y contraindicaciones en el tratamiento psicoanalítico del niño, señala también la evaluación de los momentos constitutivos estructurantes como eje de la evaluación de la analizabilidad. La indicación de un análisis requiere la existencia de un conflicto intrasubjetivo y sufrimiento psíquico, debiendo diferenciarse "trastorno" de "síntoma". En cuanto a la relación entre condiciones de analizabilidad y motivación, critica el excesivo énfasis puesto en la importancia de la demanda, ya que en el campo del análisis de niños éstos dependen de los padres. Defiende el derecho y la obligación del analista a determinar las condiciones de analizabilidad y a dar recomendaciones, subrayando que a partir de allí es derecho del consultante el aceptar o no lo que se le propone.

Valeros<sup>18</sup> concuerda con la complejidad de la tarea de indicación terapéutica, señalando que es la parte del proceso analítico que aún se halla menos sistematizada. Esta complejidad se debe sobre todo a que no sería correcto relacionar de manera unívoca indicación con diagnóstico nosológico. Dice: "No hay tal situación clínica donde el analista pueda decir que el tratamiento está indicado para tal clase de enfermedad. Si fuera así la indicación sería sencilla. Lo que hay son niños dentro de familias, con padres que traen a los hijos a tratamiento con motivos complejos y diferentes a los del niño. Muchos de esos motivos son mágico-mitológicos en su naturaleza (...) De ahí que resulta tan difícil determinar cuál es el mejor tratamiento, para quién y en qué condiciones" (pág. 27).

Arzeno<sup>18</sup> al referirse a la polémica entre abordaje familiar o individual y entre diferentes líneas dentro del psicoanálisis, subraya que ninguna teoría da cuenta cabal de la patología de todos los casos ni provee una herramienta terapéutica válida para resolver todo tipo de consultas. Esto implica jerarquizar los aportes de un diagnóstico lo más completo posible, para luego, a partir de esos datos y del conocimiento de las diferentes teorías, buscar en cada caso el enfoque terapéutico más efectivo, ya sea para encararlo personalmente o bien derivarlo.

Una posición muy similar es la que plantea Pérez,<sup>41</sup> en una mesa sobre salud mental en instituciones, cuando afirma que el equipo psicopatológico, integrado por distintos especialistas, tendrá que aportar su capacitación específica para acceder a un diagnóstico, pronóstico e indicación terapéutica apropiados. Esto implica "tener en cuenta al paciente en sí mismo y sus manifestaciones sindicadas como un acontecer individual, pero también el estado de su entorno, familia y dentro de ésta al funcionamiento parental, conyugal, y a todas aquellas situaciones por las que atraviese" (pág. 2).

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

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

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

### **3) La organización del informe**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

— Ir del contenido manifiesto al latente.

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

— Pasar de los conflictos periféricos a los centrales.

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

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

Complementando el punto anterior, retoma la diferencia entre indicador e inferencia, y acentúa la necesidad de que existan recurrencias que avalen la hipótesis, aunque acepta que también los indicadores en que éstas se basan han pasado inevitablemente por el filtro selectivo del entrevistador.

Define como la parte más especulativa del informe a aquella que comprende los conceptos explicativos elegidos por su relevancia en la búsqueda de causas determinantes y de la etiología de los principales conflictos o características del paciente.

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

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

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

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

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

Estas sugerencias son:

— El informe debe ser completo.

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

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

— El informe debe ser específico.

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

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

— El informe debe ser claro, conciso y original.

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



- El informe debe tener consistencia y continuidad internas.

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

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

- El informe debe ser competente.

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

No menos exigente se presenta Klopfer al señalar que uno de los problemas más difíciles que plantea la preparación de los informes es el de la organización. Enfatiza el papel que juegan la idoneidad y la capacidad del psicólogo clínico.

Dice: "Cuando falta la organización, suele darse una amalgama indigesta de una masa de observaciones o una lista de signos e indicadores sin poder transmitir su objetivo esencial que es el de 'retratar' una persona viva con sus atributos positivos y sus dificultades (...) Es en la cuestión de la organización donde se evidencia cuando el informe ha sido realizado por un psicólogo clínico o por un principiante. Aquellos que tienen una comprensión inadecuada de la personalidad o de la patología, frecuentemente organizan el informe en forma tal que da la impresión de que las pruebas son el objeto de la investigación y no el estudio del paciente en sí" (pág. 43).

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

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

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

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

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

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

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

- El informe excesivamente orientado hacia el problema por el cual se consulta.

Aunque todo informe debe dar respuesta a la inquietud del derivante, Klopfer considera que este tipo de informe centrado en la pregunta realizada por el solicitante puede traer aparejados dos peligros:

- que el informe se empobrezca al restringir en exceso la información y/o
- que termine reflejando más las inclinaciones teóricas o prejuicios del solicitante o de la institución (por ejemplo en favor de una etiología orgánica o funcional, o la preferencia por ciertas clasificaciones nosológicas) que la propia evaluación del psicólogo.

Esto sería atentatorio contra la tarea del psicólogo, quien "...tendría la obligación ética como parte de su tarea de enseñar y de promover la consideración de todos los puntos de vista posibles" (pág. 53). Da como ejemplo que si existe un pedido de que se valúe el nivel intelectual a fin de ver el posible deterioro orgánico en un paciente en cuyas pruebas se detectan indicadores de psicosis, el informe deberá abarcar ambos aspectos jerarquizando el área que sea más pertinente aunque no coincida con el pedido. Según este autor, "si el psicólogo regresa al rol de psicometrista técnico de laboratorio y sus informes consisten únicamente en puntajes obtenidos en las pruebas, indudablemente se está olvidando de su responsabilidad y está ocasionando un daño al paciente y a su profesión. Un psicólogo clínico maduro siempre considera a su tarea de evaluación como algo global" (pág. 55).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Los únicos datos directos de los tests que suelen incluirse en el informe se relacionan con el desempeño en el nivel intelectual y visomotor. Se transcribe en algunos casos el cociente intelectual, el porcentaje de deterioro, el nivel visomotor alcanzado en relación con la edad, etcétera, para facilitar comparaciones si hubo una evaluación previa o se consideran seguimientos, o para subrayar la diferencia entre el desempeño en los tests y el funcionamiento escolar o laboral. De todas maneras deberá ser incluido siempre junto a una descripción más amplia y cualitativa de las funciones intelectuales a las que hacen referencia los índices numéricos.

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

— El informe que incluye un exceso de citas.

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

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

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

#### **4) La escritura del informe**

¿Cuál es el estilo y el lenguaje en que debe estar formulado un informe? ¿Cómo se relaciona con la modalidad de organización y el contenido del mismo? ¿Qué importancia tiene el derivante a quien está dirigido?

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

novelada y redundante del informe, como su opuesto, "el estilo telegráfico", que por intentar ser breve deja huecos que debe llenar el lector —lo cual puede dificultar o aun tergiversar su comprensión— son extremos igualmente inadecuados.

Todos los autores están de acuerdo en que en la escritura del informe deben evitarse frases clisé y la utilización de la jerga psicológica más general o de una particular línea o escuela teórica. El mejor informe será aquel que tome en cuenta el nivel de comprensión del lector sin desmerecerlo, ajustando su lenguaje al del derivante o la institución que lo requiere.

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

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

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

Campo subraya muy especialmente que el primer cuidado del psicólogo respecto del médico cuando le envía un informe es el lenguaje. Este debería corresponder al nivel de información y comprensión del profesional remitente y "no hallarse omnipotente, competitiva y en realidad innecesariamente plagado de palabras o conceptos que el médico no tiene por qué conocer" (pág. 30).

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

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

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

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

### **Aspectos éticos: informe y confidencialidad**

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

En un trabajo de investigación en que se abordan los problemas profesionales y éticos del psicodiagnóstico, Berndt<sup>6</sup> se plantea algunas de estas preguntas. Para contestarlas, envió un cuestionario muy amplio sobre el tema de devolución, informe y privacidad a 100 miembros de la Sociedad Americana de Evaluación Psicológica, y encontró que:

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

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

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

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

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

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

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

### **Reflexión final**

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

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



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

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

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

— la modalidad de transmisión: el informe es escrito, la devolución es oral;

— su destinatario: se informa al derivante, se devuelve al entrevistado;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Campo, V., "Psicodiagnóstico y ética", *El Rorschach en la Argentina*, año 7, N° 1-2, págs. 29-50, 1979.
2. Friedenthal, H., "Interrogatorio, test de límites y señalamientos en el test de Relaciones Objetivas", en Verthelyi, R. F. de, *Actualizaciones en el test de Phillipson*, Paidós, Bs. As., 1983.
3. Duarte, A. L., "Las Técnicas Proyectivas en la investigación y la clínica. El problema del juicio clínico", presentado al Congreso Latinoamericano de Rorschach y TP, Rosario, 1980.
4. Schafer, R., *Psychoanalytical Interpretation of Rorschach Testing*, Grunne Stratton, N.Y., 1954.
5. Berard, L. B., *El encuentro psicodiagnóstico*, Paidós, Bs. As., 1983.
6. Ocampo, M. L., García Arzeno, M. E., *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*, Nueva Visión, Bs. As., 1974.
7. Botbol, M. y col., "El psicodiagnóstico en las terapias breves", *Técnicas proyectivas*, 1980, N° 1, págs. 49-55.
8. Aponte, H., "The negotiation of values in therapy", *Family Process*, 1985, Vol. 24, N° 3, págs. 323-328.
9. Sullivan, H. S., *La entrevista psiquiátrica*, Psique, Bs. As., 1959.
10. Ferrer, M. R., Fernández, E. E., "Técnica de devolución en pareja", en Ocampo y Arzeno, *op. cit.*, págs. 413-41.
11. Jubert, E. N., Comunicación personal.
12. Aberastury, A., *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*, Paidós, Bs. As., 1969.
13. Phillipson, H., "Encuadre para el uso terapéutico de los métodos proyectivos", en Verthelyi, R. F. de, *op. cit.*, 1983.
14. Fiorini, H. J., *Teoría y técnica de psicoterapias*, Nueva Visión, Bs. As., 1973.
15. Bleger, J., *Temas de psicología*, Nueva Visión, Bs. As., 1971.
16. Hirsch, H., Rosarios, M., *Estrategias terapéuticas institucionales. La organización del cambio*, Nadir, Bs. As., 1987.
17. Malan, D. H., *The frontiers of brief psychotherapy*, Plenum, N.Y., 1976.
18. "Actualización en Psicoanálisis de Niños", "Revista", Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Buenos Aires, N° 15, 1988.
19. Klopfer, W. G., *El informe psicológico. Uso y comunicación de los descubrimientos psicológicos*, Tiempo Contemporáneo, Bs. As. 1975.
20. Ochroch, R., "How does one approach the writing of a psychological report", ficha de uso interno del doctorado en Psicología Clínica, Universidad de Nueva York.
21. L'Abate, L., *Psicología clínica*, Paidós, Bs. As.
22. Mack, J., *Psychological Examination and Report Writing*, Exposition Press, N.Y., 1978.
23. Hirsch, S. B., Verthelyi, R. F., Rodríguez, F.M., *El CAT en el proceso psicodiagnóstico*, Nueva Visión, Bs. As., 1974.
24. Verthelyi, R. F., Hirsch, D. B., Braude, M. G., *Identidad y cambio en el test de las Dos Personas*, Paidós, Bs. As., 1984.
25. Exner, *The Rorschach, a Comprehensive System*, Wiley Sons, N.Y., 1978, Vol 1.
26. Grassano de Piccolo, E., *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*, Nueva Visión, Bs. As., 1977.
27. DSM 3, *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, España, 1984.
28. Casullo, M. M., *Las técnicas psicométricas y el diagnóstico psicopatológico*, Lugar, Bs. As., 1988.
29. Malan, D. H., *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica*, Paidós, Bs. As., 1983.
30. Florini, H. J., *Estructuras y abordajes en psicoterapias*, Mairena, 1984.
31. Paz, C. A., *Analizabilidad*, Paidós, Bs. As., 1971.
32. "Criterios de Curación y Objetivos Terapéuticos en Psicoanálisis", "Revista", Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Buenos Aires, N° 11, 1985.
33. Wallerstein, R. S., Robbins, L., *Psychotherapy; differential, treatment planning and prognosis*, International Univ. Press, 1974.
34. Etchegoyen, H., *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Amorrortu, Bs. As., 1986.
35. Pavlovsky, E., Frydlewsky, L., "La dinámica del diagnóstico en los grupos de adolescentes", en *Diagnóstico psicológico y psiquiátrico*, Colección Seminarios, Helguero Editores, 1983.
36. Lieberman, D., "Evaluación de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación de los tratamientos analíticos", "Revista Argentina de Psicoanálisis", T. XXIX, N° 3, 1972.
37. Peyru, G., "Diagnósticos esenciales y estrategias en Psicoterapias Breves", presentado en las II Jornadas Asistenciales Interdisciplinarias de Salud Mental, 1983.
38. García Arzeno, M. E., "Las fantasías de enfermedad, curación y análisis. Su importancia clínica a través del TRO", en Verthelyi, R. F. de, *op. cit.*, 1983.
39. Freud, A., *Normalidad y patología*, 6° ed., Paidós, Bs. As., 1986.
40. Rodulfo, R. y M., *Clínica psicoanalítica en niños y adolescentes*, Lugar, Bs. As., 1986.
41. Pérez, A., "Atención en instituciones", presentado en las Jornadas de Salud Mental, Instituto Bancario, 1988.
42. Small, L., *Psicoterapia y neurología*, Amorrortu, Bs. As., 1976.
43. Berndt, D. J., "Ethical and professional considerations in psychological assessment", *J. of Professional Psychology; Research Practice*, Vol. 14, N° 5, 1983.

# INDICE

PROLOGO .....	5
CAPÍTULO I: TÉCNICAS PROYECTIVAS Y EVALUACION PSICOLOGICA .....	7
CAPÍTULO II: DEVOLUCION E INFORME .....	39
CAPÍTULO III: DEVOLUCION E INFORME EN PSICOLOGIA LABORAL .....	103
APÉNDICE A: EJEMPLOS DE INFORMES DE LAS AREAS CLINICA, EDUCACIONAL Y FORENSE .....	113
APÉNDICE B: EJEMPLOS DE INFORMES DEL AREA LABORAL ..	135