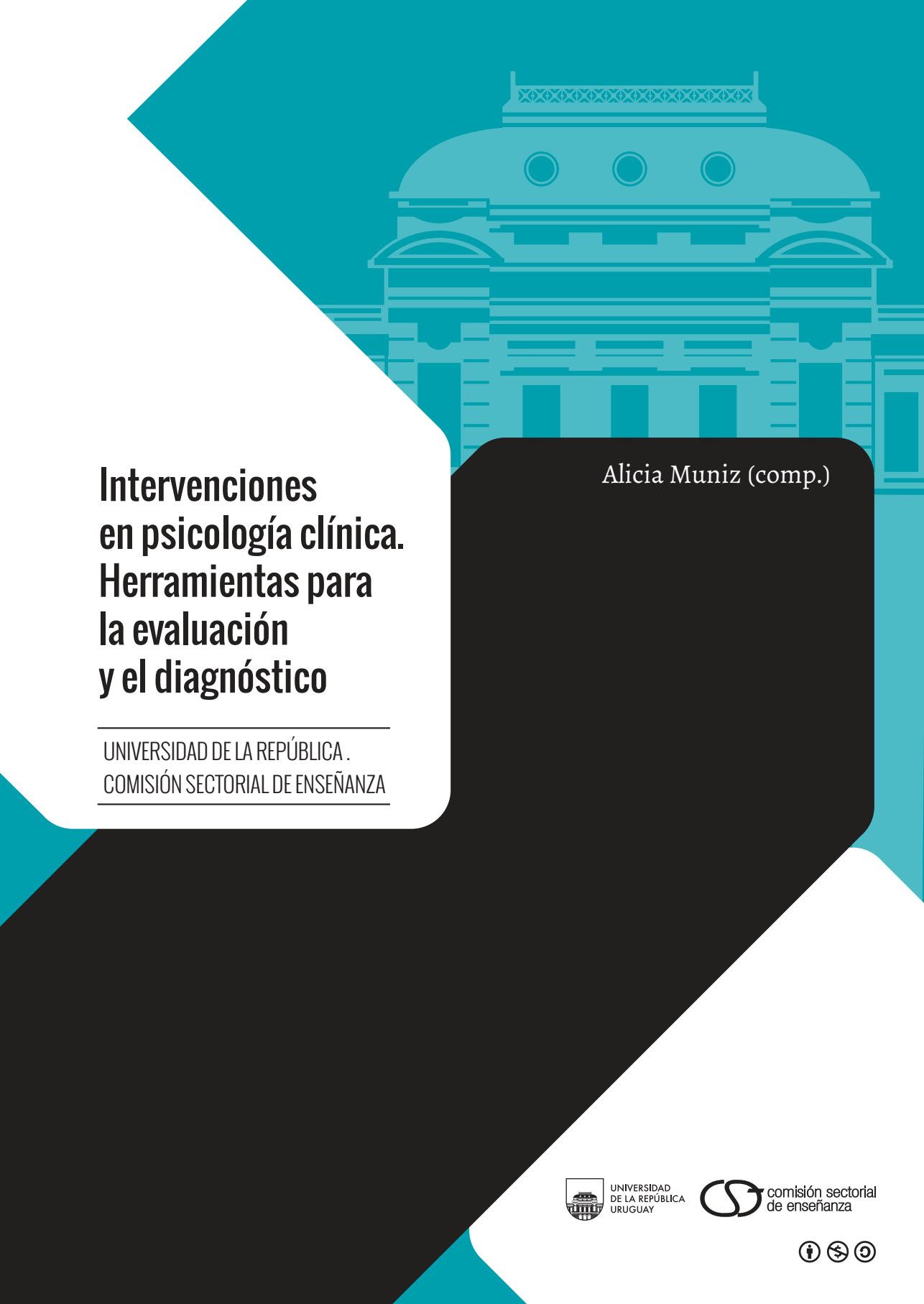




Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA .
COMISIÓN SECTORIAL DE ENSEÑANZA

Alicia Muniz (comp.)



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza



Compilación y coordinación general:
Prof. Alicia Muniz

Achard, Paula • Capnikas, Erika • Cristóforo, Adriana •
De Armas, M.^a Teresita • Dibarboure, Michel
• Kachinovsky, Alicia • Martínez, Susana
• Muniz, Alicia • Parra, Alfredo • Pérez, Andrea
• Protesoni, Ana Luz • Salvo, Lourdes • Selma, Hugo

Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Enseñanza (CSE) de la Universidad de la República.



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0, *Achard, Paula; Capnikas, Elika; Cristóforo, Adriana; De Armas, M.^a Teresita; Dibarboure, Michel; Kachinovsky, Alicia; Martínez, Susana; Muniz, Alicia; Parra, Alfredo; Pérez, Andrea; Protesoni, Ana Luz; Salvo, Lourdes y Selma, Hugo, 2018*

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

Publicaciones-Comisión Sectorial de Enseñanza, Universidad de la República
José Enrique Rodó 1854 C.P. 11200
Montevideo, Uruguay
Tel.: (+598) 24080912
www.cse.udelar.edu.uy
comunicacion@cse.udelar.edu.uy

Diseño de tapa: Gabriela Pérez Caviglia
Diagramación: Levy Apolinar
Corrección de estilo: María Lila Ltaif

Índice

Presentación.....	7
Entrevista.....	9
La primera entrevista clínica psicológica en servicios de salud.....	11
Herencias constitutivas de la entrevista clínica.....	12
Actualidad en torno a la primera entrevista clínica psicológica.....	12
Conclusiones.....	15
Objetivos del artículo.....	16
La primera entrevista como producción vincular.....	19
Ejercicio.....	23
La entrevista de juego.....	25
Importancia del juego.....	25
La función clínica del juego.....	27
Interpretación, lectura de la entrevista de juego.....	28
La entrevista con adolescentes.....	33
La entrevista con padres.....	39
Excepciones.....	43
Técnicas de evaluación y diagnóstico psicológico.....	45
Escalas e inventarios de personalidad.....	47
Ejercicio.....	55
Los tests psicológicos.....	57
La evaluación de la inteligencia.....	57
Concepto y definición.....	58
Características.....	58
Clasificación.....	58
Nociones estadísticas y psicométricas básicas.....	59
Proceso y construcción de un test.....	61
Exploración intelectual del niño y el adolescente: el WISC-III.....	63
Descripción de la técnica.....	64
Introducción al análisis cuantitativo.....	69
La versión actual: el WISC-IV.....	69
Ejercicios.....	71

Escala Wechsler de inteligencia para adultos, WAIS-III	75
Análisis cuantitativo	76
Interpretación de los resultados	76
Ejercicios	77
Algunas consideraciones acerca de las técnicas proyectivas	79
Una técnica proyectiva temática: el Test de Apercepción Temática (TAT)	80
Una investigación nacional con una técnica temática	82
Ejercicio	84
Consideraciones generales sobre las técnicas proyectivas gráficas (TPG)	87
Dibujo de la persona bajo la lluvia (PBLL)	88
El Rorschach en niños. Análisis dinámico de un caso de abuso sexual	91
La técnica de Rorschach aplicada en niños	94
Caso Liliana	98
Ejercicio.....	105
Algunas técnicas de evaluación psicológica en los adolescentes	107
Breves consideraciones sobre lo normal y lo patológico en esta etapa	107
Otras técnicas de evaluación	109
Ejercicio	111
Intervenciones	115
De la evaluación a la intervención, una mirada compleja sobre la práctica clínica	117
Ejercicios.....	119
Intervenciones en psicopedagogía clínica: el taller clínico-narrativo	121
¿Qué es la psicopedagogía clínica?.....	122
¿Qué se entiende por intervención clínica?.....	122
Psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo.....	129
Psicoterapia de grupo	129
Psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo con niños.....	135
El dispositivo.....	137
Ejercicios.....	138

Presentación

El presente manual está destinado a los estudiantes de psicología que se inician en temas de la psicología clínica a través de diferentes cursos del Plan de Estudios 2013.

Está escrito por docentes del Instituto de Psicología Clínica, adscriptos a diferentes programas que lo integran, con la peculiaridad de que todos ellos recogen una vasta experiencia en el estudio, la docencia y la investigación referidos a temas de entrevista, técnicas de evaluación e intervención psicológica.

Desde la ex Área de Diagnóstico e Intervención Psicológica del Plan 88, ha sido una constante la producción en torno a estos temas, proponiendo nuevas conceptualizaciones surgidas de la experiencia misma, es decir, de las prácticas de extensión que ininterrumpidamente se vienen realizando junto con los estudiantes de distintos niveles del grado. Prácticas y pasantías por servicios universitarios, así como los trabajados a partir de convenios con otras instituciones (ANEP, IMM, INJU, MIDES, entre otras) han permitido el acceso a demandas institucionales, familiares, individuales, que fueron abordadas a partir de diversos dispositivos surgidos de conceptualizaciones amplias.

La entrevista psicológica aquí es entendida como la herramienta príncips para acceder a esa demanda, que será un pedido de ayuda personal o bien un encargo institucional o bien un desafío a construir cuando el consultante es enviado por un tercero no presente en la consulta.

Las técnicas de evaluación son consideradas por este equipo como instrumentos para el conocimiento profundo del sufrimiento que llega a la consulta, tomando un amplio repertorio según el objetivo que se proponga. No obstante, ni la entrevista ni las técnicas de evaluación son exclusivas del ámbito clínico, sino que su uso se extiende a los ámbitos educacional, laboral, judicial, del deporte, la psicología médica, entre otros. La perspectiva y el método clínico también se aplican a estos campos de actuación del psicólogo teniendo en cuenta el objetivo y la orientación que caracterizan a cada uno de estos ámbitos. Cuando se intenta conocer, se hace utilizando herramientas ampliamente consolidadas. De ahí que diagnosticar significa ‘conocer a través’, justamente de técnicas variadas, las que el psicólogo deberá conocer en profundidad para poder seleccionar oportunamente la que mejor aporte a su tarea.

Tanto en el ámbito institucional (hospitales, servicios de salud, instituciones educativas, empresas) como en el privado (consultorio) el psicólogo necesita de dichos instrumentos para llevar adelante su práctica. Cuanto mayor sea el repertorio con que cuente, mejor podrá decidir en cada situación.

Asimismo, la intervención psicológica ha sido conceptualizada por este equipo como una forma de acción clínica que se orienta a generar un nuevo sentido al sufrimiento que porta el sujeto de la consulta o bien ante una situación planteada.

Ya no se conciben el psicodiagnóstico o la evaluación como fines en sí mismos, podrían ser investigativos pero a la vez son intervenciones porque no ocurren en un campo de acción aséptico. El psicólogo clínico no se limita a escuchar, sino que «hace con el otro», en un hacer que se diferencia del *acting* en tanto busca un sentido en el vínculo novedoso que se establece en ese encuentro único. Todo ello está atravesado por los fenómenos transfero-contratransferenciales que son considerados en la lectura de la demanda y la

estrategia que habrá que ir definiendo. Las personas no llegan pidiendo una evaluación o una terapia, lo que sería discutido por ambos términos del vínculo, sino que llegan con un pedido de ayuda, con un interrogante. Se verá cómo se resuelve esa consulta a través de una intervención que podrá o no incluir varias entrevistas, técnicas de exploración variadas en el marco de una estrategia que no está predeterminada, sino que se va diseñando paso a paso conforme va avanzando el encuentro único, inaugural y que pretenderá dejar una marca a modo de experiencia que permita una apertura más que un cierre.

PROF.^a DRA. ALICIA MUNIZ

Montevideo, abril de 2018

Entrevista

Este primer capítulo del *Manual de intervenciones en psicología clínica y herramientas para la evaluación y el diagnóstico* corresponde al tema entrevista, y se inaugura con él uno de los instrumentos príncipes del quehacer psicológico.

Desde que se ha tenido uso de ella, ha venido siendo conceptualizada con el propósito de aumentar su confianza y validez como instrumento. Importada por la psicología a un marco teórico cualitativo, debió tener respaldo en la práctica clínica para fortalecerse como instrumento de exploración de la psicología.

En este capítulo se presentan trabajos que hacen referencia a esas prácticas clínicas en las que se ha desarrollado, distintos tipos de entrevista según el ámbito y la población con la que se realiza, si bien todas parten del concepto general de entrevista, *entre-ver* a otro que demanda.

El primer trabajo que se presenta, «La primera entrevista clínica psicológica en servicios de salud», realiza un recorrido sobre la conceptualización del instrumento como primera entrevista en un proceso que puede tener diferentes caminos y que justamente por ser la primera abre el campo de la escucha a la comprensión y posibilita la intervención psicológica.

El segundo trabajo, «La primera entrevista como producción vincular», va a enfocar la entrevista como generadora del vínculo psicólogo-consultante, poniendo en juego todos los constituyentes de la entrevista: motivos de consultas, demandas, transferencias.

A continuación, «La entrevista de juego», la técnica por excelencia en el trabajo con niños, presenta conceptos propios como el de la importancia del juego en el desarrollo psicológico y en la formación del psiquismo, generando así una modalidad de comprensión de la conflictiva infantil y por lo tanto de intervenir sobre ella. Se ha tenido que adecuar además a los diferentes momentos, dado que los requerimientos epocales llevan consigo distintos tipos de juegos y juguetes.

«La entrevista con adolescentes», por su parte, también ha tenido que acompañar estos cambios y rápidamente incluir las innovaciones tecnológicas en el manejo del instrumento: las problemáticas adolescentes, así como las modalidades de sufrimiento de los jóvenes, de sus padres son también diferentes, los contextos históricos familiares así lo determinan.

Por último, «La entrevista con padres», en la que estos pasan a ser portavoces del consultante, así como protagonistas de la consulta por ese niño que denuncia a través de su síntoma un funcionamiento familiar que produce sufrimiento. Las características de la técnica de la entrevista con padres representan para el clínico un desafío ético y técnico que merece un recorrido especial.

La primera entrevista clínica psicológica en servicios de salud

Mag. Ps. Ana Luz Protesoni¹

entrevoir: verse el uno al otro

La entrevista psicológica en un sentido amplio implica un encuentro entre un sujeto (uno o muchos) y un psicólogo. Es esta una de las herramientas privilegiadas de la psicología, que se utiliza en diversos ámbitos (laboral, educacional, social, comunitario) y muy especialmente en el de la clínica psicológica, al cual se referirá este capítulo.

El surgimiento de la clínica psicológica es immanente al desarrollo disciplinar, aparece entrelazada con el método clínico y este a su vez con la entrevista. Emerge una clínica vinculada al ámbito del diagnóstico, de la evaluación, de la psicoterapia, aplicada a áreas tales como el fracaso escolar o los desvíos psicológicos (la psicopatología).

Las nuevas políticas desarrolladas a partir del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y concretamente del Plan Nacional de Salud Mental (2012) tienden a ampliar la asistencia en sus diferentes niveles y a promover la implementación de:

... intervenciones psicosociales y abordajes psicoterapéuticos, en el entendido [de] que estos se basan en la relación profesional y humana de uno o varios usuarios con uno o varios técnicos, utilizando determinados procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo para promover cambios, buscando aliviar un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos. (p. 2)

La entrevista psicológica vuelve a quedar colocada en un lugar privilegiado dentro de los «procedimientos».

Específicamente a través de la entrevista clínica se apunta a recepcionar el o los padecimientos, comprender qué le pasa al sujeto que consulta, elaborar hipótesis sobre la etiopatogenia de la problemática, definir cuál es la mejor estrategia de tratamiento para su resolución, generando una orientación. Pero para que todo esto sea posible, se debe construir en la instancia de entrevista un vínculo apropiado.

En un contexto creciente de los servicios de salud mental, de ampliación de la población que accede a primeras entrevistas psicológicas y por lo tanto de planteamiento de nuevas problemáticas y modos de intervención psicológica, cabe preguntarse sobre la adecuación de ese instrumento príncipes: la entrevista.

Este artículo plantea una revisión bibliográfica sobre los desarrollos con relación a la entrevista psicológica en servicios de salud, tomando como eje los fundamentos teóricos y las características técnicas de la primera entrevista psicológica.

1 Responsable del proyecto de investigación (I+D CSIC-2014) junto con la Prof.^a Agda. Julia Tabó y el equipo de investigadores: Prof.^a Adj. Nancy López, Prof. Agdo. Luis Giménez y Prof.^a Adj. Julia Pereda: «Primera entrevista psicológica en servicios de salud mental de ASSE de la ciudad de Montevideo y área metropolitana».

Herencias constitutivas de la entrevista clínica

Como se refería en el apartado anterior, la entrevista clínica psicológica nace en el contexto de la evaluación, el diagnóstico y los tratamientos, y posteriormente va ganando especificidad adaptándose a ámbitos y problemáticas determinados. Su desarrollo tiene dos vertientes, una vinculada al diagnóstico, con una fuerte incidencia de la entrevista exploratoria, originada en la psiquiatría de orientación biológica. Otra vertiente se vincula al campo del tratamiento psicológico-psicoanalítico, en la que se busca a partir de la entrevista reconstruir escenarios en los cuales se actualizan relaciones objetales a partir de los juegos transferenciales entre paciente y psicoterapeuta.

Kraepelin (1999) inaugura la entrevista clínica diagnóstica en su interés por explorar minuciosamente los síntomas de los pacientes, clasificar los trastornos mentales, apuntando a reconstruir la historia clínica del consultante.

Para Freud (1980) y el psicoanálisis, la entrevista es un medio para fomentar la comunicación espontánea, la asociación libre, recabar información y, por sobre todo, «curar».

Los aportes de la entrevista diagnóstica exploratoria psiquiátrica se entrelazan con los desarrollos del psicoanálisis y viceversa. La entrevista se va nutriendo y conformando tomando de fuentes diversas, la «anamnesis» de Deutsch (1939), la entrevista biográfica de Sullivan (1954).

En los años 70, el conductismo acentúa la valoración de la entrevista como instrumento para el análisis funcional de la conducta y propone un manejo metodológico que garantice fiabilidad y validez (Kanfer y Saslow, 1965). Aparecen las entrevistas estandarizadas con propósitos diagnósticos, como la SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I) (First, Spitzer, Robert, Gibbon y Williams, 1996), con el fin de asegurar que el entrevistador pueda, a través de su técnica, llegar a conclusiones diagnósticas fiables o formular hipótesis de intervención válidas.

Por su parte, desde el psicoanálisis (en sus diversas perspectivas) se continuó generando aportes al campo de la entrevista. Balint (1961) aporta el análisis de la contratransferencia. Janssen (1994) aporta una técnica psicoanalítica de primera entrevista que combina la entrevista psicoanalítica, la anamnesis biográfica y un diagnóstico de desarrollo psicoanalítico. Laimbock (2000) diferencia entre conducir psicoanalíticamente una entrevista y diagnosticar. Doering y Schussler (2004) describen una primera entrevista psicodinámica como una secuencia de la primera entrevista psicoanalítica, la evaluación psicopatológica exploratoria y la anamnesis biográfica. Kernberg (1981) elabora una entrevista estructural para pacientes limítrofes cuyo objetivo es comprender el nivel estructural del paciente; en ella intercala secciones estructuradas exploratorias y otras no estructuradas, y pone el foco en las relaciones interpersonales y la transferencia.

Actualidad en torno a la primera entrevista clínica psicológica

Para dar cuenta del estado actual con relación a la entrevista clínica psicológica, se procedió a una revisión de artículos y libros de habla hispana y portuguesa del año 2000 al 2015 en los cuales se hiciera referencia a la entrevista psicológica y las herramientas teóricas y técnicas.

Se encontraron tres manuales de entrevistas con fines didácticos.

El manual del *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado* (Cierpka y grupo de trabajo

OPD2, 2008) tiene un apartado referido a la entrevista inicial. Esta tiene un claro objetivo diferencial que es determinar qué tipo de terapia es apropiada para un paciente en particular. La entrevista OPD pertenece a la cuarta generación de entrevistas psicodinámicas (Dahlbender, 2004) y tiene la cualidad de ser una entrevista cíclica, multiaxial y multimodal. Cíclica porque pasa del formato no estructurado al estructurado con alternancia. Comienza con un formato abierto y propone una actitud básica psicoanalítica cuyo fin es activar las relaciones objetales infantiles en la transferencia-contratransferencia. Va promoviendo la circulación entre momentos exploratorios y estructurados con el fin de ir obteniendo elementos de la anamnesis biográfica y detectando síntomas psicopatológicos a los efectos de recabar información sobre los sistemas diagnósticos de los ejes del OPD2, DSM IV y CIE - 10.² Es una entrevista multiaxial en tanto toma como referencia para la escucha, el análisis y las intervenciones los cinco ejes del OPD2: I) vivencia de enfermedad, II) patrón relacional central, III) conflicto, IV) estructura y V) diagnóstico sindromático. Se la considera una entrevista multimodal en tanto integra el modelo psicodinámico y el modelo biológico. Propone la utilización de intervenciones de tipo aclaratorias, confrontativas o interpretaciones con un fin exploratorio de las posibilidades estructurales del paciente. Finaliza con una devolución en la que se resume la problemática, se construye una hipótesis y se define una estrategia de intervención que se considera adecuada para ese momento en ese paciente.

El manual coordinado por Perpiñá Tordera (2012), elaborado por psicólogos clínicos de diversas universidades de España, pretende generar un ordenamiento con relación a la entrevista. Esta es considerada una herramienta de alta «complejidad y versatilidad en tanto no solo se limita al campo de la evaluación y el diagnóstico, sino que cumple otras muchas finalidades» (p. 5). Parte de una definición amplia y genérica de la entrevista psicológica como instrumento que persigue fines de diagnóstico, evaluación, derivación, orientación e intervenciones. Toma autores de diversas procedencias teórico-técnicas, pero básicamente de teorías dinámicas, fenomenológicas y cognitivo-comportamentales. Sintetiza algunos elementos del encuadre tales como el espacio físico y el mobiliario de la entrevista, el manejo del tiempo y las modalidades de registro. Plantea los juegos de roles en la entrevista, de interacciones psicólogo-paciente como aquello que posibilita generar empatía y *rappor*t, elementos sustanciales junto con la comunicación verbal y no verbal. Detalla de las herramientas técnicas de la entrevista la escucha activa y el saber intervenir. Clasifica las intervenciones en no directivas (paráfrasis, reflejo de emociones, recapitulación, clarificación, autorrevelación) y directivas (indagación, interpretación, confrontación, afirmación, información, orientación). Los objetivos que plantea para la entrevista clínica refieren a la evaluación, el diagnóstico, la resolución de un problema y una función terapéutica. Finaliza el manual con los diferentes tipos de entrevista según ámbitos: salud, selección de personal, marketing, educación.

El manual sobre entrevista inicial de la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología (AMAPSI) (Cabrera, Rojas, Vargas y Díaz, 2006) tiene la finalidad de desarrollar competencias (habilidades, conocimientos y destrezas) en torno a la entrevista, pautando una guía para su entrenamiento. Plantea que la entrevista clínica tiene por objetivo explorar la problemática del paciente y los recursos con los que cuenta para identificar los factores

2 OPD2: Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado - DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, American Psychiatric Association - CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades.

que generaron el problema y aquellos que lo mantienen. La finalidad de la entrevista es crear alternativas de solución y generar estrategias de intervención.

El manual provee fichas que van pautando y secuenciando la información a recabar: datos personales; motivo de consulta; anamnesis; cuadro clínico; factores desencadenantes; soporte familiar, social, laboral; conclusiones (descriptivas e hipotéticas); pronóstico (con y sin psicoterapia); análisis semiótico.

En la búsqueda realizada se encontraron seis artículos que trabajan sobre la entrevista centrándose en algún aspecto conceptual. Cinco de ellos refieren a la entrevista inicial de tratamientos y uno a la entrevista como herramienta de evaluación no tipificada, entre otras herramientas como la observación.

El artículo de Silveira, Silveiras y Marton (2005) se centra en la *alianza terapéutica* como elemento fundante de cualquier otra intervención posterior. La construcción de una alianza terapéutica requiere entrenamiento, según constatan en la investigación realizada, en la que analizan los resultados obtenidos de entrevistas hechas por estudiantes de inicio de la formación y aquellas realizadas por profesionales con experiencia. Constataron una mayor adhesión a los tratamientos en los pacientes atendidos por profesionales experimentados en su primera entrevista.

Maffiol y Mateus (2008) destacan y profundizan sobre la comunicación y la relación interpersonal que se establece entre los sujetos de la consulta como elemento sustancial. Definen un modelo metaposicional a tener en cuenta en las entrevistas. Otros artículos refieren a la entrevista psicodinámica, tales como el de Yasky (2005), el de Figueroa (2003) o el de Vieira de Almeida (2004), que sistematizan autores fundantes de orientación psicoanalítica destacando aspectos relevantes de la entrevista a los efectos de garantizar el éxito en el inicio de una psicoterapia. Yasky destaca la importancia de trabajar sobre el motivo de consulta y valorar si están dadas las condiciones para que el paciente inicie un tratamiento. Figueroa revaloriza la entrevista inicial destacando que en ella se genera un material original e irrepetible al que hay que estar atento a los efectos de no perder la oportunidad de entender los conflictos ocultos más decisivos.

Se encontró un solo artículo referido a la entrevista como herramienta de evaluación no tipificada (Piacente, 2009).

Se encontraron diez artículos referidos a la entrevista clínica psicológica como herramienta utilizada ya sea en *ámbitos específicos* (forense, salud mental, hospitales, perinatal), ante *problemáticas* particulares (drogodependencia, tartamudez), o en función de la *población objetivo* (pareja, familia, niños). Cada uno de los artículos desarrolla alguna herramienta específica vinculada con el ámbito, la problemática o la población asistida, que integra a un marco referencial básico de entrevista clínica psicológica.

Vilariño Vázquez, Arce Fernández y Fariña Rivera (2013) proponen un ajuste en la entrevista clínica a los efectos de cumplir con los objetivos de la evaluación forense. Estos son: diagnosticar el daño psicológico (trastorno de estrés postraumático, TEP), realizar un diagnóstico diferencial de simulación y establecer una relación causa-efecto entre los hechos denunciados y el daño. Para tales fines incluyen dos herramientas: la reinstauración de contextos y el recuerdo libre, y un sistema categorial metódico de análisis de contenido para el diagnóstico del daño psicológico y diferencial de simulación.

Para el ámbito de la salud mental, Pereyra (2010) revaloriza el arte del interrogatorio, proponiendo elasticidad al tiempo que un ordenamiento elemental de las preguntas destinadas a conocer la orientación *autopsíquica* del paciente, su orientación en tiempo y lugar, su conciencia de la situación y la noción que posee de su enfermedad.

Salamero Baró, Peri Nogués y Gutiérrez Ponce de León (2003) desarrollan las particularidades de la entrevista en el ámbito hospitalario. Oiberman (2000) reformula la entrevista psicológica incluyendo un *diseño óptico* para el diagnóstico en situaciones perinatales. Con *diseño óptico* pone especial énfasis en la observación pautada del vínculo madre-hijo en las primeras horas.

Ferreira y Barbieri (2009) plantean, ante la problemática de un paciente afásico (niño), incluir en la entrevista inicial recursos para la evaluación tales como relatos de historias y dibujos que son analizados a partir de referentes psicoanalíticos.

Maganto Mateo y Cruz Sáez (2003) también incluyen en la entrevista inicial técnicas específicas para valoración en la atención a pacientes con consumo problemático de sustancias.

Otro grupo de artículos refieren a la especificidad de la entrevista clínica con parejas, familias o niños.

Tapia-Villanueva y Molina (2014) plantean la construcción de un vínculo empático como un elemento central en la entrevista clínica con parejas. Fundamenta que es a través de este que se puede favorecer la formación de un sistema terapéutico intersubjetivo y triádico. Otro de los aspectos que destacan es la coconstrucción del motivo de consulta, la definición en conjunto con la pareja del problema que viven desde una perspectiva relacional, lo cual implica la identificación de las pautas interaccionales.

Nonato Machado, Féres-Carneiro y Seixas Magalhães publican dos artículos (2005 y 2011) en los que trabajan sobre la entrevista clínica familiar. En uno describen la aplicación del *arte-diagnóstico familiar* (ADF) como un instrumento de evaluación y construcción de la demanda familiar, aproximando las motivaciones individuales de cada integrante, con el fin de crear una demanda conjunta. En el otro artículo profundizan en la noción de demanda familiar compartida y su construcción a partir de la queja explícita con la que llegan a la consulta.

Silva (2002) sistematiza en su artículo los fundamentos de la entrevista de juego en el niño y los sistemas de análisis en el psicoanálisis.

Conclusiones

La entrevista es la herramienta principal del psicólogo clínico, pues tiene la cualidad de ser versátil y flexible, se moldea según la finalidad, se adapta a las necesidades del entrevistado y al estilo personal del entrevistador.

La entrevista clínica psicológica conjuga herencias divergentes y se nutre de múltiples fuentes.

El rastreo bibliográfico da cuenta de que los objetivos con los cuales se utiliza la entrevista desde el año 2000 siguen siendo afines a aquellos que dieron lugar a su origen: evaluación, diagnóstico y tratamiento. Pero su campo de aplicación no solo se ha multiplicado en cantidad, sino también en multiplicidad, requiriendo desarrollos ajustados a las especificidades conquistadas de acuerdo a las problemáticas y los ámbitos de inserción de la clínica psicológica. La entrevista aparece como una herramienta para conocer quién es ese sujeto que consulta: qué le pasa (diagnóstico) y a qué se debe su sufrimiento (etiopatogenia), pero también se la plantea como un instrumento que permite discernir qué tipo de intervención es la más ajustada. Por otro lado, se constata que la entrevista ha ganado en especificidad, adosando al marco general instrumentos cada vez más precisos

según la población a atender, las problemáticas que plantean los consultantes y el ámbito clínico.

Parecería que la primera entrevista clínica psicológica, la entrevista inicial, se ha constituido en sí misma en un recurso de resolución que no necesariamente conduce a procesos diagnósticos o terapéuticos. Estas transformaciones podrían estar dando cuenta de requerimientos de resolución de problemáticas clínicas en la puerta de entrada misma de la consulta. Indagar sobre estas cuestiones que interpelan al instrumento en sus aspectos teóricos y técnicos será el objetivo del trabajo de campo que se propone esta investigación que está en curso.

Objetivos del artículo

- Fundamentar la importancia de la entrevista como herramienta principal del psicólogo clínico.
- Aportar a la comprensión de la herramienta aproximando una dimensión histórica.
- Dar cuenta del estado del arte con respecto a la entrevista clínica.

Luego de leer este capítulo, usted podrá contestar estas preguntas:

¿Por qué se puede considerar la entrevista como la herramienta príncipes del psicólogo clínico?

¿Cuáles son las dos herencias que diagraman los tipos de entrevistas clínicas?

¿Qué indica el estado del arte con respecto a la entrevista clínica?

Bibliografía

- Cabrera E. A., Rojas G.G., Vargas M.J., Díaz G. C. (2006). *Primera Entrevista*. Recuperado de: www.amapsi.org/documentos/formato-primera-entrevista-guia.doc
- Balint, M. (1961). *Psychotherapeutic techniques in medicine*, Londres, Tavistock, 1961
- Cierpka, M. (ed.); Grupo de Trabajo OPD. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD – 2)*. *Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder
- Ferreira, B., & Barbieri, V. (2009). Subvertendo a avaliação psicológica: o emprego do procedimento de desenhos-estórias em um paciente com gagueira. *Psicologia: teoria e prática*, 11(2), 17-37.
- Figueroa, M. (2003) *La primera entrevista en psicoterapia dinámica: formulación y validación*. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría* ISSN: 0717-9227
- First MB; Williams Janet BW; Spitzer Robert L; Gibbon M. (1996). *Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis I Disorders (SCID)*. American Psychiatric Publishing Inc. (APPI)
- (2011). Entrevistas preliminares em psicoterapia de família: Construção da demanda compartilhada. *Revista Mal-estar e Subjetividade* vol. XI, núm. 2, junio, 2011, pp. 669-699 Universidade de Fortaleza Fortaleza, Brasi
- Freud, S. (1980). La iniciación del tratamiento. En *Obras Completas: Sigmund Freud* (Tomo XII). Amorrotu: Buenos Aires. (Trabajo original publicado en 1912).
- Deutsch, F. (1939). *The associative anamnesis*. En *Psychoanalytic Quarterly* 8, 1939, pp 354 – 381.
- Doering, S. y Schubler, G. (2004). *Theorie und praxis der psychodynamischen. Diagnostik, indikationsstellung und therapieplanung*. En W Hiller, S. Sulz y F. Leichsenring (eds), *Lehrbuch der psychotherapie- Ausbildungsinhalte nach dem psychotherapeutengesetz*, Munich, CIP Medienverlag, 2004.
- Ferreira, I. y Barbieri, V. (2009). Subvertendo a avaliação psicológica: o emprego do procedimento de desenhos-estórias em um paciente com gagueira. *Rev. Psicologia: Teoria e Prática*
- Laimbock, A. (2000). *Das psychoanalytische Erstgespräch*, Tübinga, Diskord, 2000.

- Janssen, P. L. (1994). *Zur psychoanalytischen Diagnostik*, en P.L. Janssen y W Schneider (eds.) *Diagnostik in Psychotherapie and Psychosomatik*, Stuttgart, Fischer, 1994.
- Kanfer, F. H. y Saslow, G. (1965). *Behavioral analysis*. *Archives of General Psychiatry*, 12, 528-538.
- Kernberg, O. F. (1981). *Structural interviewing*. En *The psychiatric clinic of North America* 4, 1981, pp 169-195.
- Kraepelin, E. (1999). *Cien años de psiquiatría*. Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría. ISBN 978-84-95287-01-4.
- Maffiol, L. y Mateus, S. (2008) La entrevista metaposicional: modelo de comunicación efectivo y eficaz. Rev. Tesis Psicológica ISSN: 1909-8391
- Maganto Mateo, C., Cruz Sáez, M. (2003). La entrevista psicológica. En: Beneit Montesinos, J., Carabantes Alarcón, D. y García Carrión, C. (Eds.) *Drogodependencias e Internet: utilidades prácticas y guía de valoración de recursos web en español sobre drogodependencias*. ISSN: 84-96094-16-2
- Nonato Machado, R., Féres-Carneiro, T. y Seixas Magalhães, A. (2005). *Demanda clínica en psicoterapia de familia: Arte-Diagnóstico Familiar como instrumento facilitador*. Revista *SciELO - Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro* - ISSN: 0716-6184
- (2011). *Entrevistas Preliminares em Psicoterapia de Família: Construção da Demanda Compartilhada*. Rev. *Revista Mal-estar e Subjetividade*
- Oiberman, A. (2000). Un nuevo instrumento diagnóstico en situaciones perinatales: la entrevista psicológica de diseño óptico. *Investigaciones en Psicología: Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. ISSN: 0329-5893
- Pereyra, C. (2010). El valor del interrogatorio al paciente en salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* ISSN: 0001-6896
- Perpiñá Tordera, C. (coord.) (2012). *Manual de entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. Ediciones Pirámides: versión digital. Recuperado de: <https://www.academia.edu/5051180/MANUAL-DE-LA-ENTREVISTA-PSICOLOGICA>
- Plan Nacional de Salud Mental (2012). Recuperado el 20 de mayo de 2014 de www.asse.com.uy/uc_5231_1.html
- Salamero Baró, M., Peri Nogués, J., Gutiérrez Ponce de León, F. (2003). La evaluación psicológica en el ámbito hospitalario. En *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. - Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla (Eds.). ISSN: 84-330-1804-3
- Silva, I. (2002). La técnica de la entrevista de juego en clínica infantil. Rev. *Información Psicológica* - ISSN: 0214-347X
- Silveira, J., Silveiras, E. y Marton, A. (2005). La entrevista clínica inicial en la percepción de terapeutas y padres: alianza terapéutica en la entrevista clínica inicial. Rev. *Encontro*. ISSN: 1676-5478
- Sullivan, H. S. (1954). *The psychiatric interview*. Academic Press: Nueva York, 1983
- Tapia-Villanueva, L. y Molina, M. (2014). Primera entrevista en terapia de pareja: co-construcción de un encuentro situado. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. ISSN: 0034-7388
- Piacente, T. (2009). Instrumentos de evaluación psicológica no tipificados. Observación, entrevista y encuesta. Consideraciones Generales. Recuperado de: http://www.psico.unlp.edu.ar/catedras/evaluacionpsicologica/material2012/mat_didac_sistem/2-entrevista.pdf
- Turkat, I. D. (1985). *Behavioral case formulation*. Nueva York: Plenum Press.
- Vieira de Almeida (2004). La entrevista psicológica como un proceso dinámico y creativo. PSIC. Revista de Psicología da Vetor Editora ISSN: 1676-7314
- Vilarinho Vázquez, M., Arce Fernández, R. y Fariña Rivera, F. (2013). Entrevista clínico forense: fiabilidad y validez para la evaluación del daño psicológico. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context* ISSN: 1889-1861
- Yasky, P. (2005). Las entrevistas iniciales. Rev. *Terapia Psicológica* ISSN: 0716-6184

Objetivos del Artículo

- Fundamentar la importancia de la entrevista como herramienta principal del psicólogo clínico.
- Aportar a la comprensión de la herramienta aproximando una dimensión histórica.
- Dar cuenta del estado del arte con respecto a la entrevista clínica.

Luego de leer este capítulo ud, podrá contestar estas preguntas:

- Porque se puede considerar la entrevista como la herramienta princep del psicólogo clínico?
- Cuales son las dos herencias que diagraman los tipos de entrevistas clínicas?
- Que indica el estado del arte con respecto a la entrevista clínica?

La primera entrevista como producción vincular

Mag. Ps. Sandra Sena

Una situación vincular tiene algo de imprevisible y cada uno deberá enfrentar sus vicisitudes.
I. BERENSTEIN, *Del ser al hacer*, 2007.

La entrevista clínica es una técnica ampliamente reconocida tanto para la consulta psicológica en sus diferentes ámbitos como para la investigación. Mucho se ha escrito sobre ella, las modalidades posibles, sus diferentes usos, su encuadre, los roles durante su desarrollo, los fenómenos transferenciales y contratransferenciales.

Con referencia al ámbito clínico es un instrumento de gran versatilidad y plasticidad, que puede ser adaptado a una variedad de situaciones clínicas. Se utiliza en general como primera aproximación a una consulta, ya que es la técnica elegida para el primer encuentro con un consultante.

Con respecto a este primer encuentro y en el marco de una consulta psicológica tal como la define Abel Fernández (1994), los estilos posibles para llevarla adelante se relacionarán con los contenidos a explorar así como con los objetivos atribuidos a ella. Dos aspectos que parecen ineludibles serían el motivo de consulta y la demanda; son las características del consultante, sea este una persona o un grupo, lo que definirá los aspectos técnicos a emplear.

La forma que adquiera esa primera entrevista promoverá un tipo de vínculo consultante-psicólogo, lo que permitirá una mayor o menor expresión del primero de las ansiedades despertadas por su padecer a la vez que por el primer encuentro con el profesional. Las características del vínculo que se inaugura serán uno de los aspectos que incidirán en la concreción de los objetivos a plantearse para el proceso de consulta, ya sea como un facilitador o como un obstáculo.

Fernández Ballesteros (2011) entiende que el primer encuentro puede tener la característica de ser más o menos estructurado, de acuerdo con los objetivos y el contexto en el que se desarrolla, así como con la forma en que se busca configurar ese espacio y la participación de quien consulta. Considera que la calidad de la información obtenida, refiriéndose a la información a recabar sobre la situación de consulta, variará de acuerdo al nivel de estructuración de la entrevista, y establece que la entrevista estructurada será la que realizará un mayor aporte en este sentido.

¿Cuál será entonces el objetivo de una primera entrevista? ¿Recopilar información? ¿Qué tipo de información?

La utilización de este formato estructurado implica un determinado posicionamiento epistemológico del profesional respecto de su lugar en ese espacio y por ende del espacio «cedido» al consultante. Predispone una escucha determinada, pauta, restringida y seguramente preestablecida con anterioridad al encuentro. Deja por fuera, recorta desde un antes, condiciona desde la escucha y puede ser utilizada por el psicólogo como una forma de ampararse en su campo de saber.

- Denominaremos *consultante* a la o las personas que participan en una consulta psicológica, diferenciándolo de denominaciones como *paciente*, *analizado*, que corresponden a otros encuadres de trabajo.

- La noción de *vínculo* ha sido ampliamente trabajada en las teorizaciones del psicoanálisis vincular. En este marco se atribuye particular importancia al espacio intersubjetivo, diferenciándolo de las relaciones de objeto o espacio intrasubjetivo. Lo vincular requiere del «efecto de presencia», ya que la imposición que surge de él obliga a un hacer.
- Para profundizar en este tema, se sugieren Pachuk y Friedler (1998), y Berenstein (2004).

Adhiero a un modelo de entrevista inicial menos estructurado, es decir, abierto. La entrevista abierta ofrece un espacio que pretende ser maleable, plástico, y se acompaña de una escucha también flexible, que promueve el despliegue del sufrimiento a la vez que las explicaciones que ha construido quien consulta respecto al origen de sus malestares. Nos permitirá aproximarnos a los recursos intelectuales y emocionales con que cuenta, así como reposicionar el motivo de consulta manifiesto, aportando a la comprensión de los aspectos menos manifiestos de la problemática presentada, además del acceso a otros niveles para la comprensión del malestar.

Un aspecto central de este primer encuentro es el referido a la producción vincular que allí se gesta. La producción de un vínculo es una instancia «singular e irrepetible» (Berenstein, 2007: 118).

Se jugarán aspectos del consultante, área esta que ha sido bastante estudiada, proponiéndose desde la literatura científica distintas formas de abordar los diferentes funcionamientos psíquicos, diferentes momentos vitales y evolutivos. Sin embargo, suele atribuirse menos importancia a los aspectos aportados por el psicólogo. Se jerarquizan el marco teórico, la formación específica, la psicoterapia personal, y quedan en segundo plano algunos aspectos más subjetivos, tales como las fantasías respecto de la consulta y el consultante que se despliegan desde la derivación o la llamada, los estilos personales, las circunstancias vitales por las que transita.

Históricamente los estudiosos (Bleger, 1984; Siquier de Ocampo, 1987; Lunazzi, 1992) que han teorizado sobre la entrevista abierta han jerarquizado que esta permite que el consultante configure el campo, como si la participación del psicólogo se limitara a un rol de mero «observador» o «evaluador» cuya presencia no tuviera incidencia. Algunos otros le otorgan un lugar de observador participante (Veccia, 2008) e indican que su presencia introduce modificaciones, las que influyen «en el campo de observación» (p. 26).

En esta línea de reflexión expresa Hornstein (2012): «La iniciación de un análisis supone la interrelación de dos historias. Es obvio que el analizado trae la suya. En cambio, suele escabullirse que el analista la trae. Una historia personal, teórica, analítica, práctica, institucional y social» (p. 8).

Reflexión pertinente y aplicable al inicio del vínculo consultante-psicólogo, que podrá constituirse en una instancia inaugural o inscribirse como una mera repetición que se incluya en una continuidad para ambos. Este último aspecto se relacionaría con la utilización de una estrategia formateada, que no considere las particularidades de ese consultante y para

esa situación de consulta con un psicólogo que anteponga un marco teórico de referencia al encuentro posible. Continuando con las expresiones de Luis Hornstein (2012): «Las teorías, cuando se las congela para conservar la identidad, son solo *contraseñas*» (p. 10).

Vale la pena preguntarse si de esta forma sería posible constituir una instancia con potencial subjetivante, o si iríamos en la línea de la destitución de la subjetividad promoviendo un lugar objetalizado.

Marcelo Viñar (2001), quien trabaja sobre la construcción de la narrativa histórica, resalta la importancia para esta del encuentro, de lo intersubjetivo, en la determinación de la producción de ese relato, y señala que este variará de acuerdo con a quién vaya dirigido, a quién sea el interlocutor. Este es un aspecto para tener en cuenta cuando problematizamos el encuentro consultante-profesional, en el que adquiere significación el otro concreto que participa en la configuración de esa situación particular, variando la potencia del encuentro, que será influenciado por el estilo personal de cada psicólogo, además de por el género, la edad, entre otros.

La historización del padecer, o cuando menos de la preocupación que trae a una persona a una situación de consulta, se configura en un espacio, un tiempo y una relación con un determinado profesional. Se construye con un otro y para un otro.

La escena que se desarrolla toma cuerpo en ese «entre» y es inseparable de él. Este «entre», tal como lo piensa Tortorelli (2006), solo existe y puede ser construido por la presencia de esos actores, y es exclusivo de ese vínculo, de ese espacio, de ese encuentro y sus vicisitudes. Este «entre» une y separa a la vez y se establece en encuentro y diferencia.

La situación de consulta configura un borde donde uno no existe sin el otro. Esta autora propone «pensar no lo vincular sino desde lo vincular» (Tortorelli, 2006: 185). Continúa diciendo sobre el final de su desarrollo que debemos pensar «lo vincular como producción y no como relación» (p. 192). Y concluye:

Devenir o diferir —por tomar dos propuestas diferentes— no implican elementos previos o ya constituidos puestos luego en movimiento o en relación. Esta es la razón por la cual lo vincular no parece poder asimilarse ni a lo inter-subjetivo ni a lo relacional. Devenir o diferir —este ir y venir irreductible— constituye, a la vez que destituye, «aquello» que, se supone, difiere. Así, uno nunca será el término de una relación sino el efecto de un proceso de diferenciación, perpetuo, polémico y por siempre hospitalario. (p. 193)

Lo vincular no tiene lugar por fuera del sujeto, no lo rodea o lo envuelve; dado que el sujeto es producción del vínculo, este es constituido y destituido en él y no frente a él o por fuera de él, ya que «los vínculos son simbolizaciones abiertas que en el choque de repetición y diferencia permiten la emergencia de lo nuevo» (Hornstein, 2012: 11).

Pensar el encuentro consultante-psicólogo desde una perspectiva vincular reposiciona el lugar del profesional respecto de la forma en que históricamente se ha pensado, trayendo al foco que su presencia produce efectos en el consultante, ya que la presencia «impone»; al decir de Berenstein (2007), se necesita hacer algo con eso, requiriendo de un trabajo que considera bidireccional. Expresa en ese sentido: «Al encontrarse se desencadena un “hacer” desde el Dos» (p. 31), lo que conduce a una incertidumbre, ya que lo que se producirá es desconocido e inédito. Esta incertidumbre también afecta al psicólogo, es una situación que impone un trabajo, lo que constituirá condición de oportunidad para el surgimiento de algo nuevo, y destaca como fundamental la posibilidad de producir algo novedoso en un encuentro clínico.

¿Quiénes deben venir a ese primer encuentro? Es posible que nos consulten quiénes deben participar en ese primer encuentro, desde el primer contacto, que puede ser a través de una llamada telefónica, aspectos que algunos autores conceptualizan como pre-texto (Fernández Ferman, 1994).

¿Definimos quiénes llegan a una primera entrevista? Esto es posible. Puede definirlo el profesional, o podemos devolver el nivel de decisión al consultante. Cualquiera de estas opciones puede ser válida, siempre que se fundamente en una hipótesis y/o una metodología de trabajo. Lo importante es que cualquiera sea el posicionamiento elegido por el psicólogo, este generará efectos.

En general prefiero dejar en el terreno del consultante la definición de quiénes llegan a un primer encuentro. Quiénes lleguen y cómo lleguen a una primera entrevista configura una escena única e irrepetible que permitirá visibilizar algunos aspectos del nudo problemático que los convoca a la consulta.

Me parece interesante ejemplificar este punto con una viñeta:

En un servicio oficial abierto a la comunidad y relacionado con el Instituto de Niño y el Adolescente del Uruguay, donde generalmente se atiende con horas previamente agendadas, recibo el siguiente planteo:

«Viene un papá joven con su hijo, un niño que debe tener unos cinco años, el niño viene llorando a mares, el padre dice que no puede con él, que no le hace caso, que lo trajo para que vea que existen lugares como este. ¿Los podés atender?».

Accedo a la solicitud y entonces se me pregunta: «¿Los hago pasar a los dos?».

Esta pregunta se inscribe en el hábito de que generalmente hago pasar a todos los que se sienten convocados al encuentro, como indicaba unos párrafos más atrás.

Sin embargo, en esta situación elijo responder que pase solo el padre. Esta decisión se fundamenta en una reflexión: un padre desbordado posiblemente comenzará la entrevista con una catarsis; un niño angustiado y pequeño que no debe recibir todo ese desborde que podría incluir expresiones negativas respecto de él. Por otra parte, no sé si podré contener a ese padre (en la medida en que no lo conozco), o cuánto tiempo me llevará lograrlo, así que decido evitar al niño esa situación.

El recorte que se realizó de la situación produjo una escena que permitió visibilizar algunos aspectos al tiempo que invisibilizó otros. Tuvo que ver con lo que disparó la escena descrita, que operó como pre-texto, y la escucha que como profesional se pudo realizar de ella. Estos aspectos que se jugaron, ligados a una determinada posibilidad de escucha, posibilitaron la configuración de un particular escenario. Otra y desconocida es la escena que podría haberse desarrollado de haber sido otro el profesional, otra la escucha posible. Quizás otro profesional habría resuelto atender a ambos, o solo al niño, o incluso pedir que se les diera una hora para otro momento.

Lo que se pretende resaltar con esta viñeta es el hecho de que toda decisión o acción que se realice tiene efectos, que debemos detectar e intentar comprender, como también que no existe un modelo único para resolver una situación de consulta, sino que cada situación exige una reflexión y la elección de la estrategia que pueda parecer más oportuna, y que eso demanda un «pienso» del psicólogo. Siempre hay más de una mirada posible, más de una visión posible, según qué aspecto sea jerarquizado desde la escucha, en cuál arista se

focalice. Esto abre un área de incertidumbre que abarca también al psicólogo, no solo desde la duda de si la decisión estratégica tomada será la más apropiada, sino también respecto del devenir de ese espacio de encuentro-desencuentro. «La disponibilidad para la escucha no consiste meramente en quedarse callado. Consiste en no prejuizar, cosificar, diagnosticar, antes de tiempo. Es colocarse al servicio de la experiencia del otro, otro único, singular. Es abrirse a lo desconocido» (Hornstein, 2012: 8). Agrega: «Su experiencia [refiriéndose al profesional], su orientación teórica entre otros factores, facilitarán o trabarán la escucha de este «analizado».

Y continúa diciendo: «el analista clásico es alérgico o fóbico a cualquier implicación subjetiva, sin advertir que ella es precisamente la que, multiplicando potencialidades y disponibilidades en la escucha, proporciona una caja de resonancia (historizada e historizante) a la escucha» (p. 10), desde una postura que destaca la subjetividad como algo abierto donde se cruzan encuentros, tramas y vínculos.

En esta concepción la primera entrevista podría conceptualizarse como una posibilidad de construir encuentro y novedad tanto para el psicólogo como para el consultante, como instancia fundante en la búsqueda de resolver un padecer, en tanto posibilidad «de advenimiento de lo nuevo» (Berenstein, 2007). En este sentido puede pensarse desde el lugar de lo suplementario como posibilidad de construir algo que no existía.

Desde este posicionamiento las certezas profesionales disminuyen, la comodidad de los marcos teóricos y el resguardo de los y las profesionales en estos resulta interpelado, pero promete conducirnos a un movimiento que permita trascender lógicas de repetición en la búsqueda de otra mirada, otra escucha que afecte y subjetive.

- El término *suplemento* o *suplementario* es desarrollado por Berenstein en su libro *Devenir otro con otros* (2004). Lo utiliza para referirse a una pieza que es agregada a una estructura a la que aporta estabilidad, pero no forma parte de ella, utilizando el ejemplo de una cuña bajo la pata de una mesa.
- Aplica esta conceptualización a las distintas formas en que las personas se vinculan, y propone que corresponden a lógicas de suplementariedad, diferenciándolas de la complementariedad.

Ejercicio

- Describa las ventajas que ofrece la utilización de la entrevista abierta para un primer encuentro consultante-psicólogo/a.
- Desarrolle tres posturas teóricas referidas al lugar del psicólogo en el primer encuentro y sus efectos sobre la producción vincular en ese encuentro.

Referencias bibliográficas

- Berenstein, I. (2004). *Devenir otro con otro(s). Ajenidad, presencia, interferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- (2007). *Del ser al hacer. Curso sobre vincularidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleger, J. (1984). *Temas de psicología: (entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Delgado, A. et al. (2007). *Entrevista: devenires en la clínica*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ferman, A. (1994). *La consulta psicológica y el psicodiagnóstico: aproximación conceptual*. Montevideo: Fin de Siglo.
- Hornstein, L. (2012). De la escucha a la cura. *Actualidad Psicológica xxxvii* (408) 8-11, junio 2012.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (2005). *Diccionario de psicoanálisis* (7.^a reimp.). Barcelona: Labor.
- Lunazzi de Jubany, H. (1992). *Lectura del psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Belgrano.
- Pachuk, C. y Friedler, R. (coords.) (1998). *Diccionario de psicoanálisis de las configuraciones vinculares*. Buenos Aires: Ediciones del Candil.
- Siquier de Ocampo, M. L. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Tortorelli, M. A. (2006). «Entre». *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo XXIX* (1) 2006, 183-193. Recuperado de <http://www.aappg.org/wp-content/uploads/2006-NC2%BA1.pdf>.
- Veccia T. A. (2008). *Diagnóstico de la personalidad. Desarrollos actuales y estrategias combinadas*. Buenos Aires: Lugar.
- Viñar, M. (2001). Siluetas o formas de la memoria y el olvido. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 93, 2001. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720019307.pdf>.

La entrevista de juego

Mag. Ps. Erika Capnikas

La entrevista de juego es la técnica privilegiada en la clínica con niños para la comprensión del psiquismo infantil, usada tanto en diagnóstico como en tratamientos psicológicos. Es una herramienta valiosa tanto para psicólogos, psiquiatras infantiles y psicoanalistas. Se complementa con las entrevistas de padres, y con otras técnicas cuando se trata de un proceso diagnóstico.

La entrevista de juego, es la técnica que valora el juego como forma de comunicación, así como la palabra en el adulto. El juego y el accionar del niño es un lenguaje, hacer es una manera de decir.

El niño expresa sus vivencias, su sentir, sus conflictos, fantasías y deseos a través del lenguaje gestual, de los actos o de los juegos. El juego le permite repetir a voluntad situaciones penosas o difíciles, hacer activo aquello que vivió pasivamente, a la vez que intentar elaborarlo.

El niño habla con su jugar, pero no sabe qué está diciendo, es por eso que en el encuentro con el otro, en un encuadre clínico, es donde se van dando sentidos y donde se van poniendo palabras a esos juegos. La privilegiada vía para atisbar el sentido inconsciente que hay detrás del síntoma. En la entrevista, el niño va a estructurar el campo de acuerdo a sus variables internas, y a través del vínculo transferencial³, se va aproximando a la comprensión de la conflictiva.

Importancia del juego

El juego es una actividad espontánea que se inicia desde los primeros meses del niño y dura toda la vida. Dice Flesler (2007, pág. 93): “El juego, para el ser humano, es uno de los máximos goces de la existencia”

“El juego es la ocupación más intensa del niño, donde invierte grandes cantidades de afecto. El niño toma muy seriamente su juego” (Freud, 1908)

Los niños juegan para aprender, para comunicarse, para elaborar conflictos emocionales o simplemente porque es una actividad gratificante y placentera. Los niños necesitan jugar porque es saludable. El juego es un «trabajo» placentero, trabajo psíquico que reúne el penar con el gozar, el esfuerzo con la satisfacción.

Para Freud (1920), el juego se relaciona con el principio de placer⁴ y con la compulsión

3 La transferencia es La función psíquica mediante la cual un sujeto transfiere inconscientemente y revive, en sus vínculos nuevos, sus antiguos sentimientos, afectos, expectativas o deseos infantiles reprimidos...Y es específicamente, la herramienta fundamental con la que cuenta el analista (S. Freud, 1915), condición necesaria, para poder conducir el tratamiento. Laplanche y Pontalis: Diccionario de psicoanálisis

4 Principio de placer: uno de los dos principios que, según Freud, rigen el funcionamiento mental: el conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer y procurar el placer. Dado que el displacer va ligado al aumento de las cantidades de excitación, y el placer a la disminución de las mismas, el principio de placer constituye un principio económico.

a la repetición⁵, con la tendencia a gozo y a la reducción de las tensiones. La actividad lúdica es efecto de un pensamiento inconsciente y que responde a leyes del proceso primario como los sueños y los actos fallidos. (Freire de G., 1986)

El juego es parte de la estructuración psíquica del niño. Casas de Pereda (1999) plantea que el niño a través del juego, que es su modo de ser siendo, se va haciendo con el otro, que lo mira ser y hacerse. Imitar, disfrazarse de otro, jugar a ser otros en las variables de cada cultura, son formas de trabajo de estructuración psíquica.

Press (2010), plantea que el niño en su desamparo inicial, necesita de otro para ir constituyéndose como sujeto psíquico. La mirada, la voz, el sostén, acompañan las necesidades básicas de alimentación, cuidado, abrigo, envolviendo al bebe en un manto protector, que le va devolviendo como en espejo, su ser humano en el mundo. Intuitivamente los padres lo hacen jugando. Para eso, es necesario de otro madre-padre que esté disponible pero no avasalle, que ponga un tiempo, un ritmo, para que pueda empezar a representarse la ausencia, germen del pensamiento y juego simbólico.

El vínculo madre-bebé es imprescindible para pensar la construcción psíquica del individuo. Casas de Pereda (1992a) entiende que generalmente la primer persona que juega con el niño es la madre, quien le enseña (sin ser consciente de ello) a jugar el juego de presencia-ausencia. Este juego pone en marcha el deseo promoviendo mecanismos de defensa y también generando marcas y simbolizaciones. Este tipo de juegos inaugura una larga serie de los cuales forman parte el fort-da y la escondida entre otros.

El juego es también un modo de aprendizaje, el niño realiza una puesta en escena, jugando, y a la vez que va estructurándose, va creando el mundo.

Dice Winnicott (1971) que el niño pasará de la ilusión omnipotente de crear el mundo a poder lograr una adaptación lo más creativa posible, por lo que es esa adaptación progresiva lo que le permitirá apropiarse del mundo que lo rodea.

El niño va a poder aprehender el mundo representándolo, simbolizándolo, y el proceso de pensar se va dando desde el poder representar. Jugando el niño va a la vez que representando, haciendo propio los conocimientos del otro.

Por otro lado, el niño estructura su coordinación perceptivo-motriz y las nociones de tiempo y espacio a través de la actividad lúdica.

El juego cumple también una función elaborativa, al jugar el niño puede elaborar conflictos, hacer activo lo que vivió pasivamente, a la vez que va produciendo nuevos sentidos.

“El juguete por su tamaño, por ser algo propio y permitido, le da la posibilidad al niño de ejercer dominio sobre él, convirtiéndose por esto en el instrumento más adecuado para revivir los objetos reales y poder allí dominar situaciones penosas o difíciles para él. (...) al jugar desplaza al exterior miedos y angustias internas, situaciones que por lo general resultan intolerables para su yo, débil aún por no estar aun totalmente estructurado” (Freire de G., 1986, pág. 6)

5 La compulsión de repetición o, simplemente, repetición es un concepto que Sigmund Freud definió para intentar dar un fundamento al impulso de los seres humanos a repetir actos, pensamientos, sueños, juegos, escenas o situaciones desagradables o incluso dolorosas. Laplanche y Pontalis: Diccionario de psicoanálisis

- **Funciones del juego:** Placer, comunicación, aprendizaje, elaboración de conflictos, estructuración psíquica, representación, simbolización

La función clínica del juego

Es el psicoanálisis el que desarrolla el juego como técnica de abordaje psicoterapéutica. Melanie Klein y Anna Freud, con sus convergencias y discrepancias, son pioneras en el psicoanálisis infantil, marcado un hito fundamental en la historia del psicoanálisis. Previamente, Hermine von Hug-Hellmuth en Viena, y Sophie Mongastern en Francia, figuran como antecesoras del psicoanálisis infantil, si bien no desarrollaron la técnica de la entrevista de juego.

El “Análisis de la Fobia de un niño de 5 años”, más conocido como el caso Juanito (Hans), descrito por Freud (1909) fue tomado como punto de partida del psicoanálisis infantil, y marcó la piedra angular de la subsiguiente clínica infantil. En 1920, Freud en su artículo «más allá del principio de placer», analiza el juego de su nieto de un año y medio, conocido como el juego del carretel o fort-da.

También autores como Aberastury en el Río de la Plata, Dolto y Manonni en Francia, realizaron grandes aportes en el tema.

En la entrevista de juego debemos tener en cuenta aspectos como el encuadre, la consigna, los materiales, y la interpretación.

El encuadre, es el dispositivo formal en el cual se desarrolla la intervención, donde están las variables del tiempo y el espacio, la asociación libre (el juego libre), la abstinencia del psicólogo. El consultorio debe ser un espacio seguro, donde el niño pueda desplazarse sin temor al peligro. Es conveniente contar con una mesa y sillas acordes a la edad del niño, una piletta, así como una caja donde se coloquen juguetes y materiales que faciliten el despliegue del juego.

La consigna propuesta sería: “Traje esta caja con algunos juguetes y materiales para que tú puedas usarlos como quieras, mientras yo observaré para tratar de entender lo que te pasa y poder ayudarte” Y la técnica implicaría dejar que el guión lo realice el niño, acompañarlo en el juego, no imponer ni proponer juegos, intervenir si éste lo solicita, preguntar cuando no está claro, señalar, interpretar, escuchar lo transferencial.

- **Consigna:** Traje esta caja con algunos juguetes y materiales para que tú puedas usarlos como quieras, mientras yo observaré para tratar de entender lo que te pasa y poder ayudarte.

Acerca de los juguetes a incluir, es conveniente brindar por un lado material poco figurativo, como las maderitas de Esther Bick, y elementos de expresión: hojas, lápices negros, de colores, goma de borrar, tijera de punta roma, plasticina, goma de pegar, sacapuntas, papel glacé, cuerda, trapito. A su vez, contar con elementos más estructurados como dos o tres muñecos, familia de animales salvajes, domésticos, autitos, avioncitos, elementos de cocina (platitos, tacitas, cucharitas, cuchillitos), pelota, maso de cartas. Los materiales deben estar en buen estado y calidad, para que el niño pueda utilizarlos con confianza y evitar el “sentimiento de culpa” que produce si rompen alguno de ellos.

Los diferentes juegos y juguetes que usa el niño van cambiando con la edad, acompañando el desarrollo del mismo, las necesidades de cada momento y las fantasías predominantes en cada período de la vida del niño. Pero estos juegos no están desprendidos del contexto cultural en donde está inserto el mismo. En la actualidad, internet, los juegos interactivos y otros medios electrónicos, constituyen una parte esencial de la cotidianeidad en niños y adolescentes. Es por eso que se pueden incluir como material de juego en el contexto de la entrevista, ampliando de esta manera el abordaje diagnóstico-terapéutico adaptado al universo lúdico más actual.

- **Materiales:** de expresión gráfica, de cocina, maderitas, muñecos, animales domésticos, salvajes, de transporte, trapito, cartas, títeres, disfraces o telas.

Interpretación, lectura de la entrevista de juego

En su juego los niños representan simbólicamente fantasías, deseos y experiencias. Su actitud frente a los juguetes, si juega con ellos o no, el modo en que lo hace, nos muestra parte de su compleja vida interior. Nos introduce en su mundo de fantasía, donde poder hacer hipótesis del lugar que imagina ocupar en la fantasmática (el deseo) de sus padres.

Goldstein (1979) aborda la temática de la caja de juguetes y su significado. Plantea que para la escuela kleniana la caja de juguetes es un reflejo del Yo, y el uso que hace el niño de la misma da cuenta del estado de su Yo⁶. El cuidado y valoración, o la destrucción de la caja, muestran la capacidad defensiva y el narcisismo del niño, sus elecciones expresan sus necesidades, y sus negaciones, sus rechazos.

La actividad lúdica proporciona dos vertientes de información. Una de ellas sería la perspectiva evolutiva del niño. Esta nos permitiría conocer a través de su juego, el nivel de maduración en la que se encuentra el infante. En ese sentido, importa ver si el juego desplegado se aproxima a lo esperado para la etapa evolutiva en que se encuentra el niño. En líneas generales observamos que: hasta los 18 meses de vida, las actividades sensoriomotoras tienen un significado específico en la vida del bebé en relación a sus intereses y preocupaciones. En los primeros meses de vida el pequeño juega con su madre o con aquellos objetos que son su prolongación, como el pezón, el chupete, sus manitos y pies. Su mundo interno se enriquece y la madre le va dando sentido y significado a lo que hace. Las características de la función lúdica son la repetición, la sorpresa, la pérdida-falta, y la búsqueda-encuentro. Entre el segundo y el tercer año aparecen nuevas modalidades de juego, se manipulan los objetos que simbolizan meter y sacar, juntar y separar, vaciar y llenar. Entre los tres y cinco años aparece la imitación de las funciones de los adultos a través de juegos de roles. A partir de los seis años, atravesado por la sublimación, aparecen los juegos reglados, la competencia, los juegos tecnológicos, llegando a la pubertad a los juegos-actos, donde el cuerpo se pone más en juego.

La otra vertiente sería la de poder observar-interpretar, a qué y cómo juega el niño. El niño elige juguetes y realiza acciones con los mismos, al mismo tiempo que se observa esto se tiene en cuenta lo motor, verbal y cognitivo. Dependiendo del niño a veces un juego se

6 El Yo en tanto instancia psíquica conectada con el entorno y su mundo interno, encargada de la adaptación a la realidad y de los mecanismos de defensa

conecta con otro, otras veces se producen cambios bruscos, o se termina uno y se comienza con otro, o se cansa, o se interesa por otros materiales y sigue con otra configuración. Se observa también el contenido simbólico que se expresa en el juego. Es en el ámbito de movimiento, gesticulación, habla y juego donde se organiza el conflicto, se expresan y actualizan vivencias y se articulan sentidos a los que hay que prestar atención.

Según Casas de Pereda (1999), en el discurso infantil se privilegia la secuencia, la trama y sus fallos, es decir torpezas, cambios bruscos de juego, movimientos descontextualizados, sorprendidos, etc. La escucha debería centrarse en el modo en que el sujeto teje su historia y se va constituyendo, privilegiando la articulación de las marcas historizadas que hacen y producen al sujeto

Guerra (2014) plantea la importancia de la presencia, la mirada, la escucha. El niño juega, habla y se expresa y sabe que el analista (clínico) lo está escuchando (en el sentido más amplio de la palabra), observando, desde su asimetría abstinente, desde su neutralidad, base de la transferencia. Más allá de que éste interprete, o esté en silencio, está. Lo fundamental, es el «trabajo en presencia».

El trabajo con niños implica una forma particular del vínculo transferencial. El hecho que el medio de comunicación sean los juguetes brindados por el psicólogo, hace que la transferencia sea hacia éste y hacia los objetos intermediarios. En ellos el niño depositará partes de sus sentimientos y vínculos con sus objetos internos.

Casas de Pereda (1986) también aborda el tema de la transferencia en psicoanálisis infantil, y el rol del psicólogo como facilitador de la misma. Plantea que cuando el terapeuta acompaña el juego de un niño que se lo solicita, cumple la misma función que el analista de adultos cuando escucha silenciosa y atentamente a su paciente. La participación del psicólogo en el juego se da de forma peculiar, este no es «autor» del juego, sino que sigue un libreto que le proporciona el niño. El único deseo que pone en acto es el de escuchar al niño, siguiendo un juego propuesto por él para poder luego concluir sobre su trama. El analista debe dejarse atravesar por la transferencia, pero poder actuar como un tercero en la escucha, participar del juego, pero sin quedar totalmente involucrado en el mismo.

Por otro lado, Alicia Fernández, psicopedagoga clínica argentina (1987), plantea que el juego permite observar la dinámica del aprendizaje. Retoma de Sara Pain que el jugar y el aprender presentan momentos análogos, y distingue tres momentos en el juego que se encuentran presentes en el aprendizaje. El primer nivel sería el “inventario”, donde el niño trata de clasificar el contenido de la caja. Manipulando el material, probando su funcionamiento, mirándolos; el niño evalúa los elementos con los que cuenta. En segundo lugar, se da la “organización”, la postulación de un juego; el material comienza a ser parte de una organización simbólica en el que el niño dirige la acción, elige tanto el fin como el rol de los materiales, corrige el argumento. Acepta y descarta significantes y episodios. Y por último, la “integración”, correspondiente al aprendizaje propiamente dicho, se integra estos saberes a otros ya aprendidos. Se realiza por una esquematización del juego en lo más coherente, y vinculación del esquema nuevo con los anteriores a través de una asimilación coordinadora

- Observamos: lo evolutivo, lo cognitivo, el contenido simbólico

En cuanto al modo y al contenido del juego, se pueden observar ciertos aspectos que hacen pensar en una “patología del juego”. Algunos de estos ejemplos podrían ser entre otros: la inhibición, no mostrarse en el juego, una gran represión, síntoma de no querer saber, (porque saber es peligroso); el abandono del juego, pérdida de interés (evidenciando una baja tolerancia a la frustración); el juego repetitivo, estereotipado, sin la posibilidad de encontrar soluciones nuevas; el juego compulsivo; la pobreza de juego (donde podría estar lo cognitivo en menos, y/o lo emocional en la dificultad de simbolizar); el juego más como descarga, sin representación (propia del psicótico); el uso de tecnología como evasión de la realidad (que nos mostraría la dificultad en establecer vínculos, el reiniciar el juego porque no se tolera las pérdidas, y presentaría baja tolerancia a la frustración)

También el juego nos permite ver ciertos indicadores de maltrato: los contenidos agresivos y violentos en el juego como recreaciones de situaciones vividas que se expresan de forma catártica con manifestaciones físicas y/o verbales, autoagresivas y/o heteroagresivas.

Los sentimientos de vulnerabilidad, desprotección, miedo, bronca y enojo son detectados cuando los personajes más pequeños del juego son matados, lastimados, dejados de lado, descuidados, castigados, insultados y/o puestos en penitencia bajo condiciones de violencia. Estos juegos no se caracterizan por tener un final feliz o conciliador, sino que por lo contrario existe una resistencia a los finales felices, pacíficos y armoniosos. El sentimiento de culpa que sienten los niños maltratados se puede ver en el castigo o los constantes pedidos de perdón.

El juego con alimentos, dado que estos simbolizan el afecto, suele aparecer en donde las fallas maternas y la falta de cuidados caracterizan el vínculo.

En otra vertiente, los juegos sexualizados pueden develar situaciones sexuales explícitas y contundentes, aludiendo al conocimiento prematuro que el niño puede tener sobre la sexualidad y el sexo, en muchos casos inadecuado para su edad.

Para finalizar, debemos destacar que estos aspectos de por sí aislados, nos pueden llevar a un diagnóstico apresurado; es por eso que es fundamental la integración de lo observado, a través de la evolución de las entrevistas de juego, con nuestras vivencias contratransferenciales y la historia que tenemos de los encuentros con los padres.

Bibliografía

- Aberastury, A. (1978). *El Psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. (3a ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Aberastury, A. (1981). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós
- Aberastury, A. (1987) *El niño y sus juegos*. Buenos Aires: Paidós
- Ávila Espada, A. (1996). *Evaluación en psicología clínica 2: Estrategias Cualitativas*. Salamanca: Amorrortu.
- Casas de Pereda, M. (1986). La interpretación, acontecimiento de la transferencia (puesta en acto – puesta en sentido). *Asociación Psicoanalítica del Uruguay; Laboratorio de Psicoanálisis de Niños*, 1(1), 117-128.
- Casas de Pereda, M. (1992a). Estructuración Psíquica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (76), 83-94.
- Casas de Pereda, M. (1992b). Sobre el juego y la simbolización. *Federación Psicoanalítica de América Latina*. El símbolo, lo simbólico y la simbolización., 31-45.
- Casas de Pereda, M. (1999). *En el camino de la simbolización: Producción del sujeto psíquico*. Buenos Aires: Paidós.

- Dinerstein, A. (1987). ¿Que se juega en psicoanálisis de niños? Buenos Aires: Lugar Editorial
- Fernández, A (1987). La inteligencia atrapada. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires
- Flesler, A. (2007) – El niño en análisis y el lugar de los padres. Buenos Aires. Editorial Paidós
- Freire de Garbarino, M. (1986). La entrevista de juego. Asociación Psicoanalítica del Uruguay; Laboratorio de Psicoanálisis de Niños, 1(1), 1-46. (edición interna)
- Freud, S. (1908/1979). El creador literario y el fantaseo. En Obras completas (Vol. 9). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1909/1992). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En Obras Completas (Vol. 10, pp. 7 – 118). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920/1984). Más allá del principio de placer. En obras completas (Vol. 18, pp. 1-63). Buenos Aires: Amorrortu
- Goldstein, S. (1979). La entrevista de juego. Montevideo: Imago
- Guerra, V. (2014). Ritmo, mirada, palabra y juego: hilos que danzan en el proceso de simbolización. Revista Uruguaya de psicoanálisis. (119), 74-97.
- Janin, B. (2004). Los padres, el niño y el analista: Encuentros y desencuentros. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/204/Los_padres_y_el_analista.pdf?sequence=1
- Klein, M (1926)- Principios psicológicos del análisis infantil. . Buenos Aires: Ediciones Hormé
- Klein, M (1948). El psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Laplanche, Jean; Pontalis, J.-B. (1994). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona; Labor.
- Mannoni, M (1973). La primera entrevista con el Psicoanalista. Buenos Aires: Gedisa.
- Press, S. (2010). La eficacia terapéutica de la entrevista de juego. Desafíos del psicoanálisis contemporáneo. Recuperado de: http://www.apuruguay.org/apurevista/congresos/2010/Press_Sandra_2070900_3.pdf
- Press, S. L. (2012). Psiquiatría infantil y psicoanálisis: Aportes del psicoanálisis a la psiquiatría de niños y adolescentes. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 114, 117-136.
- Rovira, C. (2008). Pensando desde la práctica, la función analítica. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Prácticas psicoanalíticas.
- Soifer, R. (1973). Estudio de la entrevista de juego diagnóstica con niños. Revista de Psicoanálisis, 30(3-4), 855 - 881.
- Winnicott, D. (1971). Realidad y Juego. Buenos Aires: Paidós.
- Zusman de Arbiser, S. (1980) El papel del psicoanalista y el lugar de la interpretación en psicoanálisis de niños y adolescentes. Revista de Psicoanálisis, 37(6), 1195-1210

La entrevista con adolescentes

Mag. Ps. Paula Achard

La entrevista con adolescentes implica el manejo de una técnica particular. Ella supone un conocimiento específico de la teoría y la técnica de la entrevista psicológica en esta etapa. Henos aquí ante una trama compleja que iremos hilando juntos y cuyas hebras componen la clínica con adolescentes.

Comenzamos este tejido con una de sus principales características: el peso que tiene en esta etapa el desarrollo madurativo, el arduo trabajo de crecimiento. Si bien no nos convoca en este momento profundizar en ella, es imprescindible tener claras la fuerza y las exigencias que imponen los cambios psíquicos y físicos como elementos fundamentales para la comprensión cabal del joven.

La segunda hebra a considerar serán los cambios generados a nivel global (avances de la tecnología, consumismo exacerbado, nuevos modos de establecer vínculos, inestabilidad en el mercado laboral, etc.), que pautan nuevas formas de ser y de estar en el mundo, y que, por ende, intervienen en los modos de producción de subjetividad (Velásquez, 2006). La adolescencia se construye de acuerdo con la época y el contexto, por esto se hace necesario para la comprensión del adolescente el análisis de los modos de producción de subjetividad que responden a las lógicas del contexto histórico, ideológico, económico y político. Hace entonces a la postura ética del profesional el incluir en el análisis el contexto social en el que emerge y se desarrolla el adolescente.

Se hace imprescindible para comprender lo relevante de esta etapa el planteo que hace Kancyper (2003) en cuanto a considerar la adolescencia como un punto de llegada y de partida a la vez. Punto de llegada que permite sopesar las inscripciones y los traumas de etapas anteriores, lo que ha sido silenciado y se mantiene latente. Y punto de partida en tanto se abren diversas posibilidades y nuevas significaciones, logros que conquistar. Esta es otra de las hebras que se integran para la comprensión de la complejidad que implica el trabajo clínico con adolescentes.

No olvidemos que Freud consideraba esta etapa como el «segundo apogeo del desarrollo» (Freud, 1926), es decir, un período privilegiado para la resignificación y la transformación novedosa de su identidad. El modo en que el adolescente transita esta etapa permite al profesional dilucidar elementos profundos del sujeto, los que, si son trabajados adecuadamente, permitirán catapultar saludablemente al joven. Es una etapa que habilita a la resignificación de traumas anteriores, en la que se desatan cambios a nivel estructural en todas las instancias del aparato psíquico: el reordenamiento identificatorio en el yo, en el superyó, incluyendo el ideal del yo y el yo ideal, acompañado de la elaboración de intensas angustias que deberán tramitar el adolescente y sus padres para posibilitar, entre otras cosas, el tránsito hacia el camino exogámico (Kancyper, 2003).

La familia es una de las hebras que más complejizarán nuestra labor. Sabemos que ella es la que sostiene la constitución subjetiva habilitando la individuación, la que introduce la ley de prohibición del incesto, la que organiza el psiquismo y genera el sentimiento de pertenencia, la que permitirá en definitiva el desarrollo de un individuo autónomo (Pazos, Ulriksen y Goodson, 2007).

- Aquello que se silencia en la infancia suele manifestarse a gritos durante la adolescencia. (Kancyper, 2003)

Cuando recibimos una solicitud de atención de un adolescente sabemos que detrás hay un núcleo familiar que sufre; por esto el trabajo del clínico consiste no solo en escuchar el sufrimiento del joven, sino en hacerlo en su contexto. El análisis que hace el profesional debe integrar al joven y su familia, comprender qué sucede, cómo se presenta el adolescente, cómo lo viven los padres, escuchar cómo se pone en juego el narcisismo herido de los progenitores.

Con relación al encuadre para las primeras entrevistas, en el momento de decidir a quién citamos —específicamente para la primera— tendremos en cuenta el caso a caso, es decir, analizaremos elementos fundamentales como la edad del joven, quién lo envía (institución educativa, médico, familia), quién realiza la demanda (padre, madre, otro familiar o el propio joven) y el motivo de la consulta. La decisión de con quién llevar adelante la primera entrevista siempre generará consecuencias en el curso de la intervención, esto es algo que no debemos olvidar en nuestra práctica profesional. La presencia del joven desde el primer encuentro favorece la alianza terapéutica, ya que alejará las posibles fantasías en torno a las entrevistas de los adultos «a solas». Integrar a todos los participantes a la primera entrevista genera mejores condiciones para el futuro del trabajo psicológico.

Salvo excepciones, solicito desde la primera entrevista la presencia del joven junto con sus padres (o tutores). En la entrevista familiar conjunta nos interesa particularmente observar la dinámica vincular, la modalidad comunicacional, los roles, el funcionamiento de cada uno de los padres, sus expectativas, el modo de resolución de los problemas. De esta forma tendremos además la posibilidad de observar y confrontar sus discursos. La escucha que debemos hacer de la capacidad y la disponibilidad que tienen los padres de captar el sufrimiento de su hijo, con qué recursos cuentan a la hora de enfrentar los problemas y de comprender el porqué de la conducta de su hijo es un elemento esencial para establecer qué estrategia seguir.

- El relato espontáneo y directo que cada pareja de padres hace de los problemas de sus hijos es la fuente de información más importante sobre el sistema de representaciones, valoraciones y afectos que constituyen el vínculo que cada uno de ellos tiene con el niño. (Dio Bleichmar, 2007: 428)

El objetivo de la entrevista conjunta (adolescente y sus padres) va más allá de la obtención de datos. Es la experiencia del clínico lo que permitirá afinar la escucha, leer entre líneas, ir más allá del discurso verbal. El clínico debe tener la capacidad para escuchar y sostener el sufrimiento del otro. En nuestro trabajo es fundamental el manejo de los movimientos transferenciales. Los elementos técnicos y teóricos serán la base para comprender el sufrimiento que padece el núcleo familiar en su conjunto; es claro que ser empáticos y no culpabilizar a los padres no es suficiente para lograr una alianza de trabajo que sostenga las vicisitudes de una consulta psicológica.

En los primeros encuentros es recomendable utilizar la técnica de la *entrevista abierta*, permitir que sean ellos los que estructuren el campo, que espontáneamente planteen qué

los lleva a consultar. Al observar cómo presentan su historia, debemos ser muy sagaces y escuchar cuáles son los elementos que omiten, que resaltan, sus deseos, etc. Al atender a su relato con relación a cuándo consideran ellos que surgieron los problemas, lo que ha sucedido a partir de esto, obtendremos los elementos necesarios para conformar, junto con ellos, un equipo de trabajo.

La actitud del entrevistador es de escucha activa, observamos con atención el lenguaje verbal y paraverbal, la forma de comunicarse entre ellos, el manejo de la impulsividad, la agresión, las alianzas entre los miembros de la familia, la demanda individual y la del grupo, la capacidad de pedir y aceptar ayuda, el modo de posicionamiento frente a la consulta, la posibilidad de que el grupo esté abierto a los movimientos transferenciales.

En la consulta con adolescentes uno de los grandes desafíos es el trabajo con el joven y sus padres, ya que en ocasiones los conflictos entre ambas partes pueden generar resistencias que dificultan la continuidad del proceso. Un modo de trabajar con estos conflictos es comprender su origen, y qué mejor para esto que integrar a los adultos como parte del equipo, es decir, encuadrar con ellos un trabajo en conjunto con el fin de brindarles no solo herramientas que les permitan ayudar a su hijo, sino también elementos que favorezcan la mejor comprensión de la situación de la familia en su conjunto. La integración de los padres al proceso exige una formación específica del técnico, ya que junto con ellos se suman su propia historia, sus propios funcionamientos psíquicos, sus conflictos, sus defensas, con movimientos transferenciales particulares, que se darán con el terapeuta.

- Trabajar desde la unidad de la relación sortea el obstáculo inevitable de hacer alianza inconsciente con el niño y situar a los padres por fuera del tratamiento, ajenos al proceso de cambio, hecho que se convierte en una verdadera usina generadora de celos, rivalidad y ataques inconscientes al tratamiento por parte de los padres. (Dio Bleichmar, 2007: 465)

Cuando hablamos de encuadre mencionamos la importancia de la alianza terapéutica, ya que es una herramienta fundamental para el trabajo clínico. Denominar equipo al trabajo conjunto con los padres refiere a darles una participación activa. Cuando se plantea conformar equipo con los padres nos referimos a otorgarles esa participación activa en el tratamiento de su hijo, a trabajar con ellos. Más aún: incluyendo a los padres en el equipo de trabajo abrimos la posibilidad de que ellos mismos se transformen en agentes terapéuticos para sus hijos (Dio Bleichmar, 2007). El trabajo con adolescentes es muy complejo, por lo que los profesionales debemos conocer en profundidad las herramientas técnicas y las conceptualizaciones que nos permitan operar de tal forma que podamos intervenir exitosamente. Si la inclusión de los padres en la intervención clínica es posible y beneficia al adolescente potenciando nuestro trabajo, bienvenida sea.

Algunos de los elementos que observamos al iniciar una consulta psicológica son cuál es la demanda, qué función se espera de nosotros, cuál es el motivo de consulta —en los planos manifiesto y latente—, y podríamos agregar, para el caso de los adolescentes, cuáles son los movimientos transferenciales que se generan con los padres y con el joven desde los primeros encuentros. Estos elementos, si son bien observados, no solo permitirán la adecuada comprensión del caso, sino que favorecerán el posterior trabajo terapéutico.

Desde su formulación por parte de E. Zetzel (1956) y luego rebautizada por Greenson (1965) la alianza terapéutica es un concepto que designa la parte de la transferencia del paciente que no es usada como formación de compromiso, sino como sostén del trabajo analítico, el acuerdo para entrar en una nueva clase de experiencia con aspectos emocionales, imaginarios, simbólicos, obteniendo un atisbo del funcionamiento mental diferente que incluye la posibilidad y la esperanza de entender los síntomas y el sufrimiento. Se considera que se trata de un acuerdo entre el terapeuta y la parte adulta, la parte sin conflicto o más racional del paciente, en el caso de los padres, con los aspectos conscientes, racionales y colaboradores de la tarea de trabajo terapéutico por la que acuden. De forma creciente los psicoanalistas de niños que trabajan con los padres consideran esencial esta alianza. (Badoni, 2002, en Dio Bleichmar, 2007: 425)

La clínica con adolescentes nos permite acercarnos a su sufrimiento, a lo difícil que es para estos jóvenes atravesar esta etapa hoy. Las problemáticas adolescentes que vemos más frecuentemente en la clínica (conductas sexuales de riesgo, embarazo adolescente, adicciones, cortes, violencia, conductas de aislamiento, desvinculación educativa y laboral) implican en su totalidad un riesgo altísimo para los jóvenes.

Ya hemos visto lo que implica técnicamente el trabajo en conjunto con los padres y el joven, y la importancia que esto tiene en el fortalecimiento de la alianza de trabajo, y por lo tanto en la protección del espacio terapéutico. Pero cabe ahora preguntarse qué sucede en el trabajo «a solas» con el joven, qué elementos teóricos y técnicos serán necesarios para llevar adelante el trabajo.

En primer lugar, debemos tener en cuenta las características particulares de esta etapa. Si bien hay elementos que podríamos denominar comunes a todas las adolescencias (empuje puberal que desencadena fuertes modificaciones a niveles físicos y psíquicos), en la actualidad encontramos nuevos elementos que complejizan su comprensión. Hacemos referencia aquí a la globalización y a las nuevas tecnologías que impactan directamente en los modos de relacionarse con uno mismo y con el mundo (nuevas modalidades vinculares, nuevas exigencias y deseos, nuevos padecimientos, etc.).

La velocidad con la que vivimos hoy lleva muchas veces a que no exista espacio para el encuentro. Este es uno de los motivos que causan mayor sufrimiento en los jóvenes, la poca disponibilidad que tiene el mundo adulto; se pierde de vista lo necesaria que es para el desarrollo de los jóvenes la presencia del adulto, que implica el interjuego de dos tareas fundamentales, la confrontación (del lado del joven) y la puesta de límites (del lado de los padres) como sostén de esta confrontación. Acordamos con De Mello y Ponzoni (2013) en que lo que se ha perdido es el lugar simbólico de los referentes adultos.

Uno de los objetivos que nos trazamos al iniciar nuestro trabajo es el acercamiento a un diagnóstico situacional que nos habilite a operar adecuadamente estableciendo estrategias que profundicen la comprensión del motivo por el cual se consulta. En el caso de los adolescentes, hacer diagnósticos psicopatológicos requiere especial cuidado, por la plasticidad del psiquismo en esta etapa debemos ser muy cautos para no cerrar un diagnóstico apresuradamente. Es menester priorizar la escucha y la singularidad de cada caso y la lectura de la situación en la que se encuentran el joven y su familia. No olvidemos que el daño que puede significar el «etiquetado» es terrible para el futuro del joven, podríamos estar ocasionando un dolor aún mayor.

Con relación al manejo de la transferencia, diría que en el trabajo con adolescentes hay generalmente interés en establecer una relación nueva y diferente, por lo que esta suele ser intensa e inmediata, y esa energía servirá de motor para impulsar y sostener el posterior trabajo.

Por último, diremos que los adolescentes son hoy un foco de atención para la sociedad. Estudiados desde distintos saberes —ámbito psi, medicina, sociología, educación, por nombrar solo algunos— y por diversos motivos —la idealización de la juventud, el combate contra el joven «delincuente», etc.—, generan cierta fascinación que los ha vuelto una preocupación creciente para el mundo.

Como profesionales de la salud debemos cuestionar algunas posiciones que responden a los discursos sociales y culturales imperantes que estigmatizan la adolescencia a la luz de las modalidades adultas. Hace al posicionamiento ético del profesional buscar el modo de fomentar y fortalecer el potencial de los jóvenes. Creemos que el camino para lograrlo es *darles la palabra, escuchar lo que tienen para decir*.

- Hacen falta adultos si se quiere que los adolescentes tengan vida y vivacidad. (Winnicott, 1972)

Referencias bibliográficas

- De Mello, E y Ponzoni, A (2013). Conductas de riesgo en las adolescencias. *XXI Jornadas Uruguayas de Psicología*. Disponible en <http://www.apuruguay.org/sites/default/files/conductas-de-riesgo-en-las-adolescencias-de-mello-ponzoni.pdf>.
- Dio Bleichmar, E. (2007). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1926). El Psicoanálisis. En Obras completas, vol. XX (1986). Buenos Aires: Amorrortu.
- Kancyper, L. et al. (2003). *Adolescentes hoy, en la frontera entre lo psíquico y lo social*. Montevideo: Trilce.
- Pazos, M.; Ulriksen, M. y Goodson, A. (2007). Construcción subjetiva y empuje puberal: crecer y ser. *Clinicas pediátricas del sur*. Recuperado de http://www.sup.org.uy/Clinicas_del_Sur/vol_2/pdf/clinicas%20del%20sur_02_9.pdf.
- Velásquez, A. (2006). *Lenguaje e identidad en los adolescentes de hoy*. Recuperado de [http://web.usbmed.edu.co/usbmed/elagora/docs/vol7nro1/Catedra%20Abierta%20\(LENGUAJE%20E%20IDENTIDAD%20EN%20LOS%20ADOLESCENTES%20DE%20HOY\)%207.pdf](http://web.usbmed.edu.co/usbmed/elagora/docs/vol7nro1/Catedra%20Abierta%20(LENGUAJE%20E%20IDENTIDAD%20EN%20LOS%20ADOLESCENTES%20DE%20HOY)%207.pdf).
- Winnicott, D. (1972). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.

La entrevista con padres

Ps. M.^a Teresita de Armas

Antes de existir como sí mismo, por sí mismo y para sí mismo, todo niño es un polo de esperas, de proyectos, de atributos de los padres. El sistema subjetivo de la pareja parental es un componente trascendente de la estructuración del ser humano y gran parte del problema de la humanización es poder dar cuenta de cómo el sistema parental —con toda su complejidad— pasa a formar parte de la subjetividad del niño.

LAGACHE, 1961: 199.

El objetivo de este apartado es guiar al estudiante ante una entrevista con padres. Se deberá tener en cuenta que no consultan por ellos sino por el niño, lo que nos lleva a entender la entrevista con padres como un diagnóstico de una relación entre padres e hijo. Por lo tanto el formato de la entrevista es abierto y no estructurado.

Es necesario tener en cuenta que no tiene que ser una sola entrevista con los padres, pueden ser varias. Quizás sea pertinente tratar de entender la situación por la que pasan padres e hijo y manejarse con libertad en cuanto a la cantidad de encuentros, de manera que el profesional pueda trabajar más a gusto. Obviamente, si se está en un ámbito institucional se deben tener presentes los lineamientos institucionales para no ir en contra de normas estipuladas.

Preentrevista

Llamamos preentrevista al llamado telefónico; el psicólogo/a deberá decidir de acuerdo a lo que escucha del problema. Se considera quién los manda, quién realiza la demanda, si la madre o el padre, la edad del niño, el motivo de consulta, y a partir de estos elementos se plantea el encuentro.

1. Indagar quién los envía a consultar, si fue la escuela, el doctor, si vienen por un informe o si se trata de una decisión familiar, eventualmente porque el niño o el adolescente lo solicitó.
2. Quién realiza la demanda: madre, padre o algún familiar.
3. Tener en cuenta la edad del niño.
4. Tener algún lineamiento de por qué consultan.

Con estos cuatro elementos el psicólogo podrá determinar cómo encuadra el primer encuentro.

Primera entrevista

¿Por qué empezar por la entrevista con los padres antes de conocer al niño? Porque ellos son parte del mundo interno del niño.

Primero debemos apostar a lograr una relación de alianza y colaboración. Cuando los padres consultan debemos tener en cuenta que lo viven como una herida narcisista, sienten que fallaron. Por lo tanto no se los debe culpabilizar, sino que se deben tener una relación empática y una actitud comprensiva.

Se deberá apostar a tener herramientas a lo largo de los encuentros que permitan comprender sus motivaciones y sufrimientos como padres.

Se debe tomar a la pareja como una unidad de análisis. Es una relación parento-filial, pero debemos tener siempre presente que nuestro paciente es el niño. Consolidar la alianza terapéutica e ir involucrándolos en el proceso, aclarar que estamos todos trabajando juntos por el niño, lo que provocará que se desplieguen los aspectos transferenciales a lo largo del proceso.

Transferencia =Al.: Übertragung. — Fr.: transfert. — Ing.: transference. — It.: traslazione o transfert. — Por.: transferência. Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose esta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia. (Laplanche y Pontalis, 1996)

Los padres por lo general ubican al psicólogo en un lugar de experto que los puede ayudar en un momento en que ellos sienten que no están pudiendo con algunos temas. Será necesario ubicarnos como comprensivos, realizar movimientos de apertura que los ayude a reflexionar sobre los temas que los preocupan. Es necesario desentrañar el sufrimiento de ambos padres, en sus diferentes manifestaciones, tratar de aproximarnos a sus deseos y motivaciones y a los deseos y motivaciones del niño.

(Véase el concepto de ansiedades en la entrevista psicológica en E. Rolla, *La entrevista en psiquiatría, psicoanálisis y psicodiagnóstico*, Buenos Aires: Galerna, 1981.)

Establecer la alianza terapéutica con los padres es un tema que fue desarrollado por Greenson en 1965. Da cuenta de los aspectos transferenciales que sostienen el proceso, en el que emergen aspectos emocionales, imaginativos, simbólicos que apuestan a una posibilidad de esperanza para entender los síntomas y el sufrimiento de los padres y del niño. Se apuesta a una colaboración de los padres, a implicarlos en el conflicto del niño y a que colaboren con el psicólogo en el proceso. Es pertinente que nos preguntemos sobre el lugar en que nos dejan los padres con relación al niño; si la postura es que el psicólogo solucione el problema estamos ante una gran equivocación. Se irán desplegando diferentes ansiedades a lo largo de la entrevista y sobre todo es preciso detectar la transferencia parental que se despliega desde los primeros contactos.

Hay que considerar si la demanda manifiesta se condice con los aspectos latentes, y de lo contrario trabajar este aspecto. El psicólogo/a deberá ser consciente de los diferentes sentimientos que se van desplegando a lo largo de los encuentros, tanto propios como de los padres. El registro de la contratransferencia puede ser una buena guía si el profesional ha realizado un análisis, elemento que tiene que ver con la ética profesional.

Contratransferencia = Al: Gegenübertragung. — Fr.: contre-transfert. — Ing.: counter-transference. — It.: controtrasfert. — Por.: contratransferência. Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de este. (Laplanche y Pontalis, 1996)

Para poder ir conociendo al niño debemos tratar de diagramar una historia evolutiva:

- a. Identificar en la narración del desarrollo lo que trae cada padre, qué aspectos positivos o negativos destaca cada uno de su hijo.
- b. Considerar las fantasías inconscientes y conscientes en la identidad del niño.

Fantasía = Al: Phantasie. — Fr.: fantasme. — Ing.: fantasy o phantasy. — It.: fantasia. — Por.: fantasia. Guion imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término, de un deseo inconsciente. La fantasía se presenta bajo distintas modalidades: fantasías conscientes o sueños diurnos, fantasías inconscientes que descubre el análisis como estructuras subyacentes a un contenido manifiesto, y fantasías originarias. (Laplanche y Pontalis, 1996)

- a) Preguntar cuándo surgieron los problemas y en qué momento se encontraban ellos como pareja parental.
- b) Ver cómo se conocieron.
- c) Si el niño padece alguna enfermedad, y en caso de que así sea cuál es, cómo lo han manejado ellos, qué implica esto en la familia. Si alguno de los padres ha tenido alguna enfermedad que lo haya ausentado del hogar durante algún tiempo.
- d) Conductas del niño y de ellos con relación al síntoma, qué hacen ellos y qué hace el niño con cada uno de ellos cuando se presenta la situación de conflicto. Qué hacen ellos ante dichas conductas, si las toleran o las limitan, si se angustian o se enojan.
- e) Desencuentros a nivel de pareja, mudanzas, cambios de trabajo, problemas en la pareja, diferentes situaciones por las que hayan pasado en que se hayan angustiado. Nos vamos introduciendo en un mundo representacional del adulto que va tomando forma entre presencia y ausencia.
- f) Considerar si la concepción fue planeada o no y cómo lo vivió cada uno de ellos, cómo lo fue manejando la pareja y qué vivencias recuerdan al respecto.
- g) Si el nacimiento fue por parto natural o no y cómo vivieron ellos ese momento, si estaban solos o acompañados y qué recuerdan o evocan ahora de ese momento.
- h) Pensar el lugar que ocupa el niño en la familia y el que ocupan ellos en sus respectivas familias de origen, para ver si se identifican con el niño, con el síntoma o con el conflicto. Por ejemplo, un padre expresa: «Yo me hice pis hasta los diez y no pasó nada».

- i) Angustias predominantes o miedos del niño y de los padres.
Indagar expresiones que no quedan del todo claras, como «Pedro tiene mucho carácter», que ejemplifiquen alguna situación y expresen qué hacen ellos ante dicha situación.
- j) Evaluar la historia de los distintos procesos de separación del niño (destete, cambio de alimentación, control de los esfínteres y caminar).
Cómo se sintieron ellos ante estos movimientos de separación, si hubo angustia, apoyo o descontrol, etc.
- k) Cómo fue el pasaje de la alimentación líquida a la sólida, qué hábitos de alimentación tiene el niño; indagar cómo son los momentos en que se comparte la comida.
- l) Cómo es el dormir ahora y cómo fue en los comienzos, si duerme solo/a, desde cuándo.
- m) Que nos cuenten un día entre semana y un fin de semana, ver qué actividades tienen el chico y los grandes, qué comparten juntos y qué no.
- n) En caso de que el niño esté bajo el cuidado de otra persona que no sean los padres, que la describan y describan el vínculo del niño con esa persona.
- o) Acceder a la emotividad de los padres con relación al niño y ver con qué palabras lo describen. Se les puede pedir que describan tres aspectos positivos del niño y tres aspectos negativos.
- p) Si el niño tiene amigos, si ha socializado, si se queda a dormir en la casa de algún pariente cercano o de amigos y cómo se sienten ellos cuando el niño no está.
- q) La emotividad de los padres y del niño son aspectos importantes en los que indagar, preguntando cómo describiría cada uno el vínculo con su hijo. Si podemos acercarnos a la modalidad de apego predominante sería de gran utilidad para mostrarnos el tipo de vínculo que tiene el niño con cada padre.
- r) Informar al niño que va a venir a trabajar con un/a psicólogo/a, que le den el nombre del profesional, que le digan que ellos ya lo conocieron y que van a tener algunos encuentros en los que principalmente van a jugar para poder entender qué le pasa a él, porque los padres quieren ayudarlo a salir de la situación actual y quizás entre todos puedan encontrar la forma de ayudarlo/a.
- s) Informar a los padres que trabajaremos algunas entrevistas con el niño, pero que probablemente nos volvamos a encontrar para seguir pensando juntos sobre el niño y que iremos pautando dichos encuentros paulatinamente, que cuentan con el psicólogo/a y que cualquier tema que quieran tratar lo iremos viendo en sucesivas entrevistas. Evitar los contactos delante del niño al iniciar o finalizar los encuentros, porque generan malos entendidos; en la medida de lo posible, tratar de encuadrar siempre los encuentros con los padres.

- t) Es importante explicitar que quizás se hagan algunas entrevistas madre e hijo o padre e hijo o toda la familia junta, mantener la posibilidad que nos brinda el encuadre móvil para ampliar la modalidad vincular.

- Acceder a la fantasmática de ambos padres es un objetivo elevado que todo psicólogo clínico debería intentar lograr a lo largo del proceso diagnóstico, pero requiere de mucha experiencia clínica, formación adecuada para el trabajo con niños y haber transitado por un espacio de análisis para poder tener un adecuado posicionamiento ético profesional.

Excepciones

- En la consulta por abuso, se realiza la primera entrevista con el niño.
- Cuando los padres están separados, se pregunta si el otro padre está de acuerdo en hacer la consulta y se pregunta si consideran que pueden venir a una primera entrevista juntos o no. En el caso de que no tengan buena comunicación, el psicólogo deberá hacer el contacto con el padre que no concurrió e indagar si no estaba enterado, si estaba en desacuerdo, etc.
- En casos de adopción, se debe tener en cuenta que la historia es algo que moviliza mucho a los padres, pero es necesario indagar cómo se dio el vínculo entre ellos desde el comienzo. Indagar si el niño sabe que es adoptado. Si tiene información de su familia biológica.

Referencias bibliográficas

- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. España: Paidós.
- Laplanche, J y Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Rolla, E. (1981). *La entrevista en psiquiatría, psicoanálisis y psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Galerna.

Técnicas de evaluación y diagnóstico psicológico

El presente capítulo pone a disposición del estudiante una introducción a las técnicas de evaluación de la personalidad y cognitivas. Dicha presentación indica por un lado la postura en torno a las técnicas dinámicas, proyectivas, para explorar profundamente la personalidad del evaluado, utilizadas tanto en los ámbitos clínicos como laboral, educativo y forense.

Por otro lado, las técnicas de exploración del funcionamiento cognitivo (escalas Wechsler) como puesta a punto de los estudios más recientes en torno a la evaluación de niños, adolescentes y adultos.

Por primera vez presentamos en un manual de este tipo en nuestra Facultad técnicas de evaluación denominadas *escalas e inventarios*, que son utilizadas en diversos ámbitos junto con las otras o como recursos en sí mismas para evaluar distintas facetas del comportamiento y funcionamiento psíquico de los sujetos.

Las técnicas presentadas están acompañadas de ejemplificaciones clínicas —por razones obvias, se sugiere un manejo ético del material, cuyos datos han sido modificados—, a fin de que pueda comprenderse más cabalmente el alcance de la aplicación y la interpretación de los datos arrojados por ellas.

Este capítulo pretende despertar el interés del estudiante en la profundización del tema, para lo cual se le ofrece una amplia bibliografía actualizada. Debe tener en cuenta que las técnicas psicológicas son de uso exclusivo del psicólogo profesional.

Escalas e inventarios de personalidad

Dr. Ps. Hugo Selma

El estudio de la «personalidad» en su más amplio sentido ha ocupado a la especie humana desde la Antigüedad. Siendo animales sociales, la posibilidad de comprender, predecir o modificar patrones de comportamiento de otros congéneres es fundamental para la supervivencia en sociedad. Proponer un punto de inicio acerca del estudio de la personalidad es por ello un acto absolutamente arbitrario. En tal sentido, ubicaremos arbitrariamente los orígenes de las elaboraciones teóricas precientíficas respecto a la personalidad en la Antigua Grecia.

Tal como ocurre en muchos otros aspectos, la influencia de la civilización griega en toda la cultura occidental es enorme. La psicología en general y la psicología de la personalidad en particular no escapan a dicha influencia. Empédocles, Hipócrates y Galeno pueden considerarse los primeros autores «clásicos» que postularon teorías de la personalidad (Dumont, 2010). Hipócrates introdujo un modelo basado en el concepto de temperamento. Cuatro perfiles de temperamento se relacionaban con el exceso o déficit de cuatro humores corporales (Dumont, 2010). Sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema se corresponden con los temperamentos sanguíneo, melancólico, colérico y flemático (Albores-Gallo, Márquez-Caraveo y Estañol, 2003).

El estudio de la personalidad desde un punto de vista científico puede ubicarse a finales del siglo XIX, poco después del nacimiento de la propia psicología como disciplina científica (Dumont, 2010; Pervin, 1998). Freud fue uno de los primeros autores en elaborar una teoría sobre la personalidad, orientada fundamentalmente hacia la práctica clínica (McAdams, 1994). Posteriormente el conductismo, los modelos factoriales, las teorías cognitivas, humanistas, modelos psicobiológicos y muchos otros abordaron y teorizaron de diversas formas acerca de la personalidad (Craik, Hogan y Wolfe, 2013; Dumont, 2010; Pervin, 1998). Por el objeto de estudio en sí mismo, y por la diversidad de teorías, resulta difícil llegar a un consenso sobre qué es la personalidad. En tal sentido, una definición ya clásica pero plenamente vigente es la de Allport (1937), quien la define como:

La organización dinámica dentro del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su adaptación específica al entorno [...] que determinan su comportamiento y pensamiento característicos. (p. 55)

La amplitud de dicha definición la dota de gran operatividad, y a su vez pone de manifiesto las dificultades para precisar el estudio de la personalidad de otras subdisciplinas limítrofes. La inteligencia y la psicopatología, a modo de ejemplo, se entrecruzan constantemente con el estudio de la personalidad. Respecto a la primera, algunos autores la señalan como un elemento constitutivo de la personalidad, sea relacionada con algún rasgo de personalidad o como un rasgo aparte (Carver y Sheier, 2014; Pervin, 1998). Respecto de la segunda, se pueden encontrar estrechas relaciones entre determinados perfiles de personalidad y una mayor propensión o riesgo de determinadas condiciones psicopatológicas. Algunos

autores consideran incluso que ciertas condiciones psicopatológicas son características sobresalientes de rasgos de personalidad extremos (Carver y Sheier, 2014; Dumont, 2010; Svrakic y Cloninger, 2010). Dada esta naturaleza «fronteriza» de la psicología de la personalidad con muchas otras disciplinas, no es extraño que haya numerosas teorías respecto a ella. Lo cual, por otra parte, ocurre frecuentemente en casi cualquier área de estudio de la psicología.

Existen diversas clasificaciones de grupos o tipos de teorías acerca de la personalidad. Carver y Sheier (2014) las agrupan en:

1. Perspectiva de rasgos: supone que la personalidad puede ser descrita en función de un cierto número de rasgos o dimensiones. Dichas dimensiones son continuas, y las personas se diferencian en el grado en el que las presentan. Por ejemplo, el rasgo *ansiedad* está presente en todas las personas, solo que algunas presentan grados de ansiedad más elevados que otras. Este conjunto de teorías se divide a su vez en dos categorías, las *léxico-factoriales* y los *modelos psicobiológicos*. Dentro de los modelos léxico-factoriales se encuentran el de Cattell (1943) y el de los «cinco grandes» (Costa y McCrae, 1992). Los modelos psicobiológicos factoriales se describirán en esa categoría.
2. Perspectiva motivacional: tal como su nombre lo indica, estos conjuntos de teorías se orientan fundamentalmente hacia el estudio de los aspectos volitivos de la personalidad: necesidades (de logro, de poder, de afiliación, de intimidad), motivaciones (de acercamiento y de evitación), presiones, entre otros constructos.
3. Modelos psicobiológicos: en este grupo pueden ubicarse los modelos factoriales de tipo *psicobiológico*, como el modelo biosocial de Eysenck (1967), el de los «cinco grandes alternativos» (Zuckerman, 2005) y el modelo de Cloninger (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993), entre otros. Existen también diversas elaboraciones teóricas e investigaciones que indagan acerca del correlato biológico de los rasgos de personalidad. Investigaciones relativas a la influencia de las hormonas sexuales, de la actividad cerebral, de la interacción genes-ambiente son solo algunas de las líneas de investigación abiertas. Este grupo de teorías ha tenido un gran desarrollo fundamentalmente desde la década de los años 90 (Albores-Gallo *et al.*, 2003; Carver y Sheier, 2014; Craik *et al.*, 2013; Dumont, 2010).
4. Perspectiva psicoanalítica: aquí se engloban distintas teorías psicodinámicas como el psicoanálisis freudiano, kleiniano y lacaniano, entre otras. Algunos autores incluyen en esta categoría la psicología analítica de Jung y la teoría de Adler, si bien ambas se desmarcan del marco teórico freudiano.
5. Teorías psicosociales: en este marco se engloban aquellas teorías que se centran en el estudio de las relaciones interpersonales y su influencia sobre el yo. En tal sentido, los trabajos kleinianos y de Anna Freud son precursores. A ello se agregan un amplio número de investigadores que han trabajado nociones como el yo, las teorías del apego y las relaciones objetales. White, Goldberg, Bowlby y Erikson son otros autores relevantes en este grupo de teorías.
6. Teorías del aprendizaje: en este marco destacan las teorías conductistas, neoconductistas y sus derivadas. Autores como Watson y Skinner demostraron la importancia del aprendizaje mediante mecanismos tales como el condicionamiento clásico y operante. Centrándose en el análisis de las conductas y sus contingencias, la personalidad estaría determinada por la interacción con

- el entorno mediante la adquisición de determinados «hábitos». Posteriormente autores como Bandura incorporaron los conceptos de condicionamiento «vicario» y el aprendizaje observacional, poniendo de manifiesto que los seres humanos no solo aprenden «actuando», sino que también lo hacen «observando».
7. Teorías humanistas: autores como Rogers y Maslow, entre otros, centrándose en conceptos como los de autorrealización y autoactualización, desarrollaron modelos teóricos que abarcaron además novedosos dispositivos terapéuticos.
 8. Teorías cognitivas: estas teorías ponen el énfasis en la manera como el sujeto interpreta la realidad, cómo se ve a sí mismo en ella y qué estrategias utiliza para su adaptación en función de esos elementos. Autores como Kelly, Beck, Ellis o Young han desarrollado además dispositivos terapéuticos que han demostrado una gran eficacia en un amplio rango de condiciones clínicas. Este grupo abarca diversas teorías, muchas de las cuales han incorporado y reelaborado conceptos provenientes de otras perspectivas (psicoanalítica, humanista, del aprendizaje, psicobiológica, etc.).
 9. Perspectiva de la autorregulación: centrándose en aspectos tales como la elaboración de metas, la capacidad de autocontrol y la regulación emocional, autores como Burroughs, Dodge, Gallese o Rizzolatti han desarrollado un amplio y heterogéneo conjunto de elaboraciones teóricas. Ellas presentan aplicaciones diversas en el campo de la clínica, de la investigación y hasta de los recursos humanos.

Dentro de cada uno de estos grupos existen a su vez diversas corrientes teóricas, algunas de las cuales podrían ubicarse en más de uno de esos grupos. Tal como ocurre habitualmente en psicología, el conocimiento acumulado respecto a esta temática es amplio, diverso y carente hasta el momento de una teoría única que agrupe los distintos constructos teóricos elaborados (Carver y Sheier, 2014).

Ante este complejo panorama, enumerar de manera exhaustiva los instrumentos de evaluación en personalidad resultaría una tarea cuya complejidad supera ampliamente los propósitos de este manual. Cada uno de los modelos teóricos respecto a la personalidad posee diferentes herramientas diagnósticas para el estudio de los constructos que propone. A su vez, estas herramientas pueden ser de distinto tipo: entrevistas, tests, cuestionarios, escalas, inventarios, etc.

Los términos *tests*, *escalas*, *cuestionarios* e *inventarios* suelen ser utilizados de manera indistinta. Existen no obstante algunos esfuerzos por discriminarlos. Barbero y Vila (2010) definen cada uno de ellos de la siguiente manera:

1. Tests: se utiliza este término para designar cualquier instrumento de medición psicológica. Sin embargo, puede restringirse a aquellos instrumentos que miden habilidades cognitivas, como inteligencia verbal o ejecutiva. Los elementos que lo componen implican respuestas «correctas» e «incorrectas». Las respuestas se suman para dar lugar a un puntaje de escala que indica un mayor o menor grado de habilidad.
2. Escalas: suelen utilizarse para instrumentos de evaluación de rasgos no referidos a habilidades o capacidades, por ejemplo: estilos, actitudes, opiniones, etc. Sus elementos suelen estar ordenados en función de grados, por ejemplo, desde *muy de acuerdo* hasta *muy en desacuerdo*, o dando graduación numérica (de 1 a 5, de 0

a 10, etc.). Las respuestas se suman dando lugar a un puntaje de escala que indica el grado en que el sujeto presenta dicha variable.

3. Cuestionarios: suelen estar compuestos por elementos cuyas opciones de respuesta no son graduadas ni están necesariamente relacionadas. No presentan respuestas correctas o incorrectas ni evalúan habilidades. Por ejemplo, profesión, preferencias o intereses, opiniones o actitudes, etc.
4. Inventarios: suelen utilizarse para evaluar rasgos de personalidad, no hay respuestas correctas o incorrectas, sino que se expresa acuerdo o desacuerdo, o «verdadero-falso» respecto a dichos elementos.

Si bien esta clasificación puede resultar útil, es necesario avisar al lector que en la literatura se suelen utilizar estos términos de manera indistinta. Si leen acerca del «cuestionario de personalidad X», no necesariamente es un cuestionario, probablemente sea una escala o un inventario.

Tenemos entonces dos posibles clasificaciones de los instrumentos que se utilizan para evaluar personalidad. Una derivada del marco teórico a partir del cual se construyó y otra derivada del tipo de instrumento en cuestión.

La figura 1 describe brevemente algunas de las escalas e inventarios de personalidad que entendemos más relevantes para la práctica clínica en nuestro contexto.

Escala o inventario	Tipo de teoría	Rango etario
E - Cuestionario factorial de personalidad, adolescentes y adultos, 16PF (Cattell, 1998)	Rasgos	Adolescentes, adultos
E - Cuestionario factorial de personalidad, adolescentes y adultos, quinta versión, 16PF-5 (Schuerger y Seisdedos, 2003)	Rasgos	Adolescentes, adultos
E - Cuestionario de personalidad para niños, CBQ (Cattell y Porter, 1990)	Rasgos	Niños
E - Inventario de personalidad NEO revisado, NEO-PI-R (Costa y McCrae, 2008)	Rasgos	Adolescentes, adultos
E - Inventario de personalidad NEO revisado, versión corta, NEO-FFI (Costa y McCrae, 2008)	Rasgos	Adolescentes, adultos
E - Cuestionario del «Big Five», BFQ (Bermúdez, 1995)	Rasgos	Adolescentes, adultos
E - Listado de Adjetivos para Evaluar Personalidad, AEP (Ledesma, Sánchez y Díaz-Lázaro, 2011)	Rasgos	Adultos
E - Inventario Bochum de Personalidad y Competencias, BIP (Hossiep y Paschen, 2006)	Rasgos, motivacional, cognitiva, de aprendizaje y de autorregulación	Adultos

E - Cuestionario de personalidad: EPI (Eysenck y Eysenck, 1990)	Psicobiológica	Adultos
E - Escala BIS-BAS, E-BIS/BAS (Carver y White, 1994)	Psicobiológica	Adultos
- Cuestionario de personalidad Zuckerman-Kuhlman, ZKPQ (Gomá-i-Freixanet, Valero, Puntí y Zuckerman, 2004)	Psicobiológica	Adultos
I - Cuestionario de personalidad Zuckerman-Kuhlman, versión corta transcultural, ZKPQ-50-CC (Póo, Ledesma y López, 2013)	Psicobiológica	Adultos
E - Cuestionario de Temperamento y Carácter Revisado, TCI-R (Cloninger, 1999)	Psicobiológica	Adultos
E - Cuestionario de Temperamento y Carácter, versión corta, TCI-140 (Cloninger, 1999)	Psicobiológica	Adultos
E - Cuestionario de Temperamento y Carácter para niños y padres, JTCI (Quintana y Muñoz, 2010)	Psicobiológica	Niños, adolescentes
E - Cuestionario de Creencias de Personalidad, PBQ (Albein-Urios, Martínez-González, Lozano-Rojas y Verdejo-García, 2011)	Cognitiva	Adultos
E - Cuestionario de Creencias de Personalidad, versión breve, PBQ-SF (Londoño, Calvete y Palacio, 2012)	Cognitiva	Adultos
E - Cuestionario de Esquemas de Young, forma corta, CEY-S3 (Young, 2005)	Cognitiva	Adolescentes, adultos
E - Inventario de Evaluación de Personalidad, PAI (Morey, 2011)	Cognitiva	Adolescentes, adultos
I - Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MMCI-III (Millon, 2007)	Cognitiva	Adultos
I - Inventario Clínico para Adolescentes de Millon, MACI (Millon, 2004)	Cognitiva	Adolescentes
E - Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota, versión 2, MMPI-2 (Hathaway, 2000)	Cognitiva	Adolescentes, adultos
Figura 1. Inventarios y escalas de personalidad. E: escala. I: inventario.		

Varios instrumentos refieren a distintos modelos de «rasgos» de personalidad:

- a) Las escalas 16PF, 16PF-5 y CBQ evalúan las 16 dimensiones de personalidad propuestas por Cattell (1998): afabilidad, razonamiento, estabilidad, dominancia, animación, atención a las normas, atrevimiento, sensibilidad, vigilancia, abstracción, privacidad, aprensión, apertura al cambio, autosuficiencia, perfeccionismo y tensión.
- b) Las escalas NEO-PI-R, NEO-FFI, BFQ y el AEP evalúan las cinco dimensiones del modelo de los «cinco grandes» (Costa y McCrae, 2008): neuroticismo, extroversión, apertura, amabilidad y responsabilidad.

El *Inventario Bochum de personalidad y competencias*, BIP (Hossiep y Paschen, 2006), es una escala que comparte elementos de varios tipos de teorías de la personalidad. Evalúa: tres escalas de motivación laboral: orientación a resultados, iniciativa para el cambio y liderazgo;

1. tres escalas de comportamiento laboral: esmero, flexibilidad y orientación a la acción;
2. tres escalas de habilidades sociales: inteligencia social, sociabilidad, desarrollo de relaciones, trabajo en equipo e influencia;
3. tres escalas relacionadas con la estructura psíquica: estabilidad emocional, capacidad de trabajo y seguridad en sí mismo.

Respecto a los modelos psicobiológicos de personalidad, citamos las siguientes escalas:

- El EPI evalúa las dimensiones de personalidad del modelo de Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1990): psicoticismo, extroversión y neuroticismo.
- El E-BIS/BAS evalúa las dos dimensiones de personalidad propuestas por el modelo de Gray (1982): ansiedad e impulsividad.
- Las escalas ZKPQ Y ZKPQ-50-CC evalúan las dimensiones de personalidad del modelo de los «cinco grandes alternativos» (Zuckerman, 2005): neuroticismo-ansiedad, impulsividad-búsqueda de sensaciones, sociabilidad, agresividad-hostilidad y actividad.
- Las escalas TCI-R, TCI-140 Y JTCl, por su parte, evalúan las dimensiones de personalidad propuestas por el modelo de C. R. Cloninger divididas en cuatro dimensiones de temperamento y tres de carácter (Cloninger *et al.*, 1993):
- Temperamento: evitación del daño, búsqueda de novedad, dependencia de recompensa y persistencia.
- Carácter: autodirección, cooperación y autotrascendencia.

Respecto a las escalas relacionadas con modelos de personalidad de corte cognitivo:

- Las escalas PBQ y PBQ-SF evalúan creencias centrales características de los trastornos de personalidad (Albein-Urios *et al.*, 2011; Londoño *et al.*, 2012): esquizoide, paranoide, antisocial, narcisista, histriónico, límite, evitativo, dependiente, obsesivo compulsivo y pasivo agresivo.
- La escala CEY-s3 evalúa 18 esquemas precoces desadaptativos relacionados con diversos trastornos mentales crónicos, entre ellos los trastornos de personalidad (Young, Klosko y Weishaar, 2007). Dichos esquemas precoces desadaptativos son (Young, 2005): privación emocional, abandono/inestabilidad, desconfianza/

abuso, aislamiento social/alienación, imperfección/vergüenza, fracaso en la ejecución, incompetencia/dependencia, vulnerabilidad al peligro o la enfermedad, apego confuso/inmaduro, grandiosidad/autorización, insuficiente autocontrol/autodisciplina, subyugación, autosacrificio, búsqueda de aprobación/reconocimiento, negativismo/pesimismo, inhibición emotiva, hipercrítica/sobreexigencia y castigo/intolerancia.

El PAI (Morey, 2011), evalúa:

- 11 escalas clínicas: quejas somáticas, ansiedad, trastornos relacionados con la ansiedad, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límites, rasgos antisociales, problemas con el alcohol y problemas con las drogas;
- 5 escalas de consideraciones para el tratamiento: agresión, ideaciones suicidas, estrés, falta de apoyo social y rechazo al tratamiento, y
- 2 escalas de variables específicas de personalidad respecto a relaciones interpersonales: dominancia y afabilidad.

El MMCI-III evalúa (Millon, 2007):

- 14 rasgos de personalidad asociados a trastornos de personalidad: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, sádico, compulsivo, negativista, masoquista, esquizotípico, *borderline* y paranoide, y
- 10 escalas de síndromes clínicos: ansiedad, somatoformo, bipolar-maníaco, distimia, dependencia del alcohol, dependencia de drogas, trastorno por estrés postraumático, trastornos de pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante.

El MACI (Millon, 2004), por su parte, evalúa:

- 12 características de personalidad tendientes a un posible trastorno de personalidad: introvertido, inhibido, pesimista, sumiso, histriónico, egocéntrico, rebelde, rudo, conformista, opositorista, autopunitivo y con tendencia límite;
- 8 variables relevantes desde el punto de vista clínico: difusión de la identidad, desvalorización de sí mismo, desagrado con el propio cuerpo, incomodidad respecto al sexo, inseguridad con los iguales, insensibilidad social, discordancia familiar y abusos en la infancia, y
- escalas relativas a síndromes clínicos: trastornos de la alimentación, inclinación al abuso de sustancias, predisposición a la delincuencia, propensión a la impulsividad, sentimientos de ansiedad, afecto depresivo y tendencia al suicidio.

El MMPI-2 (Hathaway, 2000), presenta:

- 3 escalas de funcionamiento global: emocional, conductual y de pensamiento;
- 9 escalas clínicas: desmoralización, quejas somáticas, escasez de emociones positivas, desconfianza, conducta antisocial, ideas persecutorias, emociones negativas disfuncionales, experiencias anormales y activación hipomaniaca;
- 23 escalas relacionadas con problemáticas clínicas específicas: quejas somáticas y cognitivas (malestar general, quejas gastrointestinales, dolor de cabeza, quejas neurológicas y quejas cognitivas), internalización (ideación suicida, indefensión, inseguridad, ineficacia, estrés y preocupación excesiva, ansiedad, propensión a la ira, miedos incapacitantes y miedos específicos), externalización (problemas de conducta juveniles, abuso de sustancias, agresión y activación) y problemas interpersonales (problemas familiares, pasividad interpersonal, evitación social, timidez y misantropía);

- 2 estilos generales de intereses del sujeto: estético-literarios y mecánico-físicos, y
- 5 escalas de personalidad: agresividad, psicoticismo, falta de control, emocionalidad negativa e introversión.

Respecto a las teorías relativas a la autorregulación, citamos dos técnicas:

- El ERQ evalúa estrategias de autorregulación emocional en lo que refiere a dos estrategias básicas: reevaluación cognitiva y supresión (Gargurevich y Matos, 2010).
- El ACS-90 evalúa dos variables: orientación a la acción subsecuente al fracaso y orientación a la acción prospectiva.

Tanto las escalas como los inventarios suelen interpretarse en función de un puntaje total para cada una de las escalas o inventarios. Mediante la aplicación de determinado patrón se otorga un valor numérico a cada respuesta, y finalmente mediante una suma se obtienen dichos valores totales por cada escala, usualmente denominados puntajes «brutos».

Ahora bien, si obtenemos un puntaje de 25 en una escala de neuroticismo, ¿ese puntaje es alto o bajo? ¿Qué nos dice sobre esa persona? Para poder interpretar dichos puntajes es necesario entonces ponderarlos. Existen dos formas de interpretar los resultados (Barbero y Vila, 2010): la interpretación normativa y la criterial. En la interpretación normativa se compara el puntaje del sujeto con el de su grupo de referencia (por ejemplo, hombres uruguayos de entre 25 y 30 años). En la interpretación criterial se compara el puntaje del sujeto con determinados puntos de corte de su grupo de referencia, estableciéndose categorías. Por ejemplo, un test de depresión puede establecer ciertos puntos de corte y en función de ellos se establecen categorías como sin síntomas relevantes, depresión leve, depresión moderada, depresión severa.

Algunas escalas utilizan ambos métodos. Por ejemplo, el NEO-PI-R y el NEO-FFI (Costa y McCrae, 2008) utilizan puntuaciones típicas como forma de comparar al sujeto con su población de referencia, y a su vez una interpretación criterial con categorías que van desde *muy bajo* hasta *muy alto*.

Cada test posee un manual que especifica la forma en que se aplica, se puntúa y se interpreta. A su vez debe presentar ciertos baremos o puntos de corte con grupos de población específicos. Habitualmente estos grupos de población se definen en función de sexo, edad o condiciones clínicas. Por ejemplo: población general, mujeres, de 45 a 60 años.

Para utilizar este así como cualquier otro instrumento de evaluación psicológica es necesario prestar atención a algunas de sus características. Existen numerosas investigaciones que refieren a dos importantes cualidades de estos instrumentos (Barbero y Vila, 2010): fiabilidad y validez. Estas dos cualidades describen si las puntuaciones del test son precisas (fiabilidad), y si son relevantes desde el punto de vista psicológico (validez). Por ejemplo, un test de depresión es fiable si el puntaje obtenido por un sujeto es preciso y con poco grado de error, y es válido si efectivamente discrimina cuándo una persona padece o no depresión.

También es importante asegurarse de que la versión del test que se esté utilizando esté adaptada a la población objetivo. En nuestro caso, a población uruguaya. Esto es un ideal pocas veces realizable, ya que son muy pocos los instrumentos adaptados a nuestra

población. Pero al menos es preciso asegurarse de utilizar una versión adaptada a un contexto sociocultural y lingüístico similar al nuestro, por ejemplo el de Argentina o Chile.

Por último, criterios clínicos y éticos también deberán ser tenidos en cuenta a la hora de seleccionar las herramientas diagnósticas que sean pertinentes en cada caso.

Ejercicio

Aplique la escala NEO-FFI a cuatro personas. Puntúe dichas aplicaciones e interprete los resultados, contestando las siguientes preguntas:

1. Utilizando una interpretación criterial, ¿cómo son cada uno de los cuatro sujetos respecto a:
neuroticismo
extroversión
apertura
amabilidad y
responsabilidad?
2. ¿Cuáles son las puntuaciones típicas de los sujetos en dichas variables?
3. En función de dichas puntuaciones:
¿quién es más neurótico?
¿quién es más extrovertido?
¿quién es más abierto?
¿quién es más amable?
¿y quién es más responsable?
4. En función de lo analizado en los puntos 1 y 2, ¿cómo describiría cualitativamente a cada uno de los sujetos?

Bibliografía

- Albein-Urios, N.; Martínez-González, J. M.; Lozano-Rojas, Ó. y Verdejo-García, A. (2011). Estudio preliminar para la validación de la versión española del Personality Belief Questionnaire. *Trastornos Adictivos*, 13 (4), 144-150. [http://doi.org/10.1016/S1575-0973\(11\)70030-7](http://doi.org/10.1016/S1575-0973(11)70030-7).
- Albores-Gallo, L.; Márquez-Caraveo, M. E. y Estañol, B. (2003). ¿Qué es el temperamento? Retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental*, 26 (3), 16-26.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Nueva York: Holt Rinehart & Winston.
- Barbero, M. I. y Vila, E. (2010). *Psicometría*. Madrid: uned.
- Bermúdez, J. (1995). *Manual del cuestionario «Big Five» (bfi)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (2014). *Teorías de la personalidad* (7.ª ed.). México: Pearson Educación.
- Carver, C. S. y White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (2), 319-333. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.319>.
- Cattell, R. B. (1943). The description of personality. I. Foundations of trait measurement. *Psychological Review*, 50 (6), 559-594. <http://doi.org/10.1037/h0057276>.
- (1998). *16 pf: Cuestionario factorial de personalidad, adolescentes y adultos* (15.ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Cattell, R. B. y Porter, R. B. (1990). *cpq (b): Cuestionario de personalidad para niños* (4.ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Cloninger, C. R. (1999). *The Temperament and Character Inventory-Revised*. Saint Louis, Missouri: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cloninger, C. R.; Svrakic, D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.

- Cordero, S. (2007). El rol de la personalidad en la relación entre frustración-estrés y diversas reacciones afectivas: resultados de una investigación. *Ciencias Psicológicas*, 1 (1), 47-69.
- Costa, P. T. y McCrae, R. (1992). *Revised neo Personality Inventory (neo-pi-r) and neo Five-Factor Inventory (neo-ffi) manual*. Odessa, Estados Unidos: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (2008). *neo pi-r, Inventario de personalidad neo-revisado y neo ffi, Inventario neo reducido de cinco factores* (3.ª ed.). Madrid:TEA Ediciones S.A.
- Craik, K. H.; Hogan, R. y Wolfe, R. N. (2013). *Fifty Years of Personality Psychology*. Boston, Massachussets: Springer Science & Business Media.
- Dumont, F. (2010). *A History of Personality Psychology: Theory, Science, and Research from Hellenism to the Twenty-First Century*. Cambridge University Press.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality* (3.ª ed.). Springfield: Charles C. Thomas.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1990). *Cuestionario de personalidad: epi*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gargurevich, G. y Matos, L. (2010). Propiedades psicométricas del Cuestionario de autorregulación emocional, adaptado para el Perú (erpq). *Revista de Psicología*, 12 (1), 192-215.
- Gomá-i-Freixanet, M.; Valero, S.; Puntí, J. y Zuckerman, M. (2004). Psychometric Properties of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a Spanish Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (2), 134-146 .<http://doi.org/10.1027/1015-5759.20.2.134>.
- Gray, J. A. (1982). A critique of Eysenck's theory of personality. En H. J. Eysenck, *A model for personality* (246-276). Berlín: Springer-Verlag.
- Hathaway, S. R. (2000). *mmpi-2: inventario multifacético de personalidad de Minnesota - 2* (2.ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Hossiep, R., & PASCHEN, M. (2006). *BIP, Inventario Bochum de Personalidad y Competencias: manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Kuhl, J. (1994). Action versus state orientation: Psychometric properties of the Action-ContolScale (acs-90). En J. Kuhl y J. Beckmann (eds.), *Volition and personality: Action versus state orientation* (47-59). Gottingen: Hogrefe.
- Ledesma, R. D.; Sánchez, R. y Díaz-Lázaro, C. M. (2011). Adjective checklist to assess the big five personality factors in the Argentine population. *Journal of Personality Assessment*, 93 (1), 46-55 .<http://doi.org/10.1080/00223891.2010.513708>.
- Londoño, N. H.; Calvete, E. y Palacio, J. (2012). Validación del «Cuestionario de creencias de personalidad, versión breve» (pbq-sf) en población no clínica colombiana. *Psicología Conductual = Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*, 20 (2), 305-321.
- McAdams, D. P. (1994). *The person. An introduction to personality psychology* (2.ª ed.). Nueva York: Harcourt Brace.
- Millon, T. (2004). *Inventario clínico para adolescentes de Millon, maci*. Madrid: TEA Ediciones.
- (2007). *Inventario clínico multiaxial de Millon, mmci-iii*. Madrid: TEA Ediciones. Recuperado de <http://www.casadellibro.com/libro-mcmi-iii-inventario-clinico-multiaxial-de-millon-iii/9788471748737/1169278>.
- Morey, L. C. (2011). *Inventario de evaluación de personalidad, pai: manual de aplicación, corrección e interpretación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Pervin, L. A. (1998). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Póo, F. M.; Ledesma, R. D. y López, S. (2013). Versión transcultural del Cuestionario de personalidad de Zuckerman- Kuhlman (zkpq-50-cc) en población argentina. *Escritos de Psicología*, 6 (1), 1-5.
- Quintana, T. y Muñoz, G. (2010). Validación y adaptación del cuestionario de temperamento y carácter jtci de R. Cloninger, versión niños y padres, a escolares chilenos de entre 8 y 13 años de edad. *Terapia Psicológica*, 28 (1), 37-43 .<http://doi.org/10.4067/S0718-48082010000100004>.
- Schuerger, J. M. y Seisdedos, N. (2003). *16pf-apq: cuestionario de personalidad para adolescentes 16pf: manual*. Madrid: TEA Ediciones. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=244730>.
- Svrakic, D. M. y Cloninger, C. R. (2010). Epigenetic perspective on behavior development, personality, and personality disorders. *Psychiatra Danubina*, 22 (2), 153-166.
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire-Short Form*. Nueva York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E.; Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2007). *Terapia de esquemas: Guía práctica*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Zuckerman, M. (2005). *Psychobiology of Personality* (2.ª ed.). Oxford: Cambridge University Press.

Los tests psicológicos

Mag. Ps. Lourdes Salvo

El nombre de *test psicológico* fue usado para aquellos tests que surgieron a principios de 1900 con el interés de determinar, para distintos fines, las diferencias existentes entre los individuos. Estaban más estrechamente asociados a la medición de las capacidades intelectuales, ya que en principio fue la necesidad de identificar a los «débiles mentales» lo que impulsó su desarrollo (Anastasi, 1966) para poder así determinar políticas educativas.

En sí la palabra *test*, que significa ‘prueba’, tiene un origen latino (*testa*) y fue generalizada por el psicólogo americano James McKeen Cattell en 1890 para designar a una serie de pruebas que ponía a sus alumnos al iniciar sus cursos (Forns, Buira y Doménech, 1980).

Estos tests psicológicos, llamados por algunos *tests mentales* para diferenciarlos de los tests físicos y motores y de los educacionales, incluyen los tests tanto de inteligencia como de personalidad.

A su vez, además de los tests, existen las escalas, que son instrumentos de medición cuyo origen se encuentra en los primeros experimentos de laboratorio interesados en aislar determinadas variables en su mínima expresión. Las escalas así como los inventarios buscan medir las diferentes graduaciones de un rasgo o característica. Por su parte, los tests buscan comparar un individuo con su grupo de referencia.

No hay un test único que pueda medir todas las características de los sujetos, por eso la primera clasificación se correspondió con los factores que iban a estudiar, y dentro de ellos estuvieron los tests de inteligencia y rendimiento y los de personalidad.

Los tests de exploración de la personalidad surgieron entre 1910 y 1930, luego de la irrupción de los tests mentales, y a diferencia de estos, buscaban ya no una transformación numérica de una dimensión variable del individuo, sino la descripción de una estructura básica de características estables del funcionamiento psíquico. El psicodiagnóstico de Rorschach (1921) y el TAT (Test de Apercepción Temática, 1935), que fueron los pioneros, son pruebas que están muy influidas por el psicoanálisis y las psicologías holísticas, así como por el método proyectivo.

En este capítulo de evaluación psicológica se verán algunos de los tests más usados por nuestra población dentro de los de inteligencia, las escalas Wechsler para niños y para adultos en su tercera edición, WISC-III y WAIS-III. En cuanto a los de personalidad, se tratarán generalidades de los tests proyectivos temáticos y gráficos, mostrando algunos de ellos, como el TAT, el test de *persona bajo la lluvia* (PBL) y el test de Rorschach aplicado a niños. También se presentarán algunas escalas de personalidad utilizadas en adultos y otros inventarios que se utilizan en adolescentes para investigar temáticas específicas.

La evaluación de la inteligencia

La conceptualización sobre la evaluación del nivel mental fue un proceso que se fue transformando a medida que se desarrollaron también los conceptos de inteligencia. En su surgimiento entonces estaban impregnados de la metodología reinante, por lo que la psicometría, la estadística y la psicología experimental fueron sus principales bases.

Trataremos los siguientes puntos respecto a los tests psicológicos:

1. Concepto y definición
2. Características
3. Clasificación
4. Nociones estadísticas y psicométricas básicas
5. Proceso y construcción de un test

1. Concepto y definición

Definición de test psicológico: es una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta especialmente seleccionada. (Anastasi, 1966)

2. Características

En esta definición están resumidas las características principales que deben tener los tests psicológicos. *Medida objetiva* refiere a que todos los procedimientos llevados a cabo en la aplicación del test sean independientes del juicio del examinador, y *tipificada* alude a la condición de uniformidad de ese procedimiento en cuanto a la aplicación y puntuación del test. La *muestra de conducta* refiere al hecho de que lo que se estudia es una parte de la conducta que interesa medir y por lo tanto es necesario que esté especialmente seleccionada, o sea que represente efectivamente a esa conducta.

Otra de las características principales de los tests psicológicos refiere la *predictibilidad*. Esta hace referencia a una de los objetivos de los test, la posibilidad de hacer inferencias y predicciones sobre los futuros resultados de las personas estudiadas; se estima que con tales resultados se puede predecir un desarrollo escolar exitoso.

3. Clasificación

Los tests se clasifican de acuerdo a su objetivo, o sea, para qué se realizan. En este sentido tenemos aquellos que exploran el funcionamiento intelectual, el rendimiento, el desarrollo, las aptitudes, los intereses y los que investigan o estudian la constitución de la personalidad.

Otro aspecto tenido en cuenta para la clasificación de los tests es la forma en que se administran; pueden ser de administración individual, colectivos o autoadministrados. La modalidad de administración es inherente al tipo de test y al objetivo; la mayoría de los tests utilizados en psicología clínica son de administración individual, sobre todo porque requieren de un estricto seguimiento de las consignas.

Otra clasificación posibles es de acuerdo a los materiales por los cuales se vehiculiza el test. Así, pueden ser gráficos, para lo cual se utiliza lápiz y papel; basados en símbolos visuales, para lo cual se utilizan láminas, dibujos u otros objetos, y también están los llamados tests verbales, que utilizan exclusivamente el lenguaje, tanto en los reactivos como en las respuestas que se solicitan (Forns *et al.*, 1980).

4. Nociones estadísticas y psicométricas básicas

Como se dijo al principio, los tests psicológicos nacen en el auge del positivismo y con el propósito de comparar a los individuos entre sí, por lo que las corrientes de pensamiento de la época así como las herramientas para el cumplimiento de estos propósitos estuvieron teñidas por sus delineamientos.

La estadística y la psicometría fueron dos corrientes teóricas que nacieron en esas décadas y que han permitido a los investigadores describir y analizar las observaciones y experimentos realizados, por lo tanto dejaron una fuerte impronta en el incipiente desarrollo de los tests.

La estadística nos describe un grupo de individuos a través de determinados instrumentos:

escalas de medición

medidas de tendencia central

medidas de dispersión

curva normal

correlaciones

Escalas de medición

Las escalas de medición son formas mediante las cuales se ordenan los datos obtenidos. Una escala es un sistema para asignar valores a un rasgo de conducta. Las escalas pueden ser de distintos tipos: nominales, ordinales, de intervalos y de razón. Las que corresponden a los tests psicológicos son las escalas de intervalos, que son aquellas que tienen un punto de inicio arbitrario y las unidades son iguales.

Medidas de tendencia central

Son las que agrupan los datos de acuerdo a la mayor frecuencia de puntajes similares obtenidos en la población, o sea, en el centro. Se trata de encontrar un dato que represente toda la información que brinda la variable. Por eso antes de elegir una de ellas hay que observar la distribución de la población. Las distintas medidas de tendencia central son la media, la mediana y la moda.

La *media* es la medida de tendencia central preferida, se utiliza para las observaciones que tienen un nivel de medición por lo menos de intervalo y una distribución simétrica. Es la que da la posición exacta de cada puntaje en una distribución, aunque es sensible a los puntajes extremos.

La mediana y la moda se utilizan en casos especiales, cuando las poblaciones no se distribuyen en forma simétrica y sus niveles de medición no son de intervalos.

La *mediana* es el puntaje que divide la distribución de la población en dos partes iguales.

La *moda* es la puntuación que obtiene mayor frecuencia, se utiliza más para las escalas que tienen un nivel de medición nominal.

Medidas de dispersión

Corresponden a la variabilidad que puede darse en una agrupación de puntuaciones.

La más sencilla es el *rango*, que es la distancia entre la puntuación más baja y la más alta (Sattler, 1996).

La *varianza* y la *desviación estándar* son medidas de dispersión que buscan calcular la cantidad de distribución de los puntajes de una población, así como la cantidad en la cual las puntuaciones se desvían de la media. Se realizan mediante fórmulas estadísticas y son imprescindibles para conocer cuál es el comportamiento de la población estudiada en términos estadísticos (Sattler, 1996; Forns *et al.*, 1980).

La *curva normal* o *curva de Gauss* es una curva teórica, con forma de campana, la cual se corresponde con la forma que adoptan la mayoría de las distribuciones de atributos tanto psicológicos como biológicos, como la inteligencia, el desarrollo psicomotor, la talla, el crecimiento óseo. Son variables que dependen de muchos factores de pequeña influencia independientes entre sí; se ha comprobado que siguen la ley de Laplace-Gauss o ley normal. Esta curva tiene valores tabulados, por lo cual es posible saber exactamente qué cantidad de casos caen debajo de dos puntos cualesquiera, así como la proporción en cada uno de sus sectores, para lo cual solo se requiere conocer la media de la población y la desviación estándar.

Correlaciones

Las correlaciones informan sobre el grado de relación que existe entre dos variables, así como también sobre la fuerza y la dirección de esa relación. Se halla un coeficiente de correlación cuyo valor máximo es 1. Se dice que una correlación es positiva cuando el valor alto de una primera variable se asocia con el valor alto de una segunda variable; y se dice que una correlación es negativa cuando el puntaje alto de una variable se asocia con el puntaje bajo de la otra.

Puntuaciones derivadas

Son las puntuaciones que se obtienen convirtiendo los puntajes directos obtenidos por un sujeto en un test a un puntaje relativo para compararlo con su grupo de referencia. Ese grupo de referencia con el cual se compara es una muestra representativa de la población a la cual pertenece. Según cómo realicemos las comparaciones de las puntuaciones del individuo con las del grupo de referencia tendremos distintas puntuaciones normalizadas: puntuaciones por edad y por grado, cociente intelectual, percentiles y puntuaciones estándar.

Las puntuaciones por edad son también llamadas edad mental (EM). Se consideran una medida del desarrollo que corresponde a un determinado nivel de funcionamiento (Sattler, 1996). Si bien la *edad mental* es una medida débil desde el punto de vista estadístico, proporciona información útil acerca de la cantidad de conocimiento que posee el niño en forma individual.

El *cociente intelectual* (CI) es una medida de la inteligencia que surge de la relación entre la edad cronológica y la edad mental, lo que implica que cada CI tiene un significado para cada edad.

Los *percentiles* corresponden a puntuaciones que ubican la posición relativa de un sujeto en su población de referencia. Los percentiles tienen una interpretación simple y directa, por ejemplo un percentil 50 indica que ese sujeto tiene una puntuación similar o mejor a la del 50% de la población con la que se lo comparó.

Las *puntuaciones estándar* son puntajes directos o brutos que tuvieron transformaciones obteniendo una media y una desviación estándar dadas, por ejemplo el CI de desviación que tiene una media de 100 y una desviación estándar de 15.

5. Proceso y construcción de un test

Es necesario definir algunos conceptos.

Población: conjunto de todos los individuos que constituyen un estudio.

Muestra: subconjunto que mantiene las características de la población.

Distribución: ubicación de las características y de los individuos en la población mediante curvas e histogramas.

Desviación: no todos los caracteres se agrupan en un mismo punto, sino que algunos de ellos se alejan en diferentes direcciones.

Diseño muestral: procedimiento que se realiza en forma rigurosa para conformar el conjunto de individuos que integrarán la muestra representativa de la población con la cual se realizará el proceso de estandarización.

Estandarización: aplicación del test a la muestra de la población elegida para obtener los puntajes y transformarlos en la norma, lo que llamamos población de referencia. Para que esto se cumpla y desde el punto de vista estadístico sea correcto, debe hacerse una aplicación uniformizada.

Confiabilidad: consistencia de los puntajes obtenidos por un mismo individuo en un test administrado en dos momentos distintos. La confiabilidad determina hasta qué punto la diferencia entre las puntuaciones corresponde a lo que se llama el error de medida o a las diferencias verdaderas de las características que estuvimos midiendo.

Validez: forma en que el test mide lo que quiere medir, para lo cual se comparan sus resultados con otros criterios adecuados relacionados con la característica que se mide.

Objetivos de la baremación: se realiza para obtener tablas para la conversión de puntajes brutos en ponderados en la población que se quiere estudiar. Debido a la incidencia de factores socioeconómicos y culturales en el rendimiento, se deben realizar para las distintas poblaciones. La baremación también se realiza para ajustar los parámetros psicométricos a la realidad propia.

Bibliografía

Anastasi, A. (1966). *Tests psicológicos*. Madrid: Aguilar.

Forns, M.; Buira, C. y Doménech, J. (1980). *Psicodiagnóstico y estadística*. Barcelona: ceac.

Sattler, J. (1996). *Evaluación infantil*. México DF: Manual Moderno.

Exploración intelectual del niño y el adolescente: el WISC-III

Dra. Ps. Susana Martínez

El Wechsler Intelligence Scale for Children tercera revisión (WISC-III) es una herramienta para la exploración del funcionamiento intelectual del niño en edad escolar y del adolescente hasta los 16 años.

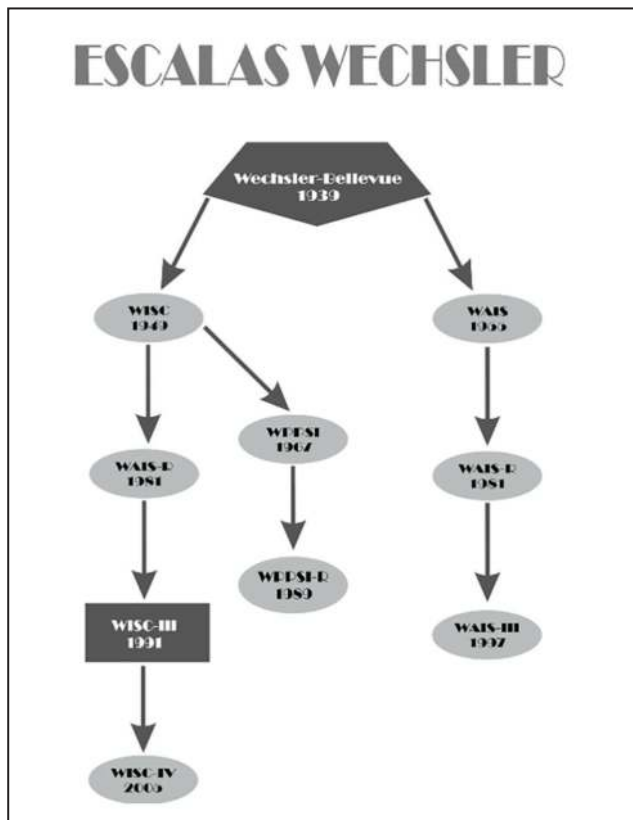
Constituye la tercera versión del WISC, creado en 1949 por David Wechsler en Estados Unidos. Wechsler fue un psicólogo clínico que se desempeñó en el Bellevue Hospital Center de Nueva York y dedicó la mayor parte de su vida a investigar acerca de la inteligencia y de las funciones cognitivas. Sus prestigiosas escalas, internacionalmente reconocidas por su confiabilidad y validez ampliamente demostradas, continúan siendo empleadas luego de variadas adaptaciones y revisiones. Comenzó ocupándose de la determinación del nivel intelectual del paciente adulto, y publicó su primer instrumento en 1939. Sucesivamente fue creando versiones para diferentes etapas del ciclo vital (preescolares, escolares y adolescentes, adultos y adultos mayores). Las revisiones periódicas a las que son sometidas este tipo de técnicas persiguen tres objetivos:

1. Adaptar los contenidos de la escala a la realidad cultural actual.
2. Proporcionar datos normativos actualizados que permitan establecer inferencias diagnósticas más válidas.
3. Incluir los aportes de los nuevos desarrollos conceptuales con relación a la inteligencia, las funciones cognitivas o los psicométricos.

El siguiente esquema sintetiza lo que se ha dado en llamar el árbol genealógico de las escalas Wechsler.

Siempre que se utiliza un test es fundamental tener claro cuáles son sus fundamentos teóricos, así como el grado de confiabilidad y validez que presenta. Wechsler (1944, p.3) definía la inteligencia como una «entidad compleja y global que capacita al sujeto para actuar deliberadamente, pensar racionalmente y relacionarse eficazmente con el medio». Definición un tanto imprecisa y extensiva, pero eminentemente clínica. Cabe destacar que, a diferencia de sus contemporáneos, se ocupó de incluir la valoración de los aspectos «extraintelectivos» de la inteligencia. Otorgaba así un papel fundamental a los componentes afectivos (motivación, nivel de aspiraciones, etc.). Como clínico experimentado que era, percibía claramente la imbricación intelectual y afectiva que subyace a la ejecución de una tarea supuestamente exclusivamente cognitiva. Desde el punto de vista de sus bondades psicométricas existe una profusa bibliografía que la avala.

ESCALAS WECHSLER



Descripción de la técnica

El WISC-III es un instrumento clínico de aplicación individual que se utiliza en las edades de 6 a 16 años. Como todas las escalas, Wechsler se subdivide en dos grandes escalas: la verbal y la ejecutiva, cada una de las cuales cuenta con diferentes subtests que exploran una faceta diferente de la inteligencia. Cada subtest, a su vez, está compuesto por un conjunto de ítems ordenados en dificultad creciente.

A continuación se describen muy sucintamente los subtests que integran las escalas así como los aspectos por ellos investigados.

Escala verbal

Conjunto de pruebas que ponen de manifiesto las habilidades verbales del sujeto. Tanto la tarea presentada como la respuesta demandada utilizan el canal verbal. A excepción del subtest de aritmética, en el cual existe un tiempo límite para la obtención de la respuesta, el factor temporal no es relevante para valorar el desempeño del examinado.

Información

Serie de preguntas que inquieran acerca de conocimiento general habitualmente incorporado en las instituciones educativas. Requiere necesariamente haber estado expuesto a la información solicitada, así como la motivación para incorporarla y la capacidad para

almacenarla. Explora, por lo tanto, la memoria verbal a largo plazo. El desempeño del sujeto puede estar muy afectado por la incidencia de factores socioculturales.

Analogías

Constituido por preguntas que demandan encontrar la similitud entre dos conceptos. Indaga la capacidad para el razonamiento verbal y el tipo de pensamiento prevalente (abstracto, concreto, funcionalista) que se observa según el tipo de respuesta que brinda el sujeto. Es un subtest muy importante en tanto está menos incidido culturalmente y explora la habilidad para razonar, faceta fundamental de la inteligencia.

Aritmética

Compuesto por preguntas problema que ponen de manifiesto las habilidades para el cálculo mental. Los primeros ítems permiten que los cálculos se realicen con material figurativo (para los niños más pequeños y para aquellos en quienes se sospecha una alteración significativa de la inteligencia) y en los últimos (los más difíciles) el sujeto conserva la pregunta problema a la vista. Los ítems intermedios deberán ser respondidos de memoria. Indaga por tanto la memoria de trabajo, la automatización del cálculo y la incorporación de diversos recursos aritméticos (operaciones básicas, probabilidad, fracciones, etc.).

Vocabulario

Prueba de definición de palabras. Requiere que el sujeto conozca el significado de la palabra, pero también habilidad para conceptualizar. De modo que combina los aspectos explorados tanto en el subtest de información (memoria verbal a largo plazo, incidencia de lo sociocultural) como en el de analogías (habilidad para la conceptualización verbal).

Comprensión

Subprueba en la cual los interrogantes apuntan a evaluar las habilidades adaptativas. Explora el sentido común y la incorporación de normas y pautas de convivencia. Los puntajes en este subtest suelen estar descendidos cuando tienen mucho peso los factores afectivos. Un número importante de reactivos requieren que el sujeto resuelva una situación hipotética planteada, otros apuntan a observar la incorporación de reglas.

Dígitos

Consta de dos tareas que ponen de manifiesto habilidades cognitivas diferentes. En la primera, el examinado debe repetir una secuencia de dígitos que el examinador le va presentando verbalmente. Indaga la memoria auditiva verbal inmediata en tanto lo que se valora es la cantidad de cifras que el sujeto es capaz de recordar. La segunda, en cambio, es más compleja en tanto deben repetirse las cifras a la inversa de como las dice el examinador. Ya no se trata de una tarea de almacenaje inmediato de información, sino que se pone en juego la memoria de trabajo y la capacidad para establecer secuencias, y supone necesariamente la reversibilidad del pensamiento.

Escala ejecutiva

Escala cuyo denominador común es la ausencia de material verbal en los reactivos. Incluso las consignas de cada subtest pueden establecerse con instrucciones no verbales. Otra característica de esta escala es la importancia que adquiere el factor tiempo para la valoración de las respuestas. Las tareas cuentan con un tiempo límite de ejecución y la rapidez es recompensada con puntos de bonificación preestablecidos.

Completamiento de figuras

Consiste en la presentación de una serie de figuras con objetos a los que les falta una parte importante. La tarea consiste en verbalizar o señalar el faltante. Investiga la capacidad para la conceptualización no verbal y para la identificación de lo importante con relación a lo accesorio. Es el primer subtest que se aplica por ser el menos ansiógeno de todos.

Claves

Prueba de velocidad psicomotriz. El examinado deberá reproducir una clave que asocia números o formas geométricas con símbolos, que deberá ser aprendida y reproducida con una respuesta grafomotriz. La tarea debe realizarse en 120 segundos. Explora por lo tanto la capacidad de aprendizaje visual inmediato, la memoria no verbal de corto plazo y las habilidades atencionales.

Ordenamiento de historias

Tarea en la cual se procura que el sujeto ordene una serie de figuras que se presentan en forma desordenada, de modo de obtener una historia en la que se pueda identificar el devenir temporal. Investiga por lo tanto la capacidad de establecer relaciones de consecuencia a partir de indicadores perceptivos visuales. Para ello el niño o adolescente deberá comprender a partir de las diversas escenas la historia subyacente. Por ello este subtest indaga el juicio de realidad y el sentido común, y está muy influenciado por los aspectos emocionales.

Construcción con cubos

Prueba en la cual el examinado deberá reproducir, con cubos bicolores, reactivos constituidos por modelos geométricos (cuadrados) abstractos con diferentes diseños en blanco y rojo. Es el subtest de la escala que más se correlaciona con las habilidades de conceptualización no verbal. Desde el punto de vista neuropsicológico es el subtest por excelencia para la exploración de la denominada praxia constructiva.

Composición de objetos

Prueba de armado de rompecabezas. A partir de fragmentos el sujeto deberá reproducir una figura. Indaga el pensamiento anticipatorio y también la praxia constructiva, aunque en menor medida que el subtest precedente. En la prueba anterior, a partir del todo, representado por el modelo presentado, el sujeto deberá realizar primero una tarea de análisis partiendo de los elementos que lo constituyen (cubos), para en un segundo

momento arribar a una síntesis que dará como resultado el modelo terminado. En este subtest, el examinado tendrá que inferir el todo a partir de fragmentos.

Búsqueda de símbolos

Subtest en el cual el niño o adolescente debe identificar uno o dos símbolos (según la edad) en un grupo de búsqueda de tres o cinco elementos (también según la edad). Cuenta con un tiempo máximo de 120 segundos para realizar la tarea. Indaga la velocidad para el procesamiento de estímulos visuales; puede verse afectado por la incidencia de factores atencionales.

Laberintos

Subtest aún presente en el WISC-III (en el WISC-IV se eliminará), pero que no suele administrarse por su poca correlación con el resto de las tareas propuestas. Explora la coordinación óculo-manual y la capacidad anticipatoria. La tarea, de lápiz y papel, consiste en la resolución de laberintos, debe trazarse el camino a recorrer para salir del laberinto.

Parámetros cuantitativos para el análisis

Luego de la obtención de las respuestas a las preguntas y tareas planteadas, se está en condiciones de comenzar el procedimiento que culmina con el análisis cuantitativo propiamente dicho.

Podría establecerse el siguiente esquema de operaciones:

1. Se administrará la técnica de acuerdo a las consignas establecidas en el Manual del test de inteligencia para niños WISC-III de Wechsler.
2. Simultáneamente se realizará el registro de las respuestas del sujeto en el protocolo de registro especialmente confeccionado.
3. Terminada la administración, se procederá a la puntuación de las respuestas obtenidas a partir de las pautas establecidas en el manual mencionado. De este modo se obtendrán las denominadas puntuaciones brutas o directas.
4. Se procederá a la conversión de las puntuaciones brutas o directas a los correspondientes puntajes ponderados o equivalentes. Para ello se utilizan las tablas A.1 de conversión de puntajes que se encuentran en el manual. Para los escolares (6 años, 0 mes, a 11 años, 11 meses) se utiliza el baremo Montevideo del WISC-III. Los puntajes ponderados se expresan en una escala con una media de 10 y una desviación estándar de ± 3 .
5. Se obtendrán los cocientes intelectuales a partir de la sumatoria de los puntajes ponderados o equivalentes, utilizando las tablas A.2 a A.7 del manual. Para los escolares también se utiliza el baremo Montevideo del WISC-III. Los CI se ubican en una escala con un promedio de 100 y una desviación estándar de ± 15 .

A continuación se presenta la tabla de valores que puede adquirir el CI, con su correspondiente franja diagnóstica de funcionamiento intelectual.

69 y menos: deficiencia mental
69-79: inteligencia marginal o limítrofe
80-90: normal bajo

91-110: normal o promedio
 111-119: normal alto
 120-129: inteligencia superior
 130 y más: muy superior

Esta técnica permite entonces obtener el conocido y controversial cociente intelectual (CI). Es un concepto psicométrico que ha sido idealizado y denostado sucesivamente a lo largo de la historia de la psicología. En los inicios de la disciplina, muy apegado al paradigma positivista, se le otorgó un valor que en su momento selló el destino de muchas personas (declaración de incapacidad mental, inimputabilidad, educación especial, etc.). Este grado de ambición reduccionista trajo aparejada luego su denostación. No se puede pretender la captura de toda una subjetividad reduciendo la complejidad a una cifra. Sin embargo, los diagnósticos de inteligencia se basan muy a menudo en el valor que adquiere dicho parámetro, que es uno de los criterios tomados en cuenta para el diagnóstico de retardo mental y sus distintos niveles de profundidad.

Luego de procesadas las respuestas del sujeto, de acuerdo a las pautas de puntuación establecidas en el manual del test, se está en condiciones de hallar el *cociente intelectual total* (CIT), parámetro que promedia las *performances* de las escalas verbal y ejecutiva, representadas por el *cociente intelectual verbal* (CIV) y el cociente intelectual ejecutivo (CIE), respectivamente. Estos son los tres parámetros psicométricos más importantes que arroja la técnica. El CIT, si no existe un rendimiento muy diferente entre las escalas, representa un estimativo bastante confiable del rendimiento intelectual general. El CIV, en cambio, informa de las habilidades verbales, y el CIE, por su parte, informa de las habilidades de percepción visomotriz. Cada una de las escalas a su vez puede ser dividida en dos partes. Así se obtienen: en la escala verbal las tareas esencialmente verbales (información, analogías, vocabulario y comprensión), cuya expresión psicométrica es el *cociente índice de comprensión verbal* (CICV), y aquellas más incididas por los factores atencionales (aritmética y dígitos), que se expresan cuantitativamente mediante el *cociente índice de ausencia de distractibilidad* (CIAD). En la ejecutiva, por su parte, se identifican: por un lado las tareas más vinculadas con los factores perceptivos (completamiento de figuras, ordenamiento de historias, construcción con cubos y composición de objetos), que se expresan a través del *cociente índice de organización perceptiva* (CIOP), y por otro, aquellas en las que la velocidad adquiere un rol más protagónico (clave y búsqueda de símbolos), representadas por el *cociente índice de velocidad de procesamiento* (CIVP).

CIT

CIV CIE

CICV CIAD CIOP CIVP

Introducción al análisis cuantitativo

Luego de obtenidos todos los parámetros cuantitativos reseñados, se está en condiciones de comenzar el análisis cuantitativo. Sobre este se han escrito numerosos artículos y libros, por lo que aquí solo se brindarán algunas ideas generales.

Se comienza observando el valor del CIT, siempre y cuando no exista una diferencia muy marcada (12 puntos o más) entre los CIV y los CIE. Como se decía, los CI son valores promediales, por lo que es importante ver la variabilidad de puntajes que representa. A mayor variabilidad de puntuaciones, menos confiable resulta el CI. Lo mismo sucede con los cocientes de las escalas verbales y ejecutivas y con los cocientes índices.

Lo segundo que se observa es cómo está formado el CI de cada una de las escalas. Si los subtests que la componen tienen una puntuación bastante pareja, será homogénea y se puede interpretar su resultado.

Sucesivamente se va analizando la composición de cada una de las escalas y los índices hasta completar los siete CI que nos proporciona el WISC-III.

Por último se obtienen las fortalezas y debilidades comparando las puntuaciones de cada uno de los subtests con el promedio del individuo.

Para este análisis cuantitativo del WISC, Kaufman (2002) propone una sistematización sintetizada en sus *Siete pasos para interpretar el perfil del WISC-III*, en la que sucesivamente va analizando cada uno de los CI para comprobar su consistencia, es decir, si hay o no diferencias estadísticamente significativas entre sus puntajes.

Luego de realizadas estas comparaciones, interescalar e intraescalar, se procede a la interpretación de los resultados, lo cual consiste en una «traducción» de los datos numéricos en un significado psicológico (Cayssials, 1998).

Para la interpretación de los resultados y el planteamiento de las hipótesis diagnósticas, debemos basarnos en las habilidades que se desvían de los puntajes promedio; Kaufman propone hacerlo utilizando un cuadro en el que se cruzan las habilidades compartidas. En este cuadro utiliza los modelos de otros autores, como Bannatyne, Horn, Cattell, etc., con el fin de obtener una interpretación más abarcativa.

La versión actual: el WISC-IV

Esta nueva versión presenta las siguientes variaciones: los subtests aumentan a 15, que resultan en una puntuación compuesta, el CIT y cuatro índices: comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo, y velocidad de procesamiento. Se obtienen así cinco medidas de CI, a diferencia de las siete del WISC-III, y se cambia la estructura anterior de la subdivisión de la escala total en verbal y ejecutiva.

Al igual que las otras escalas, está dividida en subtests principales y subtests adicionales.

Se eliminaron los subtests de ordenamiento de historias, rompecabezas y laberintos, que ya en el WISC-III no se utilizaban por su escasa correlación con la totalidad de la escala. Se agregaron cinco subtests: conceptos con dibujos; sucesión de números y letras; matrices; registros, y palabras en contexto.

Subpruebas esenciales

Diseño con cubos
Semejanzas
Retención de dígitos

Conceptos con dibujos

Claves
Vocabulario

Sucesión de letras y números

Matrices
Comprensión
Búsqueda de símbolos

Subpruebas suplementarias

Figuras incompletas

Registros

Información
Aritmética

Palabras en contexto (adivanzas)

Como en todas las revisiones, suelen cambiarse algunos reactivos de los subtests que continúan en la escala, se altera la secuencia según la complejidad y se agregan algunos ítems para cumplir con los nuevos criterios de estandarización.

Si bien la escala WISC-IV con su nueva *performance* de cinco CI se ajusta psicométricamente en forma más adecuada a los hallazgos del análisis factorial aplicado a los resultados de la nueva estandarización, en nuestro medio es más pertinente el uso de la WISC-III con su respectivo baremo Montevideo. Fueron ampliamente demostradas en la clínica las bondades del uso de la baremación realizada en los niños de Montevideo, en que los resultados daban diferencias de 3 a 4 puntos en los puntajes equivalentes, y de 8 hasta 10 en los CI tanto totales como verbales, ejecutivos y de los índices. El uso de tablas, normas o baremos extranjeros para la conversión de las puntuaciones supone la comparación de un niño uruguayo con un extranjero. Aunque el test exhibe un alto grado de confiabilidad, las investigaciones transculturales muestran la incidencia del contexto sociocultural en el desempeño de los sujetos. Por ello han de preferirse los baremos nacionales cuando estos existen.

Ejercicios

Subtest	P. B.	Puntajes equivalentes					
C. figuras	13		6		6		
Información	15	12		12			
Claves	25		6				6
Analogías	14	12		12			
O. historias	19		10		10		
Aritmética	15	7				7	
C. cubos	29		10		10		
Vocabulario	26	10		10			
C. objetos	30		12		12		
Comprensión	13	8		8			
(B. símbolos)	13		(8)				8
(Dígitos)	9	(5)				5	
Suma de puntajes equivalentes		49	44	42	38	12	14
		Ver.	Eje.	CV	OP	AD	VP

Verb.	Ejec.	E. comp.	CV	OP	AD	VP
49	44	93	42	38	12	14
CIV	CIE	CIT	CICV	CIOP	CIAD	CIVP
99	92	95	103	97	77	83

- Presenta puntajes elevados en el subtest de dígitos.
- Presenta dificultades atencionales.
- Los CI verbales y ejecutivos están muy descendidos.
- Presenta buen rendimiento en el subtest de composición de objetos.
- Presenta fuerte incidencia de aspectos emocionales.

Subtest	P. B.	Puntajes equivalentes					
C. figuras	15		9		9		
Información	7	5		5			
Claves	32		10				10
Analogías	10	10		10			
O. historias	22		11		11		
Aritmética	15	9				9	
C. cubos	21		9		9		
Vocabulario	23	10		10			
C. objetos	30		13		13		
Comprensión	14	10		10			
(B. símbolos)	19		(12)				12
(Dígitos)	14	(13)				13	
Suma de puntajes equivalentes		46	52	37	42	22	22
		Ver.	Eje.	CV	OP	AD	VP

Verb.	Ejec.	E. Comp.	CV	OP	AD	VP
46	52	98	37	42	22	22
CIV	CIE	CIT	CICV	CIOP	CIAD	CIVP
95	103	99	96	103	106	106

- Presenta una gran diferencia de rendimiento entre la escala verbal y la ejecutiva.
- Los rendimientos de todos los subtests están en un nivel normal.
- Presenta debilidad en el subtest de ordenamiento de historia.
- El rendimiento general es normal.
- Presenta una debilidad en el subtest de información.

Bibliografía

- Álvarez y Martínez (2010). *El WISC III en los escolares. Baremo Montevideo*. Montevideo: Psicolibros.
- Bannatyne, A. (1974). Diagnosis: A note on recategorization of the WISC Scaled Scores. *Journal of Learning Disabilities*, 7. 272-274.
- Cayssials, A. (1998). *La escala WISC III en la evaluación de la población infanto – juvenil*. Buenos Aires: Paidós.
- Horn, J. y Cattell, R. (1966). Refinement and test of the theory of fluid and crystallized intelligence. *Journal of Educational Psychology*, 57. 253-270.
- Kaufman, A. (1997). *Nuevas alternativas para la interpretación del WISC III*. México: Manual Moderno.
- Weschler, D. (1944). *The measurement of adult intelligence*. (3a.ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Escala Wechsler de inteligencia para adultos, WAIS-III

Mag. Ps. Lourdes Salvo

La escala Wechsler para adultos WAIS-III es la tercera versión de las escalas para adultos que inició Wechsler en 1939 con la versión original Wechsler-Bellevue.

Es una escala que mide el funcionamiento intelectual de los 16 a los 89 años y se aplica en forma individual, para lo cual se tienen las mismas consideraciones que para todas las Escalas Wechsler y se siguen estrictamente las pautas del manual tanto para su administración como para el registro de las respuestas en el protocolo de registro y su posterior puntuación.

Realizada después de la WISC-III, tiene su misma estructura. Además de los cocientes intelectuales (CI) total (CIT), verbal (CIV) y ejecutivo (CIE), proporciona el CI de cuatro índices factoriales e incorpora subtests nuevos que vienen a aumentar su fiabilidad.

Está compuesta por los siguientes subtests:

Escala verbal

Vocabulario

Analogías

Aritmética

Dígitos

Información

Comprensión

Números y letras

Escala ejecutiva

Completamiento de figuras

Dígitos, símbolos, codificación

Diseño con cubos

Razonamiento con matrices

Ordenamiento de láminas

Búsqueda de símbolos

Rompecabezas

En esta edición se incorporan los subtests de *razonamiento con matrices* y de *búsqueda de símbolos* en la escala ejecutiva, y el de *números y letras* en la escala verbal.

El subtest de *razonamiento con matrices*, que no requiere manipulación de materiales ni respuesta rápida, se incluye en parte con el objetivo de aliviar la carga que tiene la escala ejecutiva en cuanto al factor tiempo, ya que todos los subtests tienen un tiempo límite de ejecución. En esta versión se consideraron estos aspectos para hacerla más apropiada en las franjas de edades mayores de 70 años. Investiga las capacidades de razonamiento no verbal y hace posible observar el procesamiento de la información que realiza el sujeto y el nivel de frustración o ansiedad que le genera.

El subtest de *búsqueda de símbolos* investiga, al igual que en el WISC-III, la capacidad de atención, la coordinación y la memoria visual, así como la velocidad y la preocupación por los detalles; en la ejecución también se puede observar el nivel de impulsividad.

El subtest de *números y letras* investiga la capacidad de retener números y letras mientras se procesa otra información (ordenamiento de menor a mayor en los números y orden alfabético en las letras), como también la capacidad de atención, la distractibilidad,

así como la ansiedad y la posibilidad de aprendizaje o de aplicar estrategias de resolución (Wechsler, 2002a).

El subtest del *rompecabezas* en esta versión pasa a ser adicional y no se aplica a las poblaciones mayores de 70 años, ya que no es fiable para esa franja (Kaufman y Lichtenberger, 2002).

Análisis cuantitativo

El procedimiento para realizar el análisis cuantitativo una vez obtenidas todas las respuestas del sujeto es el mismo que para el WISC-III, siguiendo en este caso los nueve pasos de Kaufman.

Primero se observa qué clasificación le corresponde al CIT en la clasificación general de la inteligencia para ubicarlo en uno de los niveles posibles. Luego se comparan los CI principales, CIV y CIE, para evaluar su homogeneidad y determinar si el CIT es representativo o no.

El mismo procedimiento se realiza con los factores pequeños o CI índices de comprensión verbal y memoria operativa en la escala verbal y organización perceptiva y velocidad de procesamiento de la escala ejecutiva, siempre tratando de determinar si son homogéneos y por lo tanto interpretables, llegando así hasta el paso 7 de Kaufman. En este paso 7 se interpretarán las dimensiones verbales y no verbales y se emiten las primeras hipótesis al respecto.

Se sigue a continuación con la interpretación de los puntos significativos, fuertes y débiles del perfil de los tests. Las fortalezas y debilidades se determinan comparando el puntaje promedio de todos los subtests con el puntaje real obtenido en cada uno de ellos. En el paso 9, el último del análisis, se formulan hipótesis acerca de la fluctuación de ese perfil obtenido en el WAIS-III, que es lo que determinará la particularidad de cada sujeto.

Interpretación de los resultados

Además de los datos de los CI generales y de los índices, las escalas Wechsler muestran habilidades desplegadas de diferente manera en cada individuo, dan información sobre fortalezas y debilidades intelectuales propias de cada perfil. Por eso se recomienda la interpretación de los resultados en forma individual, teniendo en cuenta además la historia social y cultural.

Los que tienen la responsabilidad de interpretar los resultados de un test de inteligencia deben distinguir cuidadosamente entre habilidades cognitivas, factores conativos (es decir características de personalidad, tales como ansiedad, persistencia y conocimientos de objetivos), y otras variables no intelectivas que contribuyen al desempeño del test. (Wechsler, 2002a)

Cada resultado numérico se deberá interpretar entonces con relación a los demás puntajes propios y a los puntajes medios de la población y teniendo en cuenta la historia individual de la persona, dado que un mismo puntaje puede tener distinta interpretación según el sujeto del cual se trate.

Las hipótesis diagnósticas posibles tendrán que ver con los posibles cuadros que se relacionan con las distintas áreas. Respecto al área verbal se realizarán hipótesis que tendrán que ver con problemas de aprendizaje o bilingüismo. En el área ejecutiva, el descenso indicará la posible existencia de cuadros psicopatológicos tales como depresión, esclerosis múltiples, alcoholismo o enfermedad de alzhéimer, ya que todos ellos han mostrado un descenso en las funciones perceptivas y psicomotrices.

En cuanto a los pequeños índices, serán los aspectos relacionados con el funcionamiento acorde o disminuido de la memoria operativa y la velocidad de procesamiento los que constituirán las hipótesis.

Con la actualización del concepto de memoria operativa se ha tratado de explicar cómo sucede el procesamiento de la información en el adulto, es decir, cómo el aspecto de la memoria de trabajo, que se ve interferida por otras tareas no relevantes, resulta de tal importancia para los aprendizajes.

Ejercicios

Para responder a estas preguntas debe seguir las instrucciones de aplicación del WAIS-III en el *Manual de administración y puntuación de Wechsler* (Wechsler, 2002a).

¿Cuál es el subtest 7 y qué investiga?

Si en el subtest 1, en el ítem 11, la persona dice «un vaso», ¿qué le debemos decir?

¿Cuándo utilizamos los ítems 1 al 5 del subtest de *analogías*?

¿Cómo se procede en el intento 2 del diseño 6 del subtest de *construcción con cubos*?

Resuelva este problema: si 8 obreros pueden terminar un trabajo en 6 días, ¿cuántos obreros se necesitarán para terminarlo en medio día? ¿Qué investiga este ítem?

¿Qué habilidades investiga el subtest *ordenamiento de láminas*?

¿Qué investiga la parte de «dígitos hacia atrás» en el subtest de *dígitos*?

¿Qué es SALMUE?

¿Cuántas piezas constituyen el ítem «casa»? ¿A qué subtest pertenece?

¿Qué habilidades investiga el subtest *ordenamiento de números y letras*?

Bibliografía

- Kaufman, A. y Lichtenberger, E. (2002). *Claves para la evaluación con el wais-iii*. Madrid: TEA Ediciones.
- Wechsler, D. (2002a). *wais-iii Test de inteligencia para adultos. Manual de administración y puntuación*. Buenos Aires: Paidós.
- Wechsler, D. (2002b). *wais-iii Test de inteligencia para adultos. Manual técnico*. Buenos Aires: Paidós.

Algunas consideraciones acerca de las técnicas proyectivas

Dra. Ps. Susana Martínez

En la disciplina psicológica se denomina así a aquellas técnicas que se fundamentan en la proyección como mecanismo subyacente a la producción del sujeto ante ellas. Tal como lo establecen Laplanche y Pontalis (1971), es posible atribuir un sentido amplio al término, entendiéndolo como aquel movimiento por el cual algo de naturaleza interna, propio de una particular subjetividad, es desplazado y ubicado en un objeto por fuera del sujeto. En sentido restringido, desde una perspectiva psicoanalítica refiere a un mecanismo por el cual «el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro (persona o cosa), cualidades, sentimientos, deseos, objetos, que no reconoce o que rechaza en sí mismo». (Laplanche & Pontalis 1971, p. 306).

En su caso más extremo constituye el mecanismo principal del cuadro psicopatológico conocido como paranoia. No obstante, interesa resaltar que no se trata en sí mismo de un mecanismo patológico, sino que adquiere dicha cualidad en función de la masividad y rigidez con que es utilizado el mecanismo.

En términos generales, el mecanismo de proyección sería el responsable del modo en que el sujeto se percibe a sí mismo, cómo ve a su entorno y cómo reacciona ante él, condicionado por sus intereses, sus estados afectivos, sus expectativas, sus hábitos, sus deseos, etc.

Las técnicas proyectivas (TP) son por lo tanto aquellos instrumentos de exploración de la personalidad que tienen por objetivo favorecer el despliegue del mecanismo descrito con el fin de que aspectos del mundo interno del sujeto se expresen, se desplacen lo más fluidamente posible hacia el estímulo presentado. De acuerdo a las características del estímulo presentado y del tipo de respuesta que se demande al sujeto, es posible establecer una clasificación de TP. Así, se tienen las técnicas proyectivas gráficas (TPG), en las cuales el estímulo presentado serán una consigna verbal, una hoja en blanco y un lápiz, y se demandará una respuesta gráfica. Las técnicas de manchas de tinta, cuyo ejemplo paradigmático es el test de Rorschach, en las que se solicitará al examinado una respuesta a partir de un estímulo inestructurado como lo es una mancha. Las técnicas temáticas, en las cuales se ofrecen escenas que representan diversos temas, con las cuales se espera que el sujeto construya, a partir de la consigna planteada, un relato con las características de una verdadera historia que articule un pasado, un presente y un desenlace. Las hay exclusivamente verbales como el test desiderativo, cuya consigna principal establece: «¿Qué es lo que más le gustaría ser si no fuera persona?».

Al igual que todo test, es posible identificar tres etapas claramente diferenciadas:

- La aplicación: supone consignas y materiales preestablecidos que no deben modificarse puesto que hacen a la situación estandarizada que define a un test psicológico como tal.

- La evaluación: momento posterior y separado de la aplicación en el que se adjudicarán valores ya sea cuantitativos o cualitativos a la producción del sujeto con pautas fijadas también de antemano.
- La interpretación: momento en el que se intentará revestir de sentidos las respuestas obtenidas. Tal como lo establece Celener (2006), es el momento de procesar el material empírico obtenido (datos de las entrevistas, lenguaje, respuestas a los tests, vivencias que provocan, etc.).

Una técnica proyectiva temática: el Test de Apercepción Temática (TAT)

El *test de apercepción temática* (TAT), creado por H. Murray en 1935, se constituyó en la primera prueba proyectiva verbal temática. Se trata de una técnica en la que se solicitan relatos a los sujetos a partir de escenas representadas en una serie de láminas, articulando por lo tanto lo perceptivo con lo narrativo. A partir de esta prueba surgirán otras, como el CAT A de Bellak (1972), el CAT H de Bellak y Bellak (1980), o el *Pata Negra* de Corman (1989). Técnicas cuyos manuales continúan reeditándose y dando lugar a profusas y variadas investigaciones.

Las técnicas proyectivas temáticas son pruebas más estructuradas si se las compara con el test de Rorschach, por ejemplo, cuyas respuestas se obtienen a partir de manchas de tinta. No obstante, todas ellas procuran mantener un amplio margen de ambigüedad e imprecisión de modo de favorecer la proyección de la realidad interna del sujeto. La peculiar interpretación de cada escena ofrecida da lugar a un conjunto de narraciones en las cuales se traducirán expectativas, temores, deseos, conflictos, en los que se anudan la particularidad de la imagen concreta y la subjetividad de quien la percibe.

El test está compuesto por 30 láminas que presentan diferentes escenas con personajes de ambos sexos, de diferentes edades, en distintas actitudes o acciones, y una lámina en blanco en la cual el examinado deberá contar la historia de la escena que se imagina. Las láminas se dividen en tres series: la universal (aplicables a hombres, mujeres, niñas y varones), las de hombres y varones (serie HV) y las de mujeres y niñas (serie MN). Si bien el estilo «retro» que exhiben las láminas (diseñadas en la década del 30 del siglo pasado) podría constituirse en un escollo, la experiencia ha demostrado que es en realidad una fortaleza de la técnica, pues el sujeto puede tomar distancia más fácilmente del estímulo. Por otra parte, tal como el propio Murray lo señala, presentan escenas clásicas, lo que las torna vigentes aun en el siglo XXI. Si se aplicara el test completo deberían preverse dos sesiones de aplicación, aunque la tendencia actual es a trabajar con una selección de láminas en virtud de los aspectos que el psicólogo pretenda explorar. Cabe señalar que cada una de ellas, en virtud de la escena que presenta, moviliza aspectos más específicos del mundo interno del sujeto en tanto representa *temas* (de allí su nombre). En cuanto a su ubicación en una batería que incluya varios tests, en términos generales debería ubicarse luego de las técnicas proyectivas gráficas y del test de Rorschach, y antes de las pruebas de rendimiento. Es más estructurada que las mencionadas, pero no existen respuestas correctas o incorrectas como sí las hay en las de rendimiento. La idea es que la producción del sujeto no quede contaminada por las características de las técnicas precedentes. Ubicar esta técnica luego de un test de nivel, por ejemplo, podría inducir al sujeto a pensar que debe dar con la historia correcta.

La denominada *escuela francesa del TAT*, de Shentoub *et al.*, basada en el modelo psicoanalítico, trabaja con 15 de las 30 láminas y plantea una metodología de aplicación y análisis diferente de la propuesta por Murray.

La consigna de trabajo propuesta por H. Murray contempla los siguientes lineamientos:

- Solicitar al sujeto la elaboración de una historia (cuento) que incluya los eventos anteriores (pasado) que condujeron a la situación actual expresada en la lámina (presente) y un desenlace (futuro) con el que terminaría el relato.
- Esta historia (cuento) debe incluir las acciones, los pensamientos y los sentimientos de los personajes.

En cuanto a las intervenciones del examinador durante la aplicación, las recomendaciones establecidas por H. Murray para el TAT son las siguientes:

- a) Actitud general neutral (no sugestiva), aunque cordial y empática.
- b) Responder preguntas del sujeto acerca de objetos o personajes de la lámina con: «puede ser lo que usted quiera», «¿qué podría ser para usted?», «¿qué o quién le parece a usted que es?», etc.
- c) Intervenir frente a los incumplimientos de la consigna.

Los incumplimientos más frecuentes a la consigna suelen ser:

- Descripciones y omisiones: lo más frecuente es la mera descripción de la lámina. Ante esta situación se recomiendan intervenciones del tipo: «Describió (me mostró) lo que hay en la lámina, pero ahora quiero que invente una historia (cuento) acerca de la lámina». El tenor de las intervenciones será similar frente a la constatación de omisiones. Las más habituales son las ausencias de algunos de los tiempos de la historia: *pasado* («¿Qué pasó antes?»), *presente* («¿Qué está pasando ahora?»), *futuro* («¿Qué va a pasar después?»). También pueden aparecer omitidas las *acciones* («¿Qué está/n haciendo?»), los *pensamientos* («¿Qué están pensando?») y los *sentimientos* («¿Qué está/n sintiendo?», «¿Cómo se siente/n?»).
- Dificultades de ideación: esta situación puede conducir al fracaso de la técnica en virtud de las dificultades del sujeto para expresar su contenido ideacional. Puede deberse a aspectos de su funcionamiento afectivo (inhibición, represión, depresión, etc.), pero también al capital lingüístico disponible, por lo que son muy importantes las intervenciones. Sin sugerir elementos vinculados al contenido de la historia, el examinador puede apoyarse en aspectos relacionados con la consigna. Por ejemplo: «Puede comenzar diciendo qué es lo que está pasando», para continuar luego con las intervenciones descritas en el apartado anterior.
- Minuciosidad: descripción exagerada de detalles de la lámina sin que se obtenga la historia. Se debería interrumpir cordialmente con expresiones tendientes a obtener un argumento. Podrían ser preguntas del tipo: «Pero ¿cómo es el cuento?, ¿de qué trata?».

- d) Preguntas aclaratorias durante la construcción del relato. Las más comunes surgirían frente a las siguientes situaciones:
- Falta de claridad perceptual: apuntan a explorar las ambigüedades e imprecisiones perceptivas (sexo de los personajes, objetos, etc.).
 - Falta de claridad del significado de las historias: tienen el objetivo de aclarar aspectos confusos del relato. Debe apelarse a este recurso cuando no se logra seguir el argumento de la historia.

No debe abusarse de estos recursos, pues se corre el riesgo de abandonar la actitud neutral que debe prevalecer durante la aplicación. En las dos situaciones descritas anteriormente conviene ceñirse a la modalidad de intervención habitualmente utilizada en la técnica de la entrevista abierta.

El registro es una actividad fundamental que condiciona el análisis ulterior de la técnica. Deberán contemplarse especialmente:

- Actitud general del sujeto frente a la tarea.
- Registro *completo y literal* del relato producido por el niño y de las intervenciones del examinador. Está expresamente contraindicado parafrasear, sintetizar, ampliar, aclarar, traducir, inferir, desechar elementos, etc.
- Cambios significativos de la conducta o de la actitud frente a diferentes momentos de la aplicación (frente a distintas láminas o aun frente a distintos momentos de un mismo relato).
- Manifestaciones conductuales (risas, pedidos para salir, inquietud, gestos, etc.).
- Deberán registrarse *todas* las intervenciones del examinador (entre paréntesis y en el momento en que fueron hechas; podría pensarse la conveniencia de algún código común).
- Se señalarán las pausas significativas del discurso del niño dentro de cada historia.

El creador de la técnica, H. Murray, recomienda basar la interpretación en el análisis formal y del contenido, y sugiere incluso algunas categorías como:

- identificación del héroe
- motivos, tendencias y sentimientos de los héroes
- presiones del héroe
- desenlace
- temas
- intereses y sentimientos

Una investigación nacional con una técnica temática

Tal como su creador lo sugirió, la creación de series de láminas con escenas sobre las cuales solicitar relatos constituye una herramienta de utilidad para la investigación que trasciende incluso las fronteras de la psicología clínica.

La creación del TIC-TAT de Kachinovsky y Martínez (2012, en el marco de la investigación «Impacto del Plan Ceibal en el funcionamiento cognitivo y lingüístico de los niños», es un buen ejemplo de ello. Uno de los objetivos que persiguió dicha investigación

fue el de lograr un acercamiento a las vivencias infantiles en torno a las xo o «ceibalitas». Las características del discurso infantil muestran que las entrevistas convencionales no constituyen el instrumento más idóneo para este tipo de exploración. Si bien el discurso infantil contempla la palabra, se vale de ella y la produce, es, no obstante, una palabra articulada con el movimiento, el gesto, la dramatización y el juego. Se trata entonces de un discurso que aúna verbo y acto (Casas, 1991). Es por ello que el psicoanálisis creó la entrevista de juego para trabajar con niños.

Se diseñó entonces un dispositivo menos sensible a los discursos sociales imperantes, a las argumentaciones políticamente correctas y a las incuestionables fidelidades o mandatos escolares. La idea prevalente era la de aproximarse a la verdad del sujeto, para lo cual se necesitaba una técnica que utilizara una vía indirecta de interrogación que, a la vez, atenuara los controles defensivos (barreras psíquicas). Se buscaban las emociones en torno al Plan Ceibal, las vivencias infantiles sobre la inclusión de la xo en la escuela y en sus vidas. Se pretendió aproximarse a lo que Ricoeur (1999) denominó la *verdad narrativa*.

Se trata de láminas diseñadas a partir de imágenes extraídas de un banco de fotos de uso libre al cual se accede a través de internet. Se trabajó sobre ellas con el objetivo de tornarlas menos definidas y por lo tanto favorecer el mecanismo proyectivo que subyace a la producción del relato del sujeto que responde ante ellas.

Se propone seguir el formato previsto por el TAT en el sentido de establecer categorías: universales (para todos los niños) y diferenciadas por sexo (láminas para niños y niñas). Se incluirán también algunas con xo, al menos dos, una con un varón y otra con una niña, y una grupal con maestro. Podría verse así si existe o no más preferencia hacia la xo en algunos niños.

A continuación, se exhibe la lámina I de la técnica TIC-TAT. Como habitualmente son series de láminas, van numeradas y suelen tener un título que hace referencia a la escena representada. Tal denominación es lo más descriptiva posible, de modo de evitar cualquier sesgo interpretativo del examinador. Naturalmente, el examinado desconoce estos aspectos técnicos (número, título, tema). En el TAT, a título de ejemplo, si en el reverso figura únicamente el número de la lámina significa que es una lámina universal. En las que son para hombres y varones el número irá acompañado de las letras VH, y así las diferentes categorías.

Como puede observarse, la lámina presenta un grado de indefinición importante. No son claros ni el sexo ni la edad del personaje, como tampoco lo es la acción que está realizando, ni con qué objeto. Indefinición buscada a propósito para que sea el examinado quien otorgue las definiciones, que siempre estarán en consonancia con su mundo interno, sus necesidades y sus conflictos.



Lámina I (universal). «Niño en el rincón»

Ejercicio

A continuación, se presentan narraciones obtenidas a partir de algunas de las láminas del TAT. Se les pedirá que respondan a unas preguntas.



Lámina I.

Respuesta a lámina I: «Un niño que nunca pudo tocar el violín, que nunca le salió, que él mismo trata. Para mí que antes ese niño ni sabía que existía, que alguien se lo mostró

y trató de tocarlo pero no pudo... yo creo que en el futuro si se esfuerza puede llegar a tocarlo».

Preguntas:

¿Hay alguna distorsión sobre los elementos de las láminas?

¿Cuál es el sentimiento del héroe?

¿La respuesta da cuenta de lo que investiga la lámina?



Lámina 3VH

Respuesta a lámina 3VH: «Una persona muy vaga que no hace nada, está todo el día tirado en el sillón o en la cama. Para mí que desde chiquito le daban todo en la mano, no tenía que hacer nada para lograrlo, y ahora en el futuro va a seguir siendo igual».

Preguntas

¿Qué elemento de la lámina se omite y qué estaría significando, de acuerdo a la respuesta?

¿Cuáles serían las necesidades y los sentimientos del héroe?

¿Qué significados tiene lo referido respecto al pasado y al futuro?



Lámina 6VH

Respuesta a lámina 6VH: «Yo veo una madre y un hijo, que la madre no le importa lo que el hijo hace, y el hijo trata de ver cómo hacer para que la madre le dé su atención, y en el futuro como veo a la madre un poco vieja, la madre se va a morir y él nunca supo cómo llamar la atención de su madre».

Preguntas

- ¿Cuál de los dos personajes sería el héroe?
- ¿Cuáles serían las emociones y el estado interior del héroe?
- ¿Qué piensa del desenlace que se plantea en el futuro?

Bibliografía

- Bellak, L. (1972). *Test de apercepción infantil con figuras animales*. Buenos Aires: Paidós.
- Bellak, L. y Bellak, S. (1980). *Test de apercepción infantil con figuras humanas*. Buenos Aires: Paidós.
- Casas, M. (1991). Gesto, juego y palabra. El discurso infantil. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (74), 25-44.
- Celener, G. (2006). *Técnicas proyectivas. Actualización e interpretación en los ámbitos clínico, laboral y forense*, t. I. Buenos Aires: Lugar.
- Corman, L. (1989). *El test pn*. Barcelona: Herder.
- Kachinovsky, A. y Martínez, S. (2013). Plan Ceibal en el Uruguay: la singularidad interrogada. En Muñiz, M. y Kachinovsky, A. (comps.) *Itinerarios de la psicología clínica: avances, notas, y encuentros de norte a sur*. Monterrey: uanl.
- Kachinovsky, A.; Martínez, S.; Gabbiani, S.; Gutiérrez, R.; Rodríguez Rava, B.; Ulriksen, M. y Achard, P. (2012). Impacto del Plan Ceibal en el funcionamiento cognitivo y lingüístico de los niños. En Rivoir, A. (comp.) *El Plan Ceibal e inclusión social. Perspectivas interdisciplinarias*. Montevideo: latu.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (1971). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Murray, H. (1979). *Test de apercepción temática. Manual de aplicación*. Buenos Aires: Paidós.
- Ricoeur, P. (1999). *Historia y narratividad*. Barcelona: Paidós ice/uab.
- Torres, S. y Russo, S. (2011). *Actualización del test de apercepción temática*. Buenos Aires: Biblos.

Consideraciones generales sobre las técnicas proyectivas gráficas (TPG)

Dra. Ps. Susana Martínez

Son técnicas de bajo costo y de aplicación sencilla, solo requieren de hojas en blanco y lápiz. Constan de dos partes: la producción gráfica propiamente dicha (dibujo), obtenida a partir de una consigna que indica el tema a representar y un reactivo verbal cuyo objetivo es la obtención de asociaciones del sujeto acerca de su producción. Siguiendo la primera consideración, el *tema*, entre los más utilizados se pueden mencionar: el dibujo libre, el dibujo de la figura humana, el dibujo de la familia, el dibujo de la casa-árbol-persona, etc. El *reactivo verbal* por su parte puede adquirir diversas modalidades: solicitud de una historia a partir del dibujo, preguntas semidirigidas, cuestionario, completamiento de frases incompletas referidas al gráfico. En el ámbito de la psicología clínica se trabaja con aplicación individual de las técnicas, privilegiándose como reactivo verbal la utilización de la historia o, a lo sumo, preguntas lo más abiertas posible. Es necesario mencionar que en virtud de la sencillez de su aplicación, la mayoría de los tests gráficos, incluso los proyectivos, admiten la aplicación colectiva, modalidad no recomendable en el ámbito de la psicología clínica pues se pierden datos muy relevantes para el análisis como las verbalizaciones, el lenguaje gestual, actitudes en diferentes momentos de la actividad gráfica, tiempo total y parcial empleado, etc.

El análisis de los dibujos como modo de aproximación a la personalidad del sujeto se remonta a siglos atrás. La bibliografía al respecto es muy amplia y profusa, trasciende las fronteras de la disciplina psicológica. En términos generales, en la psicología, tal como señala Casullo (1992), los dibujos de las figuras humanas, a título de ejemplo, han sido utilizados con dos objetivos diferentes:

- Como técnicas para el estudio del desarrollo, fundamentalmente de la inteligencia.
- Como técnicas proyectivas, cuyo objetivo central es la aproximación al funcionamiento psíquico del sujeto desde una perspectiva dinámica.

Se trata de una división operativa pero arbitraria, en tanto cuando un sujeto dibuja lo hace desde su singularidad, que involucra aspectos vinculados a la inteligencia, a las funciones neuropsicológicas necesarias para la actividad gráfica, así como a sus características de personalidad y al grado de estructuración psíquica que posea. De modo que atender a un solo aspecto para explicar una producción encierra el riesgo de una lectura reduccionista.

Las TPG se han nutrido de los aportes de la grafología, del estudio del simbolismo y del psicoanálisis, entre otras disciplinas. Dada la limitación que implica la realización de un manual didáctico de este tipo, no es posible profundizar en los procedimientos de análisis previstos para este tipo de instrumentos. Solo se mencionará el modelo propuesto por Caride (2009), quien diseñó un método de análisis que incluye los siguientes componentes:

- a) análisis gestáltico: refiere a la impresión general que transmite el dibujo;
- b) análisis del plano gráfico propiamente dicho: se adjudica valor a las características del trazo y a la presión del lápiz sobre el papel;
- c) análisis formal o estructural: atiende a la distribución espacial o emplazamiento de las figuras, la secuencia en que son dibujadas, el tamaño, el grado de movimiento y la expresión transmitida y la perspectiva;
- d) análisis de contenido: se centra en el estudio del tema dibujado y el tratamiento que de él hace el sujeto. Importa ver qué dibuja, qué relevancia adquiere o no cada uno de los elementos gráficos presentes, así como los ausentes (omisión de ojos en un dibujo de figura humana, por ejemplo).

Este modelo de análisis, sin incluir el primer componente, el gestáltico, ha sido descrito por autores como Corman (1967), creadora del test del dibujo de la familia, o Hammer (2004), autor del clásico manual *Los test proyectivos gráficos*.

De todos modos, es necesario advertir que la interpretación de una técnica proyectiva no es posible sin el concurso de los demás datos obtenidos a partir de las otras herramientas empleadas, fundamentalmente las entrevistas psicológicas. Cada una de ellas ofrecerá un material empírico a partir del cual se construirán las hipótesis con relación al conflicto prevalente, el grado de estructuración psíquica, el tipo de personalidad, las defensas, la dinámica vincular, rasgos psicopatológicos, etc. Si bien han existido manuales que han pretendido ir en la línea de ofrecer una suerte de recetario o tabla de equivalencias en la que a una determinada respuesta o comportamiento le corresponde un único significado, es inconveniente caer en generalizaciones apresuradas. La advertencia de Caride (2009, pág. 29) es elocuente en este sentido: «es necesario alertar a todos aquellos que se inician en el campo de la psicología clínica para que no se dejen seducir por las generalizaciones, que si bien pueden aparecer como atractivas y rápidas, no apuntan al conocimiento de las diferencias individuales, sino que tienden a rotular, apareciendo, por lo tanto, todos los sujetos con la misma patología... De acuerdo con esto vemos que un símbolo puede tener diversos significados, según el contexto en el que se encuentre y en relación con los enlaces inconscientes y particulares de cada sujeto».

Dibujo de la persona bajo la lluvia (PBLL)

Se utilizan una hoja blanca tamaño carta y un lápiz. La consigna es simplemente: «Dibuje una persona bajo la lluvia». Existen por lo tanto dos elementos centrales a representar, la persona y la lluvia. La persona representa al sujeto, al sí mismo, al igual que toda técnica que involucra el dibujo de una persona, y la lluvia representa la inclemencia, la adversidad del entorno. De esta manera el test procura indagar la capacidad de afrontamiento y la modalidad defensiva con la que cuenta el sujeto para manejarse bajo presión o en situaciones adversas, difíciles o frustrantes.

Esta técnica fue seleccionada para una investigación que pretende estudiar los efectos que la vulnerabilidad social vinculada a la condición de pobreza ejerce sobre el aprendizaje y la adaptabilidad escolar. Se conceptualiza la situación de pobreza, siguiendo a Benyakar (2006), como entorno disruptivo de alto potencial traumatogénico, y se pretende con la técnica mencionada explorar las vivencias de los niños que crecen en este entorno adverso. Se la selecciona justamente por su potencialidad para expresar el impacto de un entorno desfavorable sobre el psiquismo.

A continuación se ofrecen los protocolos gráficos obtenidos en el estudio de dos niños y una niña de 11 años.





Dibujo 3. Niña de 11 años

Ejercicio

Considerando lo planteado sobre el dibujo de persona bajo la lluvia y observando los gráficos propuestos:

1. Destaque tres de los aspectos formales de los gráficos y compárelos en cada dibujo. ¿A qué conclusiones llega?
2. Reflexione sobre los modos de defensa que aparecen en los tres gráficos y relaciónelos con las formas de afrontamiento y el pronóstico para el aprendizaje.

Bibliografía

- Benyakar, M. (2006). *Lo disruptivo*. Buenos Aires: Biblos.
- Caride, M. R. (2009). Aportes a las técnicas gráficas. Ficha de Cátedra Teoría y Técnica de la Exploración y Diagnóstico II, uces. http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2009/Modulo_4_Caride.pdf?sequence=1. (Recuperado 19/3/16).
- Casullo, M. (1992). *El test gráfico del dibujo de la figura humana*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Hammer, E. (2004). *Los test proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós.
- Querol, S. y Chávez, M. (2005). *Adaptación y aplicación del test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

El Rorschach en niños.

Análisis dinámico de un caso de abuso sexual

Ps. Andrea Pérez González

El test de Rorschach es una técnica proyectiva que consta de 10 láminas con diferentes manchas de tinta mediante la cual se puede conocer el funcionamiento psíquico del sujeto. La técnica fue creada por el psiquiatra suizo Hermann Rorschach en 1921, a partir de su trabajo Psychodiagnostik (Psicodiagnóstico), cuando tenía 37 años de edad (Weigle, 1998; Anzieu, 1981; Klopfer y Davidson, 1966). Las láminas son de un tamaño aproximado de 18,5 cm por 25 cm de ancho, con manchas casi simétricas impresas sobre un fondo blanco. Cada mancha, por sus características singulares de forma, color y sombreado, puede provocar ciertas respuestas típicas. Teniendo en cuenta las particularidades de cada lámina y la sucesión que se establece al presentarlas en un orden preestablecido (del I al X), se podrán analizar las diferentes respuestas de cada sujeto (Klopfer y Davidson, 1966). Las láminas I, IV, V, VI y VII son de color gris y negro con diferentes sombreados más o menos oscuros. Las láminas II y III son de color gris-negro, pero incluyen además el color rojo. Las láminas VIII, IX y X son enteramente de color cromático, particularmente coloreadas con tonos pastel.

El Rorschach es una técnica muy valiosa para la psicología clínica, particularmente cuando se va a realizar un diagnóstico psicológico, ya que es una herramienta que permite conocer al sujeto en toda la dimensión de su personalidad. Es un test que puede ser aplicado a niños, adolescentes y adultos. Mediante la interpretación de los datos obtenidos (desde diversas escuelas que lo codifican e interpretan) es posible dilucidar las áreas de mayor conflicto en el consultante y realizar un diagnóstico diferencial.

Weigle (1998) recomienda que en un proceso diagnóstico en el cual se estime conveniente aplicar una amplia batería de tests el Rorschach se use con posterioridad a las entrevistas, a las proyectivas gráficas y otras técnicas que promueven menos ansiedad. Asimismo, sugiere que se aplique antes de las técnicas más estructuradas y de nivel, para no determinar al sujeto a dar respuestas que supone correctas.

Este test es una herramienta útil para la comprensión de la dinámica intrapsíquica del sujeto, por lo que además de diagnosticar permite efectuar pronósticos y delimitar una estrategia para el tratamiento psicológico. Asimismo es y ha sido considerablemente eficaz para evaluar el desarrollo de las intervenciones psicoterapéuticas y los cambios psíquicos que estas promueven en diferentes investigaciones en psicología clínica (López, Fraga, Cacciatori y Pérez, 2013; Candán, Fraga y Muniz, 2003; Passsalacqua et al., 2003). Permite a su vez realizar diagnósticos diferenciales para determinar ciertos cuadros psicopatológicos y es frecuentemente usado en psicología forense y laboral (Weigle, 1998).

Como técnica proyectiva que ofrece un estímulo poco estructurado, favorece los procesos de percepción,¹ apercepción² y proyección³ del sujeto. A partir de la consigna «Voy a mostrarle unas láminas donde las personas suelen ver diferentes cosas y a pedirle que me diga qué se podría ver en ellas para usted [...]» (López, 2008a), se espera una respuesta motriz y simbólica a la vez. Esto quiere decir que el sujeto, mediante la proyección de aspectos inconscientes y procesos asociativos,⁴ debe poner en palabras lo que se le ocurre respecto a cada lámina. Este proceso se origina a partir de una regresión psíquica⁵ por la cual se pasa de la vía simbólica de la palabra a un pensamiento en imágenes. Esta regresión provoca la puesta en marcha de diferentes mecanismos de defensa contra la angustia que se moviliza y desde allí se pasa nuevamente a la palabra a través de la respuesta que produce el sujeto.

Una vez finalizada la aplicación de la técnica y habiendo ya clasificado⁶ las respuestas,⁷ se procede a realizar el trabajo de interpretación o análisis dinámico. Para esto se deben tener en cuenta la etapa evolutiva en la que se encuentra el consultante y las crisis vitales pasadas y actuales. Asimismo deben considerarse los fenómenos transferenciales, las conductas del examinado durante la técnica, el análisis del discurso, la clasificación de las respuestas, los fenómenos especiales,⁸ los mecanismos de defensa⁹ visualizados en el test,

1 Se ofrecen al consultante un estímulo visual (manchas de tinta sin una forma definida) y un estímulo auditivo a través de la consigna (Cristóforo, Martínez y García Firpo, 2000a).

2 Asociación que se produce entre el estímulo vacío de significaciones previas (mancha de tinta) y las representaciones inconscientes del sujeto.

3 Proceso psíquico por el cual el sujeto expulsa hacia fuera cualidades, deseos, sentimientos (Laplanche y Pontalis, 1996; Anzieu, 1981).

4 Integración de nuevos estímulos con los percibidos en experiencias pasadas (Cristóforo, Martínez y García Firpo, 2000a).

5 La regresión tiene un aspecto temporal, en tanto se regresa a un tiempo anterior en el desarrollo libidinal mediante la reactivación de huellas mnémicas; un aspecto formal, a través del cual el sujeto reemplaza la vía simbólica de la palabra por una vía más primitiva a través de las imágenes (pasa del proceso secundario al proceso primario), y un aspecto tópico, en tanto se pasa del sistema percepción-conciencia al sistema preconscious. Desde la segunda tópica freudiana, sería una regresión del yo al ello, descargando la pulsión a través de la fantasía (López, 2008b; Cristóforo, et al., 2000a; Anzieu, 1981).

6 Clasificar es: «[...] traducir a un determinado código común las diferentes respuestas de un sujeto» (López, 2008a: 13). Para clasificar, véase López, N. (coord.) (2008a) *Nuevos aportes a la sistematización de la técnica de Rorschach*.

7 Se hace referencia en este punto a la respuesta específica conceptualizada por García Firpo en *Estudios rorschachianos*: «Entendemos por respuesta específica toda aquella verbalización del sujeto ante una lámina que sea posible de registro en las diferentes categorías del código de clasificación» (García Firpo, 1987: 19).

8 «Conductas y verbalizaciones de los examinados que no pueden clasificarse con los signos habituales» (Passalacqua y Gravenhorst, 2010).

9 Operaciones inconscientes del yo para defenderse de la angustia (Laplanche y Pontalis, 1996). Para profundizar en los mecanismos de defensa, véanse: Celener, G. (2007) *Técnicas proyectivas: actualización e interpretación en los ámbitos clínico, laboral y forense*, t. I, y Siquier de Ocampo, M., García Arzeno, M. & Grassano de Píccolo, E. (1987) *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*.

el análisis secuencial de las láminas y las fórmulas o cálculos.¹⁰ Estos datos podrán ser analizados a partir de diferentes marcos teóricos —en este trabajo se utilizará el marco psicoanalítico y particularmente la segunda tópica freudiana (yo, ello y superyó)—¹¹ para propiciar la construcción de hipótesis o ratificar las existentes hasta el momento. Estas hipótesis permiten dar sentido a aquellos aspectos conflictivos del sujeto tomando como base su estructura psíquica y funcionamiento yoico (López, 2008b; Alessandro de Colombo et al., 1993).

El análisis dinámico, al decir de Cristóforo, Martínez y García Firpo (2000b), es una integración de relaciones de sentidos a develar, un «[...] complejo encadenamiento estructurado de significaciones que se organizan en los afectos, ansiedades, defensas y modos de relación de objeto nucleadas en función de una determinada conflictiva» (p. 28).

La interpretación de la técnica permite visualizar las fantasías inconscientes, las relaciones de objeto, la angustia, algunas funciones cognitivas, el pensamiento, los mecanismos de defensa, los conflictos e incluso los intereses y las aspiraciones del sujeto (Weigle, 1998; Campo, 1995). Klopfer y Davidson (1966) agrupan estos aspectos de la personalidad en tres grandes categorías: aspectos cognitivos o intelectuales, aspectos afectivos o emocionales y aspectos del funcionamiento del yo.

En este trabajo se hace acuerdo con lo planteado por estos autores y se detallan los siguientes aspectos para tener en cuenta en el análisis dinámico:

A) Pensamiento: se debe observar si el tipo de pensamiento evidencia buen nivel intelectual, si su productividad está descendida, si es reproductivo u original, si tiene fallas en la adaptación a la realidad, si predomina el proceso primario o el secundario.

Para analizar el tipo de pensamiento, se tendrán en cuenta: lenguaje del consultante, cantidad de respuestas y tiempos de reacción, tipo de localizaciones, cantidad y cualidad de las respuestas populares; presencia y tipo de las respuestas patológicas, fenómenos especiales, mecanismos de defensa y funciones de realidad (fórmulas).

B) Vínculos: se observará el tipo de vínculos que establece el sujeto, si son duales o puede discriminarse de los otros, cómo tramita las separaciones, si se adapta a lo socialmente compartido, agresividad o impulsividad en el relacionamiento con los otros, vivencias respecto a las imago¹² materna y paterna.

Respecto a los vínculos del consultante, para el análisis se tendrán en cuenta el discurso, el tipo de movimiento que aparece en las respuestas (activo o pasivo), nuevamente las imago y particularmente la lámina III, que indaga las relaciones vinculares, así como la lámina X, que indaga el relacionamiento con el medio y la modalidad de separación de cada sujeto. Es importante además atender al tipo de contenido que aparece en las respuestas,

10 Es importante aclarar que se hace referencia a los cálculos que plantea la escuela argentina de Rorschach representada por Passalacqua, no a los utilizados por el sistema de codificación de la escuela de Exner. Para su análisis, véanse: Passalacqua, A. (1994) *El psicodiagnóstico de Rorschach. Sistematización y nuevos aportes*, y Alessandro de Colombo, M., Alonso, H., Barreira, R., Codarini, M., Gravenhorst, C., Herrera, M. y Passalacqua, A. (1993) *El psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación*.

11 Véase Freud, S. (1923a) El yo y el ello. En *Obras Completas*, vol. XIX.

12 «Representaciones inconscientes» (Laplanche y Pontalis, 1996: 191-192).

observando fundamentalmente la presencia o ausencia del contenido humano. También se prestará atención a los mecanismos de defensa, fenómenos especiales y fórmulas de adaptación a la realidad.

C) Afectividad: se observarán la capacidad del sujeto de integrar los afectos, el manejo de la impulsividad y la posibilidad de pasaje al acto, el control de la agresividad, la expresión de la libido, el tipo de angustia (persecutoria o depresiva).

En el análisis de los afectos, se deben tener presentes fundamentalmente los determinantes que aparecen en las respuestas, ya que estos permiten observar el control que tiene o no de los impulsos, de la angustia y de la libido. El grado de saturación de los determinantes permitirá inferir la posibilidad de que el consultante realice pasajes al acto, mantenga un control rígido de los impulsos o integre los afectos sin perder la adaptación a la realidad. Es importante tener en cuenta especialmente las láminas de color cromático (aquellas en las que aparece el color rojo y las policromáticas). Se tendrán en cuenta además las respuestas patológicas, los fenómenos especiales, los mecanismos de defensa y los cómputos.

D) Identificaciones: se observarán la percepción de sí mismo, los aspectos narcisistas, las identificaciones primarias y secundarias, el nivel de fijación psicosexual, las vivencias respecto a la sexualidad y hacia el otro sexo, las representaciones en torno a lo femenino y lo masculino.

El análisis de la lámina I, que indaga la presentación del sujeto, el sí mismo y sus fantasías de enfermedad, es prioritario para interpretar las identificaciones del sujeto. Se deben tener en cuenta además la lámina III, la lámina VI de la sexualidad y la lámina X. Nuevamente se analizarán las imago y los contenidos, así como las respuestas patológicas. Se interpretarán asimismo los fenómenos especiales y los mecanismos de defensa.

Para todas las áreas es fundamental relacionar los elementos que aparecen en el protocolo de clasificación en su totalidad. A los efectos didácticos, aquí se mencionan los fundamentales para cada aspecto de la personalidad.

Al final del análisis, se debe hacer un resumen que contemple las hipótesis formuladas sobre la situación actual del sujeto (vinculada al motivo de consulta y la demanda) e inferir el funcionamiento psíquico y las características de las instancias (yo, ello y superyó) que inciden en las formas en que el sujeto responde ante la realidad. Entre otros aspectos, el Rorschach permite realizar un diagnóstico sobre la fortaleza, debilidad o fragilidad del yo, aludiendo en este sentido a la rigidez o plasticidad de sus mecanismos de defensa. Permite observar además la dinámica pulsional (pulsiones de vida y de muerte) del ello y del superyó.

La técnica de Rorschach aplicada en niños

Vera Campo (1995) afirma que cuando la técnica es aplicada a niños y adolescentes, si bien se debe tener en cuenta que estos aún están en proceso de estructuración psíquica, con un yo todavía inmaduro, esta igualmente permite visualizar posibles dificultades en el desarrollo. «El Rorschach aplicado a los niños no solamente proporciona una descripción de la estructura incipiente de la personalidad, un diagnóstico y un pronóstico, sino que asimismo ilumina considerablemente el curso del desarrollo de la personalidad» (p. 15).

Nélida Álvarez (2010) plantea que es necesario tener en cuenta la singularidad de cada caso y de cada respuesta, contextualizada en lo inestable de ese psiquismo y con las

particularidades del lenguaje del niño. La autora menciona que el niño no tiene un pleno dominio del lenguaje y que responde con relación al discurso familiar, escolar y mediático.

Campo (1995) considera que es posible el uso de la técnica desde los cuatro o cinco años de edad en adelante. Por su parte, Álvarez (2010) considera que el psicólogo puede aplicar la técnica al niño antes de los cuatro años si lo estima conveniente. Sin embargo, coincide en que a partir de los cuatro años los resultados serán más valiosos, ya que es posible observar cómo se va estructurando el psiquismo y la capacidad de simbolización que el niño ha adquirido hasta el momento.

En este sentido, Kristeva (citada por Álvarez, 2010) establece diferencias entre el discurso simbólico del niño (que sigue reglas lógicas y gramaticales) y el discurso imaginario (que moviliza las identificaciones, la imagen del cuerpo, del yo y del otro). El discurso imaginario se rige por las reglas del proceso primario,¹³ por lo que involucra las representaciones psíquicas ligadas al afecto. Particularmente en los primeros años de la infancia, muchas vivencias quedan sin poder ser simbolizadas a través del registro lingüístico. Lo imaginario no deja de habitar en el niño, por lo que cuando existen en el infante dificultades para simbolizar a través de la palabra, queda atrapado en aquello que no puede ser significado. Cuanta menos habilidad lingüística tenga el niño, más necesario será atender al discurso imaginario.

La aplicación del Rorschach en niños se realiza del mismo modo que en los adultos, respetando la fase de administración propiamente dicha, encuesta, prueba de Mohr¹⁴ y examen de límites si es necesario. Sin embargo, en el caso de niños muy pequeños, muy angustiados o excitados, puede ser necesario incluir el interrogatorio luego de cada lámina (Álvarez, 2010; Campo, 1995). Se realiza esta modificación particularmente para los niños pequeños, porque no retienen sus respuestas por mucho tiempo, las olvidan. Álvarez (2010) expresa que cuando el niño por su edad está en una posición egocéntrica y da por hecho que el psicólogo comparte sus percepciones, se lo debe ayudar a trasladar sus imágenes al registro de la palabra. Respetando la formalidad de la administración de la técnica, se pueden introducir en el interrogatorio intervenciones que permitan esclarecer las respuestas del niño, tanto para la clasificación de las localizaciones¹⁵ como para la de los determinantes¹⁶ («a ver, mostrame»; «señalá con el dedo dónde lo ves»; «¿dónde está tal o cual parte?», «¿por qué te parece que es...?», etc.). Es importante tener presente que los niños de entre cuatro y cinco años suelen privilegiar la comunicación a través del cuerpo y los gestos sobre el uso de la palabra. Es común que se paren de la silla y dramaticen, representen con movimientos de su cuerpo lo que está pasando en la escena que proyectaron en la lámina.

Es también frecuente en la primera infancia que los niños den respuestas en posición invertida sin necesidad de girar la lámina, debido a que, por su baja estatura, están

13 Proceso primario y proceso secundario son modos del funcionamiento psíquico que fueron descritos por Freud desde 1895. Son precursores de la actividad simbólica y del pensamiento. Respecto a estos conceptos y su desarrollo en la obra freudiana, véase Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1996) *Diccionario de psicoanálisis*, 302-304.

14 Véase López, N. (coord.) (2008a) *Nuevos aportes a la sistematización de la técnica de Rorschach*.

15 Para clasificar localizaciones, véase López, N. (coord.) (2008a). *Nuevos aportes a la sistematización de la técnica de Rorschach*.

16 Para clasificar determinantes, véase López, N. (coord.) (2008a). *Nuevos aportes a la sistematización de la técnica de Rorschach*.

acostumbrados a enfocar su mirada hacia el mundo que los rodea desde abajo (Álvarez, 2010).

Las respuestas otorgadas por los niños suelen ser difíciles de distinguir, ya que muchas veces nombran diferentes perceptos¹⁷ que aparentan estar separados entre sí, pero que posteriormente conforman una misma respuesta. Incluso, en ocasiones, esta localización en diferentes detalles puede culminar en la unión de todas las partes en una respuesta global denominada patológica, por su forma forzada, generalmente poco compatible (dw o w conf comb). Estas dificultades en la integración pueden tener que ver con que el niño aún no ha adquirido la capacidad de abstracción que le permita integrar todas las partes de la mancha y realiza una interpretación lúdica, con muchos elementos de la fantasía. Es importante correlacionar esta técnica con las gráficas para evaluar qué nivel de integración de los elementos de la realidad posee el niño.

Fácilmente se encuentran respuestas que son modificadas en la encuesta,¹⁸ olvidadas, mejoradas o empeoradas. De acuerdo con Álvarez (2010), esto se puede relacionar en los niños con la inestabilidad que presentan las imágenes que van asociando y la dificultad que tienen para ligarlas a la palabra.

Para organizar la respuesta, el niño debe distinguir las manchas cromáticas y acromáticas del fondo blanco (figura-fondo). Esta es una capacidad aprendida, que se inicia cuando el niño comienza a discriminarse de los otros. Es necesario que se establezcan relaciones espaciales entre el cuerpo propio y los objetos circundantes, desarrolladas a través de la constitución del esquema corporal. Una vez que esto se produce, el niño puede significar las nociones de distancia y de contexto. Cuando el niño no ha adquirido estos aprendizajes o se movilizan en él aspectos arcaicos de su organización temporoespacial, le será difícil localizar las respuestas en la lámina. Si logra discriminar la mancha del fondo blanco podrán operar los procesos de asociación de imágenes y de movilización de representaciones inconscientes (a través de la regresión), finalizando con la respuesta motriz a través de la palabra. Es preciso que el niño pueda simbolizar y otorgar significado a las imágenes que se le presentan. «En los niños es importante diferenciar si el fracaso al organizar la respuesta obedece a que no adquirió aún suficientes recursos, a una regresión afectiva de tipo transitorio o cuando refleja fallas en la estructuración psíquica» (Álvarez, 2010: 152).

Los niños pequeños suelen dar entre 10 y 15 respuestas (Álvarez, 2010), pero con la edad el número aumenta. La baja producción en los primeros años puede obedecer a la tendencia del niño a globalizar y a que no suelen girar las láminas buscando más perceptos. Sin embargo, puede darse el caso de niños que produzcan mayor número de respuestas ya sea por el nivel de imaginación que poseen o porque las láminas les han provocado una gran movilización afectiva. En caso de que solo dé una respuesta por lámina, se le puede preguntar si ve algo más para inducir a un mayor despliegue de la fantasía.

Hasta los cinco años de edad son también frecuentes los fallos en la lámina I, ya que el niño tiene un pensamiento concreto y en un inicio le será difícil comprender que la técnica lo invita a otorgar a las manchas un sentido metafórico. Es necesario que la técnica movilice

17 Conjunto de percepciones y sensaciones que trascienden a quien las experimenta (Deleuze, 1988-1989).

18 Para el detalle sobre la encuesta o interrogatorio, véase López, N. (coord.) (2008a). *Nuevos aportes a la sistematización de la técnica de Rorschach* («¿Recuerda lo que vio aquí?»; «¿Dónde lo ve?»; «¿Qué lo hizo pensar en...?»; «Cómo lo ve?»), 19-21.

su capacidad lúdica para que se atreva a jugar buscando un significado que no puede reconocer a simple vista en la mancha; podrá así realizar diferentes asociaciones usando su imaginación. Los niños que tienen cierta inhibición, los que tienen fallas en la capacidad de simbolizar y los que sienten que deben dar una respuesta correcta al entrevistador suelen ser los que presentan más fallos en toda la técnica (Álvarez, 2010).

La perseveración¹⁹ de las respuestas es un fenómeno muy común en los niños pequeños (menores de seis años), muestra el uso de la palabra como repetición, desarticulada del tiempo y del contexto. El niño repite sin tener en cuenta la mancha, y la palabra no puede simbolizar la diferencia entre las imágenes (Álvarez, 2010).

La fabulación²⁰ es otro fenómeno muy frecuente, ya que el niño no puede desprenderse de su propio punto de vista, el cual aún está alejado de los criterios de verosimilitud. «Podríamos decir que la prueba es un juego de lenguaje destinado a adjudicar significados a la mancha transformándola en una figura verosímil» (Álvarez, 2010: 149).

A partir del período de latencia es esperable que los niños puedan ofrecer más de una respuesta en una misma área de la mancha, por lo cual se debe presentar especial atención a los fallos.

Desde los seis años de edad es esperable además un aumento de localizaciones de detalle. También a partir de esta edad mejora la calidad formal de los determinantes.

Con relación al uso del color, prevalece en los niños el determinante CF (color unido a una forma semidefinida), en cuanto a movimientos el FM (movimientos adjudicados a contenidos animales) y respecto a claroscuros el FC o CF (cualidad de superficie o textura unidas a una forma definida o semidefinida, respectivamente). No es esperable que M (movimientos adjudicados a contenidos humanos) supere a FM. Sin embargo, durante la latencia es esperable que vayan surgiendo un mayor número de movimientos humanos (Álvarez, 2010). En caso de que predominen los FK (perspectiva, volumen o difusión unidos a una forma definida), M y FC (color unido a una forma definida), se debe prestar atención a estos indicadores de seudoadultez, que pueden encubrir aspectos no elaborados o inmaduros.

El contenido proyectado en las respuestas más común es el animal, y las populares más esperadas, las de las láminas VIII y V: personas y murciélago o mariposa, respectivamente.

Se debe tener en cuenta que se espera que a partir de los seis años el niño tenga mayor capacidad de simbolización. Se supone que a esta edad ha consolidado su pertenencia al ámbito familiar y comienza entonces a abrirse a nuevos lazos en lo social (amigos). Comienzan a ser operativos los procesos de mentalización y empatía, y desde lo cognitivo comienza a funcionar la reversibilidad del pensamiento. Se ordenan las categorías de tiempo y espacio, dando lugar a un antes y un después. Sin embargo, aún se debe apoyar en la dramatización y los gestos, ya que su pensamiento aún es concreto (Álvarez, 2010). De esta manera, se observa cómo recurre a su propio cuerpo para dar fuerza a sus respuestas.

Es imprescindible para la interpretación de la técnica conocer el desarrollo evolutivo esperado para la edad del niño: aspectos cognitivos, emocionales, nivel de lenguaje, conflictos y tipo de pensamiento (Campo, 1995).

19 Véase el fenómeno especial de «Perseveración», en Passalacqua, A. y Gravenhorst, M. (2010) *Los fenómenos especiales en Rorschach*, 124-128.

20 Véase el fenómeno especial de «Fabulación», en Passalacqua, A. y Gravenhorst, M. (2010) *Los fenómenos especiales en Rorschach*, 91-92.

Caso Liliana²¹

Se ilustrará un caso de ASI (abuso sexual infantil) con el fin exponer el valor de la técnica en la clínica infantil.

Liliana, de 6 años y 10 meses de edad, fue abusada sexualmente por un vecino muy amigo de la familia. Los vecinos han denunciado también a los padres de Liliana por violencia intrafamiliar.

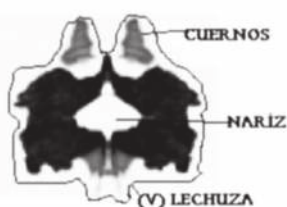
Administración propiamente dicha	Encuesta o interrogatorio
Lámina I: Un murciélago.	¿Recordás lo que viste aquí?: Un murciélago. ¿Qué te hizo pensar en un murciélago?: Las alas. ¿Cómo lo ves?: Feo.
Lámina II: (Gira la lámina y da la respuesta con esta en posición invertida). Una lechuza.	R: Una lechuza. D: Cabeza, alas, patas cola, nariz y cuernos. Q: La cabeza. C: Es linda.
Lámina III: Un ñandú, dos ñandús (deja la lámina y la vuelve a tomar). ¡Esto es una moña!	R: Dos ñandús, los huevos los tuvo la mamá. Q: Forma. C: Agarrando un huevo con las patas// Moña. Q: Forma. C: Linda// Caballitos de mar. Q: Forma. C: Durmiendo// Pasto. Q: Color. C: Está seco porque está negro.
Lámina IV: (Gira la lámina y la vuelve a posición normal). Un mono.	R: No me acuerdo. ¡Ahora sí! Un mono. Lo que me pareció raro es esto (detalle fálico) porque el mono no tiene una cosa colgando para acá abajo. Es un pie de otro mono que viene atrás, pero no se ve. Q: Los monos no tienen una cosa colgando, es de otro mono, que como es más chico no se ve. C: Grande, caminando. El de atrás está persiguiendo al mono que está adelante.
Lámina V: (Acerca y aleja la lámina). Un pájaro.	R: Un pájaro. Q: Las alas y las patas. C: Más o menos feo. Está volando. Está triste porque su abuelo se había muerto un día antes de su cumpleaños...

21 Caso clínico extraído de la investigación «Modificaciones en el funcionamiento psíquico de niños y niñas maltratados» (2010-2013). Esta fue desarrollada por López, Fraga, Cacciatori y Pérez, docentes del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, en convenio con la ONG Somos, que trabaja con niños víctimas de maltrato y/o abuso infantil. La técnica fue aplicada por una pareja de estudiantes próximos al egreso. Es importante destacar que tanto el nombre de la paciente como demás datos que pudieran identificarla fueron modificados en este trabajo con el fin de cumplir con la normativa ética de preservar la identidad de la pequeña.

Lámina VI: (Gira la lámina y la vuelve a posición normal). Un espantapájaros en un palo.	R: No me acuerdo. Habías dicho... Sí. Q: Cabeza de jirafa. Es un espantapájaros jirafa. Distinta forma que la de humanos y animales. C: «Chumingo». Está parado en un palo. Como su piel es tan blanca lo puedes ver. Está atado al palo. Está muerto porque es de mentira. Tiene una mancha gris... Lo hizo un señor que se llama Juan... (relata sin mirar la lámina).
Lámina VII: (Gira la lámina y la vuelve a posición normal). Una sombra.	R: Una sombra de hojas que forman la sombra. D: En el piso. Q: Eran muchas y era de noche. Son hojas, parece que no porque está muy oscuro, pero son hojas que forman la sombra. C: Una forma redonda pero abierta. Están acostadas (mira una parte de la lámina). Me parece que es un palo. Q: Es grueso. C: Es el palo de una hoja, está separando a la sombra, está tirado...
Lámina VIII: Un avión y dos leones.	R: Un avión y dos leones. Q: El avión es como los aviones de verdad. C: Los leones están al costado del avión que está por arrancar. Cuidan al avión, son entre buenos y malos... Atacan a la gente que no conocen.
Lámina IX: (Gira la lámina y da la respuesta con esta en posición invertida). Dos ranas anaranjadas.	R: Dos ranas iguales. Q: Ranas por la cabeza. C: Jugando a las escondidas... Hermanas gemelas, una nena y un varón// Un palo en el que se trepan para jugar... No les da miedo quedarse solos en la casa, los papás van mucho a hacer mandados... Los papás se pelearon porque los hijos se portaron mal y la madre los defendía y el papá no// (^) Pasto de jardín. Q: Es verde.
Lámina X: Dos arañas.	R: Dos arañas. D: En la casa del amigo. Como les van a traer sillones nuevos está todo desordenado. C: Lindas porque son celestes. Son celestes porque son de juguete. Están durmiendo// (V) Dos perros. C: Están cuidando a las arañas de que les peguen y que sus papás las rezonguen. Sus amigos les pegan porque dicen que son malas, pican.// (^) Dos lagartijas, son papás de las arañas, porque una de ellas es adoptada. ¡Horribles! Están durmiendo, esto amarillo son las almohadas.



MURCIÉLAGO



(V) LECHUZA



NANDU
HUEVO
NANDU AGARRANDO UN HUEVO



PASTO



MONO
MONO CON PIE DE OTRO MONO



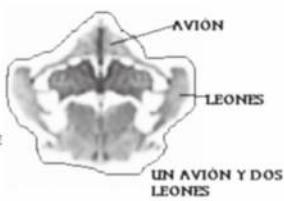
PAJARO



PALO
ESPANTAPAJAROS (JIRAFÁ)
ESPANTAPAJAROS ATADO A UN PALO



SOMBRA DE HOJAS
PALO DE UNA HOJA



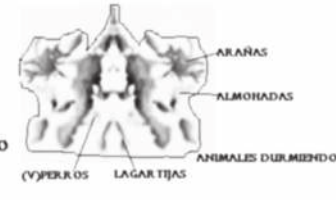
AVIÓN
LEONES
UN AVIÓN Y DOS LEONES



RANAS
PALO
CUARTO
(V) DOS RANAS EN UN PALO



PASTO



ARAÑAS
ALMOHADAS
ANIMALES DURMIENDO
(V) PERROS
LAGARTIJAS

L.	TR	RESPUESTA	LOC.	ETER.	CONT.	F.	OBSERVACIONES
I	38"	Murciélago	Wp	F	A	P	Crítica de objeto Descripción Represión
II	11" V	Lechuza	WS	FM-	A		<i>Shock</i> al rojo Mancha FFF Cont. atenuada Conf comb
III	23" Ad. Moña Ad. Ad.	Ñandú Huevo Moña Caballito de mar Pasto	D } D } D D dr	FM F+ F FM CF	A Huevo Obj A PI	P	<i>Shock</i> al rojo Crítica de objeto Cont. atenuada
IV	41" @	Mono con pie de otro mono atrás	W' → W	FM, FK	A, Ad		<i>Shock</i> al gris Giro Raro EFSSM Resp. olvidada
V	35"	Pájaro	Wp	F, FM	A	P	Fabulación Crítica de objeto Impresiones
VI	37" @	Espantapájaros atado a un palo	W conf comb	M, FC', Fm, F±	(HA), PI		<i>Shock</i> sexual Proyección de otro color Resp. olvidada Giro
VII	14" @	Sombra de hojas	<u>W</u> → W	mf, KF, C', K	Sombra, PI, noche		Giro Sobreelaboración EFSSF

VIII	5"	Un avión y dos leones	W conf comb	F	A, Obj	→P	Shock al color Alorreferencia Cc int disminuida Disociación
IX	29"	Ranas en un palo	W conf comb	FC, M, FM, F±	A, PI		Giro Disociación Conf comb
	Ad.	Pasto	D	CF	PI		
X	24"	Animales durmiendo	W conf comb	FC, FM	A, Obj, (A)	P→	Disociación Crítica de objeto

A) Con relación al tipo de pensamiento

Se debe considerar que Liliana se encuentra atravesando el estadio operatorio a nivel cognitivo.²²

Se infiere un buen nivel intelectual, evidenciado a través de su lenguaje, de las localizaciones múltiples y de las respuestas adicionales. En este momento Liliana no está pudiendo rendir de acuerdo a su potencial (pocas respuestas, respuestas olvidadas y diferentes shocks) debido al control de los afectos fundamentalmente mediante el uso de la represión y de la disociación.²³ Esto se constata además con la historia académica de la niña, ya que no presenta dificultades en el aprendizaje.

Cuando el yo de Liliana intenta integrar los afectos, la disociación falla, permitiendo la irrupción del proceso primario, lo que provoca que se aparte de la realidad. La presencia de respuestas patológicas (w confabulatoria combinatoria), formas mal vistas y populares salientes, que particularmente se aprecian en las láminas de color, pone en evidencia estas fallas en el proceso secundario. En este mismo sentido, los fenómenos especiales de conciencia de interpretación disminuida y contaminación atenuada permiten apreciar una alteración en el juicio de realidad. Asimismo, el fracaso de los mecanismos de control permite la expresión del conflicto, visible a través de las respuestas adicionales con determinantes poco saturados y contenidos con connotación sexual (palo, nariz, cuernos y pie de un mono que está detrás de otro mono).

22 Véase Piaget, J. y Inhelder, B. (1993) Psicología del niño.

23 Para visualizar los mecanismos de defensa en el Rorschach, véase Chávez Paz, M. y Querol, S. (2009) *Encuentro entre el Rorschach y la persona bajo la lluvia*.

B) Respecto a los vínculos

Se puede inferir que existen dificultades a nivel vincular, ya que escasean los contenidos humanos. Se aprecia solamente un HA (contenido con mezcla de atributos humano y animal) junto a un amortiguador, predominando el contenido animal. Si bien es esperado el aumento de contenido animal en niños, resulta significativo que Liliana les atribuya características agresivas e intente mitigar esta agresividad a través de contenidos amortiguadores, los cuales aparecen vinculados al percepto animal en la misma respuesta.

Es posible argumentar las dificultades vinculares también con los porcentajes disminuidos de proporción de color (27 %), la localización de detalle (9 %) y el aumento de localizaciones globales con predominio de las patológicas, que aunque frecuentes en niños, evidencian las fallas en la adaptación a la realidad.

En la lámina III en particular, se observan a través de las respuestas adicionales las fallas en los mecanismos que permiten la adaptación a la realidad. Especialmente en la última respuesta, «pasto», en la cual Liliana realiza un corte arbitrario de la realidad mediante el detalle raro e irrumpe la angustia persecutoria a través del c'F (color acromático unido a una forma semidefinida), la cual también intenta mitigar con el contenido amortiguador. En esta misma línea, en la lámina X (de las relaciones con el medio y la separación dada la finalización de la técnica)²⁴ los esfuerzos de control del yo de Liliana fallan e irrumpe el proceso primario mediante la localización confabulatoria combinatoria y el deterioro de la respuesta popular (popular saliente). Estos elementos nos permiten analizar los esfuerzos de la niña por mantenerse adaptada a la realidad, que fallan debido a la irrupción de la angustia persecutoria, que se puede vincular al reciente suceso de abuso.

C) En lo que respecta a los afectos

En las láminas acromáticas podemos identificar la angustia de Liliana a través de los determinantes: FC' (color acromático unido a una forma definida), c'F (color acromático unido a una forma semidefinida) y c' (color acromático sin forma). Los dos últimos determinantes, con menor o ningún grado de saturación respectivamente (c'F y c'), muestran las fallas de control sobre la angustia, que se torna persecutoria e invade al yo. En esta misma línea, la presencia de los determinantes FM (movimiento inanimado unido a una forma definida) y mF (movimiento inanimado unido a una forma semidefinida), vinculados a la pulsión de muerte, evidencian la irrupción de elementos pulsionales más arcaicos de la personalidad, disociados del resto (López, 2008a). Liliana también intenta controlar la angustia y estos impulsos mediante el mecanismo de la intelectualización a través de la FK (perspectiva, volumen o difusión unidos a una forma definida). Este mecanismo evidencia sus fallas mediante la KF (volumen o difusión unidos a una forma semidefinida). Los determinantes K (perspectiva, volumen o difusión) que intentan poner una cierta distancia con la angustia evidencian a su vez la capacidad de la niña de contactar con aquello que le produce conflicto, muestran los recursos psíquicos que tiene Liliana.

Se puede observar el conflicto con la sexualidad particularmente en la lámina II, en la cual, como consecuencia de las fallas en las defensas y la irrupción del proceso primario,

24 En referencia a qué indaga cada lámina del Rorschach, véase el capítulo V, «El sentido de cada lámina», de Weigle, C. (1998). *Cómo interpretar el Rorschach. Su articulación con el psicoanálisis*.

se aparta de la realidad. Esto puede observarse mediante ws (localización múltiple que utiliza áreas de la mancha y espacio en blanco), FM- (movimientos adjudicados a contenidos animales unidos a una forma mal vista) y el fenómeno especial de contaminación atenuada. Los movimientos animales, que muestran los aspectos inmaduros (frecuentemente usados por los niños) en este caso, junto a los movimientos inanimados, contenido animal, giros y uso del espacio en blanco, evidencian aspectos agresivos de Liliana.

En las láminas policromáticas se observa que por momentos establece un control forzado de los afectos mediante la gran cantidad de determinantes con máxima saturación. El uso de la disociación le permite mitigar la angustia, separándose de la realidad (confabulatoria combinatoria, conciencia de interpretación disminuida, fabulación).

D) En referencia a las identificaciones

En la primera lámina del Rorschach, Liliana se presenta controlando los elementos agresivos del percepto murciélago mediante la represión. Esto se evidencia en el uso de F (determinante de forma definida), P (respuesta popular) y el fenómeno especial de crítica de objeto.

Liliana está iniciando el período de latencia a nivel psicosexual, sin embargo se evidencia cierta fijación a la fase fálica²⁵ mediante la presencia de contenidos y expresiones que aluden a elementos fálicos de las láminas (perseveración rumiante del contenido palo, por ejemplo), lo cual se puede atribuir a la situación de abuso sexual que padeció recientemente. En tal sentido, es importante destacar que esta niña antes de iniciar la latencia, mientras atravesaba la fase fálica del desarrollo psicosexual, ya se encontraba expuesta a situaciones y acciones provenientes de la sexualidad adulta que por su edad no podía decodificar ni tramitar. Se destaca que en sus respuestas aparecen palos que separan y que en la lámina VIII aparecen vinculados al cuarto y al dormir. Intenta controlar la angustia frente a estos perceptos mediante amputaciones o incompletud de las localizaciones, fenómenos especiales de estupor frente a los símbolos sexuales masculinos y femeninos o sobreelaboraciones y fabulaciones (fantasía de que son juegos), que muchas veces la apartan de la realidad (confabulatoria combinatoria). Estos mecanismos ayudan a Liliana a mitigar lo persecutorio y angustiante de la realidad. Seguramente el hecho de que la niña se encuentre en tratamiento psicoterapéutico permitirá trabajar con estos elementos.

Con relación a la imago paterna, observamos la presencia de angustia de castración vinculada al detalle fálico y su intelectualización mediante la FK. Esto quizá pone en evidencia que los hombres para Liliana se han vuelto poco confiables.

Con relación a la imago materna, aparece una vivencia de poca contención y angustia sin control, que se evidencia en los determinantes sin saturación de la lámina VII. Esto se puede vincular con el hecho de que la mamá de Liliana está padeciendo ataques de pánico desde que se ha enterado del abuso sexual perpetuado a su hija.

En suma:

Liliana posee un buen nivel intelectual, pero en este momento no está pudiendo rendir de acuerdo a su potencial, ya que debido al esfuerzo que hace el yo por controlar los afectos se empobrece por momentos su producción.

25 Véase Freud, S. (1923b) La organización genital infantil, y Freud, S. (1905) *Tres ensayos de teoría sexual*.

La niña ha padecido recientemente un abuso sexual que ha provocado la irrupción de un gran monto de angustia persecutoria. En este sentido, en la técnica se observan dificultades a nivel vincular y conflicto con relación a la sexualidad.

El yo de la niña se defiende de esta angustia predominantemente con los mecanismos de disociación, represión e intelectualización (mecanismos descritos en la literatura especializada). Aunque el yo se esfuerza por mantenerse adaptado a lo socialmente compartido, el control fracasa e irrumpe el proceso primario. Se pueden observar en el Rorschach las fallas en los mecanismos de defensa al intentar mitigar la angustia y la agresividad, lo que provoca que por momentos se aparte de la realidad y se refugie en la fantasía. Recurso que por otra parte es adaptativo y protector ante la situación de abuso padecida.

Los recursos simbólicos que tiene Liliana para procesar la angustia, evidenciados a través de la técnica de Rorschach, favorecen la indicación de un tratamiento psicoterapéutico.

Ejercicio

- 1) ¿Qué aspectos de la personalidad del sujeto pueden analizarse utilizando el análisis dinámico del Rorschach? (Véanse las páginas 3 y 4 de este artículo.)
- 2) ¿Qué características tienen las respuestas de los niños mayores de seis años? (Véase el apartado «La técnica de Rorschach aplicada en niños».)
- 3) ¿Qué elementos de la clasificación del Rorschach permiten visualizar las fallas en la adaptación a la realidad? (Véase el apartado «Pensamiento» del caso Liliana.)
- 4) ¿Qué función cumplen los contenidos amortiguadores? (Véase el apartado «Vínculos» del caso Liliana.)
- 5) ¿A través de qué determinantes se puede observar la angustia en un paciente? (Véase el apartado «Afectos» del caso Liliana.)
- 6) Analice las imago en el caso Liliana. (Véase el apartado «Identificaciones» del caso Liliana.)

Bibliografía

- Alessandro de Colombo, M.; Alonso, H.; Barreira, R.; Codarini, M.; Gravenhorst, C.; Herrera, M. y Passalacqua, A. (1993). *El psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación*. Buenos Aires: Alex.
- Álvarez, N. (2010). *Lecturas de las respuestas al Rorschach. Lo que el sujeto dice y hace ante la prueba*. Buenos Aires: Biebel.
- Anzieu, D. (1981). *Los métodos proyectivos*. Buenos Aires: Ábaco.
- Campo, V. (1995). *Estudios clínicos con el Rorschach en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Candán, S.; Fraga, M. y Muniz, A. (2003). Cambio psíquico: Análisis a través del Rorschach en tres tiempos. En *Transformaciones en la subjetividad: retos a la psicología y sus instrumentos* (416-423). Montevideo: XII Congreso Latinoamericano de Rorschach y otras Técnicas Proyectivas. Asociación Latinoamericana de Rorschach.
- Celener, G. (coord.) (2007). *Técnicas proyectivas: actualización e interpretación en los ámbitos clínico, laboral y forense*, t. i. Buenos Aires: Lugar.
- Chávez Paz, M. y Querol, S. (2009). *Encuentro entre el Rorschach y la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar.
- Cristóforo, A.; Martínez, S. y García Firpo, A. (2000a). Percepción y proyección: Génesis y desarrollo de las respuestas. En Muniz, A. (coord.) *Análisis dinámico del Rorschach. Una integración teórico-clínica* (15-25). Montevideo: Psicolibros.
- (2000b). El análisis dinámico como estructura de sentido. En Muniz, A. (coord.) *Análisis dinámico del Rorschach. Una integración teórico-clínica* (27-53). Montevideo: Psicolibros.
- Deleuze, G. (1988-1989). *El abecedario de Gilles Deleuze. Entrevista realizada por Claire Parnet*. Recuperado de [https:// es.wikipedia.org/wiki/precepto](https://es.wikipedia.org/wiki/precepto).
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras completas*, vol. vii (1986). Buenos Aires: Amorrortu.
- (1923a). El yo y el ello. En *Obras completas*, vol. xix (1986). Buenos Aires: Amorrortu.
- (1923b). La organización genital infantil. En *Obras completas*, vol. xix (1986). Buenos Aires: Amorrortu.
- García Firpo, A. (1987). *Desarrollos rorschachianos*. Montevideo: Roca Viva.
- Klopfer, B. y Davidson, H. (1966). *Manual introductorio a la técnica del Rorschach*. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- López, N. (coord.) (2008a). *Nuevos aportes a la sistematización de la técnica de Rorschach*. Montevideo: Psicolibros.
- (coord.) (2008b). *Complejidad y subjetividad en el análisis dinámico de Rorschach*. Montevideo: Psicolibros.
- Lopez, N., Fraga, M., Cacciatori, A. & Pérez, A. (2013). *Modificaciones en el Funcionamiento Psíquico de Niños y Niñas Maltratados*. Investigación del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, UDELAR, en convenio con ONG SOMOS. Montevideo: Inédita.
- Passalacqua, A. (1994). *El psicodiagnóstico de Rorschach. Sistematización y nuevos aportes*. Buenos Aires: Klex.
- Passalacqua, A. y Gravenhorst, M. (2010). *Los fenómenos especiales en Rorschach*. Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Passalacqua, A.; Menestrita, N.; Núñez, A.; Simonotto, T.; Pestana, L.; Ferrari, G. y Rowies, A. (2003). Comparación con Rorschach del cambio psíquico entre niños y adolescentes con psicoterapia dinámica. En *Transformaciones en la subjetividad: retos a la psicología y sus instrumentos*. Montevideo: XII Congreso Latinoamericano de Rorschach y otras Técnicas Proyectivas. Asociación Latinoamericana de Rorschach.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1993). *Psicología del niño*. Madrid: Ediciones Morata S.L.
- Siquier de Ocampo, M.; García Arzeno, M. y Grassano de Pícolo, E. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Weigle, C. (1998). *Cómo interpretar el Rorschach. Su articulación con el psicoanálisis*. Buenos Aires: Guadalupe.

Algunas técnicas de evaluación psicológica en los adolescentes

Mag. Ps. Alfredo Parra

Breves consideraciones sobre lo normal y lo patológico en esta etapa

La adolescencia es una etapa de profundos y muchas veces positivos cambios en la vida; no constituye solamente una especie de enfermedad pasajera, como ha sido caracterizada y retratada por numerosos autores. En la actualidad, las orientaciones teóricas resaltan lo positivo, creativo y heterogéneo de la etapa (Compas et al., 1995; Feldman y Elliot, 1990; Jackson y Bosma, 1990). La adolescencia concebida casi exclusivamente como un período tormentoso con altos niveles de estrés está siendo reevaluada. En ese sentido, la prevalencia de psicopatologías y de estresores no sería diferente de la experimentada por otros grupos de edad (Coleman y Butcher, 1993; Petersen, Zhang y Santa Lucía, 1996; Frydenberg y Lewis, 1997).

Podría plantearse incluso que en esta etapa se observa el fracaso de los propios criterios de normalidad aplicados a otras etapas, como el criterio estadístico, ya que estadísticamente la población adolescente normal presenta en altos porcentajes síntomas como experiencias perceptivas inhabituales, pensamiento mágico, discurso desorganizado, etc. (Marcelli, 2009). Del mismo modo, si se aplicase un criterio sociológico-moral se podría llegar a considerar a la adolescencia como patológica, debido a la alta prevalencia de conductas disociales.

Cabe entonces integrar al diagnóstico clínico la complejidad de la experiencia individual y relacional de los adolescentes en los diferentes contextos, la variabilidad o fijación de las posibles alteraciones y el desarrollo en sus distintas dimensiones. La dimensión del desarrollo se resalta en la medida en que esta etapa es un continuo de la infancia al tiempo que muestra las potencialidades. Por esto resulta conveniente considerar en la evaluación psicopatológica las dimensiones del desarrollo eventualmente afectadas (empatía, atención, autorregulación, etc.). Así, por ejemplo, si un adolescente presenta conducta agresiva-impulsiva y problemas sociales, se debe considerar cuándo comenzaron estos problemas, en qué situaciones y ante qué personas se presentan, cómo se relacionan con el funcionamiento global de la personalidad, etc. En concordancia con una evaluación clínica multifacética, lo normal y lo patológico se presentan como grados de un continuo, posición dinámica en un espectro de extremos (Wenstein, 1978).

*Evaluación de la problemática del suicidio en la adolescencia mediante el IRIS:
Inventario de riesgo e ideación suicida (Hernández y Lucio, 2003)*

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2001; 2006), aproximadamente un millón de personas en el mundo se suicidan cada año, y entre 10 y 20 millones lo intentan. Asimismo, el organismo destaca que son tres los aspectos del suicidio de importancia para la salud pública. En primer lugar, es una de las principales causas de muerte entre la

población joven en la mayoría de los países desarrollados así como en los que están en vías de desarrollo; en segundo lugar, existen grandes variaciones en las tasas de suicidio en el mundo entre sexos y grupos de edad (un indicador de la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales), y, por último, los suicidios de gente joven y de mujeres se han convertido en un problema creciente y reciente en muchos países.

Según el Ministerio de Salud Pública en su documento *Pautas y recomendaciones en relación a las conductas suicidas* (2012), los datos con relación a la tasa de suicidios en Uruguay permiten concluir que en nuestro país a lo largo de los últimos 15 años se ha producido un incremento significativo de los suicidios que gira en torno al 40 % con relación a los promedios históricos observados hasta el año 1990.

Aunque se han realizado algunos escasos estudios en el país para conocer prevalencia, factores de riesgo y variables psicosociales asociadas al suicidio (p. ej., Dajas, 1990; Viscardi, Hor y Dajas, 1994; Dajas, 2001; Lucero y Villalba, 2003; Rodríguez, Maggi y García Ciriacos, 2005), poco se ha estudiado la efectividad de la identificación y evaluación del riesgo suicida empleando técnicas exclusivamente diseñadas para población adolescente.

La evaluación de riesgo suicida, incluyendo la valoración de la confiabilidad y validez de pruebas psicológicas específicamente diseñadas con este propósito, es un área de investigación poco desarrollada en nuestro país, dada su complejidad metodológica y los retos éticos. Los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida son complejos y no existe una sola modalidad para prevenir el suicidio adolescente (Gould et al., 2003).

El IRIS es un autoinforme compuesto por 50 reactivos para adolescentes de 13 a 18 años. Fue diseñado para identificar adolescentes que se encuentren en riesgo alto, medio o bajo de comportamiento suicida (Kirk, 1994; Brent et al., 1996). El análisis factorial arrojó las siguientes áreas, que se consideran las más importantes para explicar el riesgo suicida: ideación suicida, desesperanza-depresión y ausencia de circunstancias protectoras. La técnica también abarca el índice de malestar asociado al riesgo suicida. Estos factores se presentan entremezclados a lo largo de la escala.

El factor 1, *ideación e intención suicida*, contempla* 10 reactivos: 49 «He planeado mi propia muerte»,²⁶ 50 «He intentado quitarme la vida», 25 «He pensado en suicidarme», 32 «Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida», 11 «He deseado estar muerto(a)», 27 «Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir», 12 «Quisiera irme de este mundo», 16 «He creído o sentido que mi existencia es horrible, odiosa», 44 «Desearía no haber nacido» y 8 «Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo».

El factor 2, *desesperanza y depresión*, incluye los siguientes ocho reactivos: 40 «Me siento confundido(a) respecto a...», 38 «Me cuesta trabajo concentrarme», 43 «Me he sentido desilusionado(a) de la vida», 20 «Me siento triste», 30 «Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí», 23 «Me siento enojado(a) y/o frustrado(a)», 4, «Creo o siento que soy un fracaso» y 47 «He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede».

El factor 3, *ausencia de circunstancias protectoras*, incluye los siguientes seis reactivos: 7 «Me han tomado en serio», 1 «Mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos», 31 «Se preocupan por mí», 9 «Me he sentido lleno(a) de energía», 3 «En mi vida ha habido buenos momentos» y 5 «Me he sentido satisfecho(a) con mi vida».

26 ** Reactivos considerados críticos en la detección del riesgo suicida.

Conceptualmente se define el riesgo suicida como la presencia y frecuencia en los últimos 12 meses de factores de riesgo específicos, tales como la ideación suicida o intentos/intenciones previas de suicidio, signos de alerta, inconformidad o desajuste psicosocial, además de la ocurrencia e impacto de eventos de vida adversos en los últimos 12 meses (Hernández y Lucio, 2003). En este sentido, el riesgo suicida es alto si encontramos intento de suicidio previo, es medio si existe ideación/planeación suicida y es bajo si se presentan los factores de riesgo asociados al suicidio.

El/los intento(s) previo(s) de suicidio se definen como una conducta autolesiva potencial cuyo desenlace no fatal no resta evidencia —explícita o implícita— de que la persona pretendía matarse. Puede o no resultar en lesiones. (O'Carroll et al., 1996). Más allá del daño autocausado, lo fundamental es la intencionalidad de terminar con la propia vida.

El riesgo también se evalúa mediante la intensidad-frecuencia de la ideación suicida. La ideación suicida se define conceptualmente como aquella serie de ideas o pensamientos que tiene la persona acerca de la propia muerte (Medina-Mora et al., 1992).

Algunos de los factores de riesgo asociados son la despreocupación de las personas por el sujeto, la inexistencia de buenos momentos, el grado de insatisfacción por la vida que el adolescente manifiesta, etc.

Un adolescente se encuentra en riesgo si obtiene una puntuación T mayor o igual a 60 en una o más de las escalas.

El riesgo alto refiere a los adolescentes que en el IRIS contestan de forma afirmativa al reactivo crítico número 50, «He intentado quitarme la vida». Haber hecho este intento en los últimos seis meses ubica a un adolescente en riesgo para esta técnica.

El riesgo medio alude a todos aquellos adolescentes que en el IRIS contestan de forma afirmativa a los reactivos críticos número 25, «He pensado en suicidarme, en quitarme la vida», o número 49, «He planeado mi propia muerte», además de presentar una o más áreas del instrumento elevadas (con un puntaje T mayor o igual a 60). Es decir, la ideación suicida y puntaje de elevado de un factor determinan el riesgo medio.

El riesgo bajo se determina por la elevación en el índice de malestar asociado al riesgo suicida (con un puntaje T mayor o igual a 60).

Otras técnicas de evaluación

4. ° Autoinforme del comportamiento de jóvenes (Youth Self-Report for Ages 11-18, YSR) (Achenbach y Rescorla, 2001)

El YSR es un cuestionario reelaborado para evaluar la psicopatología de niños y adolescentes de entre 11 y 18 años, a partir del informe del propio menor que aporta información sobre sus competencias psicosociales y problemas psicológicos. Está compuesto de dos partes: la primera por 17 ítems que hacen referencia a competencias psicosociales (habilidades deportivas, sociales y académicas); la segunda parte por 119 ítems, 14 que describen conductas adaptativas o prosociales y el resto, conductas desadaptativas.

Los ítems están formulados en primera persona, referidos a los últimos seis meses y se contestan en una escala tipo Likert con tres opciones: 0 (no es verdad), 1 (algo verdad) y 2 (muy cierto). La primera parte del cuestionario permite analizar los resultados de forma cuantitativa o cualitativa, considerando en este caso las respuestas como categorías.

El YSR/11-18 recoge información correspondiente a ocho escalas de conductas problema o síndromes de «banda estrecha» (retraimiento, quejas somáticas, ansiedad, depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de ruptura de normas y conducta agresiva). Estas escalas se agrupan, a su vez, en un segundo nivel con dos patrones de carácter psicopatológico: los problemas internalizados o que causan malestar psicológico al sujeto y los problemas externalizados (conductas que causan malestar en el entorno del sujeto).

Según Achenbach y Rescorla (2001), hay tres escalas de problemas internalizados (retraimiento, quejas somáticas, ansiedad-depresión) y dos de problemas externalizados (conducta de ruptura de normas y conducta agresiva).

La fiabilidad y validez del YSR ha sido ampliamente contrastada con escalas análogas de otros instrumentos (Abad, Forns, Amador y Martorell, 2000; Achenbach y Rescorla, 2001; Doyle, Mick y Biederman, 2007), en estudios transculturales (p. ej., Smokowski, Buchanan y Bacallao, 2009), longitudinales (p. ej., Smokowski, Rose y Bacallao 2009), realizados en América Latina (Betancourt y Andrade, 2008; Valencia y Andrade, 2005) o con psicopatologías específicas (Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra y Salinas, 2007).

Test de miradas

Este instrumento se construyó inicialmente para evaluar la teoría de la mente en adultos; posteriormente se desarrolló una versión con menos estímulos pensada para niños y adolescentes. Dado que muchos autores relacionan la teoría de la mente con la capacidad de empatía (Davis, 1980; Baron-Cohen et al., 2004), los resultados que arroja la prueba pueden considerarse también inherentes al estudio de este otro concepto. El objetivo de la prueba es el estudio de la capacidad de comprender los sentimientos-ensamientos de los otros a través de la lectura de la mirada.

El test original de Reading the Mind in the Eyes (leyendo la mente a través de la mirada) fue descrito inicialmente en una investigación por Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore y Robertson (1997) y revisado varios años después (Baron-Cohen et al., 2001). En la prueba se observan las miradas de hombres y mujeres que expresan un sentimiento o pensamiento. Cada fotografía tiene cuatro respuestas posibles que aparecen en la misma planilla y el sujeto debe elegir la más adecuada. Es decir, alrededor de la fotografía de la mirada hay cuatro palabras escritas que refieren a los sentimientos-pensamientos que puede estar expresando esa mirada (cara de odio, de asustado, enojado, triste, etc.).

El test asume que un sujeto poseedor de teoría de la mente (aspecto de la mentalización) puede comprender representaciones de estados mentales y relacionarlos con expresiones faciales congruentes con dichas representaciones. Mientras que algunos de los estados mentales son «básicos» (feliz, triste, enojado, atemorizado), otros son más complejos o elaborados (reflexivo, arrogante, etc.). En una hoja de registro, el evaluador marca las respuestas del sujeto. La administración del test dura aproximadamente 15 minutos.

La versión para niños y adolescentes de 10-17 años derivada de la versión para adultos consta de 28 fotografías. También se debe elegir una de cuatro palabras que expresan sentimientos-pensamientos escritas en torno a las fotografías (Baron-Cohen et al., 2004). Si bien no existen baremos, es una técnica ampliamente empleada en las investigaciones sobre el tema. El autor afirma que para llevar a cabo la tarea de reconocimiento que propone el test el sujeto debe: 1) conocer el significado de un léxico complejo que hace

referencia a emociones y sentimientos, 2) completar la expresión facial acompañante de la mirada basándose en la expresión de los ojos, y 3) identificar la emoción que le genera esa expresión determinada (empatía).

El test fue validado empleando población normal y de pacientes con síndrome de Asperger (o autismo de alto funcionamiento). Si bien este instrumento fue diseñado para detectar indicadores sutiles de inferencia mental en poblaciones con espectro autista leve, permite medir la mentalización y empatía en todo tipo de poblaciones. Según señala el mismo Baron-Cohen, una de las limitaciones del instrumento es que emplea fotografías con expresiones estáticas de los ojos, lo que resta validez ecológica a la prueba. Otra limitación importante consiste en que la calidad de los actores elegidos para fotografiar las expresiones emocionales no es totalmente fiable, ya que desconocemos si lo hacen sintiendo la emoción o aparentando (Baron-Cohen et al., 2001).

En cuanto a la relación existente entre la ejecución en este test y las estructuras cerebrales implicadas en la experimentación de empatía, gracias a la aplicación de resonancia magnética (RM) se ha observado una activación de las regiones frontales bilaterales, sobre todo en el giro frontal medial bilateral, el giro temporal superior izquierdo, el polo temporal y el giro frontal superior medial (Platek, Keenan, Gallup y Mohamed, 2004).

Otras investigaciones que emplearon este instrumento de medición encontraron que los psicópatas —contrariamente a lo que algunos suponían— no presentan tienen de ningún tipo para leer la mente a través de la mirada (Richell et al., 2003). Asimismo, los pacientes con trastorno límite de la personalidad obtuvieron niveles superiores a la media, lo que hace pensar a los investigadores que esta sensibilidad, que se ve aumentada, puede ser la base de las dificultades sociales que despliegan los portadores de dicho trastorno (Fertuk et al., 2009).

En español existen dos versiones del test disponibles,²⁷ una para España y otra para Argentina, que presentan una carta de aval del autor del test y que fueron desarrolladas por especialistas de cada uno de los países.

Ejercicio

Este es el protocolo de respuesta del YSR de un adolescente de 14 años.

Lea atentamente y, aun sin conocimientos en psicopatología, trate de marcar la opción correcta, considerando el puntaje que marca el adolescente en el protocolo (este puede ser 0, 1 o 2). Aparece en color azul la opción marcada por el joven.

Consigna para el adolescente: «Lee cada uno de los enunciados y marca: 0 no es cierto, en desacuerdo; 1 es cierto, algunas veces; 2 es muy cierto casi siempre».

27 Disponibles en el sitio <autismresearchcentre.com>.

1	0	1	2	Discuto mucho.
2	0	1	2	Oigo sonidos o voces que otros creen que no existen.
3	0	1	2	Amenazo lastimar a otras personas.
4	0	1	2	Siento que nadie me quiere.
5	0	1	2	Veo cosas que otras personas creen que no existen.
6	0	1	2	Me fugo de casa.
7	0	1	2	Lloro mucho.
8	0	1	2	Dejo sin terminar lo que empiezo.

Considerando lo que este adolescente manifiesta de sí mismo, usted considera que padece:

- A. un trastorno del humor,
- B. un trastorno del pensamiento,
- C. trastornos de conducta disruptivos (esta es la opción correcta).

Bibliografía

- Abad, J.; Forns, M.; Amador, J. y Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del Youth Self-Report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 12 (1), 49-54.
- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for aseba School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Baron-Cohen, S. y Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175.
- Baron-Cohen, S.; Jolliffe, T.; Mortimore, C. y Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 813-822.
- Baron-Cohen, S.; Wheelwright, S.; Hill, J.; Raste, Y. y Plumb, I. (2001). The «Reading the Mind in the Eyes» Test, Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (2), 241-251.
- Betancourt, D. y Andrade, P. (2008). La influencia del temperamento en problemas internalizados y externalizados en niños. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (1), 29-48.
- Brent, D. A.; Moritz, G.; Bridge, J.; Perper, J. y Canobbio, R. (1996). Long-term impact of exposure to suicide: A three-year controlled follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 646-653.
- Coleman, J. y Butcher, J. (1993). *Psicología de la anormalidad y vida moderna*. México: Trillas.
- Compas, B. E.; Hinden, B. y Gerhardt, C. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265-293.

- Dajas, F. (1990). Alta tasa de suicidio en Uruguay: Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. *Rev. Med. Uruguay*, 6 (1), 203-215.
- (2001). Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: la situación epidemiológica actual. *Rev. Med. Urug.* 17, 24-42.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10(4), 85-104.
- Doyle, R.; Mick, E. y Biederman, J. (2007). Convergence between the Achenbach Youth Self-Report and structured diagnostic interview diagnoses in adhd and non-adhd Youth. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (4), 350-352.
- Feldman, S. y Elliot, G. (1990). *At the threshold*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Fertuck, E.; Jekal, A.; Song, I.; Wyman, B.; Morris, M.; Wilson, S.; Brodsky, B. y Stanley, B. (2009). Enhanced «Reading the Mind in the Eyes» in Borderline Personality Disorder Compared to Healthy Controls. *Psychological Medicine*, 39, 1979-1988.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1997). *ACS. Escalas de afrontamiento para adolescentes. Manual*. Madrid: TEA (adaptación española).
- Gould, M. S.; Greenberg, T.; Velting, D. M. y Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventative interventions: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Psy*, 42, 386-405.
- Hernández, Q. y Lucio, M. E. (2003). *Inventario de riesgo suicida para adolescentes (iris)*. México: Manual Moderno.
- Holmbeck, G. N.; Welborn Thill, A.; Bachanas, P.; Garber, J.; Miller, K. B. y Abad, M. *et al.* (2008). Evidence-based assessment in pediatric psychology: Measures of psychosocial adjustment and psychopathology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 958-980.
- Jackson, S. y Bosma, H. (1990). Coping and Self in Adolescence. En Bosma, H. y Jackson, S. (eds.). *Coping and Self-Concept in Adolescence*. Berlín: Springer Verlag.
- Kirk, W. G. (1994). *Adolescent suicide: a School-Based Approach to Assessment & Intervention*. Estados Unidos: Research Press.
- Lucero, R. y Villalba, L. (2003). Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (iae) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67 (1), 5-20.
- Marcelli, D. (2005) *Psicopatología del Adolescente*, Barcelona: Masson SA.
- McCown, W. (1990). The effect of impulsivity and empathy on abstinence of poly-substance abusers: a prospective study. *British Journal of Addiction*, 85, 635-637.
- Medina-Mora; Rascón, M. L.; Tapia, R.; Mariño, M. C.; Juárez, F. y Villatoro, J. *et al.* (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 3, 48-55.
- Ministerio de Salud Pública (2012). *II Encuesta Mundial de Salud Adolescente gshs (2012)*, Montevideo, Uruguay. Disponible en <[http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Segunda%20encuesta%20Mundial%20Salud%20Estudiantil%20\(GSHS\)%20Uruguay.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Segunda%20encuesta%20Mundial%20Salud%20Estudiantil%20(GSHS)%20Uruguay.pdf)>.
- O'Carroll, P.; Berman, A.; Maris, R. y Moscicki, E. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 26, 237-252.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generalistas*. Ginebra: Autor. Disponible en <http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf>.
- (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006*. Ginebra: Autor. Disponible en <<http://www.who.int/whr/2006/es/>>.
- Peterson, B.; Zhang, H. y Santa Lucía, R. (1996). Risk factors for presenting problems in child psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1162-1173.
- Platek, S. M.; Keenan, J. P.; Gallup, G. G. Jr. y Mohamed, F. B. (2004). Where am I? The neurological correlated of self and other. *Cognitive Brain Research*, 19, 114-122.
- Richell, R. A.; Mitchell, D. G.; Newman, C.; Leonard, A.; Baron-Cohen, S. y Blair, R. J. (2003). Theory of mind and psychopathy: Can psychopathic individuals read the «language of the eyes»? *Neuropsychologia*, 41 (5), 523-526.
- Rodríguez, A.; García Maggi, I. y Ciriacos, C. (2005). *Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio en niños y adolescentes en Uruguay*. *Rev. Med. Urug.*, 21, 141-150.

- Smokowski, P.; Buchanan, R. y Bacallao, M. (2009). Acculturation and adjustment in Latino adolescents: How cultural risk factors and assets influence multiple domains of adolescent mental health. *Journal of Primary Prevention*, 30 (3-4), 371-393.
- Smokowski, P.; Rose, R. y Bacallao, M. (2009). Acculturation and aggression in Latino adolescents: Modeling longitudinal trajectories from the Latino acculturation and health project. *Child Psychiatry and Human Development*, 40 (4), 589-608.
- Valencia, M. y Andrade, P (2005) Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 499-520.
- Viscardi, N.; Hor, F. y Dajas, F. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes, *Rev. Med. Urug*, 10, 79-91.
- Weinstein, L. (1978). *Salud y autogestión*. Buenos Aires: Nordan-Comunidad C.C.
- Zubeidat, I.; Fernández-Parra, A.; Sierra, J. y Salinas, J. (2007). Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles. *Psicothema*, 19 (4), 654-660.

Enlaces de interés

Centro de Investigación en Autismo de la Universidad de Cambridge, dirigido por Simon Baron-Cohen. Allí se encuentran una serie de técnicas de evaluación interactivas y artículos de investigación relacionados. El test de miradas para adolescentes y adultos también se ofrece de uso libre. El navegador google Chrome la traduce. <http://www.autismresearchcentre.com/>.

También se ofrecen recursos en línea en <http://espectroautista.info/>.

Intervenciones

En el presente capítulo se aborda el tema de la intervención psicológica desde una amplia mirada del quehacer clínico en los ámbitos de la salud y la educación.

Se ofrecen como modelo de intervención experiencias de trabajo con niños que complejizan la perspectiva del sufrimiento infantil, descentrándolo de una mirada patologizante de las vicisitudes de la construcción de subjetividad en la infancia.

Se desarrollan conceptos que vinculan las tareas diagnósticas y evaluativas con la propia intervención, dejando en claro los objetivos, alcances y limitaciones, así como las fronteras difusas entre ambas prácticas.

Por otro lado, se plantea una visión acerca de la evaluación en la adolescencia, atendiendo especialmente al preocupante tema del riesgo suicida en esta etapa.

De la evaluación a la intervención, una mirada compleja sobre la práctica clínica

Dra. Ps. Alicia Muniz Martoy

La evaluación psicológica implica valorar, validar, medir, comparar, pero por sobre todo conocer las características del evaluado. Esta práctica se utiliza en diversos ámbitos de acción de la psicología: laboral, educativo, clínico, psicomédico, forense, deportivo, entre otros, y nunca es un fin en sí misma.

Para realizar una evaluación de aptitudes, características, tanto cognitivas como emocionales, de la vida relacional o de las capacidades para desarrollar tareas o funciones, es necesario partir de un paradigma que considere a la evaluación como un punto de partida y nunca como un destino final.

Los sujetos son diversos, de allí la riqueza de lo humano, por eso la diferencia no puede incluirse como una dificultad en sí misma. Es por esa razón que no se considera el déficit como aquello que falta de acuerdo a ciertos paradigmas, sino que se considera la diferencia entre los sujetos como aquella cualidad potencial a desarrollar. Mientras el concepto de déficit pone énfasis en la falta y propone normalizar al sujeto que porta una supuesta falla o deficiencia, aquí se propone considerar la singularidad como objeto de la psicología clínica, desterrando toda noción de normatización e igualación de los sujetos.

Al contrario de lo que habitualmente se cree —por desinformación o por malas prácticas—, no se evalúa para excluir sino para conocer cuál es el mejor lugar de trabajo, el mejor método para aprender, la más adecuada terapéutica para ese sujeto evaluado. Es un punto de partida de acciones estratégicas que no deben estar preconcebidas sino delineadas paso a paso a medida que las circunstancias indican nuevos caminos a tener en cuenta.

Tanto es así que la intervención está unida a la misma evaluación como efecto ineludible ante una demanda tercerizada que debe buscar dar un sentido a este acto que, contrariamente a lo que se pregonaba, tiene efectos, muchas veces promovidos por el mismo clínico.

Si se piensa por un instante que un niño es enviado a evaluar por su maestra, o que una persona adulta es enviada a la evaluación para aspirar a un puesto de trabajo, o que un joven concurre a una evaluación por fracaso curricular o deportivo, se está frente a un problema mayor relacionado con la ausencia de demanda subjetiva. O sea, una demanda que provenga del propio sujeto, encarnada en la propia subjetividad.

Para que tal acto tenga un sentido para quien es evaluado, el psicólogo clínico deberá tender a construir un sentido a partir de lo que se le devuelve con relación a lo evaluado.

Más allá de los resultados (que nunca son cerrados ni definitivos), interesa lo que ese sujeto puede entender acerca de sí mismo, ampliando el campo de conocimiento sobre sus potencialidades, sus dificultades y las posibilidades de aliviar el sufrimiento que porta, o bien obtener gratificación con lo que hace, o cuestionarse sobre decisiones importantes en ese momento de la vida.

La subjetividad se produce en grupo, en vínculos significativos que van dejando huellas a lo largo de la vida, por lo que la ampliación de la vida intrapsíquica de un sujeto

también tiene efectos sobre esos vínculos significativos. Es por ello que interesa y mucho ser cuidadosos con los «resultados» de las evaluaciones o los «diagnósticos» cerrados, ya que no muestran más que una foto instantánea de lo que se observa en ese momento dado. Instantánea que indica la peculiaridad de una historia de vida, sobre la cual difícilmente se podrá hacer pronósticos sin violentar la noción del devenir dinámico de la vida misma.

En tal sentido es importante tener en cuenta que cuando se hace una evaluación psicológica se busca conocer y describir las características y el funcionamiento psíquico con mayor o menor precisión, con un fin diverso según el ámbito en el que se realice dicha evaluación, pero que nunca debe considerarse completa al finalizar, sino que ese arbitrario punto final debería ser el inicio de algo novedoso.

El sujeto debe conocer los resultados, qué se ha develado de su persona, para qué le va a servir este conocimiento nuevo, cómo puede potenciarse a partir de estos datos y qué recomendaciones se le hacen de acuerdo con la demanda. Si bien esa demanda suele ser tercerizada (raramente una persona llega por sí sola a pedir una evaluación), es imperioso tener en cuenta que detrás de todo esto hay un sujeto producido por su tiempo, su historia y sus experiencias, por lo que es recomendable acompañarlo en la construcción de una demanda propia.

Los clínicos saben muy bien que sin demanda no se puede trabajar, aun en una evaluación, pero la demanda no siempre precede al acto mismo, su construcción puede ser justamente el efecto de la evaluación: cuestionarse sobre sí mismo, contactarse con su mundo interno, pensar en sus posibilidades y en los obstáculos para desarrollarlas, en fin, ser sujeto de sus propias preguntas acerca de sí mismo.

Ahora bien, ¿qué es la intervención psicológica entonces?

Tal como fuera definida anteriormente (Muniz, 2005, pág. 18): «la intervención es entonces una modalidad de práctica psicológica que favorece cambios en el consultante a partir del uso de una estrategia que se va construyendo en un tiempo acotado». Ello implica una acción de apertura que no está predeterminada sino que va contemplando paso a paso el camino a seguir de acuerdo a la nueva información que se produce, así como a los movimientos internos observados en el sujeto de la consulta. Para dicha acción el psicólogo clínico podrá utilizar variadas herramientas únicamente con el fin de conocer, profundizar y facilitar la toma de contacto del consultante con su mundo interno. La entrevista como técnica príncipes dará apertura y cierre a esta intervención, y podrán utilizarse además diferentes tests, técnicas, pruebas con la responsabilidad que la formación habilite a usar.

En intervenciones con niños, no podrán faltar el encuentro con los adultos responsables ni la entrevista de juego, que favorecerá la expresión mediante grafismos y dramatizaciones para facilitar la exteriorización de los conflictos y la angustia. Trabajar con los padres es condición en la clínica psicológica infantil para no dejar al infans a solas, cargando con un sufrimiento que seguramente no se ha generado en el niño, sino que se produce en el entorno intrafamiliar, contextual y epocal.

Cada encuentro será único tanto para quien consulta como para el técnico, porque el encuentro con un otro es inaugural.

El psicólogo clínico debe contar en su repertorio con una amplia gama de técnicas para explorar la personalidad de quien consulta, para conocer sus capacidades, fortalezas y debilidades, y el suficiente criterio clínico para seleccionar las mejores y más oportunas para esa situación.

Este posicionamiento respecto a la evaluación y la intervención psicológicas no divide campos en forma tajante, sino que propone un accionar complejo —al decir de Morin— que incluya todos los niveles de análisis: contextual, situacional, vincular y dinámico.

De esta forma, la evaluación será también una intervención que dependerá únicamente de la postura epistemológica y ética del psicólogo.

Ejercicios

- ¿Cuál es el objetivo de la evaluación psicológica?
- ¿A qué se refiere que toda evaluación tiene efectos?
- ¿Cómo se concibe la intervención psicológica?

Referencias bibliográficas

- Muniz, A. (2005). Conceptualizaciones acerca del diagnóstico y la intervención psicológica. En *Diagnósticos e intervenciones*, t. III. Montevideo: Facultad de Psicología-Psicolibros-Waslala.
- (comp.) (2009). *Intervenciones en el campo de las subjetividades. Las prácticas en la frontera*. Montevideo: Psicolibros-Waslala.
- Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. Buenos Aires: Noveduc.

Intervenciones en psicopedagogía clínica: el taller clínico-narrativo

Dra. Ps. Alicia Kachinovsky

Mag. Ps. Michel Dibarboure

Desde el punto de vista de su filiación académica, el presente trabajo se asienta en el Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología (Universidad de la República), dentro del programa Problemáticas Clínicas de Infancia y Adolescencia.

El programa alberga en su seno dos líneas de investigación, una de las cuales es «Problemáticas vinculadas a la educación: abordajes de la psicopedagogía clínica».

El grupo en cuestión se aboca a problematizar lo escolar —sus formatos y respectivos dispositivos— como locus de producción de subjetividad que puede potenciar u obstaculizar la inclusión social y la construcción de ciudadanía. Los procesos de transmisión y producción de conocimientos configuran un eje privilegiado de esta línea, que prioriza aquellas fracturas de la producción simbólica que se expresan como fracaso escolar.

El programa sostiene que en la época actual la vulnerabilidad en la infancia y la adolescencia no pueden atribuirse solo a las condiciones de pobreza y exclusión. También las lógicas de consumo de la sociedad y los efectos tecnodisciplinarios que excluyen la singularidad ponen en riesgo la construcción de la subjetividad. Por ello destaca que es el enfoque clínico de las problemáticas el que permite abordar el sufrimiento psíquico y el malestar subjetivo en su singularidad dentro de lo universal.

Dentro del amplio campo de dichas problemáticas, un foco de atención se ha ubicado en los factores psíquicos que intervienen en el fracaso escolar, fenómeno complejo y multidimensional que suele manifestarse en rendimiento insuficiente, comportamiento conflictivo, ausentismo (asistencia insuficiente y abandono intermitente), repetición, extraedad y desafiliación educativa (Kachinovsky, 2012). La consideración de lo clínico en el fracaso escolar tiene en cuenta que su frecuencia masiva no descende cuando se generalizan las soluciones (políticas públicas), porque es siempre un fenómeno singular (Kachinovsky, 2012). La ilusión pedagógica del conocer sustentada por la institución educativa busca crear técnicas para enseñar mejor o procura nuevas estrategias para optimizar el aprendizaje (tecnologías educativas). Con ello «desconoce» la dimensión conflictiva del ser humano, producto de la radical división del sujeto, e invisibiliza de ese modo el malestar que el sujeto padece en su relación con el saber. Ubicada así la problemática del aprendizaje como déficit, ya sea individual o pedagógico, las políticas públicas para la educación se orientan a resolver el conflicto de orden cognitivo, y descuidan de este modo el conflicto psíquico y la singularidad del hecho pedagógico. Por eso este enfoque refiere al fracaso de lo escolar y no del escolar, para destacar el fracaso de programas educativos masificantes que borran la singularidad.

En este sentido, abordar el campo de problemas relativos al aprendizaje como expresión de dificultades en los procesos de simbolización de niños escolarizados puede contribuir

a evitar poner en riesgo psíquico y social (Schlemenson, 2004) a los niños que presentan restricciones simbólicas potenciadas por carencias socioeconómico-culturales.

¿Qué es la psicopedagogía clínica?

La psicopedagogía clínica puede concebirse como una subdisciplina que aborda la dimensión subjetiva del hecho educativo desde el punto de vista de los factores psíquicos que comprometen y condicionan los procesos de simbolización.

En lo que respecta a los niños, ofrece un conjunto de propuestas diagnósticas y de tratamiento (individual y grupal) para quienes presentan restricciones en las actividades representativas necesarias para cubrir satisfactoriamente las demandas escolares (lenguaje, matemáticas, ciencias sociales y naturales, etc.). En este enfoque, los problemas de aprendizaje son comprendidos en una perspectiva metapsicológica psicoanalítica y clínica, que los liga al conflicto psíquico y los factores dinámicos intervinientes (Hornstein, 2003). De este modo, se aborda la implicación subjetiva presente en las problemáticas del aprendizaje desde el punto de vista de la estructuración psíquica. Los cambios que se producen en el tratamiento psicopedagógico no pretenden dar soluciones directas a la problemática escolar, pero sí promover complejizaciones psíquicas que enriquezcan las producciones simbólicas de los niños y estimulen una inserción social y cultural satisfactoria (Rego, 2009).

¿Qué se entiende por intervención clínica?

La intervención clínica supone un encuentro interpersonal que apuesta a promover cambios en la subjetividad mediante la aplicación de un conjunto de técnicas y estrategias específicas que procuran rescatar la singularidad del sujeto, del grupo o de la institución en cuestión. Esto es posible a partir del establecimiento del encuadre y la escucha clínica, que habilita un espacio para pensar con otro o con otros, e implica la coconstrucción de interrogantes y la promoción de modificaciones en los posicionamientos subjetivos. Esta experiencia subjetivante se desarrolla en transferencia.

¿Cómo se interviene, por ejemplo, en el taller clínico-narrativo?

El taller clínico-narrativo constituye un espacio de palabra-escucha donde se potencia la circulación de la palabra (significantes), destrabando fijeza por medio de señalamientos, a la vez que se ofrecen «armados simbólicos» (cuentos y pensamientos del coordinador) cuando la malla simbólica de los niños se encuentra dañada (promoción de procesos de neogénesis [Bleichmar, 1999] y/o construcciones en el análisis [Anzieu, 1995]).

Se procura intervenir a partir de cómo los niños se apropian y usan las ofertas simbólicas (cuentos infantiles) más que desde el porqué de la sobredeterminación causal de los hechos (no se interpreta el discurso infantil); se trabajan de modo cualitativo las singularidades discursivas (y no tanto las regularidades). El propósito es que se produzcan cambios en aquellos funcionamientos psíquicos repetitivos (rígidos, coagulados), promoviendo desplazamientos significantes o elaboraciones subjetivas.

¿Cómo se concibe la transferencia en psicoanálisis?

Un punto de partida necesario es la definición que Laplanche y Pontalis (1996) enuncian en su Diccionario:

Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica.

Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. (p. 439)

En Freud la transferencia surge en forma paralela al desarrollo de la neurosis de transferencia. En un primer momento es concebida como obstáculo para la cura.

El concepto se ha ido complejizando, amén de adoptar distintas versiones, según la escuela psicoanalítica de la que se trate. Así, se la ha considerado como obstáculo (resistencia) para la cura o como instrumento fundamental de esta, lo que puede entenderse como una falsa oposición.

En nuestro medio, Beatriz de León (2002) ha realizado una rigurosa investigación sobre el tema. Entre otros aportes, señala que el papel de la transferencia como «escena y motor central del proceso aparece tanto en representantes de la escuela francesa (Diatkine, Donnet), como en representantes de distintas corrientes norteamericanas como Merton Gill» (p. 3).

En esta misma perspectiva, se recomienda profundizar en la producción teórica de esta psicoanalista uruguaya para entender los alcances de la siguiente afirmación:

La vuelta a la reflexión sobre el «aquí y ahora» de la interpretación transferencial y sobre el papel del «campo» de la situación analítica, planteada en el Río de la Plata en los años 60, reaparece en el psicoanálisis actual no solo en desarrollos actuales de las teorías de las relaciones objetales sino en distintos abordajes «diádicos» que se oponen a las visiones «monádicas» más tradicionales. Así por ejemplo en la fuerte corriente intersubjetiva norteamericana, en el pensamiento rioplatense sobre la naturaleza inconsciente de los vínculos en grupos y familia y en la reflexión francesa sobre la noción de intersubjetividad en fenómeno grupal. (p. 2)

¿Cuáles son las particularidades de la transferencia en el trabajo con niños?

La infancia es un proceso de estructuración psíquica en acto (Casas, 1999), por lo cual no puede plantearse la transferencia como repetición en el sentido de la neurosis de transferencia del adulto en la sesión analítica. La repetición en transferencia es de los puntos de tropiezo o detención de ese proceso de estructuración psíquica.

El tiempo de las preguntas del sujeto en la infancia acerca de los grandes enigmas de la humanidad (sobre los orígenes, la vida y la muerte) guarda el germen de la transferencia que, jugándose al comienzo con los padres, podrá enlazarse más tarde a otros (educadores, instructores, analistas). La falta en el saber transfiere la búsqueda de saber a otros, sentando la base del sujeto supuesto saber (Flesler, 2007).

¿Qué objetivos se proponen las intervenciones clínicas llevadas a cabo en espacios escolares?

- a) Rescatar la dimensión humanizante de la educación en oposición a la metáfora del hombre como máquina.
- b) Promover procesos de restitución identitaria frente al afán homogeneizador de la institución educativa.
- c) Abordar los problemas escolares en su condición singular.
- d) Restablecer la condición del docente de operador subjetivante y modelo identificatorio.
- e) Interrogar las zonas de malestar institucional e intervenir en ellas, procurando establecer una nueva relación con el saber y una conciencia del no saber.
- f) Contribuir a desarticular aquellas lógicas institucionales excluyentes: los afectos/lo intelectual; lo placentero/la obligación; la familia/el establecimiento escolar; las rutinas colaborativas/las producciones individuales; lo creativo/lo reproductivo.
- g) Crear espacios de circulación de la palabra que procuren la tramitación del malestar de docentes, aprendices y demás protagonistas.

Un objetivo específico de la psicopedagogía clínica se relaciona con la actividad representacional. Ello obliga a delimitar el concepto de actividad representacional desde una perspectiva psicoanalítica, ya que, si bien esta actividad tiene que ver con el conocimiento y la memoria, estos dominios cognitivos son pensados en estrecha relación con un aparato psíquico movido por el deseo inconsciente.

Por medio de mecanismos metáfora-metónímicos se producen encadenamientos representacionales que a su vez configuran una suerte de malla por donde circula el afecto. Esta malla está en permanente movimiento y en un constante devenir reestructurante.

Dos movimientos antagónicos y complementarios son los responsables de esta particular movilidad psíquica o trabajo psíquico, característicos de los procesos de simbolización:

- La ligazón libidinal, que unifica y sostiene la malla, permitiendo tejer redes sobre las cuales se organiza lo que proviene de lo pulsional (lo interno) y lo que viene del otro (lo externo).
- La desligazón, entendida como corte, desunión o ruptura, responsable de la fundación de nuevos lazos.

¿Qué se entiende por «fallas en la simbolización»?

Las fallas o fracturas a nivel de los procesos de simbolización se manifiestan como carencia representacional y en una falta de movilidad psíquica (v. gr. el síntoma).

Lo no simbolizado es lo que no cambia, debido a un exceso de ligazón (lazos inamovibles) o de desligazón (falta de redes y estructuras simbólicas que organicen la experiencia).

En el ámbito clínico...

La tarea de simbolización e historización se hará relacionando situaciones y vivencias desconectadas entre sí y a la vez estableciendo los necesarios límites para favorecer la discriminación. Por ello una cualidad de los dispositivos de intervención de la psicopedagogía clínica es su aptitud para ligar, enlazar, articular.

¿En ámbitos no clínicos como la escuela?

Se procura crear herramientas que cumplan una función de intermediación, como es el caso del taller clínico-narrativo implantado en diversos ámbitos escolares.

Ante fracturas presentes en los procesos de simbolización de los niños que son invitados a participar en dichos talleres, la apuesta reside en investigar las transformaciones operadas en estos espacios subjetivantes en los que se usa el cuento infantil a cuenta de su condición de objeto intermediario (Kaës, 2010).

La elección del cuento infantil como objeto intermediario, promotor de sustituciones simbólicas, se fundamenta en su carácter de nexo o puente entre espacios y procesos heterogéneos o discontinuos, así como en su función de protección de la intimidad. El cuento infantil modela los conflictos humanos universales en los que se motiva y de los que se nutre. Siempre desde el enfoque definido, cumple un papel de ligazón intrapsíquica e intersubjetiva.

Conviene señalar el valor del cuento como herramienta que permite restablecer una continuidad entre la realidad y la ficción, mientras que traza una frontera indefectible entre esa realidad y esa ficción (Gillig, 1997).

La lectura en el encuadre clínico

Concebida la lectura como experiencia de subjetivación, será foco de atención y análisis el trabajo del lector y no el contenido del cuento (Cantú, 2011). Importan aquí las operaciones de producción simbólica que el lector es capaz de realizar con dichos contenidos (y no la comprensión de los contenidos en sí), cómo puede usarlos para la emergencia de la verdad del sujeto en una experiencia subjetivante. De este modo, la lectura no equivale a un cuestionamiento racional consciente, sino que implica la movilización afectiva producto de la situación de interrogación en la que se sumerge el sujeto.

¿Cómo es la dinámica del taller?

- Un punto de partida: lectura de cuentos a cargo de un coordinador grupal
 - Recreación del cuento
 - Asociaciones
 - Debates narrativos
 - Actividades narrativas complementarias
 - Actividades narrativas emergentes

¿Cuáles son las funciones del coordinador del taller clínico-narrativo?

- Establecer y mantener un encuadre clínico de trabajo que tiene por función ordenar simbólicamente el espacio. Esto supone fijar las condiciones materiales del campo (día, hora y espacio fijo semanal) y establecer una consigna de trabajo que permita descentrar al niño de la valoración normativa que juzga su producción como un logro intelectual o adaptativo (parámetros escolares), para dar lugar preponderante a sus modalidades de producción simbólica como medio de expresión subjetiva.
- Promover, incentivar y potenciar los debates narrativos en procura de establecer complejizaciones narrativas (Schlemenson, 2004), producto y productoras de transformaciones subjetivas.
- Potenciar el diálogo y la narración como géneros discursivos que favorecen el despliegue de los procesos de simbolización en los niños (Schlemenson, 2004).

Bibliografía

- Anzieu, A. (1995). Construcciones en el análisis de niños. En *Psicoanálisis con niños y adolescentes* (8) *Trauma, après-coup, construcciones*, 162-193. Buenos Aires: Giesna.
- Bleichmar, S. (1999). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cantú, G. (2011). *Lectura y subjetividad en el diagnóstico psicopedagógico*. Buenos Aires: Noveduc.
- Casas de Pereda, M. (1999). *En el camino de la simbolización*. Buenos Aires: Paidós.
- De León, B. (2002). ¿Cómo hablamos de la transferencia al inicio del tratamiento? En XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis: Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica, Montevideo, Uruguay. Recuperado de http://fepal.org/images/congreso2002/adultos/de_leon_b_c_mo.pdf.
- Flesler, A. (2007). *El niño en análisis y el lugar de los padres*. Buenos Aires: Paidós.
- Gillig, J.-M. (1997). *Le conte en pédagogie et en rééducation*. París: Dunod.
- Green, A. (2005). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo: desconocimiento y reconocimiento del inconsciente*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hornstein, L. (2003). *Intersubjetividad y clínica*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.luishornstein.com%2Ftextos%2Fintro_intersubjetividadyclinica.pdf.
- Kachinovsky, A. (2012). *Enigmas del saber. Historias de aprendices*. Montevideo: csic, Udelar.
- Kaës, R. (2010). *Un singular plural. El psicoanálisis ante la prueba del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/diccionario-de-psicoanalisis-laplanche-y-pontalis.pdf>.
- Schlemenson, S. (comp.) (2004). *Subjetividad y lenguaje en la clínica psicopedagógica: voces presentes y pasadas*. Buenos Aires: Paidós.

Bibliografía recomendada para la profundización en el tema

- Cantú, G. (2004). La lectura reinventada: narratividad e interpretación textual en la clínica psicopedagógica. En Rego, M. V. (2009). Transformaciones de la producción simbólica en el tratamiento psicopedagógico. En *Anuario de Investigación*, uba (16). Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-6862009000100018&script=sci_arttext.
- Flesler, A. (2011). *El niño en análisis y las intervenciones del analista*. Buenos Aires: Paidós.
- Pereira, M. (2014). El método de orientación clínica aplicado a la investigación-intervención. Presentado en I.^{as} Jornadas de investigación: formación de la clínica psicoanalítica en el Uruguay Proyecto capes-Udelar: Formación de la clínica psicoanalítica y escritura de caso: interpretación, construcción y narrativa (17 de octubre), Facultad de Psicología de la Udelar, Montevideo, Uruguay.

- Rego, M. V.. (2009). Transformaciones de la producción simbólica en el tratamiento psicopedagógico. Anuario de investigaciones, Facultad de Psicología UBA, 16, 199-207. 2017, noviembre 1, De Scielo Base de datos.
- Ulloa, F. (1974). *Lecturas para una aproximación a la organización de una comunidad clínica*. Montevideo: Aportes.

Psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo

Dra. Ps. Adriana Cristóforo

I. Psicoterapia de grupo

La psicoterapia psicoanalítica en grupo nace por una doble necesidad. Por una parte como forma de dar respuesta a requerimientos institucionales y atender a pacientes internados, y por otra, como una búsqueda de dispositivos alternativos al psicoanálisis individual que dieran respuesta a otras necesidades de los pacientes, muy vinculada en este caso a las situaciones traumáticas producidas por la Segunda Guerra Mundial.

Se puede decir que a lo largo de la historia de la psicoterapia de grupo se han visualizado tres posiciones diferentes:

- 1) la que considera que se trabaja con individuos en el grupo sin tener en cuenta los fenómenos grupales y entiende que considerarlos debilita el efecto terapéutico sobre los individuos;
- 2) la que toma en consideración la dinámica grupal como una entidad en sí misma, entonces lo que hay que analizar es el grupo, sin considerar los movimientos afectivos individuales en tanto tales;
- 3) la que reconoce al grupo como una realidad psicológica específica que se genera por la presencia de sus integrantes, y entiende que el desarrollo de un proceso grupal tiene por resultado acelerar la evolución de cada uno de los individuos que lo componen, en un interjuego entre lo intrapsíquico y lo intersubjetivo.

Estas tres modalidades determinan la posición que el terapeuta tomará respecto de interesarse por cada uno de los integrantes del grupo, por el conjunto o por sus interacciones.

Es esta tercera posición, la que pone el interés en las interacciones de los integrantes del grupo, la que enmarca la psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo (Kaës, 1981).

1. Psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo

De acuerdo a los postulados de Kaës (1981), se denomina psicoterapia en situación de grupo a una experiencia en la que se articulan tres espacios: el espacio intrapsíquico de cada uno de los sujetos, el espacio común intersubjetivo y el del grupo mismo, el transubjetivo.

Estos tres espacios tienen lógicas y funcionamientos diversos, por lo que se ponen en juego distintos procesos que van desde los más primitivos (procesos originarios) hasta aquellos que suponen un trabajo del pensamiento (procesos secundarios). Son procesos que a la vez se dan a nivel individual, en cada uno en su momento, y a nivel del grupo mismo. En esto se funda el trabajo psíquico de la psicoterapia en situación de grupo.

La situación en grupo produce movimientos regresivos a momentos originarios de la constitución psíquica en que predomina lo indiferenciado. Tal movimiento de indiferenciación actualiza procesos originarios del encuentro entre el psiquismo del niño y el de la madre. De tal encuentro se va a producir una primera experiencia de satisfacción. Esta experiencia es fundamental en la conformación del grupo, pues va a proveer las

primeras representaciones de unión. El grupo se conforma así en un espacio narcisista sin límites.

Como contraparte, estos procesos posibilitan la aparición de la fantasmaticización en el grupo, es decir, la aparición de lo fantaseado. Se organiza la actividad de representación según los mecanismos que dan lugar a la realización de deseos inconscientes y facilitan el investimento de esas representaciones. Se ponen en juego aquí todos los mecanismos propios del sueño y otros típicos del aparato psíquico grupal, como la difracción y la multiplicación de elementos idénticos. La difracción da lugar a un movimiento pulsional que permite que el yo se represente en diversos personajes. Como en un sueño, los miembros del grupo pueden representar para cada uno de ellos diferentes aspectos de su grupo interno. Este mecanismo juega un papel fundamental en el proceso de la cura.

Por último, los procesos secundarios, propios del pensamiento, se caracterizan por el desplazamiento de un quantum de energía sobre las representaciones. Organizan la experiencia y sostienen las operaciones del pensamiento, la atención, el juicio y la actividad controlada.

2. Postulados teóricos fundamentales de la psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo

Los desarrollos conceptuales de Kaës (1981), que ponen el acento en el trabajo de la intersubjetividad en los grupos, diferencian claramente el abordaje psicoanalítico de los grupos del abordaje psicosocial de estos.

Este autor promoverá la dimensión grupal del funcionamiento psíquico tanto del individuo como del grupo. El grupo está en el origen de la constitución del sujeto, el sujeto es sujeto del grupo y la grupalidad es una dimensión del sujeto. La dimensión grupal del psiquismo existe en el sueño, en la fantasía y en todos los procesos de identificación.

En función de esta concepción del grupo, Kaës (1981) propone algunos postulados teóricos que a la vez que sustentan su concepción del grupo dan lugar a las características de la técnica.

En primer lugar entonces describiremos tales postulados para luego abordar los aspectos técnicos que se derivan de ellos.

a. Grupos internos y grupalidad psíquica

El primero de dichos postulados es el que refiere a la noción de grupos internos y grupalidad psíquica. Siendo dos nociones interrelacionadas, pues ambas contribuyen a formar el concepto de sujeto del grupo, es necesario distinguirlas. La relación entre grupalidad psíquica y grupos internos plantea la consideración del sujeto del inconsciente con relación al modo en que se constituye como sujeto en los diferentes conjuntos a los que ha pertenecido, en primer lugar la familia. En este sentido el grupo antecede al individuo. Los grupos internos son formas de la grupalidad psíquica. «La grupalidad psíquica describe una organización y un funcionamiento del aparato psíquico, el aparato psíquico está estructuralmente organizado como un grupo» (Kaës, 2011, pág. 112). La noción de grupalidad psíquica es la forma a través de la cual Kaës (1981) representa la presencia en el psiquismo de una pluralidad organizada de los otros, pero no es solamente la internalización de los grupos externos, es una propiedad de la materia psíquica.

Con relación a los grupos internos, estos responden a múltiples fantasías, relacionadas con la estructura de las fantasías originarias. «Un grupo interno es una configuración de

vínculos entre pulsiones y objetos, sus representaciones de palabra y de cosa, entre las instancias, imagos o personajes» (Kaës, 2011, pág. 113). En estas configuraciones, el propio sujeto se representa directamente o a través de sus personajes. Los grupos internos son asimismo formaciones de ligaduras intrapsíquicas que comportan una estructura de grupo, estructura que ordena las relaciones entre los elementos que la componen.

Son ejemplos de grupos internos la red de identificaciones, la estructura dramática de las fantasías originarias, los sistemas de relación de objeto, la imagen del cuerpo, el complejo de Edipo y el complejo fraternal, entre otros.

Los grupos internos tienen propiedades escénicas y sintácticas que definen los lugares a ser ocupados por los integrantes de un grupo. Los grupos internos funcionan como esquemas organizadores de los vínculos intersubjetivos. Son quienes proponen los lugares de los objetos según las necesidades de la dinámica y la economía psíquica de cada uno de los integrantes del grupo y del grupo como conjunto. En este sentido la noción de grupos internos tendrá consecuencias en la técnica de interpretación ya que esta va a recaer sobre esos lugares. Asimismo esto implica un trabajo psíquico impuesto por la subjetividad del otro, trabajo que será la base de los cambios producidos por la psicoterapia.

A diferencia de la relación de objeto, cuando Kaës (1981) habla del trabajo de la intersubjetividad se refiere a la experiencia de relación del sujeto con la subjetividad del otro. Esto implica un proceso de intercambio entre objetos de deseo, entre mecanismos de defensa, en el que cada uno garantiza los del otro para garantizar los propios. En un vínculo hay otro cuya presencia no permite reducirlo a las representaciones de objeto, hay otro irreducible al objeto de la relación de objeto. Entonces el sujeto no es en tanto tal, sino en tanto sujeto de un conjunto intersubjetivo. En situación de grupo, el sujeto es sujeto del grupo.

b. Aparato psíquico grupal

El segundo postulado que sostiene Kaës (1981) es la noción de aparato psíquico grupal. Esta noción es creada por el autor como estructura complementaria e intermediaria para pasar del aparato psíquico individual al grupo externo. Es la estructura que da cuenta de la organización de los grupos internos. En tanto aparato cumple un trabajo psíquico específico: liga las partes de la psique individual movilizadas en el proceso de formación del grupo. El resultado es una cierta combinatoria, un aparato que constituye la realidad psíquica de y en el grupo. La formación de la realidad psíquica grupal se construye sobre los grupos internos de los miembros del grupo. Liga las psiques de los sujetos de un grupo a un nivel transubjetivo.

El aporte del sujeto en la formación del aparato psíquico grupal está presente en varios elementos (Lecourt, 2008):

- en el investimento pulsional del grupo,
- en el apuntalamiento del grupo (el sujeto encuentra en el grupo la función de apoyo anaclítico frente a la pérdida de los apuntalamientos internos y de los objetos y contra la emergencia de la angustia),
- en la satisfacción imaginaria de deseos inconscientes,
- en la puesta en escena y dramatización de los grupos internos, y
- en la dependencia vital.

En el aparato psíquico grupal se distinguen tres modalidades de funcionamiento (Kaës, 2005):

- *Isomórfica*: refiere a una superposición imaginaria de los aparatos psíquicos individuales. El aparato psíquico grupal no es más que la representación isomórfica de todos los aparatos individuales de los integrantes del grupo. Esta modalidad representa un funcionamiento psicótico de los grupos. Es una relación metonímica.
- *Homomórfica*: en este caso hay diferenciación de los aparatos, pero al mismo tiempo semejanzas, lo que permite el intercambio. Es una relación que se sitúa en el nivel de la metáfora y se apoya sobre los procesos de simbolización.
- *Torbellino*: es el resultado de la inestabilidad de los acuerdos entre los psiquismos. Los participantes no pueden entablar una relación estable entre sus espacios internos y el espacio del grupo. No corresponde a una fase del proceso, ya que se da en el comienzo, pero también en los momentos de transformación del espacio psíquico grupal y del intrapsíquico. Es más bien una cualidad del proceso.

El aparato psíquico grupal es una estructura que ofrece las condiciones del proceso de transformación, de ahí su importancia en los grupos terapéuticos.

Kaës (1981) entiende que el aparato psíquico grupal y el aparato psíquico individual se desarrollan en una relación de apuntalamiento; de la misma forma que el aparato psíquico del niño surge en el apuntalamiento de un aparato psíquico grupal: el familiar.

Es precisamente la noción de apuntalamiento el tercer postulado teórico de este autor, que nos permite comprender su concepción de la psicoterapia en situación de grupo.

c. Apuntalamiento

La noción fue propuesta por Freud (1989) para describir cómo el bebé pasa de la satisfacción de la necesidad a la satisfacción pulsional. La pulsión se apunala en lo biológico. La calidad de la experiencia de satisfacción incluye la calidad de la satisfacción experimentada por el objeto, es decir, la madre.

En este sentido y a partir del apuntalamiento de la pulsión, entramos en el campo de lo intersubjetivo, por lo que Kaës (1981) tomará esta noción para dar cuenta de la conformación del psiquismo individual, donde ante las vivencias de desamparo se busca el apoyo:

Junto al apoyo del psiquismo sobre funciones biofisiológicas corporales, existe un apoyo en formaciones psíquicas sobre el grupo y sobre las instituciones, particularmente y en primer lugar sobre sus representantes y sus formas más inmediatas cargadas de significación: la familia, la madre. (p. 19)

El apuntalamiento refiere entonces al proceso mismo del surgimiento de lo psíquico y va a estar siempre en relación con la realidad corporal, vincular y social sobre la cual se estructura y se sostiene.

El desamparo inicial al que se enfrenta el infans requiere de una apoyatura. Este primer nivel del apuntalamiento es también un primer nivel de constitución del aparato psíquico, de sus estructuras y de sus contenidos. El apuntalamiento pone en juego el psiquismo de la madre y su narcisismo. Si la madre no logra poner en juego su psiquismo es difícil que se dé un contrato de apuntalamiento. Este requiere de un acoplamiento entre el bebé y la madre.

El proceso de apuntalamiento del psiquismo produce apoyaturas intrapsíquicas que tienen que ver con el capital narcisista, con las cualidades del yo, del superyó y de las

apoyaturas objetales. Cuando las apoyaturas intrapsíquicas no son suficientes, el individuo acude a otras apoyaturas, fundamentalmente los grupos. Se trata de un movimiento de pasaje, de un estado de debilidad a un estado de mayor autoestructuración.

Por estas características, el apuntalamiento es una función fundamental para la cura en los dispositivos terapéuticos en situación de grupo.

El apuntalamiento del psiquismo en el grupo es, además de un sostén, un apoyo a la posibilidad de transformación de la experiencia del grupo en realidad psíquica.

3. Aspectos técnicos de la psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo

La diferencia más evidente entre la psicoterapia individual y la grupal parte de la pluralidad y la presencia simultánea de varias personas, lo que hace que sean numerosas las combinatorias vinculares, cada uno es para cada uno un objeto posible de investimento y de representaciones. Esto que puede ser potencialmente patógeno —por el estado de confusión que puede generar en cada uno— tiene al mismo tiempo una función de paraexcitación debida a la relación permanente entre los componentes intrapsíquicos y los intersubjetivos.

La presencia de los otros en la situación grupal permite el despliegue de la fantasmática inconsciente y su dramatización. Los lugares y posiciones del mundo interno pueden ser personificados a partir de un interjuego de proyecciones que sacan a la luz el entrecruzamiento de transferencias en un nivel intersubjetivo.

El grupo se desarrolla en un espacio-tiempo que incluye la presencia de otros. Esto supone no solo un intercambio de palabras, sino también de miradas, gestos y posturas corporales, entre otros. Los intercambios de las miradas en el espacio grupal son una escena privilegiada para los juegos especulares e identificatorios.

Otras de las diferencias con la psicoterapia individual es que los terapeutas pueden ser uno o dos, en cuyo caso pueden tener funciones de coterapeutas o de terapeuta y observador.

La regla fundamental del tratamiento psicoanalítico, esto es, la libre asociación, tiene en el caso de la psicoterapia en situación de grupo una característica especial que depende justamente de la presencia de los otros, el decir todo lo que se les ocurre se da en el marco del libre intercambio con los otros.

La situación de grupo hace asimismo que a la regla fundamental (de la libre asociación) se agreguen otras tres:

- 1) La regla de discreción. Es decir que todo lo que pasa y se dice en el grupo solo concierne al grupo, y se establece el compromiso de no decirlo fuera.
- 2) La regla de abstinencia o de limitación de relación extragrupo. Esta regla establece el adentro y el afuera; el no respeto de esta regla introduce un cambio en las relaciones entre los integrantes que puede interferir en el cumplimiento de la regla fundamental.
- 3) La regla de restitución. Esta se desprende de la anterior y supone que se vuelve al grupo (se restituye) todo lo que pase afuera de este entre sus integrantes, por lo que si la regla de abstinencia se cumple, esta no es necesaria. Sin embargo, hay algunos casos en que sin quebrantar la regla de abstinencia sí se hace necesario el cumplimiento de la regla de restitución. Por ejemplo cuando, debido a razones institucionales (en instituciones, de hecho, los integrantes ya comparten otros espacios de la vida cotidiana) o de otro orden, hay una relación fuera del grupo entre los integrantes.

Por último, un elemento que tener en cuenta como diferencial de la psicoterapia individual es la importancia de la presencia y la continuidad de sus integrantes en cada una de las sesiones, porque, a diferencia de lo que ocurre en la terapia individual, aquí la ausencia tiene efectos no solo en el paciente que falta, sino en todo el grupo.

Consideradas estas diferencias, se desarrollarán a continuación dos de ellas que se entienden centrales: la interdiscursividad, efecto de la asociación libre en la presencia de otros, y las características de la transferencia en tanto dicha presencia da lugar a múltiples investimentos.

a. Discurso grupal. Interdiscursividad

Hay una presencia corporal y de apuntalamiento visual en la mirada de los otros, por lo que la libre asociación se vuelve una situación compleja ante la presión a hablar que impone esa presencia de los otros. Hay intercambios verbales, posturales y de gestos, sucesivos y/o simultáneos, lo que constituye una pluralidad de niveles del discurso que se ordenan según un eje doble: sincrónico y diacrónico, individual e intersubjetivo. Además de los enunciados de palabra y de los significantes no lingüísticos, está el lugar que ocupa cada uno en el espacio.

La cadena asociativa grupal tiene una doble determinación, una grupal, producto de la situación de grupo, y otra individual, producto de la historia de cada sujeto y del lugar que ocupa en el grupo. Entonces el discurso asociativo en grupo produce dos cadenas asociativas, la de cada sujeto en el grupo y la del grupo (Kaës, 2003). Cuando un sujeto habla, sus expresiones se ubican en un punto de anudamiento de esa doble cadena asociativa. La cadena asociativa del grupo está formada por los enunciados que se suceden en el grupo, independientemente de quién los enuncie, y está determinada por los organizadores inconscientes de la realidad psíquica del grupo. La interdiscursividad es el estatuto del discurso que se construye en esos dos niveles. La complejidad que esto supone es al mismo tiempo el origen de una movilización particular del preconscious. En tanto todas las asociaciones están disponibles para todos, cada uno puede encontrar en ellas la facilitación del pasaje de sus representaciones inconscientes al preconscious. El portapalabra en un grupo (el sujeto de la enunciación) habla en lugar de otro, para otro, y a su vez encuentra en la palabra del otro una representación que no está disponible para sí.

b. Transferencia en la situación de grupo

El vínculo analítico es más que la transferencia, es una construcción en ocasión de un vínculo que no es solo actualización del pasado, que no es solo la reinscripción, sino también la inscripción de nuevas marcas.

En la psicoterapia en situación de grupo la transferencia tiene sus particularidades dada la multiplicidad de sujetos, lo que produce un proceso de difracción de esta.

Se pueden describir entonces cuatro ejes transferenciales:

- Central: corresponde a la transferencia hacia el terapeuta. Puede adquirir diferentes características, según se ubique en un nivel de lo originario, de lo preedípico o de lo edípico. A su vez, el terapeuta es objeto de transferencias múltiples, sucesivas o simultáneas de los distintos integrantes del grupo.
- Lateral: dirigida a los integrantes del grupo, que pueden responder a las vincularidades fraternas. Puede ser de alianza o rivalidad.
- Al grupo: dirigida al grupo como unidad.
- Societal: dirigida a lo externo, fuera del grupo.

En función de esto, el lugar y la función del terapeuta son sumamente precarios porque este está afectado por las múltiples transferencias, a la vez que cumple una función de garante de la situación a través del sostenimiento del encuadre.

Estas características de los procesos transferenciales definen aspectos específicos de la contratransferencia y de lo que se llama intertransferencia, en el caso de que el grupo esté cocoordinado. La intertransferencia es aquella que se produce entre los terapeutas, que produce efectos en la relación transferencial del otro y viceversa, lo que se incluye en el campo del grupo.

II. Psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo con niños

Tradicionalmente se distinguen dos franjas etarias en los grupos de niños, dado el cambio en la técnica que cada una de ellas supone: hasta los 6 años y entre los 7 y los 12.

En primer lugar la regla fundamental de la libre asociación, y su contraparte en el grupo, la interdiscursividad, toma la forma de múltiples escenas simultáneas, y múltiples formas de expresión (juego, dibujo, entre otros), despliegues espaciales que dificultan su lectura a la luz de las posibles interpretaciones.

En otro aspecto remite a los integrantes a fantasías arcaicas de desorganización y pérdida de identidad, fundamentalmente en los comienzos del grupo. El desarrollo del grupo a partir de las fantasías individuales y colectivas irá permitiendo poner en funcionamiento los mecanismos organizadores del proceso grupal.

El primer organizador es la proyección en el grupo de una imago materna por una parte omnipotente y controladora y por otra ideal, ambas enmarcadas en una modalidad de funcionamiento isomórfica. La imago materna omnipotente y controladora que separa o fragmenta provoca una defensa frente a la ansiedad, que es la fusión. La madre ideal, por su parte, permite «borrar» cualquier relación agresiva entre los niños, creando un grupo sin conflicto (corresponde a la ilusión grupal de Anzieu). Si bien en todo grupo ambas imago están presentes, en algún caso puede predominar una de ellas en función de las historias personales, ya que responde a una *resonancia inconsciente* de una fantasía individual que encuentra eco en los demás integrantes del grupo.

El segundo organizador es la proyección de una imago paterna en busca de un líder o jefe. Es a través de esta figura que el grupo podrá defenderse de sus fantasías arcaicas, punto de apoyo que representa la ley que discrimina y estructura habilitando la identificación.

Esta imago puede ser encontrada en el terapeuta, en tanto es el representante y *guardián* del encuadre. El terapeuta será sentido como un padre controlador y rígido, y al mismo tiempo como un padre que tranquiliza y los protege de sus impulsos autodestructivos. Es a través de esa figura paterna que el grupo podrá defenderse de sus fantasías primitivas de fusión y pérdida de la identidad, al tener como punto de apoyo una imago paterna que representa la ley, que es por esto estructurante y favorece el proceso de identificación.

La segunda característica central de la psicoterapia de niños en situación de grupo es el tipo de asimetría que se da entre el terapeuta y los niños, ya que acá no se trata de una asimetría entre adultos, sino entre un adulto y los niños. Es además la primera experiencia para el niño de encontrarse frente a un adulto (no familiar) en un marco de libertad reglada. Habitualmente la situación de grupo evoca al aula escolar, en donde el adulto de referencia es quien determina sus acciones y a quien hay que escuchar. En el grupo terapéutico el rol del adulto con el que se encuentran es diferente, ya que no es el centro del grupo, pero sí regula los intercambios, sin dirigirlos.

1. Función del terapeuta

Las diversas posiciones que tome el terapeuta en su función deben estar determinadas por la edad de los niños y sus características de funcionamiento psíquico. Esto posibilitará encontrar la distancia justa, sostenida en la diferencia generacional.

El primer objetivo del terapeuta en sus intervenciones será crear el espacio del grupo, pasando de un colectivo de niños al efecto agrupamiento, es decir, confeccionar la trama que reunirá a los niños en grupo, constituyéndolo en un espacio de pertenencia y apuntalamiento (Privat y Quelin, 2002). Para esto sus intervenciones tendrán que dirigirse a lo que viven como conjunto, sin por ello desconocer el lugar que cada uno tiene en el grupo.

Tomar la conflictiva individual va en contra de la creación del sentimiento de pertenencia al grupo y de que se desarrolle en cada uno la confianza en el trabajo en grupo. De todas formas, esta estrategia no deja fuera las problemáticas individuales en tanto estas serán trabajadas en su resonancia con la problemática común a través de los movimientos identificatorios a los que nos referimos antes.

Luego, en un segundo momento, las intervenciones del terapeuta podrán ir tornándose cada vez más individualizadas e individualizantes (Lecourt, 2008), haciendo ese movimiento paradójico en el cual a partir de una experiencia grupal se produce un proceso de desagrupamiento e individuación.

2. Fases y mecanismos del proceso grupal

En un primer tiempo, en tanto el grupo moviliza fantasías primitivas de fusión y pérdida de identidad, el primer mecanismo que se pone en juego es el de evitación, que inhibe el comienzo de la actividad de los niños dentro del grupo.

Esto dará paso a otro mecanismo, la violencia colectiva (Ciriano, 1996), que aparece a través de la competencia o la rivalidad intensa; los niños actuarán sus fantasías para no sentir la angustia que ellas despiertan. Este mecanismo tiene además otro aspecto, ya que responde a la necesidad de límites claramente establecidos, saber hasta dónde pueden ir, lo que da lugar al tercer mecanismo, esto es, la búsqueda de un jefe o líder que amortigüe la libertad que produce la regla de libre asociación.

La fase de ilusión grupal (isomórfica) está pautada por los dos primeros mecanismos descritos (evitación y violencia colectiva), mientras que la búsqueda de un jefe, en la medida en que discrimina lugares, se relaciona con la segunda fase del proceso, que es la fase de individualización dentro y en grupo (homomórfica). En esta es posible visualizar los movimientos transferenciales de cada uno sobre el grupo.

Algunos grupos en un primer tiempo de trabajo depositan el lugar de jefe o líder en el terapeuta, el que deberá cuidar de no ponerse en el lugar de un par con los niños.

3. La técnica de juego en psicoterapia de niños

La técnica de juego como técnica terapéutica parte de la premisa de que la observación del jugar infantil muestra pistas privilegiadas que, articuladas de acuerdo al marco referencial, permitirán desarrollar hipótesis sobre la estructuración psíquica. El juego se constituye así en un modo de expresión privilegiado para conocer el mundo interno del niño, muchas veces inaccesible de otro modo. Klein (1955) describió la técnica del juego utilizada por ella, que surgió de manera intuitiva, al ofrecerle unos juguetes a una paciente para establecer una comunicación con ella.

M. Klein no solo prestará atención a la actividad del niño con los juguetes, también a las otras actividades que el niño realiza en el consultorio: las verbalizaciones en torno al juego, el dibujo y la pintura, las personificaciones o juego dramatizado, esto es, cuando adjudica roles tanto a sí mismo como al terapeuta.

Winnicott plantea que lo importante no es la interpretación sino el momento en el cual el niño se sorprende a sí mismo, y que una interpretación fuera de tiempo produce resistencia.

Con relación a la elección de los juguetes, a partir de las conceptualizaciones psicoanalíticas del juego, *el juguete es una construcción del niño que se apoya en un objeto de la realidad. Su riqueza no radica en sus características materiales, sino en lo que se opera en él por quien lo manipula como modo de expresión de sus necesidades, fantasías, sentimientos y experiencias.*

El dispositivo

El dispositivo descrito a continuación corresponde a un grupo conformado con niños que consultaron por dificultades atencionales e inquietud.

I) Encuadre general

Cada sesión tiene una duración de 45 minutos y se sugiere una frecuencia de una vez semanal.

Debido al bajo control impulsivo y al compromiso del cuerpo en sus actividades, es conveniente trabajar con grupos pequeños, en el entorno de cuatro o cinco niños. Por las mismas razones se sugiere también trabajar con un coterapeuta, puesto que por momentos el nivel de ansiedad y agitación en el grupo es muy importante.

Se realiza un contrato de trabajo con los adultos referentes y su contraparte con los niños.

Con los adultos referentes el contrato incluye los siguientes aspectos: duración de las sesiones e importancia de la puntualidad al inicio de la sesión y de la asistencia a todas las sesiones. En caso de no poder concurrir, se solicita que se avise y esto se comunica al grupo.

Con los niños, por su parte, se establece otro contrato que tiene en cuenta los siguientes aspectos: duración y frecuencia de la sesión; importancia de la concurrencia y que se comunicará al grupo, en caso de ausencia, la razón de ella; importancia de la puntualidad; uso de la caja con materiales para trabajar y modalidad de trabajo. En este último aspecto se explicita la regla fundamental, detallando que se trabajará a través del juego, que ellos decidirán a qué jugar cada vez y a lo largo de la sesión y que en algunas ocasiones es el terapeuta quien propone algunas actividades que permiten mejorar el trabajo en el grupo; asimismo se explicita la regla de abstinencia y la de restitución.

II) Aspectos técnicos

1. *El material* más pertinente al comienzo del tratamiento es el que tiene cierto grado de estructuración (por ejemplo, juegos de caja que no impliquen un tiempo muy prolongado para terminarlos). Cuando se trate de materiales poco estructurados, como plastilina o material de dibujo, es conveniente proponer una actividad definida (por ejemplo, modelar tal o cual objeto, dibujar tal o cual cosa). Asimismo, los juegos o propuestas que implican un grado de *fabricación* les permiten a los niños «trabajar» con su cuerpo a través de

lo corpóreo de los objetos contruidos, modificarlo, encontrarle una *buen forma* (por ejemplo, construcción con bloques, confección de títeres). En todos los casos se sugiere realizar una narrativa, construir una historia de lo realizado, habilitando el uso del lenguaje como vía de expresión de deseos, fantasías, temores, entre otros.

Progresivamente, y a medida que el grupo se va constituyendo como tal, se pueden ir incorporando actividades menos estructuradas, ya que el grupo logra por sí mismo ser un lugar de contención de ansiedades.

Se incluyen inicialmente en la caja plasticina y/o cerámica en frío, lápices de escribir y de colores, gomas de borrar, goma de pegar, tijeras, papel glasé, hojas para dibujar, libros de cuento y juegos de caja (e. g.: ludo, damas), dejando abierta la posibilidad de que ellos soliciten la inclusión de algún material, que en su caso se conversará en el grupo.

2. Intervenciones del terapeuta. De acuerdo a la modalidad de trabajo, las intervenciones del terapeuta se orientan en un primer momento a favorecer la grupalidad y a poner límites a los desbordes pulsionales de los niños (agresivos, de agitación motriz, entre otros).

Este dispositivo propuesto para trabajar con niños con dificultades en la atención y/o inquietud requiere de una actitud activa del terapeuta tanto en sus intervenciones como en la contención de situaciones de exaltación.

Ejercicios

Se presentan a continuación sesiones de un grupo terapéutico constituido por cinco niños de entre 7 y 9 años. Todos consultan por dificultades en la atención e inquietud, las que repercuten en su aprendizaje, por lo que son derivados por la maestra: Fernando (F), Santiago (S), María (M), Juan (J) y Ana (A).

Sesión (al comienzo del tratamiento)

F —Cuando a mí se me cae una cosa en la escuela me dicen que ¡qué milagro!

S —¿Qué podemos dibujar hoy?

F —Vine con la idea de terminar el dibujo de la escuela, si lo hubiera traído, no sé por qué me pasa siempre esto.

S —Por atropellado.

F —Sí, hoy venía bajando por la escalera de mi abuela y le tiré la campera a mi madre.

M mientras tanto está muy concentrada trabajando en su dibujo.

F —Me paso de tonto.

Llega Juan.

F y J van a jugar al Yenga.

F —Nosotros jugamos al Yenga pero debemos terminar nuestros dibujos. Yo estaba locura, chiflado.

M —Es cuando no te podés controlar, te sentís chiflado, o cuando gritás, creo que a los otros también les pasa, que cuando no se puede controlar se siente chiflado.

F —Pienso que mi mente era, es la más rara del mundo.

S —Está llorando mi hermanito (se refiere a su hermano que está en la sala de espera). Le falta una capa (se refiere a su dibujo), le falta una capa del cerebro.

T —Sienten que vienen acá porque tienen sus mentes raras, chifladas, que les falta una capa en sus cerebros.

S y J hacen una guerra con las piezas del Yenga.
 M recoge las piezas.
 J camina por todos lados.
 F —Tenemos que conseguir otro jugador para que traiga el avión y las bombas, los corazones son pócimas de revivir.
 J —Falta el avión que pasa por todos lados.
 F —Cada uno tiene un poder, el mío es revivir.
 S —El mío es matanza. No le tiren a M.
 F —Podes hacer matanzas múltiples, las de corazón son más (se refiere a las fichas del Yenga que tienen dibujado un corazón). Voy a usar el hombre con escopeta.
 J les tira con todo a las fichas de F, «te tiré todo».
 F —Tengo que volver a armar las piezas de matanza múltiple, necesito de vuelta mis poderes, estoy usando el poder de vivir.
 T le pregunta a M por su dibujo y M no quiere decir lo que es.
 J —¡Qué mala!
 T —Probablemente M no quiera mostrar sus cosas a todos, es importante que cada uno forme parte del grupo, pero también que sigan siendo cada uno.
 S —Yo siempre los pongo acá porque si no me los matan todos de una. (Hace una figura con plasticina, «un monstruito».)
 Empiezan a tirarse las piezas entre F, J y S.
 T —Parece que los superpoderes no los pueden proteger ahora, es necesario que yo los pueda ayudar a controlarse para que no los invada la locura, como decían al principio.

Ejercicio

¿Qué tipo de organizador se podría visualizar en esta sesión? ¿Por qué? (tomar como referencia el punto II.)

¿Qué tipo de mecanismos grupales están presentes? (Referirse al punto II.2.)

Sesión (la primera luego de las vacaciones del verano)

Solo asisten J y A, los demás no avisaron de su ausencia.

A —Fui a la playa.

J —A la casa de mis tíos, jugué con mis primos.

A —Capaz que está triste.

T —Están tristes porque no sabemos por qué no vinieron los demás y se preguntan qué les habrá pasado.

A se pone a trabajar con papel glasé y drypens.

J —¡¡Y yo!!!, ¡¡pa!! Terrible sacapunta.

A —¿Esta es la caja de juego del año pasado?

J agarra un juego de caja.

T —Se preguntan si además de que los demás no vinieron, hay otros cambios en el grupo, la caja, el material. Sienten que quizás por separarnos se pierden algunos compañeros del grupo.

A —A mí me cambió que el año pasado estaba en primero y ahora estoy en segundo.
J, ¿tenés algo para decir?

J —No.

A —Bueno, si no tiene algo para decir...

J —(Dibuja un corazón.) Me parece que le hago un sobre y lo pinto de azul.

A —Corazones, estoy aquí y estoy sana. Aparte si me lastimo mi padre me caga a palos, no sé por qué es tan malo.

T —Necesitás cariño, sentís que J te puede dar cariño con su corazón y poder sentirte sana y resguardada de los palos.

J —A mí no me pegan.

A —Pero mi padre a mí me rompe el alma.

T —A tiene la necesidad de contarnos esto, porque debe haberse sentido sin la protección del grupo en la vacaciones.

A —Ahora estoy acá. Voy a buscar los números (se refiere a unos números de goma eva que hay en la caja), yo sé cuáles son. (Los va poniendo arriba de la mesa): uno, dos, tres, cuatro, cinco.

T —A está buscando una forma en la que estén todos en el grupo a pesar de que no hayan venido. Ahora son de nuevo cinco.

J refiriéndose a un títere que está haciendo: le voy a hacer los pelos parados. Después tenemos que ordenar.

A dibuja en la pizarra a los demás integrantes del grupo.

Ejercicio

¿Qué elementos encuentra en esta sesión con relación al desarrollo del proceso terapéutico, comparándola con la sesión del otro ejercicio? Piénselo en función de los organizadores, de las fases y mecanismos.

Realice un análisis de la interdiscursividad.

¿Qué fantasías despierta la ausencia de algunos integrantes del grupo?

Bibliografía

- Anzieu, D. (1986). *El grupo y el inconsciente: lo imaginario grupal*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bernard, M. (2002). Los grupos internos. En L. E. M. Bernard, *Desarrollos sobre grupalidad: Una perspectiva psicoanalítica* (67-84). Buenos Aires: Lugar.
- Bion, W. (1986). *Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo*. San Pablo: Imago.
- Ciriano, R. (1996). *Discussão dos principais livros-textos que influenciaram a prática clínica dos grupos de psicoterapia de criança no setor de saúde mental da Unicamp* (tesis de maestría). Campinas: Universidade de Campinas. Recuperado de <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=000114162>.
- Edelman, L. K. (2002). El apuntalamiento del psiquismo. En L. E. En M. Bernard, *Desarrollos sobre grupalidad: Una perspectiva psicoanalítica* (101-110). Buenos Aires: Lugar.
- Freud, S. (1989). Tres ensayos para una teoría sexual. En Freud: *Obras completas*, vol. vii, 109-224 (trabajo original 1905). Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaës, R. (1981). El apoyo grupal del psiquismo individual: algunas concepciones teóricas en relación a los conceptos de individuo y grupo. *Temas de Psicología Social*, n.º extraordinario, 18-34.
- (2003). Procesos asociativos e interdiscursividad en los grupos. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 12, 73-94.

Esta publicación cuenta con el apoyo de la Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República. Forma parte de la serie «Manuales de aprendizaje» que tiene como objetivo mejorar las condiciones de aprendizaje de los estudiantes y, al mismo tiempo, propiciar la autoformación docente mediante la reflexión sobre sus prácticas y sobre el estado del arte en su disciplina. Secundariamente, esta publicación pretende colaborar en la constitución de tradiciones disciplinares y culturas educativas nacionales.