



Herramientas Básicas del Psicodiagnóstico

Recopilación: Lic. Nicolasa Galeano
Ed. I – Año 2009

INDICE

INTRODUCCION	3
PSICODIAGNOSTICO	4
LA FUNCIÓN INTEGRADORA EN EL PSICODIAGNÓSTICO	12
LA ÉTICA Y EL RESGUARDO FORMAL EN CADA FASE DEL PSICODIAGNOSTICO	19
TRASTORNOS GRAVES DE PERSONALIDAD	31
INDICADORES PSICOPATOLOGICOS	41
MECANISMOS DE DEFENSA	43
BATERIA DE TEST	47
TEST DE BENDER	49
FIGURA HUMANA	54
TEST DEL DIBUJO EN OCHO PAPELES DE CALIGOR 8-CRT	58
TEST HOUSE-TREE-PERSON (TEST DE CASA-ARBOL-PERSONA)	61
DEFENSA EN LOS TEST GRÁFICOS	63
CUESTIONARIO DESIDERATIVO	73
TEST DE INTELIGENCIA DE WESCHLER (WAIS)	77
TEST DE RORSCHACH	88
INVENTARIO MULTIFACETICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA. MMPI-2	92
TEST DE PHILLIPSON	110
EL INFORME EN EL PSICODIAGNOSTICO	113
ANEXOS	118

INTRODUCCION

“Vivimos un cambio vertiginoso que obliga a replantearnos, dentro de la ciencia psicológica, el tema de la Integración Diagnóstica. Estamos frente a realidades nuevas que discernir.

Nos encontramos frente a un nuevo universo de pacientes, o ante el incremento de nuevas patologías. Esta realidad se evidencia también en la producción de los pacientes en los diversos test proyectivos y cognitivos, que originan nuevos interrogantes y exigen nuevas respuestas y lecturas.

La Integración Diagnóstica es una tarea delicada, que debe ser planteada siempre en forma minuciosa en cada caso particular, sabiendo que cada paciente presenta una configuración de la personalidad única, y que sólo la comprensión profunda de ésta permitirá precisar la intervención terapéutica más adecuada, en caso de ser necesario.

Este cuadernillo tiene como objetivo la organización de los trabajos prácticos de las asignaturas a mi cargo, a fin de aunar criterios de administración, consignas y guías para la interpretación. En ningún caso excluye o suplanta la lectura de la bibliografía presentada en el programa, a la que los alumnos deberán consultar permanentemente tanto para la administración de las técnicas, como para la interpretación de las mismas.”

Lic Valentina C.P de Rodriguez Amenábar.

PSICODIAGNOSTICO

Resumen: Lic Nicolasa GAleano

DEFINICIÓN: Es un encuentro interpersonal o interactivo entre personas. Es una situación de duración limitada, cuyo primer objetivo es lograr una descripción comprensiva lo más amplia posible del funcionamiento de la personalidad y la planificación de la intervención.

Existen en dicho encuentro, roles relativamente bien definidos, que modulan esta forma tan peculiar de contacto interpersonal, diferenciándolos de otro tipo de relación. Las características de personalidad, los

estilos relacionales, el grado de experiencia y el nivel de conflicto psicológico que poseen ambas partes, sujeto evaluador, intervienen de modo sustancial en la configuración y desarrollo del proceso.

En el caso del diagnóstico de niños o adolescentes la labor es aún más difícil, ya que no existe un solo sujeto, sino varios.

I. Objetivos

Objetivos Primarios

Descripción comprensiva lo más ampliamente posible del funcionamiento de la personalidad

Para poder realizarlo de un modo adecuado y óptimo es necesaria la detección de los aspectos disfuncionales y de los recursos adaptativos potenciales, se debe incluir además una descripción de los recursos adaptativos potenciales con los que cuenta cada caso, sujeto y entorno.

Lo que le está ocurriendo, los motivos que provocaron la situación actual, los intentos previos de solucionar los problemas, poder introducir cambios o de los obstáculos del mismo.

Una adecuada intervención

Teniendo en cuenta los siguientes aspectos: modalidad terapéutica de elección, la posible combinación de varias modalidades, obstáculos y limitaciones que se pueden prever, prioridades en el abordaje, los propios recursos del sujeto y del entorno, indicadores pronósticos.

Objetivos Secundarios

Ofrecer al paciente una experiencia de relación interpersonal donde el sujeto evaluado no se sienta juzgado, sino escuchado y aceptado con todas sus dificultades.

Favorecer la actividad introspectiva y de auto-observación a través de elementos importantes como descripciones detalladas de acontecimientos pasados y presentes, la co-responsabilización en la resolución de los problemas, la valoración del esfuerzo.

Determinación del Pronóstico se produce durante todo el proceso observando cuidadosamente al paciente teniendo en cuenta una serie de indicadores: de motivación, respuestas ajustadas a las demandas de cada momento, buenas receptividad para comprender el "feed-back" relacional.

II. Encuadre Especifico del Psicodiagnóstico

Es a grandes rasgos el mantenimiento de una situación estándar (no-rígida), donde el psicólogo debe asegurarse de que a la persona le queden claro en que va a consistir la evaluación, cuáles serán sus fines y límites, que utilidad puede aportar el proceso psicodiagnóstico y donde se garantiza la confidencialidad y la presentación de un consentimiento informado.

Elementos del Encuadre

ELEMENTOS ESTABLES:

1. Lugar de los encuentros.
2. Tiempo y número previsible de entrevistas
3. Objetivos, naturaleza y límites de la tarea.
4. Detallar los roles y el tema de la confidencialidad.
5. Definición del contrato de trabajo y resguardos de legalidad.

ELEMNTOS ADAPTABLES:

1. Número de personas implicadas
2. Número de entrevistas necesarias
3. Tipo de pruebas a aplicar
4. Dificultades específicas del sujeto

III. Fases del Proceso Psicodiagnóstico

ENTREVISTA INICIAL: dónde se busca establecer un buen rapport, realizar hipótesis presuntivas diagnósticas y pronósticas, observar el desarrollo de la relación durante las entrevistas, momentos importantes de la entrevista, efectos de la transferencia y contratransferencia, hallazgos y evaluación de los trastornos, realización del contrato.

ENTREVISTAS DE ADMINSTRACIÓN DE LAS TÉCNICAS: campo interaccional nuevo donde está formado por el paciente, psicólogo y la técnica administrada.

ENTREVISTA/S DE DEVOLUCIÓN: consta de la comunicación verbal de los resultados al paciente, cierre del proceso y despedida, comunicación escrita a otro colega profesional de la salud que lo haya solicitado: el informe Psicológico.

IV. Entrevista Psicodinámica

Constituye un campo complejo de interacción y un ámbito marcadamente rico para la observación.

Lo que se desarrolla en la entrevista es un fragmento de vida, es una experiencia relacional típica del paciente y repetitiva, referente a sus conflictos, fracasos, deseos y carencias, recursos y defensas.

Es primordial la relación psicólogo-paciente, porque en ella se debe fomentar y mantener un buen rapport y una actitud empática de comprensión compartida.

La estructura profunda de la personalidad se irá evidenciando lentamente ante el que sabe escuchar y observar sin imponer nada y aceptando todo sin reacción selectiva.

La primera tarea del entrevistador es dar a conocer al paciente que es aceptado, valorado y validado como única persona con problemas únicos.

ABORDAJES PARA LA OBTENCIÓN DE LA HISTORIA

Los datos de la primera entrevista deben ser evaluados de manera tal que permitan realizar un diagnóstico presuntivo, que será posteriormente relacionado con los datos técnicos que se obtengan. Esta primera impresión diagnóstica, obtenida de las entrevistas preliminares a la administración de tests, se realizará teniendo en cuenta los siguientes ítems:

Aspecto general y conducta

Descripción del sujeto y de su conducta en general. Observación semiológica de todo tipo de conducta del entrevistado. Concorre a la entrevista por su voluntad o por indicación de otro. Concorre solo o acompañado (quien lo acompaña y porque). Es puntual. Llega antes de la hora acordada. Llega retrasado. Qué actitud manifiesta al respecto. Su aspecto general muestra angustia, ansiedad, depresión, euforia. Manifiesta estar interesado o se muestra indiferente. Es lúcido, confuso o nublado.

Su aspecto general concuerda con su edad. Su vestimenta es acorde para su edad, es llamativa, se encuentra en buen estado, sucia, rota. Modo de conducirse que utiliza, estilo de comunicación, lenguaje que utiliza, es adecuado o no para su edad, ocupación, nivel sociocultural y modo actual. Se comunica con facilidad, es parco, locuaz, presenta alteraciones, inhibiciones. Su conducta durante la entrevista es activa, colaboradora, opositora. La conducta que manifiesta es constante. Si se presentan cambios a que pueden ser atribuidos.

MOTIVO DE CONSULTA: Manifiesto y latente. Si la persona posee conciencia de sus propios problemas y/o limitaciones. Es traído por alguien. Derivado por algún profesional de la salud. Es el motivo o demanda expresada que preocupa a un sujeto.

APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS: En qué época fue y formas de inicio. Causa o motivo de la aparición del o los síntomas según la apreciación del propio entrevistado.

FACTOR DESENCADENANTE: Si fue por una situación traumática, endógena, demandas vitales.

SIGNOS VITALES

Aspectos Afectivos

Es importante analizar si la persona es sensible a la estimulación afectiva y en qué grado. Si esta sensibilidad responde primordialmente a intereses propios o si es capaz de ser sensible a lo ajeno. Observar si posee capacidad de empatía.

EXPRESIÓN AFECTIVA: Está referida a como la persona manifiesta sus afectos. Si se trata de una persona controlada, inhibida, impulsiva. Conviene indagar si son actitudes estables o transitorias, recurrentes o aisladas. Y en que situaciones responde de determinada manera. Observar el tono afectivo en general y el tipo de respuesta afectivo; si son activas, pasivas, ambivalentes, confiadas o desconfiadas

ANGUSTIA, con que está relacionada. Si es constante, por momentos. En qué momentos aparece. Como se calma. Que defensas utiliza frente a la angustia. Son defensas efectivas, rígidas, flexibles. Puede calmarse solo o recurrir a otras personas o medicamentos.

ANSIEDAD, cuando aparece, es constante, aparece en que momentos. Con que relaciona el paciente los estados de ansiedad. Como sale de los estados de ansiedad (cuáles métodos utiliza, alcohol, drogas, actividades diversas)

AGRESIVIDAD: detectar si aparecen conductas agresivas, si están dirigidas hacia afuera, hacia sí mismo. Que posibilidad de control posee.

CULPA: si la persona es capaz de sentirla. A que está ligada la culpa, posee capacidad reparatoria.

DEPRESIÓN: Siente tristeza, tiene ideas tristes. Se encuentra inhibido. Muestra falta de interés, de placer. Presenta sentimientos de desvalorización, culpa, desamparo. Autorreproches. Ideas de ruina. Ideas de suicidio, indagas como son esas ideas, si hubo tentativas anteriormente o no. Si hubo ideas suicidas. Llanto. Cansancio o irritabilidad. Se enoja con frecuencia. Cuáles son las cosas que lo enojan y de qué forma reacciona. Es impulsivo, tranquilo, pensante, razona.

Presenta preocupaciones *hipocondríacas*. Síntomas somáticos. Alergias. Náuseas. Vómitos. Gastritis.

Como es el *sueño*. Duerme bien. Cuantas horas. Sueña. Tiene pesadillas. Si las tiene con que frecuencia. Presenta sonambulismo. Descansa cuando se acuesta. Se levanta descansado por la mañana. LE cuesta conciliar el sueño. Se duerme enseguida y luego se despierta. Que hace o que

piensa en los momentos que no puede dormirse. Ha probado métodos para combatir el insomnio si es que lo padece. Como funciona al día siguiente.

Alimentación, apetito en relación con el peso. Indagar por anorexia, bulimia. Hábitos especiales con la comida. Cuantas comidas realiza. Come variado. Come solo o acompañado. Es un momento más del día o le dedica un tiempo especial. Quien prepara los alimentos que ingiere.

Función sexual. Dentro de este tema debe indagarse las primeras experiencias sexuales, Menstruación, a qué edad apareció, si cumple un ciclo regular o no. Actitud personal frente a la menstruación.

Vida sexual. Alteraciones del deseo, orgasmo, embarazos, nacimientos, abortos. Alteraciones sexuales.

Dentro de los hábitos si presenta alguno de tipo, tabaco, alcohol, drogas, automedicación.

Antecedentes de alguna enfermedad, de operaciones, de consultas o internaciones psiquiátricas, propias o de algún familiar.

Constelación familiar

Constitución de la familia actual (si se encuentra en pareja, casado) y de la familia de origen. Si posee hijos. Cuantos. De que edades. Otros familiares o personas significativas. Conflictos. Con quien vive. Si mantiene vínculos con su familia. Qué tipo de vínculos mantiene. Cómo afronta habitualmente los conflictos que se presentan. Familiares fallecidos (causa de muerte y fecha, como fue el duelo, cuanto duró)

Biografía Personal

En esta parte se tiene en cuenta todo lo referente a la vida desde su nacimiento. Desarrollo. Niñez. Adolescencia (inicio y circunstancias de la pubertad, relaciones con adultos e iguales, adaptación escolar, nivel de información del desarrollo sexual, dudas sobre la identidad sexual). Vida escolar y social. Vida familiar. Creencia religiosa. Indagar las expectativas de los padres o de otros familiares significativos que han influido sobre el entrevistado.

Se debe consultar sobre la imagen que tiene la persona de si mismo.(como se describe así mismo. Puede hacerlo con facilidad o no. Tiene una imagen realista de sí, integrada.

Se debe consultar también sobre la autoestima, si se siente satisfecho consigo mismo, con las actividades que realiza. Si se siente inferior o superior a los demás. Si es seguro o inseguro, y como lo demuestra. Piensa que la imagen que tiene de sí coincide con lo que demuestra. Coincide la imagen que tienen de él con lo que piensa de sí mismo. Indagar sobre los ideales y ambiciones. Posee ideales o no. Los ideales son realistas, puede alcanzarlos. Presenta ambiciones, son desmedidas. Qué siente cuando no puede cumplir con las ambiciones, metas, ideales que se ha propuesto.

Debe preguntarse por los hobbies, inclinaciones artísticas, que concepción tiene del mundo, cuáles son sus ideales filosóficos, religiosos. Realiza algún tipo de deporte. Cual. A que se debe la elección del mismo. Cuáles son sus gustos y preferencias. Que le gusta hacer en el tiempo libre. Es creativo. Es imaginativo. Es fantasioso.

Explorar la capacidad de empatía del entrevistado tanto con los demás como consigo mismo.

Capacidad de establecer relaciones con los otros. Cuáles y cómo son los vínculos que establece, distantes, de apego, estables, profundos. Establece vínculos bien discriminados, o son confusos.

EXPECTATIVAS DEL ENTREVISTADO RESPECTO DE LA ENTREVISTA Y DEL PSICODIAGNÓSTICO

Lo que se busca en este ítem es averiguar y observar si el entrevistado tiene expectativas conscientes. Capacidad para establecer una alianza de trabajo con el psicólogo durante el estudio psicodiagnóstico. Observar que actitud adopta el entrevistado respecto del entrevistador y en qué lugar intenta colocar al entrevistador. Observar los fenómenos transferenciales que se desarrolla durante todo el proceso. Tipo de transferencia, Neurótica, Psicótica, Narcisista, otras manifestaciones.

v. **DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO**

Los datos de la primera entrevista deben ser evaluados de manera tal que permitan realizar un diagnóstico presuntivo, que será posteriormente relacionado con los datos técnicos que se obtengan. Esta primera impresión diagnóstica, obtenida de las entrevistas preliminares a la administración de tests, se realizará teniendo en cuenta los siguientes ítems:

1. Aspecto general y conducta.
2. Comunicación
3. Motivo de consulta.

4. Factor desencadenante.
5. Grado de descompensación (indicar especialmente la proporción existente entre la causa y el efecto. Tomar nota del estado actual y del estado previo.
6. Estado de las funciones yoicas (juicio de realidad interno y externo, adaptación a la realidad, posee conciencia de enfermedad, autocrítica, capacidad de crítica consciente del yo para verse a si mismo, capacidad de insight).
7. Grado de Evolución del superyó (discrepancia entre los valores y modos de conducta, ideal del yo si es infantil, inestable, adecuado, inaccesible, adecuado, censura, crítica al yo, conciencia moral.
8. Ello, puntos de fijación predominantes.
9. Relaciones Objetales, grado de evolución que presenta.
10. El self, grado de cohesión, vigor y armonía. Si es cohesivo, firme, si presenta fragmentaciones temporarias.

VI. INDICADORES DE DIAGNÓSTICO FAVORABLE.

A continuación se desarrollarán brevemente algunos elementos cuya presencia continuada y conjunta a lo largo del proceso diagnóstico permite interpretarlos como indicadores de pronóstico favorable.

Su aparición se relaciona habitualmente con la existencia de recursos adaptativos, con una alta motivación para iniciar procesos de cambio.

Se pueden mencionar:

Respeto por el encuadre y grado de colaboración a lo largo de todo el proceso: se tiene en cuenta la puntualidad, el mantenimiento de las citas, el aporte de autorregistros o tareas de recuperación de recuerdos.

Buen nivel de desarrollo intelectual

Responsividad afectiva o capacidad para registrar y expresar emociones: la falta de respuesta a estímulos emocionales, señala en la mayoría de los casos perturbaciones graves y hacen dificultoso el establecimiento de un buen rapport productivo durante la evaluación.

Plasticidad/flexibilidad para adecuar y modificar actitudes a lo largo del proceso

Permeabilidad/sensibilidad para utilizar el proceso de introspección de manera ajustada a las exigencias externas y acorde con la conexión entre los motivos explícitos de la demanda: se observarán las apariciones de asociaciones espontáneas.

Nivel aceptable de estructuración del entorno: es primordial en el caso de trabajar con menores, ya que los medios familiares muy desestructurados o caóticos ofrecen mucho menos apoyo para co-responsabilizarse, iniciar y sostener cambios, lo que redundan en perjuicios para la intervención posterior.

Síntomas de instauración reciente (de un año de presentación) y asociados con cambios externos que pudieran haber actuado como desencadenantes, o al menos como circunstancias favorecedoras. Se trata generalmente de reacciones adaptativas ante eventos estresantes, que suelen ser fácilmente modificables dado que responden a situaciones externas generadoras de tensión.

BIBLIOGRAFIA

RODRIGUEZ AMENÁBAR, Valentina. GUÍA PRÁCTICA PARA LA RESOLUCIÓN DE CASOS: administración, análisis y presentación de los TP, en diagnóstico psicológico de adultos. 2001

SENDÍN, Concepción. Diagnóstico Psicológico: Bases conceptuales y guía práctica en los contextos clínico y educativo. Ed. Psimática. Madrid. 2000

LA FUNCIÓN INTEGRADORA EN EL PSICODIAGNÓSTICO

Autor: Lic. Valentina C.P de Rodríguez Amenábar

La integración diagnóstica como proceso de integración

Los objetivos del Psicodiagnóstico son muchos y clasificados de diferentes maneras. Frecuentemente hay quienes esperan como resultado del Psicodiagnóstico Clínico una clasificación de las características del paciente a modo de una "etiqueta" diagnóstica, el pronóstico más probable y la indicación del tratamiento más adecuado. Otros consideran que más que clasificar y predecir el Psicodiagnóstico debe aportar datos útiles para la indicación terapéutica.

Qué se pretende al realizar un Psicodiagnóstico clínico suele quedar poco claro para muchos (psicólogos y no psicólogos) y las afirmaciones generalmente dependen de la escuela psicológica a la que pertenece el clínico, tanto desde el que demanda la evaluación, como también para los que lo realizan, sobre todo en los comienzos de la profesión y cuando no se ha realizado una especialización.

Clarificar, predecir, realizar un diagnóstico y pronóstico, poder determinar un tratamiento adecuado, precisar el foco de un problema y dar recomendaciones técnico-terapéuticas precisas para una psicoterapia focal por ejemplo, son sin duda objetivos de la amplia actividad psicodiagnosticadora. Pero ¿cuáles son las tareas y procesos interiores del psicólogo clínico cuando realiza estas actividades?. ¿Qué procesos se desencadenan en el psicólogo y qué entrenamiento requiere para ser eficaz en los resultados y afirmaciones a las que llega, las cuales estarán expuestas a la lectura de los demás, en el Informe Psicológico?

Cuando un paciente llega a la consulta y se plantea el diagnóstico, la demanda del paciente jamás se satisfecerá con una mera clasificación del problema. sino que cada uno de los temas de la demanda conciente e inconciente del paciente, plantea al Psicólogo clínico un problema a resolver, que es, a mi entender, una verdadera tarea de investigación.

Como toda investigación el psicodiagnóstico requiere de la observación y de la descripción anteriores a las afirmaciones o planteos de hipótesis, así como toda predicción requerirá de algún tipo de clasificación (no me refiero necesariamente a códigos universales).

En el Proceso de Integración Diagnóstica la tarea de investigación que realiza el psicólogo se da en un continuum en el que pueden distinguirse tres momentos fundamentales:

1.- Durante las entrevistas: En presencia del paciente mientras se desarrollan todas las entrevistas previas, posteriores y propias a la administración de los tests.

2.- Durante el procesamiento de la información obtenida. La información proviene siempre de distintas fuentes: Clínico-técnicas-teóricas ⁽¹⁾ y la lectura científica requiere conocimientos de ellas a fin de evitar la interpretación sesgada. La profundidad, actualización y diversidad de manejo de diferentes teorías así como la experiencia en la especialidad garantiza los resultados, aunque según diversas investigaciones ⁽²⁾⁽³⁾ no parecen eliminar definitivamente los sesgos en la interpretación.

3.- Durante las entrevistas de Devolución: En este período se obtienen datos significativos confrontando las hipótesis obtenidas con las reacciones del paciente. La instrumentación clínica de estas confrontaciones y la adecuada conducción del proceso de devolución afecta especialmente a los aspectos Predictivos y Preventivos.

En el proceso clínico de la Integración Diagnóstica el psicólogo sigue distintos pasos cognitivos lógicos y metodológicos en el procesamiento de datos, que llamaré "Momentos de la investigación implícitos en el procesamiento de la actividad psicodiagnóstica"

1.- Investigación descriptiva. Se da en el Vínculo Psicólogo-Paciente. Es una herramienta fundamental que incluye:

OBSERVACIÓN DEL PACIENTE. Consiste en el análisis de los signos comunicacionales verbales y no verbales y la conducta general que es fundamento esencial en el Psicodiagnóstico. Es una herramienta indispensable en el diagnóstico e investigación de los trastornos graves de la personalidad o patologías de déficit, y las sutiles diferenciaciones y recomendaciones apropiadas que conllevan: Clasificaciones universales, pronósticos, métodos terapéuticos, necesidad de indicadores diagnósticos, revisión de indicadores que resultan complejos en la interpretación por la multiplicidad y heterogeneidad de los factores intervinientes clínicos y psicotécnicos.

Estos modos actuales de enfermar enfrentan al psicólogo por un lado con la necesidad de enfocar la tarea diagnóstica con una mirada hacia la persona total, incluyendo su entorno vincular-social, y por otro deberá estar muy atento a los nuevos aportes teóricos de la Psicología, especialmente las nuevas investigaciones sobre el desarrollo temprano normal.

DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE A LO LARGO DE TODAS LAS ENTREVISTAS REALIZADAS. El psicólogo procesa informaciones que recibe de la observación clínico-técnica. Este paso exige una explicitación y objetivación de los resultados, e incluye el hallazgo de una relación significativa entre los datos observados.

2.- Investigación exploratoria. Son las indagaciones necesarias que realiza el psicólogo a fin de detectar y describir en términos psicológicos, la problemática del paciente. Implica en el psicólogo la capacidad de lograr mediante sucesivos actos investigativos – clarificaciones - e integrativos-explicaciones – las causas de los síntomas o modos de conducta del paciente.

3.- Investigación explicativa. Es poner de manifiesto los dinamismos y las explicaciones que dan cuenta de las conductas del paciente. Implica investigaciones de diversas fuentes de información vinculares, dinámicas y técnicas, que se complementan entre sí. Da origen a hipótesis:

CLASIFICATORIA: intento de catalogar, precisar o medir las características del paciente y poder sintetizarlos y/o aproximarlos a los Códigos Universales de Diagnóstico.

PREDICTIVA: consiste en las investigaciones que realiza el psicólogo con los datos obtenidos a fin de predecir las conductas posibles del paciente.

PREVENTIVA: Es la posibilidad del psicólogo clínico de establecer las condiciones necesarias al paciente, para evitar desenlaces nocivos para sí mismo o para los demás, y provocar la evolución de conductas o comportamientos más saludables.

4.- Investigación informativo-integrativa. Comprende toda la información resultante del proceso de investigación psicodiagnóstica realizada por el Psicólogo clínico. Implica la síntesis e integración de cada tipo de tarea investigadora realizada por el clínico frente a las demandas y la realidad del paciente. Es expresada en un Informe Clínico Psicológico.

Incluye todos los niveles de Interpretación e Integración ⁽⁵⁾, indicaciones y valoraciones. Este proceso de investigación propio de la tarea clínica de la Integración Diagnóstica, requiere siempre la realización de una observación y una escucha personal del paciente, previa a toda hipótesis y conclusión.

Dentro del diagnóstico clínico cada fase implica la realización de la fase anterior. La clarificación supone observación, la explicación supone una clarificación y así sucesivamente. Pero el orden lógico con que he presentado estos pasos, no se dan así en el proceso clínico vivencial. El clínico durante la entrevista procesa en niveles concientes, preconcientes e inconcientes la información verbal y no verbal del paciente a las que en el caso del psicodiagnóstico agregará el procesamiento de los datos que va registrando en los diferentes protocolos de prueba que exigen encuadres precisos. Es tarea del clínico en este rápido procesamiento saber actuar adecuadamente ante las realidades diversas de los pacientes, cuidando las estrictas indicaciones técnicas que darán cuenta de la validez de los resultados. Administrar mal un tests es agregar variables extrañas al proceso de Psicodiagnóstico que desviarán los resultados de la investigación y por ende los rasgos propios del paciente. Del mismo modo no lograr

una escucha clínica abierta a la novedad del paciente puede dar lugar a afirmaciones muy alejadas de lo que le acontece.

La función Integradora del Psicodiagnóstico y el Juicio Clínico

Las inducciones y deducciones que realiza el psicólogo al diagnosticar son permanentes, pero el objetivo central y más complejo para el Psicólogo es el de comprender qué le pasa al paciente, saber cómo conducirse frente a él, qué debe hacer, cuál será el momento preciso de las intervenciones, y cómo deberá transmitir tanta y variada información. Estas acciones nos ponen de cara ante el problema del **juicio clínico**.

El **juicio clínico** es el que subyace a todas las toma de decisiones en psicodiagnóstico, y a la integración de los indicios y organización de la información. Un buen clínico será alguien que posee algo más que una acumulación de conocimientos e información, será preciso que pueda tolerar la incertidumbre y la ambigüedad, y desarrollar capacidad para resolver problemas complejos, lo que implica asumir que deberemos tomar decisiones adecuadas con informaciones "distorsionadas". Esto supone capacidad de observación, de escucha empática y un alto grado de discernimiento y discriminación de los propios procesos subjetivos, además de capacidad reflexiva y elaborativa tanto a largo plazo, como también de rapidez en la captación y elaboración de estrategias. Por tanto, realizar un Psicodiagnóstico es llegar por medio de múltiples actos de investigación (producción de hipótesis) a formarnos *un juicio lo más acertado posible, basándonos en informaciones complejas e inciertas*.

Como profesional que diagnostica el Psicólogo tiene que integrar los resultados de las ayudas estadísticas y computarizadas en muchos casos. La decisión última a tomar, llámese Informe o Devolución, será producto de todos los procesos mencionados, además de constituir un principio subjetivo organizador de la tarea diagnóstica.

La Integración Diagnóstica compromete pues a toda la persona del psicólogo, todos sus conocimientos, sus talentos y sus valores personales. Por esto es recomendable que posea cierto conocimiento de sí mismo y aspire al equilibrio personal.

Frecuentemente el Psicólogo encuentra dificultades en la aplicación de sus conocimientos al caso particular, ya que todo conocimiento es siempre imperfecto y la comprensión y predicción de sucesos individuales requiere la integración constructiva de multitud de fuentes empíricas y teóricas. El psicólogo frente a esto sólo puede proceder como el investigador. Avanzar a través de la inducción y deducción desarrollando y comprobando hipótesis. El psicólogo especializado en Integración Diagnóstica *es un profesional que hace ciencia en su práctica, y en la práctica aplica la ciencia y puede descubrir nuevos caminos*. A causa de la complejidad de la subjetividad del sujeto, los procesos de pensamiento y razonamiento del psicólogo en su práctica psicodiagnóstica no pueden seguir un camino estrictamente axiomático, debiendo valerse de recursos apropiados para el ámbito de los fenómenos psicológicos complejos como por ejemplo la empatía.

VIÑETA CLÍNICA

Recibí a la **Srta. V.** derivada para tratamiento (que luego tomó y terminó) enviada por un colega psiquiatra que había diagnosticado una neurosis obsesivo-fóbica grave, con ideas secretas de suicidio. Transitaba ese período de la vida nada fácil, que es el pasaje de la adolescencia a la juventud; con angustia, ideas fijas de "quedar enclaustrada", "sola", y una intensa vergüenza y desvalorización que la llevaban a aislarse de modo que sus ideas fijas parecían cumplir un misterioso destino transformándose en inevitable realidad. A propósito recuerdo cuando en una entrevista personal Erik Erikson dijo "... *últimamente he concluido que todo lo que no resolvimos para crecer y madurar, como lo exige la ley de la vida, nuestra psique lo convertirá en destino*" (1989 Cambridge Massachussets. USA).

Sentada frente a mi, **V.** retorció sus manos, tensa, ansiosa e inclinada hacia adelante entre cohibida y agobiada. Me observaba con atención y estaba pendiente de mis gestos y actitudes, pero a la vez huía su mirada temerosa y expectante. Tras esta maraña de intensas emociones no verbalizadas y rígidas conductas estereotipadas, pude percibir en ella cierta vivacidad y vitalidad que parecía ocultar con vergüenza.

Estudiosa y trabajadora era la hija ejemplar que vivía con su madre, a la que obedecía en todo. Hasta se ponía los gorros, guantes y bufandas que su madre le preparaba e insistía en colocarle las frías mañanas de invierno.

V. accedía a todo, aunque sentía una profunda vergüenza y temor que la vieran sus compañeros de estudio y de trabajo "vestida como una nenita". Su agresividad reprimida y transformada en franco sometimiento, sólo se manifestaba cuando ella le contaba a su madre los éxitos que conocía de los demás, quedando implícito cuán desgraciada era ella. Sentimientos penosos que hacían desgraciada a su madre y de los que ella se desentendía, a partir del vínculo fusional.

Sólo a modo de viñeta citaré alguna de las respuestas al test de Rorschach que administré antes de comenzar el tratamiento. **LIII** ^ "*Una vaca. Me hace acordar a la cara de una vaca, estas las orejas...la boca acá ...pareciera que se está riendo*". **L VII** v "*Podría ser una piel de esas que se ponen las Sras., los zorros para el cuello. Me da sensación como que envuelve algo, como esta forma, como que acá se puede poner algo que lo cubriría, como que hay un hueco. Me hace acordar a esas pieles que son como pedacitos juntos, por la forma me da sensación de pelo largo, que empieza finito, se ensancha (niega la textura). El color gris*". (Rta. adicional) "*Pelo largo, sería como una persona sin cara y esto sería la cabellera de una mujer, ahora se me ocurrió, el formato de una cabeza con el pelo que cae*".

L VIII ^ "*Una careta de algo para el carnaval, muy alegre, con muchos colores. Todo. Me gustan los colores, me da sensación de algo que cubre la cara, sería que la persona se lo pondría y esta parte encajaría en la cara, no creo que sea de un payaso, más bien parece de un robot o de ciencia ficción, no con la dulzura de un payaso, más bien agresiva, el seño fruncido, así fruncido*" (gesto).

Tiempo después ya comenzado el tratamiento dijo *"mi mamá se mimetiza conmigo entonces yo no puedo ni sentir lo que siento, ni ser lo que soy, ella está pendiente de mí"*.

Observando el protocolo parece pobre tanto determinante como contenido. Pero en realidad es un protocolo rico, lleno de elementos sin desarrollar, lo mismo que **V.** que cuando habla cuenta hechos que se suceden sin saber lo que ocurre dentro de sí. La pobreza del psicograma expresa la dificultad de la paciente para saber de sí, y en esto reside su fragilidad. Sólo sabe las formas de las cosas y alguna de las cosas que le pasan, pero no puede leer su mundo interior porque no ha tenido respuesta especular, porque no ha sido "leída" en su verdadero ser por la madre "sin rostro" de la **L VII**, que sobreprotege y abriga pero que no contiene, porque está vacía de gestos empáticos, y por esto genera el vacío y el temor. Este mismo hueco es el que mantiene a **V.** ligada a la madre como el "Lien" (**VII**) sin poder desligarse porque no puede auto-sustentarse. Es una persona con necesidades afectivas pero con temor a quedar fusionada como con la madre... Su self no puede soportar el vínculo tan deseado con los demás... a ella hay que entenderla por lo que no dice, porque no lo sabe decir o por lo que expresa metafóricamente... como con la máscara de la **L VIII** en la que el vacío de la lámina (el blanco intermacular) es por donde se ve la cara, pero es un rostro que no hay (Blanco) y lo que hay, está tapado y tapando. Hay muchos datos más interesantes para el análisis que yo no presentaré aquí sólo quiero agregar que hay algo que no nos debe pasar inadvertido para entender a la paciente, porque ella no es sólo la persona obsesiva, fóbica, cohibida, depresiva, sino que encubre tras su timidez y vergüenza el anhelo narcisista de ser única, de ser original, ... de abarcar y poderlo todo... o ¿ acaso es fácil dar 90% de respuestas globales en Rorschach y ver la cabeza de una vaca que sonría en la **L III** ? ⁽⁶⁾

La Integración Diagnóstica es un proceso que se integra en el interior del Psicólogo que combina en esta peculiar práctica las funciones de:

CONSULTOR: recibe la demanda del paciente y debe saber responder a ella.

ESPECIALISTA EN TÉCNICAS DE EVALUACIÓN: un especialista conoce las técnicas, sabe cómo combinarlas, cómo sacar conclusiones, las informa. Revisa los instrumentos, los corrige, reclama el perfeccionamiento de los mismos, etc.

INVESTIGADOR: que induce y deduce hipótesis comprobables y las somete a la comprobación en cada caso individual.

En la buena práctica y en la aceptación por parte del profesional de estas funciones se concentra la Función Integradora del Psicodiagnóstico, de la que dependerán el beneficio del paciente, el crecimiento científico del profesional y de la ciencia.

Se desprende inmediatamente de lo dicho la importancia de formar a los clínicos. El problema es ¿cómo hacerlo? ¿Cómo se puede formar y entrenar al estudiante de Psicodiagnóstico? ¿Cuáles son las características de un buen clínico?

Dejo estos interrogantes abiertos aquí, pero antes de finalizar permítaseme recordar las palabras del quien ha sido un excelente clínico e investigador de las complejidades humanas que es Heinz Kohut :

"Lo que separa al especialista del aficionado a los temas psicológicos no es la aplicación de líneas generales y mapas, sino la explicación punto por punto de cualquier situación clínica dada. Las líneas generales sólo son orientaciones, como un mapa cuyo trazado se puede seguir. Pero además hay que buscar el significado individual; en caso contrario, y aunque no falte en modo alguno la comprensión sutil de cuestiones teóricas, los pacientes tienden a sentirse incomprendidos. Sólo se sienten comprendidos si uno recorre con ellos el camino, muy específico, de sus sentimientos y reacciones"⁽⁷⁾

BIBLIOGRAFIA

- (1) & (5): RODRÍGUEZ AMENÁBAR, VALENTINA y Col. Narcisismo Normal y Patológico en la Integración Diagnóstica.(1998). Bs. As. Paginas: 35 a 74.
- (2) BARON, J. Thinking and deciding (1988). Cambridge. U.K: Cambridge University Press.
- (3) ANDERSON, N.H. Foundations of information integration theory. (1981) N.Y. Academic Press.
- (4) ANDERSON, N.H Methods of information integration theory (1982) N.Y. Academic Press.
- (6) RODRÍGUEZ AMENÁBAR, VALENTINA y Col. Narcisismo Normal y Patológico en la Integración Diagnóstica. (1998).Bs. As. Paginas: 187 a 200.
- (7) KOHUT,H (COMPILADOR ELSON, M.) The Kohut Seminars on Self Psychology and Psychotherapy with Adolescents and Young Adults. (1987). W.W. Norton & Co. N.Y. – London. Pag. 114

LA ÉTICA Y EL RESGUARDO FORMAL EN CADA FASE DEL PSICODIAGNOSTICO

Autor: Lic. Valentina C.P de Rodríguez Amenábar

Avances de este texto fueron presentados por la autora, en paneles sobre “Ética y Psicodiagnóstico” en el Congreso ADEIP La plata 2001 y en el Congreso ADEIP Jujuy 2007.

Cuando escribí el trabajo "*Implicancias éticas en cada fase del Psicodiagnóstico*" estaba muy lejos de imaginar lo que hoy está sucediendo. Considero que los psicólogos si no estamos insertos en la realidad humana que es la realidad social, corremos el riesgo de vivir a medias nuestra profesión, por tanto hoy no puedo menos que anteponer a la exposición puntual del tema que me atañe una reflexión, considero que una ética hecha sólo de derechos y deberes, roza apenas la superficie del ser humano, se queda corta a la hora de lograr una profunda transformación de la actuación moral del ser humano. Es imprescindible adentrarnos en una dimensión más compleja y profunda que no sólo mira lo que se dice o lo que se hace desde fuera, sino que se enraíza hondamente en lo que se es.

I. **Primer Fase. La entrevista inicial.**

El problema del Consentimiento válido.

Una de las condiciones fundamentales de todo consentimiento válido es poseer la suficiente información para la decisión

El tema de la entrevista Psicológica es abordado por las distintas corrientes psicológicas desde el punto de vista técnico y teórico, pero no siempre desde los aspectos éticos que están en ella implícitos y que influirán a lo largo de todo el proceso.

Teniendo en cuenta el principio de autonomía y la regla de la veracidad vinculados al consentimiento válido, el inicio de la relación debe proporcionar a la persona, sujeto del psicodiagnóstico, suficiente y adecuada información para que este pueda consentir-libre y sin coacción- sobre los pasos del proceso de evaluación psicológica.

El consentimiento válido es la pieza fundamental en toda relación profesional, pues cada persona es centro de decisiones y tiene derecho a disponer por sí misma en todo lo que le compete. Esto ocurre en el Psicodiagnóstico que además reviste características únicas dentro de la actividad

Psicológica "A diferencia de lo que ocurre en la entrevista psicológica, psiquiátrica o médica ... en las que el paciente puede seleccionar conscientemente la información, aunque siempre diga algo más de lo que quiere decir; en la evaluación psicodiagnóstica el psicólogo posee información objetiva del paciente, de la cual el propio interesado no tiene conocimiento conciente y por lo tanto no puede controlar, ni ejercer un acto libre sobre su comunicación, a no ser eludir la administración de la prueba" (Valentina Rodríguez Amenábar. Narcisismo Normal y Patológico en la Integración Diagnóstica. Pag. 61.).

El consentimiento implica justificaciones diversas:

- Jurídicamente el consentimiento preserva a los ciudadanos de todo posible abuso de la arbitrariedad de otras personas o instituciones.
- Desde el punto de vista ético -deontológico el consentimiento es condición para el ejercicio de la autonomía personal. Por tanto más allá de que exista o no una ley escrita al respecto, es deber de todo profesional facilitar al paciente que explicita su consentimiento siempre que realiza un psicodiagnóstico.
- En la práctica profesional el consentimiento aumenta la confianza mutua y compromiso mutuo entre psicólogo-paciente, incentiva la autoconciencia del paciente y consecuentemente traería ventajas para la convivencia social y para el bien común.

Para que el consentimiento sea válido debe reunir por lo menos tres condiciones.

1. Que el paciente sea una persona competente para decidir (Cognitiva, intencional y voluntariamente). De no ser así, deberá intervenir un responsable legal (generalmente un familiar).
2. El paciente deberá ser informado con precisión y claridad sobre la práctica que se va a realizar.
3. No debe realizarse el estudio psicológico por ningún tipo de coacción exterior.

Todas estas cuestiones se ponen en juego y se definen en la primera fase del proceso: La/s entrevista/s preliminares a la administración, en las que se realiza **el contrato**. Por esta razón tomaré especialmente el punto que hace referencia al contrato.

El contrato

Para realizar el contrato el psicólogo procurará dar la información necesaria para que el paciente pueda dar su consentimiento, y que éste sea válido.

Es necesario que el paciente sepa:

1. El objetivo del estudio y el alcance de las afirmaciones, incluyendo el límite temporal de validez que poseen los resultados de un Psicodiagnóstico.
2. El valor que puede tener la reevaluación en cuanto a aportar datos de los avances, éxitos, estancamientos o retrocesos en la vida y/o psicoterapia.
3. El tema de la confidencialidad y sus excepciones.
4. La forma en que serán registrados los datos y si tendrán o no acceso a ellos. En este punto hago especial referencia a la reserva de los protocolos por parte del psicólogo (pag. 64 Obra citada. Valentina Rodríguez Amenábar. 1998).
5. El costo económico y temporal.
6. La comunicación de los resultados, *aspecto central del consentimiento*, tiene que ver directamente con las diferencias teóricas y prácticas entre el **Informe** y la **Devolución**, que deben ser explicitadas de antemano al paciente.
7. El paciente tiene derecho a saber el tipo de capacitación que tiene el psicólogo.
8. La comunicación debe ser clara y precisa es decir adecuada a las posibilidades de comprensión del paciente, evitando sobre todo agobiar al paciente con conceptos inaccesibles para él, que sólo logran poner una distancia inapropiada (defensiva por parte del profesional) entre psicólogo-paciente. En estos casos conviene que el psicólogo se interrogue a sí mismo sobre qué le sucede, pues el lenguaje utilizado está operando como barrera, interfiriendo en el vínculo.

El consentimiento válido bien conducido pone la decisión en quien realmente debe estar, en la propia persona del paciente. El profesional deberá resolver muchos otros temas complejos. Tendrá que entrenar su juicio clínico y su aptitud para la toma de decisiones, la adecuada conducción de la entrevista y la capacidad para transmitir la información de acuerdo a las características del paciente.

Capacitación del psicólogo

La implementación del consentimiento es mucho más complejo de lo que parece porque todos los pacientes y sus circunstancias son diferentes. Se entrelazan además en este tema junto a los temas éticos y jurídicos, los aspectos afectivos y culturales del paciente. Las condiciones del contrato es un tema que merece continuar estudiándose y definirse legalmente de manera explícita, para resguardar al paciente y al psicólogo ante una práctica profesional muy comprometida.

SUGERENCIAS Más allá de los detalles particulares que cada profesional asuma en su práctica privada y /o institucional propongo como sugerencias a fin de mantener la conciencia y libertad de psicólogo y paciente:

Si el paciente es privado: solicitar al derivante que envíe la solicitud del Estudio Psicodiagnóstico por escrito (recetario común u otra nota).

Si el paciente pertenece a una institución, el psicólogo debería indicar que la solicitud de Estudio Psicodiagnóstico esté debidamente registrada con fecha, motivo y firma del solicitante en la historia clínica del paciente. Esto ordena el trabajo y protege legalmente al psicólogo ante cualquier eventualidad.

Cuando el Psicólogo entrega el Informe deberá registrar en la Historia Clínica la fecha del Informe Psicológico, el nombre del solicitante, la batería que administró y a quien entregó el Informe Psicológico realizado.

Poseer una "**Ficha de Contrato**" que explicita por escrito los términos básicos acordados, a fin de que la relación que se entable sea con el máximo de conciencia y de libertad por ambas partes y que los derechos y obligaciones de ambos queden debidamente garantizados. Reitero las afirmaciones que en este sentido presenté en 1998 (Narcisismo Normal y Patológico en la Integración Diagnóstica. Valentina C.P. de Rodríguez Amenábar .pags. 73 y 74. N.I. Buenos Aires). La "**Ficha de Contrato**" entre ambas partes, es útil para confirmar que el paciente ha comprendido y acordado los términos y da su consentimiento con su propia firma.

Esto ordena la actividad contractual y protege al profesional de cualquier inconveniente legal por el cual en un futuro pueda ser reclamado.

Esta costumbre que personalmente práctico siempre en privado, puede perfectamente aplicarse dentro de cualquier institución porque pasa a ser parte inseparable de todo el material Psicodiagnóstico, cuyo original es responsabilidad del psicólogo actuante. De tratarse de una institución puede adjuntarse como fotocopia y también puede (si lo pidiere) ofrecerle un duplicado del mismo, al paciente.

II. Segunda Fase: La administración de pruebas y la obtención de datos.

El derecho a la intimidad y a la certeza científica de los datos.

Preservación de la intimidad del paciente.

En nuestra cultura los problemas mentales de cualquier grado aún siguen siendo elementos estigmatizadores, por lo cual la difusión de los datos psicológicos de los pacientes suelen dar lugar

a interpretaciones prejuiciosas que producen complicaciones adicionales a los sujetos. (Especialmente cuando se dan informes en el área educacional y laboral.).

Por lo tanto el punto central y más delicado es saber guardar secreto sobre todo lo concerniente al paciente, y que sólo a él le pertenece.

La confidencialidad se refiere a varias cuestiones:

1. En primer término debe reservarse el dato sobre si una persona es o no ha sido paciente.
2. La reserva incluye toda la información psicológica que se obtiene durante todo el tiempo que dura el proceso psicodiagnóstico, o sea: protocolos y la comunicación verbal y no verbal que hayamos obtenido.
3. La información comprendida en el Informe Psicológico

El tema del secreto profesional posee excepciones precisas legisladas en algunos países: El caso de los menores en riesgo, los débiles mentales, los pacientes psicóticos o personas que por alguna otra razón han perdido su autonomía. La comunicación y el contrato en esos casos se realiza con terceros responsables, y suele ser este el punto en el que se generan ciertos problemas.

PRESERVAR LOS PROTOCOLOS DE PRUEBA. En el primer trabajo sobre ética que escribí en 1989, para el Congreso Latinoamericano de ODUICAL realizado en la Universidad del Salvador afirmo y fundamento porqué los protocolos pertenecen y deben ser custodiados por el psicólogo responsable del estudio. Hoy felizmente figuran ya estos conceptos en el *Código de Ética del Psicodiagnostador* (ADEIP. 2000), lo cual me permite remitirlos al mismo y confirmar la certeza y la validez actual de esas afirmaciones, en beneficio del paciente y del profesional.

LA ELECCIÓN DE LA BATERÍA. La elección de los instrumentos es una tarea ardua ya que a priori sabemos que la etiología de los trastornos psicológicos es compleja y su explicación proviene de diversas fuentes de información teóricas. La gran cantidad de tests y la diversidad de fundamentos teóricos que estos presentan. como también las dificultades de adaptación de los baremos a las diferentes culturas y épocas, hace de esta especialidad una zona de investigación continua, que no siempre está al día en nuestro medio. Sabemos que hoy todos los acontecimientos nos sobrepasan por la velocidad con se producen y esto actúa directamente sobre el ser humano que luego nosotros deberemos evaluar, con los recursos que poseemos o más conocemos, pero que en este momento no siempre son suficientes.

Los profesionales también parten de supuestos teóricos a los que han adherido y esto puede originar algunas fuentes de error al producir sesgos en la interpretación. Con esto no estoy pretendiendo decir que podremos anular completamente la subjetividad del evaluador, pero esto

no nos excluye de la obligación ética como científicos en cuanto que nuestro objetivo será lograr afirmaciones o hipótesis lo más certeras y confiables posibles. Esto no depende sólo de la adecuada formación del especialista, sino también de la calidad de los instrumentos que utilice.

Porqué esto puede incluir un tema ético? Pues porque el psicólogo al tomar bajo su responsabilidad un caso a diagnosticar deberá contar con los instrumentos más aptos. No es suficiente argumento que aplique el instrumento que más aprecie o conozca.

SUGERENCIAS. La elección de los instrumentos es una toma de decisión del Psicólogo y en esta decisión es importante tener en cuenta:

- El objetivo de la evaluación
- Las características propias del caso a evaluar: la consulta, la edad, etc.
- Las hipótesis diagnósticas que se van realizando a lo largo de las entrevistas diagnósticas y que definan en el psicólogo la decisión de administrar alguna técnica especialmente sensible para captar diagnósticos diferenciales precisos.

Resolver la batería requiere de una formación de los psicólogos desde el grado, pues en este punto no sólo interviene el conocimiento y la información de las técnicas en sí mismas, sino la combinación del juicio clínico y la toma de decisiones.

También es necesario que se formulen normas y reglas de funcionamiento que orienten científicamente al psicólogo y le den un marco más firme a su actuar, a fin de proteger al paciente y al profesional.

III. **Tercera Fase: La comunicación de los resultados**

El Informe Psicológico y la Devolución.

Siendo el paciente quien posee el derecho de confidencialidad, sólo su consentimiento puede autorizar al psicólogo a comunicar los datos obtenidos a terceras personas, por tanto no basta con el pedido del Informe, es necesaria también explicitar la autorización.

Esta es la razón por la cual actualmente he agregado a la "Ficha de contrato" el siguiente párrafo: "*Autorizo al Lic /Dr.(nombre del autor del informe) a entregar al Dr./Lic. (Nombre del Receptor del Informe) el Informe Psicológico escrito y confidencial en el que constan los resultados del presente Estudio Psicológico*" (Valentina C.P. de Rodríguez Amenábar, Guías cátedras USAL y UCA. 2001).

La última etapa del Proceso de Evaluación Psicológica o Psicodiagnóstico, consiste en la transmisión de los resultados en forma oral o escrita que es éticamente ineludible. Los psicólogos, instituciones clínicas y la sociedad tendremos que continuar trabajando para establecer criterios claros, justos y leyes al respecto, que contemplen el tema de la información en las diferentes áreas de la Psicología.

Ya mencioné en anteriores trabajos (1998. Buenos Aires. Narcisismo Normal y Patológico en la Integración Diagnóstica. Lic. Valentina C.P. de Rodríguez Amenábar), la diferencia que existe entre Informe y Devolución (expuesta en "Contrato"). Pero en todos los casos se trata de una síntesis de los resultados más relevantes del estudio, que se comunicarán al sujeto y en muchos casos a terceros responsables. Esta comunicación de los resultados incluirá descripciones, juicios diagnósticos, orientaciones, consejos, indicaciones terapéuticas y muchas veces indicación de otros estudios.

EL INFORME PSICOLÓGICO

Es un documento confidencial enviado a un profesional del área de la salud mental que lo ha solicitado con fines precisos.

Plantea el tema de la confidencialidad a la que debe comprometerse también el receptor, punto que personalmente explicito en la carátula del Informe (1998).

La confidencialidad es una norma moral básica, que debe cumplirse siempre que no entre en conflicto con bienes morales mayores como la integridad física o psíquica de otras personas.

El informe Psicológico por definición revelará datos a terceras personas y si la confidencialidad es un derecho que pertenece al paciente, este puede permitir o no revelar su contenido.

Pero a la vez el psicólogo también tiene derecho de protegerse a sí mismo y cuidar de su prestigio profesional ante cualquier eventualidad, que pudiera producirse luego de haberse comunicado el informe. Por tanto en la medida en que el paciente es el primer beneficiario del informe y ha aceptado las reglas de entregar la información, o levantar el secreto de confidencialidad, es necesario y muy aconsejable que el psicólogo obtenga un consentimiento firmado por el paciente en el que se explicita la autorización para revelar la información.

Los casos que más dificultad ofrecen en este sentido son los diagnósticos a adolescentes y a impedidos de autonomía.

Considero que ningún dato debe darse a los padres sin que el hijo menor de edad, de expreso consentimiento. sin embargo habría que exceptuar de este criterio aquellos casos en los que el adolescente está poniendo en riesgo la vida o integridad física o psíquica de sí mismo o de terceros

También aquellos casos en que sea imprescindible la integridad de la autonomía del menor o para su progreso terapéutico, puedan acceder a la información necesaria. Sugiero que en todos estos casos se converse siempre con el paciente.

DEVOLUCIÓN. EL ACCESO DEL SUJETO A SUS PROPIOS DATOS.

La ardua tarea que implica la realización de una Evaluación completa de la personalidad (o Estudio psicodiagnóstico o Proceso Psicodiagnóstico) alcanza su objetivo y da sentido al esfuerzo realizado, en la medida que el paciente alcance a comprender las conclusiones diagnósticas y pronósticas a las que se ha arribado.

La Devolución es un proceso que se da a lo largo de una o más entrevistas durante las que el psicólogo deberá transmitir, sino en el proceso de elaboración psíquica que se da en el paciente y que el psicólogo deberá saber registrar, ya que guiará el estilo de la devolución.

Como parte del derecho a la intimidad y a ejercer su autonomía respecto a todo lo que le concierne, el individuo tiene también derecho- en principio- a acceder a conocer los datos arrojados por el estudio psicológico. Pero el punto central es que respetar este derecho no implica que se lo ejerza de cualquier manera y sin ningún límite.

Por lo tanto si se trata del registro que está en manos del psicólogo clínico en la práctica privada o institucional, habrá que diferenciar aquellos datos que son recolectados con una estricta metodología científica, de aquellos otros que entran dentro del ámbito de la conjetura, comentarios, hipótesis o apuntes realizados por el psicólogo a lo largo del proceso psicodiagnóstico.

El paciente tiene derecho a acceder a los primeros, pero estrictamente hablando no a los segundos ya que pertenecen a la intimidad del profesional por el hecho de ser provisorios, circunstanciales y subjetivos. No obstante muchas de estas conjeturas suelen ser de suma utilidad, pero el psicólogo conviene que sea cuidadoso, tanto en la devolución como en el informe, explicitando claramente las comunicaciones que se acercan a la certeza, y aquéllas que son sólo conjeturas.

La devolución presenta tres aspectos básicos a tener en cuenta en un esfuerzo de realizar una sistematización de la misma:

OBJETIVOS. Llevar a cabo una entrevista final de cierre del proceso evaluativo en la que se comunican los resultados, transmitir las conclusiones diagnóstica y pronósticas a las que se han arribado. Este amplio objetivo puede desglosarse en varios ítems, los aspectos que conviene tener en cuenta y no descuidar.

1. Dar respuesta a la consulta del paciente promoviendo en lo posible el sentido de la introspección y de la elaboración. Tener en cuenta en este sentido, las diferencias que en varias ocasiones se encuentran entre la consulta explícita o manifiesta, y los aspectos latentes.
2. Integrar elementos de funcionamiento Psicológico que el sujeto percibe como inconexos o incomprensibles.
3. Clarificar aspectos etiopatogenicos que originaron la consulta.
4. Recopilar la información obtenida durante la entrevista de devolución, que ratifique o rectifique algunas hipótesis diagnósticas, prestando especial atención en los elementos que aporten datos respecto al pronóstico.
5. Prestar particular atención a la conducta del paciente durante la entrevista de derivación, y también compararla con los comportamientos durante las entrevistas de administración de técnicas y especialmente con la primer entrevista.
6. Orientar al Sujeto sobre las posibles vías de solución a los problemas planteados.
7. Precisar derivaciones correspondientes a otro tipo de estudios o derivaciones terapéuticas precisas.
8. Dar "cierre" al proceso evaluativo, en el que se destacan dos aspectos fundamentales:
 - La elaboración del sentido y utilidad del Estudio Psicológico
 - La despedida psicólogo-paciente especialmente en los casos de derivación.

ASPECTOS TÉCNICOS. Partiendo de la distinción entre Informe (transmisión escrita confidencial de los resultados a otro profesional que lo ha solicitado) y la Devolución.(1), lo habitual es que la Devolución se realice verbalmente al sujeto, en el marco y el encuadre de la entrevista psicológica.

Nunca debe excluirse la entrevista final por los objetivos señalados y la riqueza de matices que aporta al proceso psicodiagnóstico del cual es una de las fases.

La información debe resultar útil para el interlocutor y para lograrlo es preciso tener en cuenta cuatro aspectos fundamentales:

1. Establecer un clima empático.

2. Promover la confianza del paciente en circunstancias normalmente ansiógenas como es la de esperar "resultados sobre si mismo"
3. Instrumentar la empatía a fin de saber cómo informar, qué informar y en qué momento hacerlo.
4. Ajustar la información a las características del destinatario en cuanto a las posibilidades de comprensión de acuerdo a la edad del paciente, el nivel intelectual, socioeconómico, cultural, etc.

Organizar el contenido que se deberá comunicar.

El contenido se refiere a lo que se va comunicar y la comunicación no deberá abrumar al Sujeto con múltiples datos que se obtienen de un estudio psicodiagnóstico, sino que se informará aquello que el psicólogo considera importante y significativo. Es el resultado de lo que el psicólogo ha estudiado, procesado, elaborado (consciente e inconscientemente) y que ha corroborado todas las variables técnicas que le han aportado mayor grado de certeza.

Conviene poseer un plan guía que deberá instrumentarse en forma flexible siguiendo los indicadores comunicacionales (verbales y no verbales), que el mismo paciente va dando durante la entrevista, respecto de su capacidad receptiva. Este plan implica ya una selección de la información basada en el juicio clínico, pero deberá ponerse especial cuidado en que la información sea siempre significativa, coherente, realista y operativa para el paciente.

La comunicación no debe ser unidireccional desde el Psicólogo al entrevistado, sino que debe promover el intercambio activo entre ambas partes, observando todos los aspectos que aporta el paciente en la entrevista final, como producto de la información que va recibiendo y de la experiencia de psicodiagnóstico por la que ha atravesado.

El psicólogo deberá integrar rápidamente las nuevas informaciones con el contexto total de los resultados. Esto será facilitado por la adecuada comprensión del paciente que haya logrado con los datos diagnósticos, y de la capacidad empática para captar las reacciones del paciente ante la información

En síntesis la actividad central de la comunicación del contenido exigirá del psicólogo saber integrar, seleccionar, jerarquizar datos y encontrar el estilo de transmisión mas apropiado para cada persona.

Usar un lenguaje apropiado y adecuado, asegurándose que el sujeto ha comprendido lo comunicado. Es conveniente que el lenguaje sea lo más claro, sencillo y preciso posible,

evitando la terminología técnica no comprensible para el paciente, y evitando también el lenguaje vulgar.

Es sabido que el estudio psicodiagnóstico aporta datos descriptivos del funcionamiento de la personalidad y en esos términos también se realizará la devolución. Pero en aquellos casos, que más allá de los rasgos descriptivos de la personalidad, es preciso referirse a un diagnóstico en términos técnicos como por ejemplo esquizofrenia, o un deterioro importante de origen orgánico, etc. El psicólogo deberá explicar en forma concisa y clara en qué consiste, cuáles pueden ser las consecuencias y los límites de la enfermedad.

El lenguaje también estará adecuado a la persona evaluada y requerirá adecuaciones según se trate de un niño, un adolescente, de un adulto, de un anciano, del nivel intelectual y de instrucción que posea y finalmente de la gravedad de la patología que padezca.

ALGUNAS DE LAS DIFICULTADES ESPECIALES DE LA DEVOLUCIÓN.

1. ¿Qué se debe decir al paciente durante la entrevista de Devolución?
2. Como debe transmitirse la información
3. La información a Niños y Adolescentes.
4. La información a la familia.
5. El secreto profesional en caso de peligro consigo mismo o contra terceros.
6. La información a los débiles mentales.
7. La información a los pacientes graves (psicóticos)

IV. Evitar la "Mala Práctica"

El fallo en el ejercicio de la idoneidad

Finalmente una palabra sobre la "Mala Práctica" a la que *"puede definirse como el fallo en el ejercicio de la idoneidad que puede ser razonablemente esperada en un psicólogo, cuando actúa poniendo en práctica las pericias propias de su profesión"* (FRANÇA-TARRAGÓ-1996 Pag. 118)

Citaré sólo a modo de síntesis tres de los motivos más frecuentes que dan lugar a la "Mala Práctica":

IMPRUDENCIA: cuando se usan métodos o procedimientos que, aunque estén dentro de la profesión, requieren un procedimiento especializado que el profesional no ha recibido. También el uso de procedimientos o prácticas inciertas o con resultados dudosos.

NEGLIGENCIA: cuando el profesional conociendo determinado procedimiento, no pone en práctica con exactitud esa información y pericia y causa un perjuicio al paciente.. También cuando no cumple con el patrón de conducta esperado normalmente de un profesional.

IMPERICIA: cuando el perjuicio provocado al paciente se produce por el uso de prácticas o procedimientos que el psicólogo no conoce o no ha sido capacitado para usarlas.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, Code of Professional Ethics, Washington DC: Am. Psy. USA, 1987

CÓDIGO DE ÉTICA DEL PSICODIAGNOSTICADOR. A.D.E.I.P. Rosario. Argentina. 2000.

CÓDIGO NACIONAL DE ÉTICA (FEPPA- AÑO 1999)

COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE ESPAÑA, Código Deontológico para Psicólogos, Madrid: COP., 1993

FRANÇA-TARRAGÓ, OMAR. Ética para psicólogos. Introducción a la psicoética. Ed. Desclée de Brouwer, S.A. Bilbao. España.1996 Pag. 118

FRANÇA-TARRAGÓ, OMAR Introducción a la Ética Profesional. Universidad Católica del Uruguay. Montevideo. Uruguay. 1992.

KEITH-SPIEGEL y KOOCHER. Ethics in psychology (Professional Standards and cases). New York Random House. 1985.

PAUTAS INTERNACIONALES PARA EL USO DE LOS TESTS. Versión Argentina. A.D.E.I.P. Rosario. Argentina.2000.

RODRÍGUEZ AMENÁBAR, VALENTINA. Narcisismo normal y patológico en la integración diagnóstica. Ed. N.I. Buenos Aires. Argentina. 1998. Pags.59 a 74.

RODRÍGUEZ AMENÁBAR, VALENTINA El Psicodiagnóstico y sus implicancias éticas. Relato. Congreso Latinoamericano de ODUCAL. Universidad del Salvador. Buenos Aires. Argentina 1989.

TRASTORNOS GRAVES DE PERSONALIDAD

Resumen: Lic Nicolasa Galeano

Consideraciones Diagnósticas

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Un entendimiento de las características estructurales intrapsíquicas de los pacientes con una organización de personalidad límite junto con criterios originados en el diagnóstico descriptivo, pueden resultar en una mejoría amplia la precisión del diagnóstico.

Las características estructurales (1975,1976) de la organización límite de la personalidad tienen importantes implicaciones pronosticas y terapéuticas.

La calidad de las relaciones objétales y el grado de integración del superyó son criterios de pronóstico importantes para la psicoterapia intensiva de los pacientes límites. La naturaleza de las transferencias primitivas que estos pacientes desarrollan en la terapia psicoanalítica y la técnica para manejarlas se originan directamente en las características estructurales de sus relaciones objetales interiorizadas.

DEFINICIÓN DE ESTRUCTURA

Poco a poco, a partir del nacimiento(y sin dudas antes), en función de la herencia para ciertos factores, pero sobre todo de la forma de relación con los padres desde los primeros momentos de la vida, las frustraciones, los traumatismos y los conflictos encontrados, mediante las defensas organizadas por el yo para resistir a las demandas internas y externas de las pulsiones de Ello y de la realidad, lentamente el psiquismo individual se organiza, se "cristaliza" como un cuerpo químico complejo, igual que un cristal mineral, con las líneas de clivaje originales que no pueden variar como consecuencia. Se forma así una verdadera estructura estable.

En la medida en que un objeto que responde específicamente a una estructura no esté sometido a pruebas internas o externas demasiado fuertes, a traumatismos afectivos, a frustraciones o a conflictos demasiado intensos, no será un "enfermo". El cristal se mantendrá. Pero si tras un acontecimiento cualquiera el cristal se rompe, solo podrá hacerlo siguiendo las líneas de "fuerza" y de "ruptura" preestablecidas en la primera edad. El sujeto de estructura neurótica no podrá desarrollar más que una neurosis, y el de estructura psicótica una psicosis. La estabilidad de las estructuras verdaderas implica igualmente una imposibilidad de pasar de una estructura a otra.

Propongo la existencia de tres organizaciones estructurales amplias correspondientes a la organización neurótica, límite y psicótica de la personalidad. En cada caso la organización estructural desarrolla la función de estabilizar el aparato mental, mediando entre los factores etiológicos y las manifestaciones conductuales directas de la enfermedad.

Estos tipos de organización neurótica, límite y psicótica se refleja en las características predominantes del paciente, particularmente respecto a:

- Su grado de integración de la identidad.
- Los tipos de operaciones defensivas que habitualmente emplea.
- Su capacidad para la prueba de realidad.

LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD NEURÓTICA IMPLICA:

- una identidad integrada, imágenes contradictorias del sí mismo y de los demás integradas en concepciones comprensivas.
- Presenta una organización defensiva centrada en la represión, y otras organizaciones de alto nivel, formación reactiva, aislamiento, anulación, racionalización, intelectualización.
- Prueba de realidad conservada, buena delimitación del sí mismo y de los demás.

LA ESTRUCTURA LÍMITE DE LA PERSONALIDAD IMPLICA:

- Difusión de identidad, aspectos contradictorios del sí mismo y de los demás que se encuentran pobremente integrados y mantenidos aparte.
- Defensa primitiva centrada en el mecanismo de la escisión, idealización primitiva, negación y demás que también acompañan a la estructura psicótica.
- Prueba de realidad conservada, diferenciación del sí mismo del no mismo.

LA ESTRUCTURA PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD IMPLICA:

- Difusión de identidad, aspectos contradictorios del sí mismo y de los demás que se encuentran pobremente integrados y mantenidos aparte.
- Defensa primitiva, escisión, idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia, devaluación.

- Prueba de realidad gravemente deteriorada o se pierde.

Criterios estructurales adicionales útiles para diferenciar la organización límite de la personalidad de las neurosis, incluyen la presencia o ausencia de manifestaciones no específicas de debilidad del yo, particularmente tolerancia a la ansiedad, control de impulsos, capacidad de sublimación; y para fines de un diagnóstico diferencial de la esquizofrenia: la presencia o ausencia en la situación clínica del proceso del pensamiento primario.

El grado y calidad de integración del superyó son características estructurales adicionales importantes en cuanto pronóstico para diferenciar la organización neurótica y límite.

La **entrevista estructural** posee ese nombre debido a que busca destacar las características estructurales de los tres principales tipos de organización de la personalidad. Se centra fundamentalmente en los síntomas, conflictos o dificultades que presenta el paciente, y los modos particulares en que los refleja en la interacción del aquí y ahora con el entrevistador.

Para activar y diagnosticar las características estructurales de cada personalidad surge un tipo de entrevista que combina el examen tradicional del estado mental, con una entrevista orientada psicoanalíticamente que se centra en la interacción paciente-terapeuta y en la clarificación, confrontación e interpretación de los conflictos de identidad, mecanismos defensivos y distorsión de la realidad, que el paciente revela en esta interacción, particularmente al expresar estos elementos identificables de la transferencia.

A modo sintético se mencionará a continuación algunas definiciones para adentrarse en la entrevista:

CLARIFICACIÓN: consta de la exploración con el paciente de todos los elementos de la información que él ha proporcionado, que son vagos, poco claros, desconcertantes, contradictorios o incompletos. Pretende evocar material consciente y pre consciente sin imponer un reto al paciente.

CONFRONTACIÓN: presenta al paciente las áreas de información que parecen contradictorias o incongruentes. Significa señalarle al paciente aquellos aspectos de la interacción que parecen indicar la presencia de un funcionamiento conflictivo y, por implicación, la presencia de operaciones defensivas, representaciones contradictorias del sí mismo y de los objetos, y una reducida conciencia de realidad. Primero se busca llamar la atención del paciente hacia algo en la interacción de lo cuál el no ha estado consciente o lo ha tomado como natural, y que el entrevistador percibe inapropiado, contradictorio, confuso. Requiere con-juntar el material consciente y pre consciente que el paciente presentó separado. El entrevistador también propone la cuestión del posible significado de esta conducta para el funcionamiento actual del paciente. De este modo se explora la capacidad del paciente para mirar las cosas en forma diferente sin mayor regresión.

INTERPRETACIÓN: establece lazos entre el material consciente y preconscious y las funciones o motivaciones inconscientes del aquí y ahora asumidas bajo hipótesis. Explora los orígenes conflictivos de estados de disociación del yo (representaciones del sí-mismo dividido y de los objetos), la naturaleza y motivos para las operaciones defensivas activadas, y el abandono defensivo de la prueba de realidad. Se centra en las ansiedades subyacentes y en los conflictos activados. El entrevistador conecta las funciones actuales de una conducta específica con las ansiedades subyacentes, los motivos y conflictos del paciente.

TRANSFERENCIA: significa la presencia, en la interacción diagnóstica de una conducta inapropiada que refleja la reconstrucción de relaciones patológicas y conflictivas con los demás significantes en el pasado del paciente. Las relaciones transferenciales facilitan el contexto para interpretaciones que ligan el malestar del aquí y ahora con las experiencias del paciente en el allá y entonces.

PACIENTES LÍMITES

Los síntomas descriptivos de los pacientes límites son similares a los presentados en las neurosis sintomáticas ordinarias y de patología del carácter, pero la combinación de ciertos rasgos es peculiar en los casos límite. Los siguientes síntomas son particularmente importantes (Kernberg, 1975)

1. Ansiedad: es crónica, difusa, libre y flotante.
2. Neurosis polisintomáticas
 - Fobias múltiples, generalmente graves.
 - Síntomas obsesivos compulsivos, sintónicos con el yo y con tendencia a racionalizarlos
 - Síntomas múltiples de conversión, generalmente crónicos.
 - Reacciones disociativas, principalmente estados de ensoñación, fugas, amnesia con trastorno de conciencia.
 - Hipocondriasis, exagerada recuperación por la salud y temor crónico a enfermar. Se refiere no solo al cuerpo, sino también a la mente. Es común el temor a volverse locos.
3. Tendencias sexuales perversas polimorfas. Pacientes que presentan una desviación sexual manifiesta dentro de la cual coexisten varias tendencias perversas.

Estructura de personalidad pre psicótica, personalidad paranoide, esquizoide,

- Neurosis y adicciones por impulsos, formas de patología graves de carácter en que la erupción repetitiva crónica del impulso gratifica necesidades instintivas en una forma que es egosdistónica de los episodios empujados por el impulso, pero es egosintónica y en realidad muy agradable durante el episodio mismo. El alcoholismo, drogadicción, ciertas formas de obesidad psicogénica y la cleptomanía son ejemplos típicos.

- Trastornos del carácter de menor nivel

La personalidad límite conserva intacto los límites del yo y la prueba de realidad.

Las defensas que utiliza son las siguientes:

ESCISIÓN: Se utiliza para mantener la separación entre introyecciones e identificaciones de calidad opuesta. Es la división de los objetos externos en completamente buenos o completamente malos, con posibilidad concomitante de cambios completos, abruptos, de un objeto desde un comportamiento extremo, o sea virajes repentinos y completos de todos los sentimientos y concepciones sobre una persona particular. En la entrevista diagnóstica, los cambios repentinos en la percepción del entrevistador, en la del paciente de sí mismo o una separación completa de reacciones contradictorias al mismo tema pueden reflejar mecanismos de escisión en la interacción del aquí y ahora. También es indicativo del este mecanismo, un aumento de ansiedad en el paciente cuando se señalan aspectos contradictorios de su autoimagen o de sus representaciones objetales.

IDEALIZACIÓN PRIMITIVA: tendencia a ver los objetos como totalmente buenos para contar con su protección contra los objetos malos y asegurarse que no sean dañados, contaminados o destruidos. No hay verdadera estima sino protección contra los objetos peligrosos. Esta fusión con un objeto ideal desvanece los límites yoicos.

IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA. Fuertes tendencias a la proyección. El propósito es colocar afuera las principales imágenes de sí mismo agresivo y totalmente malo, aparición de objetos peligrosos y vengativos de los que busca protegerse. En el área de proyección de la agresión se debilitan los límites yoicos y necesitan controlar el objeto para impedir el ataque. La angustia persecutoria obliga al paciente a acentuar la idealización.

OMNIPOTENCIA Y DESVALORIZACIÓN. Los pacientes suelen alternar entre la necesidad de una relación que refleje su aferramiento.

COMO SE DEFINE LA PRUEBA DE REALIDAD

Se puede definir por la capacidad de diferenciar el sí-mismo del no-mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de la percepción y estímulos, y la capacidad para evaluar de una forma realista el contenido del propio afecto, conducta y pensamiento en términos de las normas sociales ordinarias.

COMO SE RECONOCE CLINICAMENTE LA PRUEBA DE REALIDAD

- Ausencia de alucinaciones y delirios.
- Un afecto o emoción, un contenido de pensamiento o una conducta fuertemente inapropiada o bizarras.
- Al interpretar las operaciones defensivas en la interacción paciente-entrevistador.

ACERCA DE LA INTEGRACIÓN DEL SUPER YO

Un superyó relativamente bien integrado aunque severo, caracteriza los tipos neuróticos de organización de la personalidad.

Las organizaciones límites y psicóticas reflejan deterioro en la integración del superyó y se caracterizan por precursores no integrados del sí mismo, representaciones primitiva de los objetos, sádicas e idealizadas.

COMO PUEDE EVALUARSE LA INTEGRACIÓN DEL SUPERYÓ

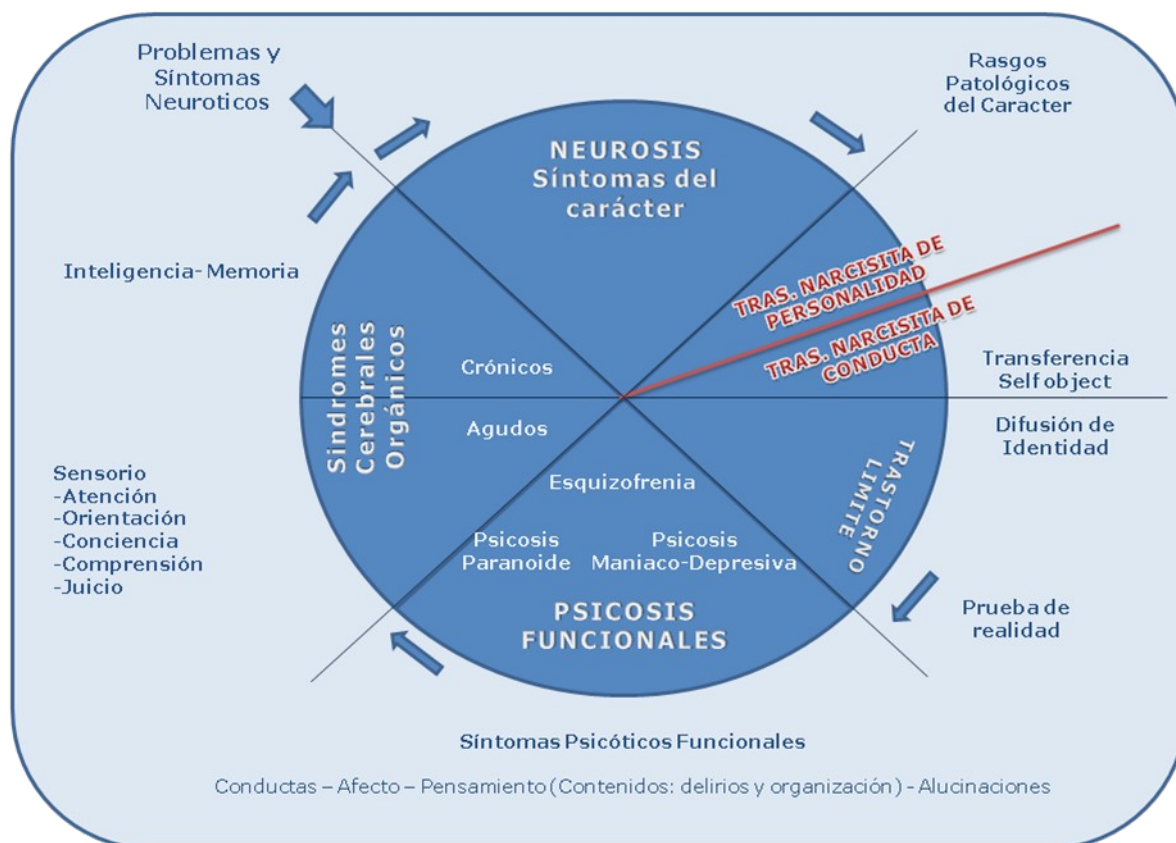
A través de la manifestación del paciente cuando puede identificarse con los valores éticos y tiene a la culpa normal como su regulador principal.

LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL. VA EN ENTREVISTA

La entrevista diagnóstica estructural, presenta un enfoque psicoanalítico sobre la interacción paciente-entrevistador con una técnica psicoanalítica para interpretar los puntos conflictivos y las operaciones defensivas de la interacción para destacar simultáneamente los síntomas de anclaje clásico de la psicopatología descriptiva y la estructura subyacente de la personalidad.

El entrevistador comienza por pedir al paciente un breve resumen de sus razones para venir a tratamiento, sus expectativas de éste, la naturaleza de sus síntomas predominantes, problemas o dificultades.

La sugerencia es seguir el interrogatorio inicial con una búsqueda sistemática explorando el ciclo de "síntomas de anclaje" de la psicopatología clave, indicada en la siguiente figura:



Terminada la exploración, el entrevistador se centra en los síntomas significativos que han surgido en el curso de la misma, explorándolos según aparezcan en la interacción del aquí y ahora de la entrevista, seguidos de clarificación, confrontación e interpretación tentativa, con atención cuidadosa sobre las reacciones del paciente a estas intervenciones. La capacidad del paciente para empatizar con el interrogatorio del entrevistador, para clarificar más los temas que se refieren a su identidad del yo, relaciones objetales, prueba de realidad y configuraciones actuales de defensa-impulso, da una indicación de su capacidad para la introspección. El diagnóstico estructural depende en gran medida de cómo maneje el paciente las clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones.

FASE INICIAL DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL

Una forma típica de iniciar la entrevista puede ser de la siguiente forma: **"Estoy interesado/a en oír que es lo que la/lo trajo aquí, cual es la naturaleza de sus dificultades o problemas, que espera del tratamiento y en qué punto se encuentra usted"**. Si la entrevista sucede en el contexto de una consulta de hospital o de una investigación, o si el entrevistador tiene información previa de otras fuentes: "he tenido oportunidad de saber algo de sus dificultades, pero estoy muy interesado/a en conocer de usted directamente como ve todo esto".

Este inicio permite al paciente hablar de sus síntomas y de las principales razones para venir a tratamiento, así como extenderse sobre la naturaleza de otras dificultades. Permite al entrevistador evaluar indirectamente la conciencia del paciente sobre su enfermedad y la necesidad de tratamiento, y

la naturaleza realista o no realista de sus expectativas sobre dicho tratamiento y reacciones a las recomendaciones de tratamiento sugeridas.

LA FASE MEDIA EN LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL

LA ORGANIZACIÓN NEURÓTICA DE LA PERSONALIDAD

Los paciente con neurosis sintomáticas y patología no límite del carácter, son aquellos que tienen la capacidad de responder en la fase inicial con un resumen adecuado de lo que lo trajo a tratamiento, de sus principales dificultades, que esperan del tratamiento y dónde se encuentran en este punto. Son capaces, cuando el entrevistador les solicita mayor información, de explayarse sobre sus síntomas presentes, desde cuanto hace que los padece, sus manifestaciones.

El área principal donde se centra el entrevistador en el perímetro del círculo de síntomas de anclaje, es la de los rasgos patológicos del carácter. a la culpa normal como su regulador principal Las preguntas ahora deberían centrarse sobre las dificultades del paciente para las relaciones interpersonales, para adaptarse al entorno, así como sus necesidades psicológicas percibidas internamente. " Me gustaría saber ahora, más de usted como persona, la forma en que se percibe a si mismo, la manera en que siente que los demás le perciben".

Una vez que el entrevistador ha podido contestar para si la pregunta que se refiere a la integración del autoconcepto, podrá pasar a explorar la integración del paciente de los conceptos de los demás significativos. "Me gustaría pedirle que me diga algo sobre las personas que son ahora las más importantes en su vida. ¿Podría decirme algo de ellas de modo que, dado nuestro tiempo limitado, pudiera yo formarme una clara impresión de ellas?. Los pacientes con organización límite y el correspondiente síndrome de difusión de identidad presentan típicamente una incapacidad para integrar las representaciones de los demás significantes con profundidad.

ORGANIZACIÓN LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Los pacientes con organización límite por lo general contaminan la información sobre el pasado con las dificultades actuales de la personalidad. Esto es más extremo en una enfermedad psicótica estructural.

Una exploración cuidadosa de la vida actual del paciente límite con énfasis en la difusión de identidad, la naturaleza de las relaciones objetales, la hace una fuente rica de datos para clarificar el tipo de gravedad de su patología. Esta información deberá ser complementada con una exhaustiva investigación de los síntomas neuróticos manifiestos en la actualidad.

Los pacientes con organización límite de la personalidad presentan difusión de la identidad, pero las personalidad narcisistas presentan un autoconcepto integrado, pero éste es patológico y grandioso.

Pero presenta con claridad una falta de integración del concepto de los demás significantes, y predominancia de operaciones defensivas primitivas como la omnipotencia y devaluación.

ORGANIZACIÓN PSICOTICA DE LA PERSONALIDAD

En un caso típico de enfermedad psicótica, la respuesta del paciente a la encuesta inicial puede ya indicar ausencia de prueba de realidad, y más aún, una gran incapacidad para responder de forma inteligible a las preguntas del entrevistador.

En el caso extremo de un paciente que se totalmente no responsivo a la encuesta inicial, el entrevistador deberá primero tratar de explorar con él si ha escuchado y entendido las preguntas. Si el paciente ha podido entrar caminando y en forma obvia se da cuenta y está alerta del entorno inmediato, este mutismo es probable que indique una enfermedad psicótica funcional más que un síndrome cerebral orgánico.

Si es evidente que el paciente muestra una perturbación grave en la conducta verbal o no verbal, pero no hay alteración del sensorio, memoria e inteligencia, entonces el entrevistador deberá retomar a las preguntas iniciales respecto de que lo tare a la consulta y demás.

Una vez que la pérdida de la prueba de realidad se ha confirmado, hay una ventaja en abandonar en forma temporal un enfoque confrontador y seguir la experiencia interna del paciente correspondiente a sus manifestaciones de conducta, y abrir el camino para un diagnóstico diferencial. Una vez que la clarificación y la confrontación discretas confirman la pérdida de prueba de realidad, los procesos de pensamiento del paciente, la distorsión de la realidad y la experiencia interna ya no se desafían

SÍNDROMES CEREBRALES ORGÁNICOS, AGUDOS Y CRÓNICO.

La incapacidad de un paciente para responder apropiadamente al grupo inicial de preguntas puede indicar alteración del sensorio (típico de un síndrome cerebral orgánico agudo) o un grave déficit de memoria e inteligencia (típico de un síndrome cerebral orgánico crónico).

La evaluación discreta del darse cuenta del paciente respecto de sus dificultades para entender las preguntas del entrevistador o la situación total de la entrevista, puede en forma gradual producir evidencia de desorientación, disminución de conciencia y dificultad difusa para entender conceptos-lo es típico de un síndrome cerebral orgánico agudo. En contraste, las respuestas altamente idiosincráticas, en las que coexisten la perplejidad y confusión con formulaciones extrañas pero organizadas, son más características de la esquizofrenia.

Si, y cuando, los déficits de memoria e inteligencia se confirman, el entrevistador puede en forma tentativa explorar con el paciente el grado al que se da cuenta de, o si preocupa por, sus dificultades para recordar o formular su pensamiento claramente y lo inquietante que es esto para él. Si el paciente

es incapaz de entender sus dificultades obvias o las niega con vehemencia una confrontación discreta puede comprobar las discrepancias entre lo que el diagnosticador observa y la reacción del paciente. Si esta confrontación aumenta la negación, puede asumir pérdida de la prueba de realidad respecto a tales déficit orgánicos, y el entrevistador puede confirmar un diagnóstico tentativo de demencia(o sea, un síndrome cerebral orgánico crónico con pérdida secundaria de la prueba de la realidad)

BIBLIOGRAFIA

KERNBERG, O. Trastornos Graves de la Personalidad". Editorial Manual Moreno. México. DF.1987

INDICADORES PSICOPATOLOGICOS

Breve síntesis de indicadores psicopatológicos en las distintas patologías a la hora realizar el análisis de las entrevistas y el diagnóstico.

HISTERIA

Deseo de agradar, angustia por desagradar. Le gusta seducir, atraer la atención de los demás. Plasticidad corporal. Lenguaje impresionista y muy expresivo. Tendencia a la exageración y teatralidad. Pensamiento fantástico. Tendencia a la ensoñación. Sugestionable e impresionable, puede presentar rápidos cambios de humor y "crisis de nervios". Afectivamente son inmaduros y lábiles. Tienden a establecer relaciones triangulares, o a manejarlas inadecuadamente en las mismas. Las relaciones interpersonales que establecen son dependientes y erotizadas.. El conflicto es intrapsíquico. Mecanismo de defensa predominante es la represión. Seducción y conversión. Las estructuras psíquicas (yo, ello, y superyó) están integradas y son diferenciables. Dificultades sexuales. Frigidez.

NEUROSIS FÓBICA

Miedos. Conductas de evitación y de tranquilización. Acompañantes contrafóbicos. Es. tado de alerta permanente. Fascinación por lo temido. Conductas de desafío. Rechazo al contacto. Conductas contrafóbicas. Angustia. El conflicto es intrapsíquico. Mecanismos de defensa predominantes: represión, desplazamiento, proyección, evitación. Las estructuras psíquicas están integradas y son diferenciables. Temores frente a la sexualidad y a la agresión. Evitación.

NEUROSIS OBSESIVA

Orden-desorden. Limpieza-no limpieza. Simetría. Detallismo. Puntillosidad. Meticulosidad. Prolijidad. Economía-desplifarro. Coleccionismo. Obstinación. Terquedad. Perseverancia. Temor al cambio de actividad. Duda. Verificaciones. Compulsiones.Rituales. Ceremoniales. Ambivalencia. Rigidez. Constricción emocional. Agresividad-sumisión. Crueldad-bondad. El conflicto es intrapsíquico. Mecanismos de defensa predominantes:

Represión, formación reactiva, Aislamiento, Desplazamiento, Racionalización. Las estructuras psíquicas están integradas y son diferenciables.

PARANOIDE

Exaltación. Desconfianza. Irascible. Razonador. Suspica. Se siente mal atendido. Reivindicador. Gruñón. Susceptible. Rencoroso. A veces frialdad afectiva. Estoico. Vengativo. Idealista. Poco realista. Fanático. Orgullosos. Vanidoso. Comete errores de juicio. Relativa inadaptación social. Puede presentar homosexualidad latente. Se siente observado. Perseguido. Mecanismo de defensa predominante: proyección.

PSICOPATÍA

Conductas antisociales. Problemas de índole legal. Perversos sexuales. Mitómanos. Toxicómanos. Alcohólicos. Inadaptados sociales. Delinquentes. Criminales. Estafadores. Presenta una alteración del yo: poca tolerancia a la frustración. Predominio de conductas basadas en el proceso primario, altamente impulsivas. Falla de la función anticipadora del pensamiento. Conductas anstisociales sin prever las consecuencias ni interesarse por ello. Estados emocionales intensos y lábiles. Incapaces de amar, instrumentan al otro en razón de su propio beneficio. Inconstante en la relación y falta de sinceridad. Es refractario al castigo. No puede aprender. Incapaz de sentir culpa, depresión y angustia. Falta de conciencia de enfermedad. Mecanismos de defensa predominantes: disociación. Desmentida. Negación. Omnipotencia. Proyección. Identificación Proyectiva.

Presenta alteraciones del superyó. No respeta leyes ni normas. Fuerte antagonismo frente a la autoridad con conductas imprevisibles, incontrolables e irresponsables. Siente recelo, sorpresa y resentimiento frente a la crítica y generalmente cambia de actitud para desconcertar al otro, pero no rectifica internamente.

FRONTERIZO (KERNBERG)

El superyó no está bien integrado. Generalmente presenta núcleos precursores del superyó, persecutorios y/o sádicos. El pronóstico puede ser favorable cuando el superyó presenta mayor integración y el paciente es capaz de mantener un vínculo más estable.

RASGOS NARCISISTAS (KOHUT)

Imagen de sí mismo valorizada. Desvalorizada. Sentimientos de grandiosidad. Exhibicionismo. Altanería. Sentimiento crónico de vacío y / o aburrimiento. Falta de entusiasmo y de iniciativa. Angustia acompañada de preocupaciones hipocondríacas sobre la salud física y psicológica. Falta de goce. Sentimiento crónico de insatisfacción persistente más allá de los logros reales.

Dificultades en las relaciones interpersonales. Amor propio exagerado. Necesidad de aprobación permanente. Marcada sensibilidad a los desaires. Escasa tolerancia a las dificultades, fracasos y postergaciones que pueden desencadenar rabietas y accesos de ira. Pérdida del sentido del humor. Dificultad para captar las propias necesidades y las necesidades de los demás.

MECANISMOS DE DEFENSA

Resumen: Lic Nicolasa Galeano

Los mecanismos de defensa constituyen operaciones de protección puestas en juegos por el yo para asegurar su propia seguridad. Tiene, pues un doble sentido la expresión "defensa del yo".

FORMACIÓN REACTIVA

Es un mecanismo precoz, pero frágil, que se desarrolla preferentemente durante el período de latencia en provecho de los valores antepuestos por los contextos históricos(1), sociales culturales y en detrimento de las necesidades pulsionales groseras, agresivas o sexuales directas, buscando a la vez la forma de drenarlas de manera indirecta.

FORMACIÓN SUSTITUTIVA

La representación del deseo inaceptable es reprimida en el inconsciente. En el plano del principio de placer existe una carencia que el yo intentará subsanar mediante una doble operación sutil y compensadora: aportar, por una parte, una satisfacción sustitutoria y, por otra, arreglarse para que esta representación consciente sustituta pueda evocar el placer prohibido, sin que ello parezca muy claramente, gracias al juego de asociación de ideas.

FORMACIÓN DE COMPROMISO

Es otra forma de las maneras de reaparición de lo reprimido, en una forma en que no podrá ser reconocido no por sustitución, sino por deformación. Este proceso pretende así unir en el compromiso y los deseos inconscientes prohibidos y las exigencias de los prohibidores.

REPRESIÓN

Conviene aclarar que la represión bajo su aspecto estrictamente funcional, es indispensable para la simplificación de nuestra vida corriente y no implica de entrada una presunción mórbida.

La represión puede ser definida como un proceso activo destinado a conservar fuera de la conciencia representaciones inaceptables. Se distinguen 3 niveles en los que actúa este mecanismo:

- Represión primaria: toda representación molesta automáticamente e inmediatamente es reprimida sin haber llegado a devenir consciente.
- Represión propiamente dicha.
- Retorno de lo reprimido: es un escape del proceso de represión

IDENTIFICACIÓN

No Es un mecanismo de defensa, sino una actividad del yo indispensable para su desarrollo. Pero si puede ser utilizada como mecanismo defensivo.

Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un rasgo de otro, y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de este. La teoría psicoanalítica supone que la personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones.

IDENTIFICACIÓN PRIMARIA: proceso previo a toda elección de objeto, primera manera como el yo distingue a un objeto.

IDENTIFICACIÓN SECUNDARIA: es toda identificación que ocurre luego de establecido cualquier modo de elección de objeto. Puede tener lugar durante la relación con el objeto (como en el amor) o como consecuencia de su abandono libidinal (ident edípica y post-edípica) o de su pérdida tanto en el duelo normal como patológico.

IDENTIFICACIÓN NARCISISTA O MELANCÓLICA

Modo de identificación secundaria a la pérdida de un objeto elegido narcisísticamente. Se produce por regresión de la relación de objeto al narcisismo.

IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA

Mecanismo de defensa primitivo, que se basa en la fantasía de proyección de partes del self en un objeto. Sus consecuencias son que el objeto pasa a ser identificado con la parte del self proyectado en él, o que el self se identifica con el objeto de su proyección.

IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA MASIVA O EXCESIVA

La masividad y el exceso se refiere: a) la cantidad de veces que la utiliza; b) al exceso en la creencia de su omnipotencia; c) el grado de fragmentación del aspecto del self proyectado; d) las partes del self que son afectadas.

ANULACIÓN

Proceso que consiste en deshacer lo que se ha hecho. Las representaciones que resultan molestas evocadas en los actos, pensamientos o conductas del sujeto son consideradas como inexistentes con

anterioridad. Para que eso se produzca, el sujeto pone en juego otros actos, pensamientos o conductas destinados a borrar mágicamente todo lo vinculado a las representaciones molestas.

Este mecanismo constituye un mecanismo muy regresivo, actúa cuando los procesos mentales más clásicos no bastan; la anulación actúa sobre la realidad misma, ya que la temporalidad, elemento importante de lo real, está negada y alterada.

NEGACIÓN

Percepciones internas o ideas intolerables que el sujeto no quiere dejar llegar a su conciencia. Si una situación es demasiado intensa para poder manejarla, simplemente nos negamos a experimentarla

Por ejemplo: "Cuando alguien dice: "No sé a quien puede representar esta persona de mi sueño; seguramente no es mi madre" quiere decir, "sé que es mi madre pero, todavía, estoy condiciones de negarlo".

RENEGACIÓN

El sujeto se niega a reconocer la realidad de una percepción negativa. Es un mecanismo actuante esencialmente en la psicosis y en las perversiones.

AISLAMIENTO

Este mecanismo consiste en separar la representación molesta de su afecto. El aislamiento se pone en marcha cuando la represión no fue suficiente, por ejemplo en una neurosis obsesiva.

DESPLAZAMIENTO

La mente redirige algunas emociones de un objeto y/ o representación psíquica que se percibe como peligroso o inaceptable a uno aceptable. Actúa habitualmente en las fobias, ante el fracaso de la represión. Igual sucede en los sueños.

CONDENSACIÓN

Consiste en que el acento, el interés, la intensidad de una representación que puede desprenderse de ésta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensas, aunque ligadas a la primera por una cadena asociativa.

PROYECCIÓN

Es un mecanismo a través del cual el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos, pensamientos propios, que le resultan inaceptables. Consiste en volcar hacia fuera deseos, sentimientos que producen ansiedad, dirigiéndolos hacia algo o alguien a quien se los atribuye totalmente.

RACIONALIZACIÓN

Sería aplicable a una teoría falsa para desconocer a otra verdadera que queda de este modo encubierta. Es una mentira llena de afecto.

INTELECTUALIZACIÓN

Sería aplicable a una teoría verdadera pero desprovista de su componente de afecto. Sería una verdad desafectivizada.

INTROYECCIÓN

Las amenazas internas se internalizan, pudiendo neutralizarlas o aliviarlas. De manera similar, la introyección de un objeto o sujeto amado reduce la ansiedad que produce el alejamiento o las tensiones que causa la ambivalencia hacia el objeto. Se considera un mecanismo inmaduro.

BIBLIOGRAFIA

FICHAS DE CÁTEDRAS

BATERIA DE TEST

Resumen: Lic Galeano Nicolasa

Elección de la batería de tests, armado y test propiamente dicho

Tanto para el estudio de grado o postgrado o para el ámbito profesional cualquiera sea su desarrollo, no hay un único modelo de batería, porque no existen dos individuos que sean iguales. Si puede tomarse como referencia o modelo ciertos pasos y tests que deben incluirse.

Antes del armado de la batería el profesional deberá tener en cuenta los siguientes puntos:

- Si la persona llega a la consulta por motus propio o es derivada con un pedido por alguien.
 - La edad de la persona que consulta, el nivel sociocultural, alguna discapacidad
 - La personalidad a investigar.
 - La etapa vital que se encuentra atravesando el sujeto.
1. Si la consulta llega de forma directa al profesional, es el mismo quien decide que batería va a armar de acuerdo a su juicio clínico y criterio profesional. Si el pedido es realizado por otro profesional es necesario pedir que exprese claramente el motivo por el que pide el psicodiagnóstico.
 2. La edad es importante ya que no todos los tests son para todas las edades, varía la administración y la interpretación si hay cocientes que estudiar. Es necesario tener en cuenta el nivel sociocultural ya que las pruebas que presentemos deben incluir material medianamente familiar para el sujeto. También es necesario saber si la persona posee alguna incapacidad física (problemas de vista, sordera, debilidad mental).
 3. Si hay que investigar organicidad es indudable que no se puede dejar de tomar un BENDER, si debo tener en cuenta para un informe pericial la simulación no puedo dejar de tomar pruebas específicas para ello y un ROSCHAHCH(sc), Y así es necesario observar lo que debo descartar o encontrar.
 4. Tienen que ver con el momento evolutivo por el que pasa la persona, crisis vitales de la vida, si está pasando por un duelo no conviene tomar un desiderativo.

Existe una amplia variabilidad, tanto en el grado de estructuración de tales procedimientos de recogida de información, como en las formas de codificación e interpretación de los datos aportados. Es por ello, que en cada caso, el evaluador ha de tener en cuenta las ventajas e inconvenientes de un extenso abanico de técnicas disponibles, considerando su adecuación a las particularidades y objetivos.

Durante mucho tiempo, y también en la actualidad, se creyó y se cree incorrectamente en el proceso diagnóstico como la mera aplicación de tests. Debe considerarse a los tests como una parte de dicho proceso, importante en muchos casos ,innecesarios en otros. Los test se emplean habitualmente como ayuda técnica para tomar decisiones o buscar soluciones a una amplia variedad de problemas prácticos y, además, cumplen importantes funciones en la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

OCAMPO Y ARZENO, Las técnicas proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico. ED Nueva Visión.1974

TEST DE BENDER

Resumen: Lic Nicolasa Galeano

Historia del Test

Ha sido, el test perceptivo-motor empleado con mayor frecuencia, sobre todo por su facilidad de aplicación. Es aplicable desde los 5 años hasta la edad adulta. El sistema de puntuación original creado por la autora, L. Bender en 1943 fue sustituido por Koppitz(1964-1975) y por Hutt(1977). En estos dos últimos casos se va registrando el número y tipo de errores cometidos, agrupándolos en las siguientes categorías:

- Distorsión de la forma
- Perseveración
- Fallos de la integración
- Rotación de las figuras.

M. Koppitz ofrece otro sistema de puntuación para aspectos de ejecución que señalan problemas emocionales versus orgánicos, que presenta su mayor capacidad discriminativa en niños de 5 a 11 años.

Lauretta Bender aprovecha las experiencias realizadas por Rappaport sobre el pensar conceptual y la estructura de la emoción y de la memoria. Define la función gúestáltica como aquella función del organismo integrado, por la cuál éste responde a una constelación de estímulos dada como un todo, siendo la respuesta misma, una constelación, un patrón, "una gestalt".

El test de Bender sirve para determinar el nivel de madurez en niños deficientes mentales. Su función gúestáltica visomotora es fundamental, está asociada a la capacidad de lenguaje y a diversas funciones de la inteligencia: como la percepción visual, la memoria, la habilidad motora manual, los conceptos temporoespaciales y la capacidad de integración. De ahí que midiendo en el sujeto el nivel de maduración de la función gúestáltica, se puede medir el nivel de maduración.

Dado que las funciones anteriormente citadas están en estrecha relación con el sistema nervioso, es fácil comprender por qué en la actualidad, es el test de Bender el más indicado para detectar lesiones cerebrales, disritmias y síndromes orgánicos en general.

Este test también es utilizado en la clínica para detectar esquizofrenia, debilidad mental infantil, demencias, retrasos globales de maduración, incapacidades verbales, alcoholismo, tumores, epilepsias

ADMINISTRACIÓN: Se le entrega una hoja al sujeto y el lápiz (la goma no de entrada ni se exhibe siguiendo las indicaciones generales para los tests gráficos) y se dice:

CONSIGNA: (Es aplicable a niños y adultos)

“Le voy a mostrar nueve dibujos sencillos, cópielos lo mejor que pueda, tratando que los 9 dibujos entren en una hoja. A medida que se los muestro usted los va copiando”

Una vez que se finaliza con la consigna siempre se debe preguntar al entrevistado si ha comprendido en su totalidad la misma, recién dado el consentimiento de la persona puede iniciarse la toma de la prueba, esto es para evitar posibles sesgos en la toma y futuro análisis del test.

El entrevistador tendrá sobre la mesa las tarjetas ordenadas según su reverso de la A hasta la 8. Tomará la tarjeta A y la colocará en la posición correcta según la ubicación del entrevistado, por encima del margen superior de la hoja en la que él mismo dibujará, y un poco desviada hacia la izquierda del sujeto (si este es diestro), o hacia la derecha del mismo (si es zurdo). De este modo se le facilita la copia, en que su propia mano al dibujar obstruya la visión del modelo.

Frente a cualquier pregunta del sujeto se repite la consigna, sin cambiar palabras, o se responde “como usted prefiera”. Si pregunta si debe contar los puntos o si debe dibujar del mismo tamaño que los modelos se responde: “como usted prefiera”. Si el sujeto modifica la posición de las tarjetas o de la hoja en una o varias oportunidades al dibujar, se lo deja en total libertad de hacerle, y toda su conducta se anota cuidadosamente, como así sus verbalizaciones y gesticulaciones.

Si el sujeto tiende a dibujar cada figura en una hoja distinta, o pide más hojas para terminar porque no le alcanza la dada, a pesar de haber comprendido la consigna, se le deja hacer en libertad sin interrumpir la tarea y sin repetir en este caso la consigna. Si el sujeto quiere seguir dibujando los modelos que le faltan en el reverso de la hoja, se le ofrece otra para que complete el resto. Esto evita que la presión del lápiz de uno y otro de la hoja, pueda dificultar el estudio del grafismo. Si el entrevistado dijera Ud me dijo nueve dibujos y esta tarjeta dice 8, o cualquier (cantidad total e dibujos y numeración de las tarjetas) se les aclara muy brevemente que la primera figura es llamada A y las restantes 1 a 8.

Se toma el tiempo total de la prueba, desde la exhibición del dibujo A hasta la finalización de la copia del dibujo 8. Este tiempo debe anotarse con letra pequeña en el margen superior derecho de la hoja (P Ej: TT 7'30"). Si hubiera una modificación significativa del tiempo de reacción de algún dibujo en especial conviene anotarlo, como así también todo comentario y/o conducta especial del sujeto. También debe tomarse nota precisa de las respuestas que en cada caso hace el entrevistador.

El análisis del test se realizará teniendo en cuenta los siguientes aspectos principales en la reproducción de las gestalten.

- Disposición de los dibujos
- Alteración del tamaño
- Alteración de la forma
- Deformaciones o distorsiones groseras
- Dibujo
- Movimiento
- Método de trabajo.

DISPOSICIÓN: está compuesta por la secuencia o sucesión, posición del primer dibujo, posición general de los dibujos, uso del espacio, uso del margen, variación en la posición del papel, variación en la posición de la tarjeta.

- **Secuencia o sucesión:** grado de regularidad con el sujeto realiza las colocaciones de los dibujos. Lo esperado es de izquierda a derecha, de arriba hacia abajo. Puede ser metódica, ordenada, irregular, confusa.
- **Posición del primer dibujo:** está en relación con la actitud del sujeto a relaciones nuevas, o el medio ambiente en general. Se puede ubicar el dibujo en el centro de la hoja ligeramente por debajo del margen superior, en el rincón izquierdo superior, en el centro de la página, pudiendo estar acompañado con macrografía.
- **Posición general de los dibujos:** hay una relación entre las posiciones generales de los dibujos y las conductas defensivas que el yo aporta, en situaciones nuevas. Puede presentarse figuras colgadas de los extremos aglutinación de los dibujos en los ángulos de papel, figura 1 y 8 colocadas arbitrariamente alrededor de la tarjeta A, cada figura separada de la otra por líneas que la encierran, ubicar los dibujos en la mitad superior de la hoja dejando libre el resto, usar una hoja para cada dibujo.
- **Uso del espacio:** revela las formas de percibir el mundo y la capacidad para expresar o reprimir la propia hostilidad. Excesivo espacio entre los dibujos, poco espacio entre los dibujos, mucho espacio entre los dibujos y figuras pequeñas, tendencia a reducir el tamaño de las figuras, a superponerse, choque o cohesión.
- **Uso de los márgenes:** se refiere a cualquier figura a menos de 1 cm de los bordes de la hoja. Dibujo ubicado a lo largo del margen del papel, dividir la hoja por medio de una línea vertical y colocar los dibujos en el margen izquierdo y junto a la línea divisora.
- **Giro o variación del papel:** de 90°, de 180°.
- **Giro de la tarjeta:** se refiere al cambio de posición de la tarjeta estímulo de su posición original.

ALTERACIONES DEL TAMAÑO: se considera que el tamaño del dibujo está aumentado o disminuido cuando sus ejes horizontales o verticales son mayores en la mitad o más que el eje de las figuras modelo.

- Aumento del tamaño de 5 o más figuras
- Disminución en 5 o más figuras.
- Aumentos y disminución progresivos del tamaño, o por lo menos una figura excesivamente grande o pequeña.
- Aumento o disminución del tamaño de un dibujo particular o de partes de un dibujo.
- Aumento en el plano vertical
- Aumento en el plano lateral

ALTERACIONES DE LA FORMA:

- Dificultad en el cierre de las figuras
- Dificultad del entrecruzamiento
- Cambios en la curvatura
- Cambios en la angulación

DISTORCIONES GORSERAS:

En general la aparición de uno o más de ellos en un protocolo nos debe alertar acerca de una probable severa perturbación. Las distorsiones severas son:

- Rotación perceptiva: rotación del eje mayor de la figura, estando tarjeta y hoja en posición correcta.
- Retrogresión, primitivización o sobresimplificación: sustituir el estímulo por una gestalt primitiva.
- Simplificación o concreción: la gestalt es reemplazada por una forma distinta, aparentemente más completa
- Fragmentación: se rompe la gestalt y se reproduce sólo una parte, los dibujos son incompletos, las partes del todo se dan disociadas.
- Superposición: se refiere a la superposición de los dibujos de una misma tarjeta entre sí.
- Garabateo y elaboración: el estímulo le sirve al sujeto de resorte para volcar sus preocupaciones y necesidades. Pueden aparecer también las figuras formando un conglomerado.
- Concretización: surge de la necesidad de manejar la gestalt a un nivel concreto y adjudicarle un sentido específico.
- Perseveración: es la repetición del estímulo. Hay dos formas perceptual y motora.
- **Desplazamiento:** se da cuando hay diversas partes de la figura aparecen relacionadas de una manera desviada.
- **Repaso o fallo total:** es el fracaso ante la realización de una tarjeta, el sujeto no borra sino que tacha.

DIBUJO: se refiere al tipo de líneas utilizadas, intensidad y continuidad de las mismas.

- Miscelánea
- Espigas o spikes.
- Incoordinación motora
- Calidad de la línea, tipo de línea, pesada, débil, sin control

MOVIMIENTOS: Pueden ser hacia o en contra de las agujas del reloj. Lo correcto es seguir la dirección opuesta a las agujas del reloj, en las figuras cerradas.

MÉTODO DE TRABAJO: hace referencia al tipo de pautas de conducta que se mantiene a lo largo de la prueba.

- **Detallismo:** preocupación del sujeto por alguna parte del dibujo que no es precisamente la más difícil.
- **Impulsividad:** dibujo muy rápido sin planeamiento ni autocrítica.
- **Utilización de líneas para encerrar los dibujos** en general se acompaña de microscopía
- **Ejecuciones demasiado perfectas**

INDICADORES DE BENDER EN EL TRASTORNO NARCISISTAS

- "ORDEN PROPIO" (combinación de la distribución y secuencia) Tratamiento especial de la figura "A" en relación con las otras figuras.
- Distribución a pares.
- Figura 4 como central(o alguna otra figura)
- Tonalidad del protocolo.

BIBLIOGRAFIA

BENDER, LAURETTA. Test gestáltico Visomotor

GAY DE WOJTUŃ, Cristina. Nuevas aportaciones clínicas al test de Bender. Ed. EUDEBA 1979

RODRIGUEZ AMENÁBAR Valentina. GUÍA PRÁCTICA PARA LA RESOLUCIÓN DE CASOS: administración, análisis y presentación de los TP. en diagnóstico psicológico de adultos

RODRIGUEZ AMENÁBAR Valentina y Colbs. Narcisismo Normal y patológico en la Integración Diagnóstica. Ed Autores.1998.

FIGURA HUMANA

Variación del procedimiento básico siguiendo la tesis de Sydney Levy, y estudios inéditos de la Prof. Guida Cágel y de la Prof. Valentina C.P. de Rodríguez Amenábar

Resumen: Lic Nicolasa Galeano

CONSIGNA

La consigna de este test presenta varias partes que deben seguir una secuencia estricta:

- Se le entrega al sujeto lápiz y una hoja tamaño A4 que puede tomar en posición horizontal o vertical (no se le da indicación especial al respecto) y se dice: "Dibuje una figura humana". Ante cualquier pregunta se responde: "como usted prefiera". Si el sujeto dibuja o sólo la cabeza se anota al margen superior derecho de la hoja(nº1), una vez que se le ha retirado la hoja.
- Se le ofrece al sujeto otra hoja y se le dice: si es un hombre" Dibuja ahora tres figuras, dos de sexo masculino y una de sexo femenino".
- Si el sujeto es una mujer "Dibuje ahora tres figuras, dos de sexo femenino y una de sexo masculino". Como siempre ante cualquier pregunta se responde "como usted prefiera".
- Una vez dibujadas las tres personas se le dice al sujeto" por favor póngale a cada figura un nombre cualquiera" y luego "póngale a cada figura una edad cualquiera".
- Una vez colocado el nombre y edad se le da otra hoja y se le dice: "ahora escriba usted en esta hoja una historia sobre estas tres personas". Tiene tres minutos de tiempo. Es importante que el dibujo de las tres personas permanezca exhibido frente al sujeto. El tiempo es en realidad elástico y si el sujeto excede en pocos minutos no se le interrumpe no se le hace notar. Sólo se menciona de entrada para dar un margen relativamente corto y el sujeto tienda así a escribir lo primero que se le ocurre. Si el entrevistado se extiende mucho en el tiempo (más de 5')se le indica que ha concluido el tiempo. Si el entrevistado no escribe e insiste que no se le ocurre nada, insistirle manteniendo siempre un clima cordial y cómodo, o si es necesario sugerirle algo así como "piense quienes pueden ser o que pueden estar haciendo y se toma nota de la sugerencia. Al comenzar a escribir la historia puede ocurrir que el entrevistado pida cambiar nombres o edades de los dibujos. En este caso se le pide que no borre los que ya puso sino que los ponga entre paréntesis y que agregue debajo los nuevos nombres o edades que se le ocurrieron. Si esto ocurriera en algún momento anterior del test se procede del modo recién indicado. Si el sujeto pregunta si la historia debe ser de los tres personajes juntos o separado se le dice "como Ud quiera". Terminada la historia se le indica al sujeto que le ponga un título y lo escriba debajo del relato. Se retiran todas las hojas y el lápiz.

- Se toma la figura 1 y se le entrega al sujeto para que la vea y se le dice: "voy a hacerle algunas preguntas sobre este dibujo, Ud me responde y yo tomo nota (evitar que el sujeto escriba o dibuje en esta parte del test, por eso debe retirarse el lápiz). Cuestionario a realizar: a) Como se llama esta figura, b)cuántos años tiene, c) que hace, d) que piensa, e)que aspiraciones tiene, f)le recuerda a alguien que usted conoce.

Satisfecho el cuestionario con la figura 1 se le retira y se presenta la figura 2 y se hacen las mismas preguntas. Con este paso concluye el test.

PAUTAS PARA EL ANÁLISIS DE LOS GRÁFICOS

Debe observarse tanto los aspectos formales como los de contenido

SECUENCIA: es el tratamiento que el examinado efectúa con la calidad de la línea. La secuencia mas desviada es la del dibujo de la figura humana en el que primero se dibujaron los pies, luego al cabeza. Esto resulta una perturbación del pensamiento que si no se hubiese seguido la secuencia no podría advertirse.

Puede ofrecer indicios sobre el impulso o energía de la persona, y facilitar datos que permitan apreciar el control que ella ejerce sobre dichos impulsos.

TAMAÑO: contiene indicios acerca del realismo de la autoestima del examinado, de su autoexpansividad característica, o bien de sus fantasías de omnipotencia. Los dibujos pequeños corresponden a personas con sentimientos de inadecuación y quizás con tendencia al retraimiento. En cambio los dibujos demasiados grandes que tienden a presionar los bordes de la página, denotan sentimientos de constricción ambiental acompañados de acciones o fantasías sobrecompensatorias concomitantes. Está comprobado que individuos que dibujan figuras excesivamente grandes poseen dentro de sí una fuerte tendencia agresiva.

Observar: cuanto ocupa el dibujo en la hoja, superficie grande, pequeña o normal.

PRESIÓN: la presión del lápiz sobre el papel es un indicador del nivel energético del individuo.

Observar: si es débil, inestable, entrecortada, firme, etc.

TRAZO: está relacionado en como el sujeto muestra en el papel el recorrido que realiza la línea, trazos largos, cortos, entrecortados. El borrar de un modo excesivo constituye un correlato gráfico de:

- La incertidumbre y la indecisión.

Lo esperable es que los dibujos presenten un buen ajuste, líneas que fluyan libremente, de forma decidida y controladas.

DETALLES: La ausencia de detalles adecuados transmite una sensación de vacío y reducción energética. Los detalles excesivos son característicos de personas obsesivas-compulsivas.

SIMETRÍA: Los dibujos con falta de la simetría, denotarían inadecuación de los sentimientos de seguridad en la vida emocional.

EMPLAZAMIENTO: Teniendo en cuenta el plano horizontal

Zona media de la hoja, manifiestan una conducta más emotiva, autodirigida y centrada. Centrar los elementos gráficos indica alta seguridad.

Los dibujos que se encuentran más descentrados, además de las características propias de hacia qué sector se dirijan, poseen características más dependientes e incontroladas.

Sector derecho: cuanto más hacia la derecha esté el gráfico, es más probable que el sujeto tenga un comportamiento más estable y controlado, postergando la satisfacción de sus necesidades, impulsos, y prefiera las satisfacciones intelectuales por sobre las emocionales.

Sector izquierdo: cuanto más hacia la izquierda se encuentre el dibujo, mayor es la probabilidad que el sujeto tienda a comportarse impulsivamente y busque la satisfacción inmediata de sus necesidades e impulsos.

EMPLAZAMIENTO EN EL PLANO VERTICAL

Arriba del punto medio de la hoja: es más probable:

- Que la persona sienta que realiza un gran esfuerzo, que su meta es casi inalcanzable.
- Que busque satisfacciones en las fantasías y no en la realidad.
- Que se mantenga distante y medianamente inaccesible.

Abajo del punto medio de la hoja: es más probable:

- La persona puede sentirse insegura e inadaptable y que ese sentimiento le produzca un estado de depresión anímica.
- Que se encuentre ligada a la realidad u orientada hacia lo concreto.

Las figuras que se unen al borde del papel revelan necesidad de sostén, temor a la acción independiente y falta de seguridad.

MOVIMIENTO: Dinamismo espontáneo que muestren las figuras

DIBUJO DE CADA PERSONA: observar si posee todas las partes, cabeza, cara, pelo, cuello, torso, brazos, manos, dedos, piernas, pies, vestimenta, etc. Si hay sombreados, omisiones, mutilaciones.

ANÁLISIS DE LA PAREJA

Composición de la las tres figuras: edad y sexo de los miembros. Adecuadas a la edad del examinado, regresiva, precoz. Hay buena diferenciación d e los sexos?

Naturaleza del vínculo: sexual, materno –filial, paterno filial, fraterno, profesional, etc.

Imagen de sí y del otro. Distribución de roles.

Contacto y comunicación, distancia interpersonal, hay comunicación, no. Aquí se verán los canales de comunicación (manos, rostros, pies)

Eje del dibujo: Si las figuras comparten o no un eje horizontal.

Relato de la historia. Demasiado breves, largas, si hay concatenación de los hechos que pueden guardar una relación temporo-espacial adecuada y provocan un enlace lógico a las distintas vicisitudes del relato.

Título de la historia. Primero se puede tener en cuenta la actitud con que el sujeto acepta esta parte de la tarea. Permitirá al sujeto hacer resaltar las características más significativas del vínculo. Cuando no es una simple reiteración de una fase de la historia o la repetición de los nombres asignados, refleja una mayor creatividad y poder de integración a nivel yoico.

BIBLIOGRAFIA

HAMMER. EMANUEL. “Tests Proyectivos Gráficos”. Paidós.

RODRIGUEZ AMENÁBAR Valentina. GUÍA PRÁCTICA PARA LA RESOLUCIÓN DE CASOS: administración, análisis y presentación de los TP. en diagnóstico psicológico de adultos

TEST DEL DIBUJO EN OCHO PAPELES DE CALIGOR 8-CRT

Resumen: Lic. Andrea Gutierrez

INTRODUCCIÓN

Leopold Caligor investigo que pasaría si tras proceder a un esquema de dibujo rígido se le diera a una persona la posibilidad de transformarlo, es decir de insertarse en un medio ambiente que el construyera, si pudiera caminar, que haría, variaría su posición o sostendría la que tenía, etc. Es así como en 1947 comienza a trabajar sobre un método que le permitiera conocer y evaluar estos interrogantes. Este consistiría en la administración no de un solo dibujo sino de varios. En donde el sujeto tenía la posibilidad de agregar, modificar sustraer elementos o no, dejar como esta, incluyendo en forma implícita la variación del sexo de la figura.. Esto lo hacía sobre siete hojas transparentes que se iban sumando a la hoja original, lo cual dejaba un total de 8 dibujos que desde la consigna se irán relacionado entre si.

L. Caligor quería profundizar la idea de Schilder que sostenía que detrás de todo dibujo siempre había esquemas gráficos de base que podían observarse y describirse.

Para Schilder Paul, el esquema corporal es la imagen tridimensional que todo mundo tiene de si-mismo. Y agrega "... podemos llamar esta imagen, imagen corporal". Este autor especifica que dicho término hace referencia a la apariencia propia, incluyendo sensaciones, percepciones de sentimientos e imágenes mentales. Además considera que almacena impresiones pasadas.

"El patrón de imagen corporal consiste en los procesos que construye y elabora ayudados por las sensaciones y la percepción: pero los procesos emocionales son la fuerza y fuente de energía de esos procesos constructivos, a los cuales guía" (Schilder, 1945: 63)

Dibujo de la figura humana vehiculiza especialmente aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su autoconcepto y a su imagen corporal.

De esta forma el dibujo de una persona al envolver la proyección de la imagen de un cuerpo, ofrece un medio natural de expresión de las necesidades y conflictos del cuerpo de uno.

Cada vez que un sujeto grafica una persona, en el mismo proyecta su propio Yo donde confluye:

- Experiencias personales y sus representaciones psíquicas,
- Imágenes de estereotipo social y cultural que tienen un mayor o menor peso para el sujeto.
- Aceptación o no de su etapa vital

- Identificación y asunción del propio sexo.
- El grado de estabilidad y dominio de sí mismo.
- La figura graficada debe asemejarse en sus atributos e imagen al sujeto mismo, es como que ante ella deberíamos poder decir, es igual a el/ella.

PROPOSITO DE LAS TECNICAS DE CALIGOR

Las ocho modificaciones del examinado constituyen un intento de sondear capas más profundas de la personalidad. A medida que vamos siguiendo al examinado, a través de sus reproducciones graficas, desde la superficie hasta la profundidad del núcleo de su imagen, surge el retrato del concepto de sí-mismo.

Como final de la utilidad del test del dibujo 8CRT, se presenta el primer dibujo y el ultimo que realiza el paciente. Veremos entonces que a menudo en este test el primer dibujo insinúa lo que el ultimo revela con absoluta claridad lo que el sujeto quiere comunicar sobre sí-mismo y su imagen corporal.

El 8CRT es una técnica que se vale de la repetición gráfica para penetrar en la estructura de la personalidad mas profunda. También puede producir una captación simplemente lateral, revelando estructuras que no son más profundas que las anteriores sino que corren en una dirección horizontal a ellas, por ejemplo, persistentes necesidad de identificaciones importantes, manifestaciones de hechos significativos y traumáticos para el sujeto, etc.

ADMINISTRACIÓN

En la técnica de Caligor del dibujo de las ocho figuras se requiere que el examinado realice una serie de ocho dibujos de la figura humana, cada uno de los cuales se basa en el anterior, que permanece visible a través de una hoja de papel de calcar. De este modo el examinado ve el primer dibujo que realizo que realizó a través de la hoja de papel en que dibuja la segunda figura. Luego ve ésta a través de la siguiente hoja, que se coloca para realización de la tercera y así sucesivamente. Su administración es individual ya que permite observar la conducta del sujeto cuando dibuja y escribir los comentarios que realiza el mismo frente a la consigna

MATERIAL DEL 8CRT

- Papel blanco: papel blanco tamaño preferencial A4. El papel debe estar ubicado al alcance del brazo del examinado, de modo que pueda seleccionar la hoja y colocarla en la posición que prefiera.
- Papel de calcar o transparentes: 7 hojas transparentes de tamaño similar al papel blanco.
- Lápiz negro: como cualquier técnica grafica, N°2

CONSIGNAS

La consigna que antecede a la sucesión de modificaciones es como el DFH: **“Por favor, dibuje una persona”**

Una vez que el evaluado completo su dibujo se desenrolla la hoja transparente, se la extiende sobre el dibujo que realizó el evaluado (dibujo 1) para que este visualice el que realizó, y se le da esta consigna: “Cámbielo del modo que quiera. Solamente deberá/s hacer otra vez el dibujo de una persona entera”. Esta consigna se aplicará desde el dibujo 2 hasta el 8.

Lo importante es que en cada caso siempre solo se vea el último dibujo que realizó para ello se coloca debajo de los anteriores una cartulina blanca ó papel blanco, es decir, cuando el sujeto está realizando el dibujo 3, tendrá el 2 visible y así sucesivamente.

Tiempo promedio: 15 a 25 min.

REQUISITO O CONDICIÓN PARA ADMINISTRAR LA TÉCNICA

Aplicación de la técnica a partir de los 11 años de edad.

De acuerdo a la experiencia de varios especialistas de técnicas gráficas quienes afirman que, no vale la pena el tiempo y el esfuerzo que implica la administración del 8CRT, con pacientes o examinados a quienes no les gusta el dibujo. Esto está basado en dos tópicos: Primero que la tarea requiere el dibujo de ocho figuras, sumadas a las otras técnicas proyectivas gráficas sólo sirve para irritar al examinado y en consecuencia, para entorpecer el rapport. Sin embargo, segundo, en que cuando se aplica a personas amantes del dibujo puede resultar una técnica diagnóstica más valiosa de todas las baterías proyectivas gráficas. Ya que las personas con capacidad artística frecuentemente revelan más de ellos mismos en los dibujos que las personas que carecen de esa capacidad.

BIBLIOGRAFÍA

CALIGOR, L. “NUEVA INTERPRETACIÓN PSICOLÓGICA DE DIBUJOS DE LA FIGURA HUMANA

TEST HOUSE-TREE-PERSON (TEST DE CASA-ARBOL-PERSONA)

Resumen: Lic Nicolasa Galeano

El interés del clínico en los dibujos de la casa, del árbol y de la persona, consiste en la posibilidad de observar la imagen interna que el examinado tiene de sí mismo y de su ambiente; que cosas considera importantes, cuáles destaca y cuáles desecha.

Como todo test gráfico se le entrega a la persona una hoja de tamaño A4, lápiz N° 2 y no se entrega goma de entrada.

CONSIGNA

- Se le da al sujeto una hoja en forma horizontal y se le dice “**Dibuje una casa cualquiera**”
- Se le da una hoja en posición vertical y se le dice: **Dibuje un árbol cualquiera**”.
- Se da la otra hoja en posición vertical y se le dice: **Dibuje una persona cualquiera**”

Ante cualquier pregunta del sujeto siempre se responde “como usted prefiera” y se le deja dibujar en entera libertad, tomando nota de todos los comentarios, gestos, conducta general, etc que presente, como así también las respuestas exactas o actitudes que debe tomar en cada caso el entrevistador.

CUESTIONARIO EN EL HTP

Persona

- Que sexo posee
- ¿Cuántos años tiene?
- ¿qué hace?
- ¿Dónde está?
- ¿Qué piensa?
- Como se siente?

ÁRBOL:

- Qué clase de árbol es.
- Edad aproximada. viejo-joven
- Si está vivo, si es así que cosas posee el árbol que le da la impresión de vivo, si alguna parte del árbol está muerta, está solo en un grupo de árboles, se encuentra lejos de la casa.

CASA:

- Cuantos piso tiene.
- De que material está hecha
- Mientras la dibujaba pensaba en algo. En que pensaba.

- Si la casa fuera suya y Usted pudiera hacerle lo que quisiera cual sería su habitación?
- La habita alguien, quienes.

INDICADORES A SEGUIR A LA HORA DE INTERPRETAR EL HTP.

CASA:

- Techo (si es de teja, si hay tejas caídas, grande, pequeño, que sobrepasa las paredes)
- Paredes (fuertes, débiles, finitas, gruesas)
- Puertas (cuantas hay, si es pequeña, grande, si se la ubica en la línea de base)
- Ventanas (Si presenta cortinas, cerraduras-rejas, persianas, si están abiertas, si tienen el contorno reforzado).
- Chimenea (si se la ha colocado, cortadas en diagonal, volcadas o cayéndose del borde del techo, bidimensionales, forma fálica, punta redondeada, presión de la línea, que ocupe todo el alto de la casa)
- Humo (que sale de la chimenea, si se desvía hacia algún lado, si es difuso, denso, tipo huracanado.
- Accesorios (cercos alrededor, sendero, faroles, macetas)

ARBOL:

- Tronco (Ancho, angosto, largo, corto líneas débiles, reforzadas)
- Raíces (si se ven a través de la tierra, si son finitas, gruesas, pocas, muchas)
- Ramas (altas, largas, angostas, se extienden hacia donde, arriba ,abajo, hacia afuera, si traspasan la copa, tipo garrotes, lanzas, rotas, caídas, en relación al tronco ramas pequeñas en un tronco excesivamente grande)

PERSONA: Todos los ítems de test gráficos como secuencia, emplazamiento, simetría

BIBLIOGRAFÍA

HAMMER. EMANUEL. "Tests Proyectivos Gráficos". Paidós.

RODRIGUEZ AMENÁBAR Valentina. GUÍA PRÁCTICA PARA LA RESOLUCIÓN DE CASOS: administración, análisis y presentación de los TP. en diagnóstico psicológico de adultos

DEFENSA EN LOS TEST GRÁFICOS

Autor: Siquier de Ocampo, García Arzano, Grassano y colab.

SPLITTING E IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA (I.P.) EXCESIVA EN LOS GRÁFICOS

Los mecanismos de splitting, inevitablemente unidos a mecanismos del I.P. excesivos, tienen como consecuencia desorganización del yo y del objeto; vivencias de vaciamiento y despersonalización.

Esto se pone de manifiesto en los gráficos con las características siguientes:

- Fracaso en la organización gestaltica: el objeto grafico es desorganizado, roto, sucio, con fallas en la organización de la forma. Falta organización, coherencia y movimientos armónicos.

El ataque a las funciones adaptativas y de ajuste a la realidad se expresa en las características anteriores y en las siguientes alteraciones "lógicas": ubicación espacial- noción de perspectiva- noción de adelante y atrás, frente y perfil- noción de tamaño adecuado- noción de interrelación entre las partes del objeto entre si- noción de perspectiva, volumen, etc.

- la hoja en blanco, representante del mundo externo, es "trazada" como depositaria de objetos rotos en pequeños trozos, confusos y persecutorios) expresión de los procesos evacuativos).
- No hay una buena delimitación mundo interno-externo: los límites del dibujo son vagos, débiles, con zonas abiertas, expresión de la indiscriminación o, por el contrario, excesivamente rígidos y exacerbados, cuando predominan mecanismos de control obsesivos de la desorganización.
- las figuras humanas, la casa o el árbol aparecen rotas, ruinosas, sin relación entre sus partes.

FIGURA HUMANA: Aspectos deshumanizados, disgregadas, vacíos, inexpresivos, despersonalizado, o siniestros, persecutorios. Características grotescas, grave alteración en al relación de partes entre si, ubicación de frente y perfil, etc. Alteraciones de límites, tamaño exagerado, proyección de rasgos "extraños". Vacío de la parte central de la figura, en la cabeza y en las extrañas aberturas en la parte central inferior, expresión de la imposibilidad de contener, con el consecuente predominio de mecanismos evacuativos.

LA CASA Y EL ARBOL: presentan igual grado de alteraciones en cuanto a sus aspectos y organización (rotos, derruido, caído, sucio) y fallas en las interrelaciones de partes. Proyección de objetos parciales que dan características bizarras a la producción. Son características la "casa-techo" y "casa-fachada", los árboles caídos, muertos, árboles con animales destructivos, etc.

La dificultad de simbolización concomitante al proceso de I.P. excesiva a parece en la imposibilidad de dar un nombre a los objetos (una mama, una tía), y en la imposibilidad de construir una historia (bloqueo e inhibición por el vaciamiento proyectivo).

IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA CON CARACTERÍSTICA INDUCTORAS EN LOS GRAFICOS

La I.P. con características inductoras puede manifestarse directamente en la producción grafica o en la verbalización correspondiente. Las características generales son:

- Gráficos generalmente grandes, expresión de la necesidad de difundir la imagen corporal, el cuerpo, en el continente objeto externo. El énfasis en el grafico está puesto en la musculatura de brazos , piernas y en el tórax. Esto se debe a la exacerbación de los mecanismos de acción y a la necesidad de instrumentalizar el aparato motor como medio expulsivo-expansivo de control del objeto.
- El aspecto de las figuras humanas puede tener distintas características, según las fantasías y vínculos intolerables específicos que el sujeto necesita proyectar (punto de fijación secundaria). Puede ser una "caricatura" si la intención es depositar vivencias de ridículo, burla y extrañeza frente al propio cuerpo o al cuerpo del sexo opuesto. Son entonces rasgos esenciales el énfasis en el cuerpo, la características impulsivas del trazo, el tamaño grande y la conservación de la gestalt a través de la musculatura (noción de identidad mantenida a través del límite muscular y de la acción).

CASA Y ARBOL, cuando dominan aspectos inductores, las características son: exceso de tamaño, ramas con muchas nudosidades y movimiento extendidas hacia fuera (expresión de la necesidad de proyección en el mundo externo y omnipotencia); mala conexión del tronco con las ramas; ramas en puntas, agresión en su terminación. La casa ampulosa, omnipotente a impactar y "no mostrar" (casas cerradas o casa fachadas)

DISOCIACIÓN EN LOS TEST GRAFICOS

En la medida que la disociación es la base de los posteriores mecanismos defensivos se manifiesta con mayor o menor intensidad en todas las producciones graficas. Nos interesa por lo tanto detectar: 1. Cuál es su grado de patología? (a través del grado de distancia entre lo idealizado y lo persecutorio) y 2. Cuáles son los aspectos del yo y del objeto que se mantienen separados?

En cuanto a los rasgos formales de los dibujos se presentan muy delimitados, rígidos, duros.

- Los personajes humanos son revestidos con caracteres extrahumanos de poder (generalmente físicos, a veces mental) idealmente "buenos" o idealmente persecutorios. El grafico mostrará:
- Uno de los dos objetos disociados.
- Ambos aspectos vinculares disociados en una misma producción grafica.

- El vínculo deseado con el objeto idealizado.
- En los personajes humanos estaría enfatizado no solo el poder sino la capacidad defensiva frente a posibles ataques del mundo exterior. Estas características se manifiestan en al graficación de casas como "casas fortalezas", "casas castillos", etc.

Cuando la disociación forma parte de las defensas maniacas suelen mantener igual grado de rigidez o distancia, pero varían los pares de objetos disociados. La disociación se establece entre objetos idealizados (con características de objeto entero, rico en contenidos no agresivos, unido al yo idealizado) y el objeto peyorativo (roto, empobrecido, unido al yo agresivo). La idealización o valorización de aspectos o funciones del yo y del objeto y la peyorativización de otros se pone de manifiesto en:

Tratamiento diferente de ciertas zonas en una misma figura (mayor en algunas, en detrimento de otras).

Objetos que simbolizan, cada uno de ellos, una característica o función personal (por ejemplo, lo moral y lo corporal, lo agresivo y lo bueno; mente-cuerpo, afecto-sexo, etc)

MECANISMO DE IDEALIZACIÓN EN LOS GRAFICOS

Se expresa en los gráficos de figuras humanas mediante el énfasis del poder mágico, y básicamente el poder defensivo, frente a posibles a taque de muerte. Las figuras humanas son de gran tamaño, con exaltación de la capacidad mágica-omnipotente de dominio y control (Dios-Santos), o de protección de los débiles, o de mando, o de fuerza física (boxeadores, atletas).

- En la medida que la idealización supone disociación, el par disociado puede corresponder a las características persecutorias del objeto o idealizadas.
- Cuando la idealización corresponde a defensas maniacas, aparecen objetos grandes, lindos, armónicos, en los que están enfatizados adornos, expresión feliz, gran posesión de contenidos no agresivos (flores, botones, etc). Puede gratificarse el objeto idealizado (reina, diosas, princesas, etc) o bien puede aparecer el par antitético (objeto idealizado, reparado, entero, poseedor de riquezas y el objeto peyorativo, desvalorizado, destruido, moribundo

La idealización integra todos los cuadros neuróticos; lo que varia es la apreciación acerca de cuáles aspectos son los idealizados y cuáles los temidos, cosa que suele expresarse en formas corporales enfatizadas, por ejemplo, cabeza en detrimento del cuerpo, o musculatura en detrimento de la capacidad intelectual.

CASA: se observa marcado énfasis en el techo, o en el cuerpo de la casa, ventanales, cristales, etc. En términos generales sigue las mismas características descritas en la disociación.

NEGACIÓN Y CONTROL OMNIPOTENTE EN LOS GRAFICOS

- **FIGURAS HUMANAS** pobres, con ojos cerrados, sonrisa estereotipada (tipo payaso), bajo contacto con el medio y características infantiles. EL ARBOL Y CASA son también infantiles, cerradas, empobrecidas.
- Las fantasías de control omnipotente frente a la persecución están directamente unidas a los mecanismos de idealización del objeto protector y del yo en cuanto a poderío e invulnerabilidad (ejemplos dados ya en idealización y disociación)

Como parte de las defensas maniacas, y en la medida en que están dirigidas a negar la depresión, la destrucción, la dependencia, etc; y a controlar el objeto destruido-persecutorio, estas defensas se manifiestan a través del movimiento, riqueza de contenido, formas de control mágico del objeto, o capacidad omnipotente de reparación.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DEFENSAS MANIACAS EN LOS GRAFICOS

- **FIGURAS HUMANAS**: está enfatizado el tamaño como expresión de la inflación del yo. A diferencia de los mecanismos de I.P. inductora, el énfasis no está puesto en la musculatura, sino en el límite corporal extendido. En los dibujos de adultos, las figuras humanas son muchas veces infantiles, simpáticas y alegres. Es característica la expresión feliz o triunfal dada por una gran sonrisa (boca de payaso), acompañada a veces de ojos cerrados (negación).
- La ubicación es generalmente central, y hacia arriba (sentimiento de euforia).

Hay una gran preocupación por "llenar el dibujo de contenidos" tendientes a enriquecer y no tanto de dar poder. Se evita así el temor a la destrucción interna e objeto y los propios sentimientos de vacío y carencia. Otras veces, esta vivencia de vacío se expresa abiertamente, a través de figuras muy grandes y vacías (tipo "globos")

LA CASA Y EL ARBOL: tienen también gran tamaño, ubicación central, gran cantidad de contenidos (frutos y flores en los árboles, caminos, flores, animalitos en las casas, generalmente incluyen el sol en todos los dibujos). Cuando las defensas maniacas son muy intensas, la casa está sobre una loma, en perspectiva, o aparecen casas muy idealizadas tipo castillos.

Si bien estos son los rasgos comunes de expresión de la defensa maniaca, su grado de patología se mide:

- por la intensidad con que éstas se manifiestan
- por el mayor o menor dominio de fantasías de desprecio y triunfo expresadas en el grafico,
- por el grado de integración y adecuación del dibujo (ajuste a las características reales del objeto, grado de integración o de estereotipia, movimientos armónicos o fortaleza).

DIFERENCIA ENTRE EL CONTROL ADAPTATIVO Y EL CONTROL OMNIPOTENTE EN LOS TEST GRAFICOS.

El control adaptativo permite la realización de gráficos en los que se manifiestan un buen ajuste a la realidad, en cuanto al tamaño, ubicación en el espacio, discriminación entre mundo interno-externo, gestalt conservada, organización coherente de las partes en el todo, correspondencia entre el objeto grafico y el objeto real, y armonía.

- El pasaje al control omnipotente se manifiesta en el grafico a través del dibujo excesivamente estático, inmóviles, despersonalizados.
- Gráficos empobrecidos, vaciados, por predominio de mecanismos de aislamiento y anulación.
- Exceso reforzamiento de los limites, excesivo sombreado o rayado que traen como consecuencia o bien figuras sucias o bien figuras rígidas e inmóviles.
- El dibujo de la CASA Y el ARBOL puede ser un grafico desorganizado (casa-techo); o mostrar incrementos del sobre-detallismo (tejas el techo, piedras en el camino, hojas en los árboles, etc.)
- El control, en la medida en que no sea adaptativo, fracasa, y las figuras adquieren características inusuales y desorganización e la gestalt.

FORMACIÓN REACTIVA EN LOS GRAFICOS

Cuando esta defensa forma parte de una personalidad integrada y adaptada dará como resultado producciones graficas ordenadas, con buena ubicación espacial, discriminación entre el mundo externo –interno y discriminación de partes internas.

A medida que nos acercamos a situaciones mas patológicas el orden se transforman en exceso de detallismo, excesiva marcación de los limites con e exterior, rigidez, lentificación e índices de fracasos de control a través de zonas "sucias", aspectos confusos, rasgos impulsivos.

Las características generales son:

- Predomina la preocupación por lograr gráficos ordenados, completos y prolijos. La actitud dominante es de meticulosidad y de detallismo. El temor a la perdida de control sobre e objeto grafico (sobre al propia agresión) promueve la necesidad de "revisar", arreglar y reparar partes del dibujo ya realizado. Esto trae como consecuencia (y al mismo tiempo expresa) la dificultad para desprenderse de la producción (retención), al mismo tiempo que determina zonas "sucias" por el repasado (fracaso del control). Hay una gran preocupación por la simetría.

FIGURAS HUMANAS: figuras no agresivas, cuidado en la vestimenta que no sea seductora sino formal (ropa cerrada, traje). El movimiento corporal no existe o está coartado (tensión corporal) mostrando el control impuesto a los impulsos. Preocupación por los límites de la figura. Ubicación y tamaño medios.

CASA: encontramos las características generales anteriormente descritas acerca del orden, preocupación por las proporciones y detallismo. El control se pone además de manifiesto en "casa clisés" (chalet con cominos, árboles simétricos, flores a ambos lados del camino, etc) y en el cierre y hermetismo de la casa.

ARBOL: preocupación por las conexiones formales, predominio de elementos redondeados (copa, terminación de ramas), marcado límite a nivel de la tierra.

AISLAMIENTO EN LOS TEST GRAFICOS

Características formales de la producción grafica: dibujos pobres, fríos, con pocos contenidos, generalmente pequeños, con límites muy definidos y vacíos. Solos dentro de la hoja y en algún caso recuadrados. El dibujo libre es pobre, rectilíneo, desarticulado. Generalmente se grafican objetos materiales.

FIGURAS HUMANAS: con expresión desafectivizadas, generalmente reducidas a la graficación de la cabeza (suele verse la cabeza enmarcada como un retrato). Sin movimiento, con mayor y menor grado de despersonalización. Acentuación paranoide de la mirada. La cabeza siempre enfatizada (control intelectual), puede aparecer como cabeza tipo "cascote" o "robot". El incremento de la patología del mecanismo se manifiesta en acentuación del cierre de las figuras y aumento de rasgos correspondientes a sentimientos de despersonalización. La necesidad de mantener aislados los vínculos hostiles y afectuosos disociados se expresan por la creación de personajes antitéticos (policía – ladrón).

CASA: cerrada, pobre, aislada, no hay entorno, falta de caminos e acceso, las puertas y ventanas no existen, están cerradas o ubicadas muy altas.

ARBOL: solo, aislado, cercado. Sin contenido, poco follaje. Desconexión del tronco con las ramas o ausencia de ramas. Pueden producirse árboles aislados sin copa con el tronco y las ramas en punta (agresión) hacia el exterior.

MECANISMO DE ANULACIÓN EN LOS TEST GRAFICOS.

Anular implica borrar, tapar, y esto se expresa en los gráficos a través de ciertas conductas concretas:

- Necesidad permanente de borrar del grafico ya realizado o algunas de sus partes.
- Borronear y ensuciar (racionalizando sombreado) partes o zonas.
- Dibujar sobre un objeto grafico ya realizado ocultándolo
- tachar figuras.
- Intento de limpiar, ordenar y pulir el dibujo generalmente no se logra y resultan gráficos sucios y borroneados. Las evidencias graficas mas clara del fracaso en los intentos de anulación corresponde a los casos en que el objeto anulado solo se tacha o se borra mal de manera que

permanece gráficamente presente. La anulación puede darse entre el objeto gráfico y la verbalización correspondiente.

LA REGRESIÓN EN LOS TEST GRAFICOS.

A través del análisis de la secuencia de gráficos:

- Reactivación de características más regresivas y progresivas desorganización en la secuencia de gráficos (por ejemplo mayor desorganización en el H.T.P. que en el test de la pareja o desorganización progresiva en figuras humana-casa-árbol.
- Incremento y exacerbación progresiva de control obsesivo (reforzamiento, sobre- detallismo, etc.), unido a un mayor empobrecimiento y confusión del objeto logrado.

A través de elementos de un mismo gráfico (figuras humanas, por ejemplo, o casa):

- Presencia de zonas rotas, destruidas, o arbitrarias, "raras" (ejemplo casas en ruina, con roturas)
- Pérdida de equilibrio: figuras humanas, casa o árbol cayéndose o en peligro de derrumbe.
- Por la dirección del movimiento de las figuras (hacia la izquierda) o hacia abajo (en pendiente).

DESPLAZAMIENTO EN LOS TEST GRAFICOS

Lo "desplazado" varía de un caso a otro, siendo en términos generales un vínculo conflictivo con el objeto necesitado en el que está contenido siempre una función, una parte corporal, o un impulso vivido como peligroso. Se expresa gráficamente en:

- Necesidad de adicionar un nuevo objeto depositario y simbolizante del vínculo.
- Ubicación de la situación conflictiva en objetos accesorios del gráfico, en el "fondo" o "decorado" del objeto gráfico requerido en la consigna.

FIGURA HUMANA: ubicación de la situación conflictiva en zonas corporales no conflictivas (por ejemplo preocupación por la potencia sexual desplazada en el dibujo de la corbata o de la nariz) o en detalles de vestimenta.

REPRESIÓN EN LOS TEST GRAFICOS:

Dado el nivel evolutivo avanzado al que corresponde el mecanismo de represión, supone un grado de buena organización de la personalidad y por lo tanto del esquema corporal:

- **LAS FIGURAS HUMANAS:** son completas y armónicas, con ubicación espacial y tamaño adecuado. La gestalt está conservada. Según la intensidad de la represión puede aparecer

pobreza de contenidos y aspectos rígidos (falta de movimientos o movimiento coartado). Figuras agradables con baja sexualidad. La preocupación y lucha contra tendencias exhibicionistas y erotismo corporal se evidencia en:

- Figuras armoniosas pero no sexuales, muy vestidas "tapadas" (poca preocupación por el detalle de las vestimenta).
- Falta de rasgos sexuales secundarios, cortes marcados en la cintura, corte de la figura a nivel genital o tronco solo. Énfasis en la cabeza, cabello y ojos.
- Expresión directa del conflicto a través de figuras humanas antitéticas en cuanto a exhibicionismo (bailarinas, mujeres seductoras, etc. Y figuras vestidas tapadas).

La intensidad o grado de la represión se pone de manifiesto en:

- Figuras rígidas y coartadas en sus movimientos.
- Figuras pobres en cuanto a contenidos.
- Distancia entre los pares disociados cuando éstos aparecen graficados.
- En los dibujos de la CASA y del ARBOL se mantienen como características generales: buena organización gestaltica, adecuada relación de partes, adecuado tamaño y ubicación espacial, características armónicas. Vacío y pobreza de contenidos variables según el grado de rigidez y control de la defensa. En la construcción de la casa predomina la preocupación por los ventanales, aunque el aspecto general es cerrado.

INHIBICIÓN O RESTRICCIÓN DEL YO. SU MANIFESTACIÓN EN LOS TEST GRAFICOS.

FIGURAS HUMANAS: la vivencia de importancia e inadecuación se expresa a través de :

- Figuras pequeñas y débiles
- Trazos débiles
- Amputaciones o castraciones de zonas corporales conflictuales o relacionadas con las funciones conflictivas. Esto varia según el tipo de inhibición. (por ejemplo, en las inhibiciones intelectuales son característicos la cabeza cuadrada, el cabello tipo casquete, con aspectos de robot o bien muy sombreado).
- reforzamiento o tratamiento especial de zonas o, contrariamente, por ausencia de zonas (manos, pies) o por "impotencias" verbalizadas por el sujeto durante la producción ("no sabe, no puedo realizar tal o cual aspecto del dibujo", " no puedo dibujar bien")

La inhibición como mecanismo mas abarcativo de la personalidad, se expresa a través de figuras débiles, inseguras, pequeñas, sin pies, sin manos o como personas acostadas o sentadas, como expresión de baja vitalidad y debilidad del yo (expresión de personas con impedimento físico real, lisiados, en cuyo caso es índice de buena aceptación de su situación.

CASA- ARBOL: predominan las características generales de pequeñez, pobreza de contenido, la casa es rudimentaria, solitaria, pequeña. El árbol pobre, con poco follaje, sin frutos, con desconexiones de parte o zonas importantes.

Las características dadas anteriormente corresponden a la expresión de la inhibición como defensa. Sin embargo, el material gráfico puede registrar la fantasía omnipotente agresiva de triunfo, que motiva en la conducta manifiesta la inhibición como síntoma y defensa.

SUBLIMACIÓN EN LOS TEST GRAFICOS.

La necesidad de dibujar aparece, evolutivamente, como un intento de recreación y reparación de los objetos. Así como las primeras palabras recrean al objeto interno y lo independizan del externo, del mismo modo el dibujo responde a la necesidad de recreación de los primeros objetos. Cuando le pedimos a un entrevistado que produzca un gráfico, lo estamos abocando a una tarea de creación, o recreación de un objeto, a una tarea reparatoria. Su producción nos mostrará tanto las ansiedades, dificultades o preocupaciones que se movilizan en él frente a la reparación, como el estado de sus objetos internos y su yo (enteros, rotos, parcializados, etc.).

En la medida en que la sublimación y reparación están indisolublemente unidas, el grado de desarrollo de la capacidad sublimatoria expresaría gráficamente en: 1. la disposición, actitud y modalidad con que el entrevistado enfrenta la tarea proyectiva (ansiedad y defensas frente a la recreación), y 2. las características que posee el objeto gráfico terminado y que evidencia el grado de reparación que le entrevistado ha logrado respecto a sus objetos y a su yo: el aspecto entero, sólido, armonioso (reparado), o, contrariamente, destruido del objeto gráfico.

CRITERIOS

- **Gestalt conservada:** objetos gráficos completos, enteros, sólidos, opuestos a objetos destruidos, atados. Ataques a todo el objeto o zonas circunscriptas del mismo. Actitud del sujeto entrevistado frente a éstas (preocupación para arreglarlas, negación, etc.)
- **Objetos totales o parciales:** el objeto gráfico logrado registra todo el objeto real o parte del mismo, en este caso qué partes del objeto son graficadas y si responden a zonas corporales diferenciables.
- **Diferenciación y conexión mundo interno-mundo externo:** a través de los límites del gráfico y del tipo de tratamiento de los órganos de recepción y zonas de contacto con el mundo externo.
- **Integración de las distintas áreas de la personalidad** (pensamiento-afecto-acción). Tratamiento balanceado, sobre-acentuaciones, omisiones.
- **Plasticidad y ritmo.** Movimiento armónico o rigidez, estereotipia y coartación.

A través de la interpretación gráfica y verbal, el entrevistador ha ido formulando hipótesis. El objetivo de la síntesis es llegar a la comprensión de las fantasías, ansiedades, defensas y conflictiva básica.

Se incluirán en la síntesis los aspectos transferenciales inferidos del modelo vincular proyectado.

CUESTIONARIO DESIDERATIVO

Resumen: Lic. Nicolasa Galeano

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta la consigna, "si no pudiera ser persona, qué es lo que más le gustaría ser". Esta pide al sujeto examinado de manera explícita y directa que renuncie a su identidad humana, y le brinda la posibilidad de asumir otras identidades no humanas.

Implícitamente lo enfrenta con la muerte, en especial con la propia. El entrevistador es el portador de la muerte, el objeto del que proviene la amenaza.

A Través de las respuestas, verbales y corporales, que nos ofrece el examinado, podemos observar el esfuerzo defensivo del yo para recuperarse y absorber el impacto sufrido y su modalidad defensiva prevalente.

El yo y sus objetos están amenazados de muerte en la situación de test; por lo tanto se movilizan recursos defensivos: el sujeto a través de las catexias positivas, explícitas las fantasías inconscientes de las defensas, describe simbólicamente su modo de evitar los peligros inherentes a la amenaza fantaseada.

Toda la verbalización de las catexias positivas contienen la fantasía inconsciente de la defensa; es como si el examinado respondiera: "Cuando tengo miedo (y ahora lo tengo), hago tal cosa.

O sea, "frente al miedo (por sí mismo y sus objetos), el yo intenta reforzar determinados aspectos y evacuar otros, o profundizar o evitar el vínculo con determinados objetos"

La verbalización de las catexias negativas expresa:

- La fantasía de lo que el yo teme que le sucedería si no pudiera apelar a los recursos defensivos que mostró en las positivas
- Las consecuencias negativas que tiene sobre su yo el uso específico de esas defensas. Es decir, la percepción interna de qué aspectos instrumentales del yo son cercenados por la defensa.

La simbolización es la precondition para el pasaje del pensamiento concreto al pensamiento lógico-abstracto del proceso primario al proceso secundario y del dominio de la identificación proyectiva al establecimiento de la represión como mecanismo organizador de consciente-inconsciente.

La primer parte de la consigna produce un impacto emocional intenso, porque propone fantasear con la idea de la propia muerte, que probablemente el conocimiento más resistido. El grado de desorganización que sufre el entrevistado depende de la tolerancia y aceptación inconsciente o rechazo frente a este reconocimiento.

La segunda parte ofrece la posibilidad de asumir distintas personificaciones en la fantasía. Es este juego de personificaciones el que otorga cierto matriz lúdico del test. Se puede observar que se propone como método para elaborar las ansiedades movilizadas un trabajo de creación o de recreación de símbolos. La realización del test pone a prueba por lo tanto, la capacidad de simbolización, que en la vida mental es el método de mayor eficacia para la resolución de ansiedades tanto depresivas como paranoides.

Subyace a cada elección, y a cada rechazo desiderativo, un complejo proceso de selección inconsciente de vínculos y aspectos valorados y rechazados y de selección y búsqueda en el mundo interno de objetos de la realidad capaces representarlos. Estos objetos adquieren la capacidad de contener en sí, ya sea por sus características plásticas reales o por el sentido que han adquirido culturalmente, la identificación proyectiva de los vínculos y funciones seleccionados.

Cada elección es una creación personal, que se vale de símbolos universales, pero que son nuevamente recreados para contener en sí, de modo sintético y condensado, tanto la bibliografía como la historia de relaciones de objeto. Al mismo tiempo que cada elección es el producto de un intenso trabajo de simbolización, cuando la elección es lograda como símbolo diferenciado permite confrontar el estado de vida y creatividad mental actual con el estado de muerte y paralización temidas. Cada elección simbólica es un paso creciente de elaboración de la angustia inicial, que incrementa la capacidad simbolizante del yo.

Cuando mayor es la capacidad del sujeto para reparar su mundo interno apelando a un trabajo de creación de símbolos, mayor será la posibilidad de modificar las ansiedades movilizadas por la consigna. Esto se evidenciará por una creciente capacidad para lograr respuestas altamente simbólicas y condensadoras de su situación emocional. Los fracasos en esta capacidad se evidenciarán en distintas inadaptaciones al test: bloqueo, secuencias desorganizativas, pérdida de distancia con el objeto elegido, incongruencia entre el objeto y las características asignadas.

El entrevistado vive y en realidad re-vive una situación de amenaza a su identidad, de reiteración de una situación de pérdida y duelo. La posibilidad de enfrentarla depende de la capacidad para reestructurar el mundo interno a través de la creación de símbolos representantes del yo y de los objetos que está amenazado de perder.

La posibilidad de resolver la situación de duelo depende de la capacidad del yo para reinstalar el objeto necesitado perdido como un objeto interno simbólico. La simbolización madura es un logro de la

situación depresiva infantil, factor de desarrollo del pensamiento y coexistente con el desarrollo de la capacidad de discriminación, juicio de realidad, reparación y sublimación.(M. Klein,1 4-15,H. Segal 20)

Teniendo en cuenta que este test sigue luego de administrar algún test gráfico ,antes de dar la consigna del desiderativo, se debe tomar un momento, se retiran hojas y lápices y se le explica al sujeto que van a hacer otra cosa. Esto permite al sujeto desprenderse del trabajo gráfico realizado y pasar a una situación puramente verbal

CONSIGNA

“si no pudiera ser persona, qué es lo que más le gustaría ser”?. Se toma nota de la respuesta que da el sujeto e inmediatamente se pregunta: “Por qué le gustaría ser...”(y lo que respondió el entrevistado).

Una vez realizada la respuesta del sujeto se antepondrá en la misma el número de la catexia correspondiente, en este caso 1+. Luego se anota catexia 2 y se le pregunta al sujeto “Si no pudiera ser persona ni ...(animal, planta u objeto según lo que haya sido la respuesta (1) se llenarán los puntos suspensivos) que es lo que más le gustaría ser?”, y enseguida nuevamente “por qué?”. Se procede así en todos los casos hasta completar la elección de los tres reinos: animal, vegetal, inanimado, descartando siempre en la pregunta siguiente el área que ya fue elegida por el sujeto. Por ejemplo: Si el examinado dijo primero “sauce llorón”, luego “tren” la pregunta de la tercer catexia será “si no pudiera ser persona, ni vegetal, ni objeto, qué es lo que más le gustaría ser?” Inmediatamente se pregunta el por qué?

Esta segunda parte tiene como finalidad obtener rechazos sobre los tres reinos (catexia 1-, catexia 2-, catexia 3-) El procedimiento general es igual al anterior pero en este caso cambia la consigna. Se le dice al sujeto “si no pudiera ser persona, qué es lo que menos le gustaría ser?. Inmediatamente dada la respuesta del sujeto se pregunta por qué?

RECOMENDACIONES. Puede ocurrir que una persona diga que no se le ocurre nada, que de no ser persona no quisiera ser nada, etc. En estos casos conviene insistir explicando que se trata de una fantasía o imaginación y que intente decir lo primero que se le ocurre. Si con todo no puede responder o no comprende, se le puede sugerir que elija entre animales, plantas o cosas, tomando debida nota de que la respuesta fue inducida. Si con todo el sujeto no responde, no insistir, pasando a las catexias negativas. Si a las catexias negativas responde, al terminar los tres rechazos se puede intentar tomar las catexias positivas. Si aún así no responde no insistir y dar por terminado el test.

Cuando a la consigna el sujeto responda en forma genérica por ejemplo: “animal” y “por qué” , entonces luego se pregunta “qué animal quisiera ser” y “por qué”. Es importante en todos los casos que se especifique la elección y que en la respuesta al por qué queden claras las características que el sujeto asigna al animal, vegetal u objeto que haya elegido y rechazado.

Puede darse el caso de que un sujeto responda varias veces seguidas con una elección del mismo reino. En este caso se toma nota de toda respuesta y del por qué y luego se dice: "Ud dijo antes clavel y ahora pino, fíjese que son dos plantas. Yo le pido que me diga ahora qué es lo que más le gustaría ser si no pudiera ser ni persona, ni animal, ni planta?"

También puede darse el caso de que un sujeto responda a la pregunta de cualquier catexia con varias elecciones seguidas por ejemplo: "libro, pupitre, mar, robot". Se toma nota de todas las respuestas y de los por qué de cada uno siguiendo el orden en que las dio. En toda la variedad de modalidades que pueden presentar los entrevistados es siempre importante respetar el orden asociativo del sujeto y anotar literalmente las verbalizaciones, las consignas e intervenciones del entrevistador, y la conducta no verbal del sujeto(posturas que adopta, gestos, suspiros, risas, silencios muy prolongados), serán anotadas entre paréntesis, respetando siempre la secuencia en que se produjeron, para poder tomarlo en cuenta en la posterior interpretación.

A modo de cierre del test y para que el sujeto se reponga de la situación del mismo, se le pide a la persona que nos cuente un sueño. La sugerencia que se le realiza es que cuente un sueño lindo, de la infancia, o alguno reiterativo que tenga ganas de contar. Se anota textualmente el sueño que nos cuenta el entrevistado.

BIBLIOGRAFÍA

Grassano, Elsa. "Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas". Ediciones Nueva visión-1984

RODRIGUEZ AMENÁBAR Valentina. GUÍA PRÁCTICA PARA LA RESOLUCIÓN DE CASOS: administración, análisis y presentación de los TP. en diagnóstico psicológico de adultos

TEST DE INTELIGENCIA DE WESCHLER (WAIS)

Resumen: Lic. Nicolasa Galeano

INTRODUCCION

Se trata de la prueba más utilizada para evaluar aspectos intelectuales, tanto en el ámbito clínico como en el psicopedagógico.

David wechler creó esta escala en 1938, denominada Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS). Más tarde se hicieron varias modificaciones y revisiones, que dieron como resultado la aparición de dos nuevas escalas dedicadas a otros niveles de edad:

- WIPSI (Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolares de 4 a 6 años)
- WISC (Escala de Inteligencia de Wechsler para niños de 6 a 16 años)
- WAIS (Adultos)

La tres modalidades constan de dos subescalas: Verbal y Manipulativa (ejecución)

Cada escala presenta diferentes subpruebas.

Escala Verbal	Escala manipulativa
Información	Completamiento Imágenes
Comprensión	Cubos
Aritmética	Historietas
Semejanzas	Rompecabezas
Vocabulario	Claves
Dígitos (Compl en WISC)	laberintos (comple en WISC 3)
Casa de animales (WIPSI)	Dibujos geométricos (WIPSI)

Normalmente este test puede tomarse con comodidad en una entrevista de 1 hora y 30'. Pero si el entrevistado es muy lento o presenta una fácil fatigabilidad puede administrarse en dos veces. Si se administra en una sola entrevista conviene intercalar las pruebas verbales y de ejecución (motrices), respetando al correlación de los distintos subtes, para evitar una alteración de los resultados en el momento de la interpretación comparativa de las funciones subyacentes(por ejemplo tomar en distintos días Repetición de dígitos y Aritmética).

Antes de comenzar la administración propiamente dicha, conviene comunicarle al entrevistado que van a hacer un test formado por varias pruebas cortas, y luego comenzar por alguna de tipo verbal de fácil administración. No conviene presentar de entrada subtests más ansiógenos como Repetición de Dígitos o más complejos como cubos, sino reservarlos para un momento posterior, en el cual el sujeto ha captado el ritmo del test.

CONSIGNA

Las consignas de cada subtests deben ser dadas exactamente como figuran en el manual de wais, y es muy recomendable que se lean las indicaciones de la administración de David Rapaport por el encuadre clínico que realiza de la técnica y el sentido de la correcta administración de cada subtest (tests de Diagnostico Psicológico" David Rapaport. Ed Paidos). Las respuestas del sujeto a las pruebas verbales deben ser registradas textualmente en todos los casos y figurara completas en el protocolo de prueba. Esto es imprescindible para la correcta calificación de las respuestas y para posterior análisis de verbalizaciones.

Del mismo modo debe procederse con las historias relatadas en el subtest de Ordenamiento de Historias, las que deben ser escritas textualmente cuando el sujeto explica. Del mismo modo todos los comentarios, reacciones no verbales y método de trabajo en cada subtest, como se hace siempre al administrar cualquier prueba psicológica.

Si las respuestas dadas por el entrevistado no son suficientemente claras, o hacen sospechar que el entrevistado no ha comprendido la consigna, o da una respuesta vaga, se debe tomar textualmente la respuesta espontánea, y luego se aclara la consigna o se interroga al paciente, evitando inducir la respuesta correcta con el interrogatorio. En todos los casos de no quedar al entrevistador del todo clara la respuesta, insistir para que explique la respuesta.

PROTOCOLO

En el protocolo de la prueba impreso debe figurar todos los datos que requiere la prueba total, correctamente ubicados; respuesta verbal textualmente copiada, tiempos totales de ejecución en todas las pruebas que se computan puntajes adicionales por la realización correcta y/o rapidez, puntaje de cada respuesta, puntaje total de cada subtest. Cada dato en su casillero correspondiente.

En la primera hoja del protocolo debe figurar:

En el cuadro de puntajes equivalentes debe marcarse con un círculo el puntaje bruto (dentro del casillero o cuadrado), de cada una de las pruebas. Luego se unen con una recta estos puntajes y se trazan a lo largo en sentido horizontal las medias total, verbal y de Ejecución, todo sobre el mismo cuadrado, obteniéndose así la dispersión respecto de las medias.

En el cuadrado del margen superior derecho de la misma hoja deben figurar los puntajes brutos y equivalentes de cada subtests y los puntajes totales Verbal y de ejecución .

En los casilleros respectivos de la misma hoja anotar los cocientes y el nivel intelectual correspondiente.

En el espacio reservado para observaciones(primer hoja del protocolo) deberán figurar los datos correspondientes a dos casos especiales de puntuación que pueden presentarse:

Pacientes que tiene anotaciones totales mayores a menores a los límites 80-110. En estos casos no pueden utilizarse los valores de desviación estándar que figuran en la tabla. Por tanto el alumno deberá hallar las desviaciones significativa de su caso, y anotar los valores en el lugar del protocolo arriba indicado(wechler Cap.11, tabla 30)

Pacientes adultos cuya edad cronológica sobrepasa la edad cronológica superior que figura en las tablas de los CI. En estos casos los alumnos deberán obtener los CI según las indicaciones de apéndice 4 del manual y los resultados deberán figurar en el espacio reservado para observaciones.

En la última hoja del protocolo debe completarse, en todos los casos, la "Formula de Deterioro". En un hoja aparte y a continuación del protocolo, debe trazarse la curva de dispersión respecto de la puntuación del Vocabulario, según lo explica Rapaport("test de Diagnóstico Psicológico", Paidós)

Funciones subyacentes de cada subtest y puntuaciones:

<i>VOCABULARIO</i>	
<i>Funciones implicadas: comprensión verbal-desarrollo del lenguaje-habilidad para el aprendizaje-consolidación de la información-riqueza de ideas-memoria-formación de conceptos</i>	
Puntuaciones Altas	Puntuaciones Bajas
<ul style="list-style-type: none"> • Buena comprensión verbal • Buenas habilidades verbales y desarrollo del lenguaje. • Buenos antecedentes familiares o culturales. • Buena escolaridad • Habilidad para conceptuar • Esfuerzo intelectual 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión verbal deficiente • Habilidades verbales y desarrollo del lenguaje deficientes. • Antecedentes educativos o familiares limitados • Dificultad en la verbalización

<i>ARITMÉTICA</i>	
<i>Funciones implicadas: Factor de distracción y comprensión verbal-habilidad de razonamiento numérico-cálculo mental- aplicación de procesos aritméticos básicos-concentración-atención-memoria.</i>	
Puntuaciones Altas	<i>Puntuaciones Bajas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Facilidad en la aritmética mental • Habilidad para aplicar las capacidades de razonamiento en la solución de problemas matemáticos. • Habilidad para aplicar las aptitudes aritméticas en situaciones de solución de problemas personales y sociales • Buena concentración • Habilidad para centrar la atención • Habilidad para trabajar con pensamientos complejos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad inadecuada en la aritmética mental • Concentración deficiente • Distracción • Ansiedad sobre una tarea de tipo escolar. • Bloqueo hacia las tareas matemáticas • Escaso logro escolar.

SEMEJANZAS	
Funciones implicadas: Comprensión verbal-formación verbal de conceptos-habilidades de razonamiento abstracto y concreto-capacidad para el pensamiento asociativo-habilidad para separar los detalles esenciales de los no esenciales-memoria	
Puntuaciones Altas	Puntuaciones Bajas
<ul style="list-style-type: none"> • Buen pensamiento conceptual • Habilidad para ver relaciones • Habilidad para utilizar el pensamiento abstracto y lógico • Habilidad para discriminar las relaciones fundamentales de las superficies • Habilidad para seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre dos objetos o conceptos <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidad de los procesos de pensamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento conceptual deficiente • Dificultad para ver las relaciones • Dificultad para seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre dos objetos o conceptos • Modo de pensamiento excesivamente concreto • Rigidez de los procesos de pensamiento <ul style="list-style-type: none"> • Negativismo
ROMPECABEZAS	
Funciones implicadas: Organización perceptual- coordinación visomotora-capacidad para sintetizar partes concretas dentro de un todo significativo-relaciones espaciales	
Puntuaciones Altas	Puntuaciones Bajas
<ul style="list-style-type: none"> • Buena coordinación visomotora • Ensayo y error exitoso • Habilidad para percibir un todo • Experiencia en ensamblar rompecabezas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades visomotoras • Dificultad para percibir un todo • Experiencia mínima con tareas de construcción • Problemas visoperceptuales • Capacidad de planificación deficiente

MATRICES

Funciones implicadas: razonamiento abstracto-organización perceptual-procesamiento de la

<i>información visual-razonamiento serial-relaciones espaciales-orientación espacial</i>	
Puntuaciones Altas	Puntuaciones Bajas
<ul style="list-style-type: none"> • Buena orientación espacial • Buen razonamiento abstracto y serial • Habilidad para percibir las relaciones significativas • Buena percepción visoespacial 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en el razonamiento abstracto y serial • Problemas visoperceptuales • Dificultad de identificación de las partes significativas • Dificultad para percibir la orientación y el espacio

CLAVES/BUSQUEDA DE SÍMBOLOS	
Funciones implicadas: Factor de distracción-coordinación y destreza visomotora-velocidad de operación mental-velocidad psicomotora-memoria a corto plazo-recuerdo visual-habilidades de atención-habilidades simbólicas-asociativas	
Puntuaciones Altas	Puntuaciones Bajas
<ul style="list-style-type: none"> • Destreza visomotora • Buena concentración • Atención sostenida y persistente • Habilidad para aprender material nuevo de manera asociativa y reproducirlo con velocidad y precisión • Buena motivación o deseo de logro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de coordinación visomotora • Distracción • Defectos visuales • Desinterés en una tarea de tipo escolar • Preocupación excesiva pro los detalles al reproducir símbolos con exactitud • lentitud

CUBOS	
Funciones implicadas: Organización perceptual-coordinación visomotora-Visualización espacial-Habilidad para la conceptualización abstracta- análisis y síntesis	
Puntuaciones Altas	Puntuaciones Bajas

<ul style="list-style-type: none"> • Buena integración visomotora y espacial • Buena habilidad para conceptualizar • Buena orientación espacial junto con velocidad, exactitud y persistencia. • Capacidad para analizar y sintetizar • Buena coordinación mano-ojo • Buena capacidad de razonamiento no verbal • Buenos métodos de ensayo y error 	<ul style="list-style-type: none"> • Integración visomotora y espacial deficiente • Problemas visoperceptuales • Orientación espacial deficiente.
---	--

HISTORIETAS	
Funciones implicadas: Organización perceptual-interpretación de situaciones sociales-habilidad de razonamiento no verbal- atención a los detalles-secuencia miento visual-sentido común	
Puntuaciones Altas	Puntuaciones Bajas
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de planificar • Capacidad para anticipar, en forma significativa, resultados que pueden esperarse de diversos actos de conducta • Atención a los detalles • Previsión • Procesos secuenciales de pensamiento • Habilidad para sintetizar las partes de un todo inteligible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de organización visual • Dificultad para anticipar acontecimientos y sus consecuencias • Falta de atención • Ansiedad • Fracaso en el uso de señales

FIGURAS INCOMPLETAS	
Funciones implicadas: Organización perceptual-habilidad para diferenciar detalles esenciales de los no esenciales-identificación de objetos familiares-concentración en el material percibido visualmente-razonamiento-memoria visual-	
Puntuaciones Altas	Puntuaciones Bajas
<ul style="list-style-type: none"> • Buena percepción y concentración 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad que afecta a la

<ul style="list-style-type: none"> • Buena atención a los detalles • Habilidad para establecer una serie de aprendizajes rápidamente • Habilidad para diferenciar entre los detalles esenciales y los no esenciales 	<p>concentración y a la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por los detalles irrelevantes.
--	--

COMPRESIÓN	
<p>Funciones implicadas: comprensión verbal-Conocimiento de normas convencionales de conducta-sentido común-uso del conocimiento práctico y el juicio en situaciones sociales-habilidad para evaluar la experiencia pasada-juicio moral y ético</p>	
Puntuaciones Altas	Puntuaciones Bajas
<ul style="list-style-type: none"> • Buen juicio social y sentido común • Reconocimiento de las demandas sociales cuando es necesario el juicio práctico y el sentido común • Conocimiento de las reglas de conducta convencional • Habilidad para organizar el conocimiento • Madurez social • Habilidad para verbalizar bien • Experiencia amplia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Juicio social deficiente • Fracaso al tomar una responsabilidad personal • Pensamiento demasiado concreto • Dificultad para expresar verbalmente las ideas

DIGITOS/LETRAS Y NÚMEROS	
<p>Funciones implicadas:Factor de distracción-memoria a corto plazo-memoria mecánica-atención-concentración-secuencia auditiva.</p>	
Puntuaciones Altas	Puntuaciones Bajas
<ul style="list-style-type: none"> • Buena memoria mecánica • Buena habilidad para recuerdos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Falta de atención

<p>inmediatos</p> <ul style="list-style-type: none"> Habilidad para atender estímulos auditivos 	<ul style="list-style-type: none"> Distracción Posible déficit en el aprendizaje Dificultades en la secuenciación auditiva.
--	--

INFORMACIÓN	
Funciones implicadas: comprensión verbal-Amplitud de conocimientos-memoria a largo plazo	
Puntuaciones Altas	Puntuaciones Bajas
<ul style="list-style-type: none"> Buena amplitud de información Posesión de conocimientos asociados con el medio cultural y educativo Buena memoria Atención e interés en el medio Ambición intelectual Necesidad de reunir conocimientos Curiosidad intelectual 	<ul style="list-style-type: none"> Amplitud de información deficiente Memoria deficiente Hostilidad hacia una tarea de tipo escolar Tendencia a renunciar fácilmente Baja orientación hacia el logro.

Indicadores de trastornos Narcisistas en el test de wechler

PAR ARITMÉTICA-RETENCIÓN DE DÍGITOS. El subtest de Retención de Dígitos superior a Aritmética (en el 58 % de los casos) esto demuestra una relación fuera de patrón (según la denominación de David Rapaport) ya que se espera que se presenten con una dispersión inversa. Nos indicará en principio un estilo de persona capaz de instrumentar la memoria automática, pero presentando dificultades en la concentración. La hipótesis luego de realizado el análisis pertinente es que esta relación está expresando la fragilidad de cohesión del Self de estos pacientes, así como mecanismos de escisión.

PAR: COMPRENSIÓN-ORDENAMIENTO DE LÁMINAS. El subtest de Comprensión superior a Ordenamiento de Láminas. Esta relación tan peculiar estaría manifestando que los sujetos estudiados son capaces de comprender situaciones concretas de la vida cotidiana (comprensión verbal alta) pero, cuando se enfrentan a la interrelación con otros, esta capacidad falla (ordenamiento de láminas bajo) evidenciándose una disminución en sus recursos. Si bien los tipos de pacientes narcisistas pueden alcanzar puntuaciones altas en Comprensión verbal, dicha

capacidad se verá interferida, cuando su modo particular de vincularse con los otros(reflejado en el Ordenamiento de lámina) deja al descubierto los déficits en la estructuración de su Self, que puede llevarlos a ser excesivamente empáticos frente a situaciones que remitan a sus propias deficiencias y no serlo en absoluto, frente a otras situaciones.

PAR: VOCABULARIO-SEMEJANZAS. Vocabulario superior o igual a semejanzas es lo esperable según D. Rapaort. La hipótesis de Investigación apunta a que el descenso de Vocabulario responde a que los sujetos con Trastornos narcisistas, presentan dificultades para acordar significados comunes con otros. Estas dificultades aluden a que estos pacientes necesitan aferrarse a los significados particulares, experienciales y subjetivos porque éstos son la expresión de aspectos de su Self aún en vías de desarrollo, los cuáles se verían amenazados al tener que acceder a la negociación que implica el lenguaje.

FLUCTUACIONES DE LOS DIFERENTES SUBTESTS EN AMBAS ESCALAS.

Fluctuaciones en la escala Verbal: Se tomará el test de Información que hasta ahora no se ha abordado. Su descenso responde a la dificultad de ciertos pacientes para acordar criterios comunes, por estar tan ensimismados en su mundo, lo que los lleva a privilegiar su modo de sentir, sobre el pensar, y a partir de esto se produce la baja en el rendimiento de esta prueba. Se infiere que a través de estas fluctuaciones, vuelve a ponerse de manifiesto el déficit del self, a partir del cual las funciones de la inteligencia no se establecieron firmemente sino de modo precario y el desarrollo máximo de los recursos y del potencial intelectual se vio impedido. Se trataría de sujetos inteligentes pero con fallas en la capacidad de incorporación y disposición de los conocimientos.

Fluctuaciones en la Escala de Ejecución: Existen fluctuaciones entre pruebas muy altas, que indican buen nivel intelectual, destreza motora, tendencia a la actuación y otras pruebas muy bajas que marcarían, signos de depresión. Las personas con trastornos Narcisistas tiene dificultades para manifestar en modo verbal, autorreflexivo, ciertos aspectos de su interioridad.

Entre las pruebas de puntajes altos se encuentra construcción con Cubos y las de bajo puntaje Dígitos.-Símbolos.

En ambas escalas las fluctuaciones están dando cuenta de la importancia de la interferencia del factor emocional durante el desarrollo del Self y de las funciones de pensamiento en el rendimiento general que se da en estos pacientes adultos.

BIBLIOGRAFÍA

CAYSSIALS, ALICIA. La Escala de Inteligencia WISC-III en la evaluación Psicológica Infanto-Juvenil.

RODRÍGUEZ AMENÁBAR, VALENTINA y Col." Narcisismo Normal y Patológico en la Integración Diagnóstica"(1998).

RODRIGUEZ AMENÁBAR Valentina. GUÍA PRÁCTICA PARA LA RESOLUCIÓN DE CASOS: administración, análisis y presentación de los TP. en diagnóstico psicológico de adultos

WESCHLER, D WAIS III Manual Técnico. Ed PAIDOS Ibérica. 3° Edición. 2002

TEST DE RORSCHACH

Resumen: Lic Nicolasa Galeano

INTRODUCCIÓN

Este test, es una de las técnicas más antiguas; complejas y peculiares de todas las que se han construido para evaluar aspectos de la personalidad.

Está compuesta por diez láminas de tinta que constituyen los estímulos del test y que estuvieron a disposición del público profesional, en septiembre de 1921.

Se trata de una prueba que puede aplicarse desde los 5 años en adelante, existiendo desde esta edad datos normativos para niños, adolescentes y adultos., cuando se publicó la célebre monografía Psychodiagnostik, de Hermann Rorschach.

"A medida que se ha incrementado el conocimiento del método de Rorschach, se ha ido confirmando una realidad fundamental. El método no ha variado tanto. Las diez manchas de tinta constituyen los mismos elementos estimulares originales de hace setenta años. El cambio ha consistido en que aquello que fue inicialmente una herramienta experimental se ha convertido en un test. Se han determinado sus propiedades psicométricas y se han cumplido la mayor parte de las condiciones que requiere una prueba psicológica. Es incuestionable la presencia del proceso de proyección, pero sería equívoco etiquetarlo de forma simplista como un test proyectivo. Es mucho más que eso y, a tenor de la información surgida de la investigación sobre su naturaleza, ha llegado a hacerse evidente que los estímulos del test ponen en marcha un conjunto complejo de funciones psicológicas. El usuario del test necesita tener una mínima comprensión de tal proceso, pues le ayudará a entender la importancia de ciertos procedimientos de administración, las razones por las que la codificación es crucial, y cómo se generan los postulados interpretativos"(Exner, J. "El Rorschach, un sistema comprensivo". Psimática)

Para administrar este test se toma la entrevista entera, para la cual conviene reservar un tiempo de 1 hora y cuarto, ya que no es adecuado interrumpir la administración del Rorschach, y no sabemos la extensión que puede dar el entrevistado.

MATERIALES

- Láminas del rorschach(no fotocopias o escaneo de las mismas).
- Hojas en blanco para anotar las respuestas del sujeto
- Hojas de localizaciones para marcar en la segunda fase del test.

- Varias lapiceras, por si alguna falla.

Se debe tener el escritorio o mesa donde se administre la prueba libre, limpia, sólo con las láminas del rorschach, las hojas para anotar, y los localizadores que deben quedar fuera de la vista del entrevistado.

El lugar de trabajo debe estar bien iluminado, o tener la suficiente luz natural para la administración del test. Solicitar al entrevistado que utilice anteojos en caso que lo haga para leer, y ante cualquier sospecha averiguar si hay alteraciones visuales tales como daltonismo. Todos estos datos serán registrados en el protocolo de prueba.

Con respecto a la ubicación del Rorschach en la batería, se ha decidido este lugar....., al finalizar las otras pruebas mencionadas, por considerar que a esta altura el paciente ha establecido una adecuada relación con el psicólogo, la situación le resulta conocida y se han resuelto las ansiedades que despiertan las situaciones nuevas. Lo importante de esta prueba es que siempre preceda a las pruebas de apercepción como el TAT o Phillipson, ya que estos también son perceptivos, pero a diferencia del Rorschach se pide una historia, elemento que puede llegar a inferir si el Rorschach es tomado después, provocando fabulaciones, sobreelaboraciones o contaminaciones.

CONSIGNA

El test comienza cuando se le entrega al sujeto la primera lámina y se le dice:

“¿Que podría ser esto”

Esta es la consigna básica de Rorschach, adoptada por Exner. J. E, Jr(remitirse para la toma a Exner, J El Manual de codificación del Rorschach para el sistema Comprensivo.)

Durante la administración es importante que el psicólogo tenga todas las láminas ordenadas, del revés y que evite la manipulación de las mismas por parte del entrevistado. Hay examinados que se apresuran a tomar la próxima lámina, o quieren retomar las que ya han visto, en todos los casos debe evitar, indicándole que se concentre en la lámina que está mirando y que las restantes se le mostrarán luego de una en una.

Con respecto al registro de las respuestas, debe ser en forma literal, y entre paréntesis se hace referencia a los gestos y conducta en el momento preciso que la realizó, intercalándolas con las asociaciones del paciente.

Las preguntas que el entrevistado hace durante la administración tales como “¿ puedo ver solo las partes”? “¿ tengo que ver todo?”, como en cualquier otro test, también en Rorschach se ha de responder sin inducir respuestas, evitando condicionar la libre producción del sujeto. Si las preguntas

son referidas al trabajo en sí, se le responde "como usted prefiera" o bien precisando aquel concepto de la consigna que no ha quedado claro. Si las preguntas se alejan de la tarea a realizar, conviene no responderlas inmediatamente, ya que en la mayoría de los casos el entrevistado continúa su producción, pero si insiste, entonces puede aclarársele que al final de la administración van a conversar sobre el test, que se estará dispuesto a responder a todas las dudas, pero que en ese momento es preciso concentrarse en la tarea indicada.

Desde ya que el psicólogo deberá evaluar la conducta del paciente durante la prueba y el grado de ansiedad que ésta despierta en él. De la comprensión de la situación peculiar que vive cada entrevistado y su estado general detectado clínicamente, el psicólogo manejará con plasticidad y adecuación cada situación que se presente, apelando a su juicio clínico al tomar las decisiones.

Tomar en cuenta al finalizar la fase de respuesta la cantidad de respuestas dadas (deberán no ser menos de 13 en total) para decidir si el protocolo es válido o no. Protocolos cortos constituyen con frecuencia un problema para los examinadores, sobre todo cuando su presencia parece inevitable. Hay numerosas razones por las que puede darse un protocolo corto, pero casi todas responden a dos causas: 1) resistencia/defensividad, 2) perturbación grave. La primera causa suele ser la más frecuente.

FASE DE ENCUESTA

Se realiza después que se han pasado las diez láminas y el S. ha dado su última respuesta a la Lámina X y a continuación de la fase de respuestas, tratando de esclarecer todo dato durante la administración no haya quedado claro o impida la adecuada codificación posteriormente. Como en toda técnica es importante que las preguntas no induzcan la respuesta. Por estar destinada a obtener los datos necesarios para la posterior codificación de las respuestas, se interrogará sobre:

- Localizaciones
- Determinantes.
- Contenidos
- Frecuencias

Remito para la precisión de este tema a los manuales especializados de Exner, en los que abundan ejemplificaciones del interrogatorio.

Es de crucial importancia que el S esté preparado para responder a esta fase, por lo tanto el examinador deberá ser muy claro y preciso al dar la consigna de esta fase. Desde ya el psicólogo deberá adaptar la explicación de la consigna en esta fase a las características del S pero sin cambiar los puntos esenciales de la consigna que puede expresarse:

Ahora volveré a mostrarle las láminas una por una. Quiero que me ayude a ver lo que Usted ha visto, tal como usted lo vio. Voy a leerle lo que ha dicho, para que me diga dónde lo vio(localización) y que

hay ahí que le ha hecho parecer eso(determinantes) Necesito verlo igual que usted así que ayúdeme ¿ lo ha comprendido?

EXÁMEN DE LÍMITES O PRUEBA DE LÍMITES

Por lo común, esta prueba adquiere importancia cuando el sujeto no ha dado ninguna respuesta Popular o a dado tan solo un par de ellas. La táctica de esta prueba es sencilla:

Después de completar la encuesta, el examinador selecciona dos o tres láminas(habitualmente la VIII, la III, y quizás la V) en las que el sujeto no haya dado la respuesta popular. Luego dice Estamos a punto de acabar, pero tenga ésta (entrega la lámina al sujeto) y mírela otra vez. A veces aquí la gente ve (se le menciona la respuesta Popular). ¿Ve usted Aquí algo que sea parecido? No se le indica el área de localización de la popular.

Para decidir realizar la prueba de límites, el examinador debe estar convencido de que la información es de verdad importante, ya que le procedimiento puede tener cierta influencia en cualquier retest que pudiera hacerse. Si es utilizada debe dejarse aclarado en el protocolo.

BIBLIOGRAFÍA

Exner, j. "El Rorschach, un sistema comprensivo".Psimática

Exner, J. "Manual de Codificación del Rorschach para el sistema comprensivo". Segunda Edición en castellano. Psimática

RODRIGUEZ AMENÁBAR Valentina. GUÍA PRÁCTICA PARA LA RESOLUCIÓN DE CASOS: administración, análisis y presentación de los TP. en diagnóstico psicológico de adultos

INVENTARIO MULTIFACETICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA. MMPI-2

Resumen: Lic. Andrea C. Gutiérrez

Versión adaptada para el uso académico exclusivo para los alumnos de las Cátedras de E. Aplicada II (USAL). Seminario de Integración (UCSF). Psicodiagnóstico- Integración psicodiagnóstica (UCA). Cursos y Talleres de ARA-PSIC

INTRODUCCIÓN

El MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) fue creado con la finalidad de ser un instrumento práctico y efectivo que ayude objetivamente en la clasificación psiquiátrica y en la evaluación de la gravedad de los trastornos, así como en la evaluación del cambio del tratamiento.

Aunque el MMPI demostró pronto que no satisfacía del todo las expectativas como herramienta diagnóstica que le concibieron sus inventores, si que ha demostrado su utilidad como forma de psicodiagnóstico y de estudio básico de la personalidad. Ello se debe a la gran cantidad de experiencia diagnóstica acumulada con este cuestionario a lo largo del tiempo y a la sencillez de su administración, corrección y valoración de la prueba. El sujeto explorado solo hace falta que responda, afirmando o negando una serie de frases enunciadas en primera persona que, en su gran mayoría, no hacen referencia explícita a ningún trastorno mental.

Muchos especialistas sugieren que la mejor manera de conocer y experimentar el MMPI es la auto-administración. Así que agarrar el cuestionario, leer las instrucciones y responder rápidamente, con aquello que primero os venga a la cabeza todos los enunciados (ítems). Solo después de contestarlo continuaremos leyendo esta práctica.

PROPÓSITO DEL MMPI

El Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI-2) es un test de amplio espectro diseñado para evaluar un gran número de patrones de personalidad y trastornos emocionales. Puede aplicarse fácilmente individual o grupalmente. Se requiere un nivel de comprensión lectora, así como un nivel satisfactorio de cooperación y de compromiso para responder al cuestionario completo. El test proporciona controles internos en el caso de que estos requisitos generales no se satisfagan. El MMPI-2 proporciona puntuaciones objetivas y perfiles determinados a partir de baremos nacionales bien documentados. Puede ser aplicado en numerosos campos de evaluación.

PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN

Cualquier instrumento psicológico diseñado para evaluar varios atributos de personalidad en una sola aplicación (como es el caso que tratamos, con un test de amplio espectro como es el MMPI), requiere el entrenamiento y cualificación de la persona que lo elige para la valoración individual de clientes o pacientes. Aunque el MMPI es relativamente fácil y sencillo de aplicar y corregir, su interpretación requiere un alto nivel de preparación psicométrica, clínica, psicopatología y profesional, así como, un fuerte compromiso con los principios éticos del uso de los tests.

MATERIALES:

- Cuadernillo de frases: Presenta 567 ítems, las escalas básicas se evalúan con los primeros 370 reactivos, pero es conveniente que el sujeto complete todos los ítems del test para que se puedan evaluar las demás escalas.
- Hojas de respuesta: que permiten la corrección manual y la mecanizada, es donde el examinado debe contestar su respuesta pintando uno de los casilleros V ó F
- Hojas de perfil (Masculino- Femenino): Están destinadas a recoger de forma gráfica los resultados de los sujetos. En el impreso del perfil se incorpora gráficamente los baremos de las 10 escalas clínicas, las 3 escalas de validez. Le continúan otros baremos con escalas factoriales y suplementarias de validez de la técnica como también escalas de contenidos. Existen baremos separados para varones y mujeres.
- Las plantillas de corrección manual ó claves de corrección se usan para obtener las puntuaciones de los indicadores adicionales de validez y de las 10 escalas clínicas, así como de 15 escalas de contenido (que no vamos a ver en esta práctica). Cada plantilla se coloca sobre la Hoja de respuestas, se cuenta el número de respuestas que aparecen debajo de los pequeños recuadros de la plantilla y se anota el resultado como puntuación directa (PD) en el lugar adecuado como hoja de perfil
- Manual de instrucciones

CONSIGNA

Puede ser administrado individual o colectivamente. Aplicación de la técnica a partir de los 18 años. Los ítems tienen sólo dos formas de respuestas: V ó F

La consigna que antecede a los ítems en el cuadernillo de toma debe ser correctamente comprendida por el sujeto

- nivel de comprensión y cooperación del sujeto
- La consigna que se encuentra en el cuadernillo es la siguiente:

Este cuestionario contiene una serie de frases. Lea cada una de ellas y decida si, aplicada a usted mismo, es verdadera o falsa; anote su contestación en la Hoja de Respuestas. Vea como se ha hecho en los ejemplos siguientes:

FRASES

1. Me gusta la música.
2. Me levanto muy temprano

Sección de la Hoja de Respuestas correctamente marcada

	V	F
1.		
2.		

Tiene que marcar la contestación en la Hoja de Respuestas. Suponga que la frase 1, aplicada a usted mismo, es verdadera o casi siempre verdadera: en este caso se rellena con el lápiz el espacio bajo la letra V (INICIAL DE VERDADERO) que acompaña al número de esta frase en la Hoja de Respuestas. Del mismo modo, si la frase 2, aplicada a usted mismo, es falsa o normalmente no es verdadera, se rellena con el lápiz el espacio bajo la letra F (INICIAL DE FALSO) que acompaña al número de esta frase en la Hoja de Respuestas.

Si el contenido de una frase no tiene aplicación a su caso, o bien es algo de lo que usted no podría decir si es verdadero o falso, no haga ninguna señal y deje los dos espacios en blanco.

No escriba en este cuadernillo. Al marcar su contestación en la Hoja de Respuestas asegúrese de que el número de la frase que usted contesta se corresponda con el número colocado al lado del espacio que usted marca. Rellene bien ese espacio. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo la señal hecha y marque el otro espacio. No escriba nada en este Cuadernillo.

INTENTE RESPONDER TODAS LAS FRASES

AHORA ABRA EL CUADERNILLO Y COMIENZE LA TAREA

Tiempo promedio: 90 a 120 min.

DESCRIPCIÓN DEL TEST

En las escalas del MMPI-2 podemos distinguir las que miden como se ha contestado a la prueba; y escalas clínicas, que valoran diferentes rasgos de personalidad en un continuo que oscila desde el rango normal a puntuaciones que podemos considerar patológicas:

	SÍMBOLO	ESCALA	DESCRIPCIÓN
ESCALAS DE VALIDEZ	?	Respuestas "no lo sé" Interrogante	Ítems no contestados
	L	Sinceridad- Mentiras	Falsificación de las respuestas por aparentar mayor aceptabilidad social
	F	Frecuencia	Respuestas infrecuentes (las contestadas en un sentido determinado "V" o "F" por lo menos por el 10% de la población normal.
	K	Corrección	Variable supresora que induzca defensividad, que puede ir en la dirección de aparentar "normal" de una forma deliberada, puede encubrir (puntuaciones altas) y, también puede exagerar (puntuaciones bajas), sus problemas y dificultades.
ESCALAS CLÍNICAS	Hs	Hipocondría	Cantidad de preocupación o quejas anormales sobre las funciones corporales
	D	Depresión	Profundidad en las manifestaciones clínicas de la depresión.
	Hy	Histeria	Sintomatología de neurosis histérica
	Pd.	Desviación psicopática	Ausencia de respuestas emocionales profundas, incapacidad para aprender de la experiencia, despreocupación por las costumbres sociales
	MF	Masculinidad- Feminidad	Intereses y actitudes masculinas o femeninas
	Pa,	Paranoia Suspiciacia	Hipersensibilidad y delirios de persecución
	Pt	Psicoastenia	Fobias y conducta obsesiva. Ansiedad- Estrés
	Sc	Esquizofrenia	Pensamientos y comportamientos extraños o estafalarios
	Ma	Hipomania	Marcada super productividad en el pensamiento y en la acción
	Si	Introversión social	Tendencia a la huida de contactos sociales con los otros.

INTERPRETACIÓN

La formación de hipótesis interpretativas a partir de los datos reflejados en el MMPI depende de 3 aspectos interrelacionados con estas puntuaciones:

- La aceptabilidad de las puntuaciones del perfil que esta determinada por los indicadores de validez: que se diseñaron para ayudar a detectar las posibles fuentes de invalidez del protocolo y proporcionar una base para evaluar el impacto de las distorsiones en el registro del test, tales como dejar sin responder un número importante de ítems, o interpretar diversos roles que distorsionan el patrón real de auto-descripciones, o no respetar las instrucciones del test, o ser incapaz de leer y comprender el significado de los ítems y, consecuentemente, responder virtualmente al azar.
- La elevación absoluta de las escalas componentes frente a las normas incorporadas en los baremos de puntuaciones T
- Las configuraciones relativas de estas puntuaciones dentro del perfil individual.

INTERPRETACIÓN DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ

Escalas de validez	
? Interrogantes	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Provee información sobre la cooperación ❖ Medida de defensividad
L Sinceridad	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Grado de franqueza del sujeto ❖ Tendencia del Sujeto a cubrir sus faltas en pos de brindar una imagen socialmente ajustada
F Validez	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tendencia al fingimiento o la exageración sintomática. ❖ Indicador de respuestas al azar
K Factor corrector	❖ Indicador de la defensividad para brindar información personal y corrige la tendencia de negar dificultades.

LA PUNTUACIÓN (Interrogante) es el simple recuento de los ítems que se dejan sin contestar o que fueron respondidos por el sujeto como Verdadero y Falso a la vez. Cuanto más alta sea la puntuación ¿ más débil será la capacidad de discriminación de las escalas del test.

LA ESCALA L (MENTIRA): se introdujo para evaluar la posibilidad de que una persona contestara al cuestionario sin adecuarse a ellos mismo, al contrario, buscan parecer una personalidad perfecta o un ajuste ideal. Es decir el protocolo está viciado por una manera particular de contestar.

PUNTUACIONES MODERADAMENTE ALTAS EN LA ESCALA L pueden no ser indicativas de una aproximación marcadamente defensiva del test, aunque pueden reflejar una perspectiva fuertemente moralista o muy reservada del individuo. Como en la mayoría de resultados del protocolo, es importante, tener una información general de la historia principal y los antecedentes del sujeto. Puntuaciones L marcadamente elevadas reflejarían bastante bien una orientación contaminada del test que afectaría negativamente al significado de las puntuaciones en las escalas clínicas.

LA ESCALA F (FRECUENCIA- INCOHERENCIA): Los sujetos contestan de forma azarosa, por no querer colaborar con las instrucciones del test, por capacidades de lectura marginales o por tener un precario contacto con la realidad, de forma que se puede estar exagerando deliberadamente sus trastornos y problemas para asegurar que se le ofrecerá una atención. Compuesta por 60 ítems

LA ESCALA K (CORRECCIÓN): Es el más complejo de los indicadores de validez. El contenido de los ítems cubre un rango de características que muchos individuos prefieren negar de sí mismos y de sus familias. Pero muchos otros sujetos encuentran esos mismos atributos inofensivos y hasta bastantes positivos, por lo que los aplican a sí mismos y sus familias.

INTERPRETACIÓN DE LAS ESCALAS CLÍNICAS

ESCALA HS (HIPOCONDRIA): Quejas somáticas con posibles bases orgánicas o sin ellas y se rechaza las garantías repetidas de que no tenían nada físicamente. Compuesta por 32 ítems.

Puntaje T	Escala 1-Hs : posibilidades interpretativas (Butcher y coautores, 1989; 32)
Muy alto (76 ó >)	<ul style="list-style-type: none"> delirios bizarros somáticos o concernientes al cuerpo.
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> múltiples síntomas y quejas, probable constricción. reacción exagerada a cualquier problema real egoísmo, extremo centramiento en sí actitudes derrotistas y pesimistas amargura y perspectiva cínica demanda constante de atención exageración de los problemas físicos
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> quejas intensas y temperamentos mudables presencia de trastorno de salud específica probabilidad de inmadurez, irritabilidad, tendencia a la queja y al lamento. preocupación por la salud corporal propia (peso, funcionamiento físico, etc)
Modal (41-55)	<ul style="list-style-type: none"> escasa preocupación acerca del cuerpo y la salud propia
Bajo (40 ó <)	<ul style="list-style-type: none"> emotividad abierta y equilibrada. Realista y perspicaz. probabilidad de desatención a signos y síntomas de enfermedad. optimismo, energía, efectividad.
Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínicos, forense y laboral. María Martina Casullo (comp) 2006	

ESCALA D (DEPRESIÓN): Sentimientos de desánimo, pesimismo y desesperación que caracterizan el estado clínico de individuo depresivo y características básicas de la personalidad, tales como hiperresponsabilidad, valores personales rígidos y auto-castigo. Compuesta por 57 ítems

Puntaje T	Escala 2-D: posibilidades interpretativas (Butcher y coautores, 1989; 32)
Muy alto (76 ó >)	<ul style="list-style-type: none"> ensimismamiento, introversión desesperanza, sentimientos de culpabilidad autopercepción de inadecuación preocupación acerca de la muerte, probabilidad de ideación suicida
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> apatía, abatimiento, enlentecimiento psicomotor. tendencia al aislamiento, timidez, actitud vergonzante nivel enérgico disminuido, dificultad de concentración quejas somáticas, trastorno de sueño baja autoestima, sentimientos de inadecuación
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> presencia de aflicción, disforia y pesimismo. probabilidad de inhibición, irritabilidad, timidez sentimientos relativamente crónicos de tristeza, infelicidad, insatisfacción consigo mismo y con los demás. preocupación algo de pesimismo, actitud responsable. Actitud de modestia.
Modal (41-55)	<ul style="list-style-type: none"> conformidad con sí mismo. Estabilidad emocional, equilibrio actitud realista
Bajo (40 ó <)	<ul style="list-style-type: none"> actitud, entusiasmo, optimismo. Sin disturbios emocionales ni problemas de inhibición ó reacción social. probabilidad de bajo control de impulsos. Mayor interés social
Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínicos, forense y laboral. María Martina Casullo (comp) 2006	

ESCALA HY (HISTERIA): Quejas físicas específicas o trastornos molestos y también ítems que implican una negación de problemas en la propia vida o la ausencia de ansiedad social que suele observarse con estas defensas. Compuesta por 60 ítems

Puntaje T	Escala 3- Hy : posibilidades interpretativas (Butcher y coautores, 1989; 32)
-----------	--

Muy alto (76 ó >)	<ul style="list-style-type: none"> • alta sugestionabilidad. Episodios súbitos de ansiedad y/ó pánico • desinhibición, conducta arrebatada e infantil • aparición de síntomas físicos como reacción a situaciones o actitudes vergonzantes.
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> • predominio defensivo de negación y disociación. • quejas y síntomas somáticos específicos • ingenuidad, escasa capacidad de insight
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> • actitud exagerada, demandante e histriónica • actitud centrada en si mismo, superficialidad • en ocasiones, inmadurez y actitud manipuladora
Moda (41-55)	<ul style="list-style-type: none"> • conformismo, moralismo, necesidad de agradar y extravertida • actitud realista. Apertura hacia los sentimientos
Bajo (40 ó <)	<ul style="list-style-type: none"> • estilo lógico y racional. • probabilidad de actitud cínica. • tendencia al aislamiento social y a la soledad, ganas de intereses restringida
Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínicos, forense y laboral. María Martina Casullo (comp) 2006	

ESCALA PD (DESVIACIÓN PSICOPÁTICA): Ausencia de consideración acerca de la mayoría de las normas sociales y morales de conducta. Compuesta por 50 ítems.

Puntaje T	Escala 4 Pd : posibilidades interpretativas (Butcher y coautores, 1989; 32)
Muy alta (76 ó >)	<ul style="list-style-type: none"> • pobreza en la adecuación al juicio • inestabilidad, irresponsabilidad. Actitud centrada en sí misma, inmadurez
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> • actitudes y comportamientos antisociales, agresividad, provocación. • baja tolerancia al aburrimiento, al tedio y a la frustración • problemas con la autoridad, problemas laborales y/ó maritales recurrentes • actitudes rebeldes y hostiles. Reacciones emocionales superficiales y de corta duración (vergüenza, culpa) • probabilidad de abusos de sustancias
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes laborales y/ó escolares de logro reducido. • impulsividad, conducta intrépida y aventurera. • actitud hedonista
Modal (41-55)	<ul style="list-style-type: none"> • resentimiento, inestabilidad, impaciencia, • sinceridad, actitud confiable
Bajo (40 ó <)	<ul style="list-style-type: none"> • persistente, responsable • rigidez, convencionalismo, pasividad, escasa capacidad de expresar sentimientos, ideas y opiniones, de manera libre, clara y sencilla, comunicándolos en el momento justo y a la persona indicada(asertividad). • moralista, autocrítico, sobrecontrol.
Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínicos, forense y laboral. María Martina Casullo (comp) 2006	

ESCALA MF (MASCULINIDAD-FEMINIDAD): Rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, interrelaciones sociales y aficiones en los que, en general, varones y mujeres difieren. Tendencia a padecer confusiones dolorosas acerca de su rol sobre el género.

Puntaje T	Escala 5- Mf (VARÓN) : posibilidades interpretativas (Butcher y coautores, 1989; 32)
Muy alta (76 ó >)	<ul style="list-style-type: none"> • patrón tradicional de intereses femeninos • conflictos acerca de la identidad sexual
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> • pasividad, escasa asertividad • curiosidad y creatividad. • actitud tolerante, individualismo
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> • intereses intelectuales, empatía. • control de sí, expresividad demostrativa • sentido común, interés estéticos
Modal (41-55)	<ul style="list-style-type: none"> • tacto y sensibilidad social. • sentido práctico, actitud realista
Bajo (40 ó <)	<ul style="list-style-type: none"> • convencionalismo e iniciativa • patrón tradicional de intereses masculinos. • actitud osca y agresiva • apego al estereotipo machista • conductas temerarias, descuidadas, confianza en sí.

Puntaje T	Escala 5- Mf (MUJER) : posibilidades interpretativas (Butcher y coautores, 1989; 32)	
Muy alta (76 ó >)	<ul style="list-style-type: none"> • patrón tradicional de intereses masculinos • poco amigable 	
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> • actitud dominante. Agresividad • confianza en sí • estilo lógico, poco emocional 	
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> • competitividad, vigor • actividad • actitud aventurera • espontaneidad 	
Modal (41-55)	<ul style="list-style-type: none"> • asertividad • empatía, conducta competente • iniciativa. Actitud de consideración, idealismo 	
Bajo (40 ó <)	con bajo nivel de educación	con alto nivel de educación
	<ul style="list-style-type: none"> • patrón tradicional de intereses femeninos • inseguridad, baja autoestima. • pasividad y sumisión • constricción y dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> • capacidad intelectual e introspectiva • iniciativa, energía • actitud considerada.
Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínicos, forense y laboral. María Martina Casullo (comp) 2006		

ESCALA PA (PARANOIA): Marcada sensibilidad interpersonal y una tendencia a malinterpretar los motivos o intenciones de otros, así como, aspectos referentes a características de egocentrismo e inseguridad. Compuesta por 40 ítems.

Puntaje T	Escala 6- Pa: posibilidades interpretativas (Butcher y coautores, 1989; 32)
Muy alta (76 ó >)	<ul style="list-style-type: none"> • probabilidad de desorden del pensamiento. Creencias erróneas • utilización de ideas de referencia. Disposiciones vengativa, amargura
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> • cavilación excesiva. Probabilidad de actuación en función del delirio. • ira, resentimiento • desplazamiento de la culpa, actitud crítica, hostilidad, suspicacia
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> • rigidez, obstinación, tendencia a malinterpretar situaciones sociales • sensibilidad al rechazo y/ó a los desaires • cautela y defensa en el inicio de los contactos sociales. Moralismo. • contracción al trabajo
Modal (41-55)	<ul style="list-style-type: none"> • racionalidad, pensamiento claro
Bajo (40 ó <)	<ul style="list-style-type: none"> • cautela, flexibilidad • tendencia al equilibrio y al animo placentero • prudencia y evasividad. Obstinación, testarudez.
	<ul style="list-style-type: none"> • probabilidad de rasgos paranoides
Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínicos, forense y laboral. María Martina Casullo (comp) 2006	

ESCALA PT (PSICOASTENIA): Ansiedad y estrés generalizado y estrictas normas de moral, auto-culpa por las cosas que van mal y rígidos esfuerzos por controlar los impulsos. Compuesta por 48 ítems.

Puntaje T	Escala 7- Pt: posibilidades interpretativas (Butcher y coautores, 1989; 32)
Muy alta (76 ó >)	<ul style="list-style-type: none"> • cavilación (reflexión profunda y constante), rumiación. • agitación psicomotora • probabilidad de conductas rituales, supersticiones, fobias, temores
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> • sentimientos de culpa, expresiones de depresión y ansiedad. • inseguridad, ansiedad, tensión • preocupaciones, actitud aprensiva • temor a cometer equivocaciones o errores
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> • minuciosidad, indecisión, moralismo • conciencia y responsabilidad acerca del propio accionar • tendencia a intelectualizar • contracción al trabajo
Modal (41-55)	<ul style="list-style-type: none"> • organización, orden, tendencia al perfeccionismo. Actitud autocrítico e introspectiva. • actitud confiable, adaptabilidad
Bajo (40 ó <)	<ul style="list-style-type: none"> • organización, puntualidad • confianza en sí, libre de inseguridad. Actitud relajada y de bienestar. • persistencia y eficacia.
Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínicos, forense y laboral. María Martina Casullo (comp) 2006	

ESCALA SC (ESQUIZOFRENIA): Pensamientos extraños, experiencias inusuales y características sensibles especiales de estos individuos. Compuesta por 78 ítems.

Puntaje T	Escala 8 -Sc: posibilidades interpretativas (Butcher y coautores, 1989; 32)
Muy alta (76 ó >)	<ul style="list-style-type: none"> • disturbo del pensamiento. Comportamiento excéntrico • probabilidad de delirio (somático, de persecución, etc.) y/ó alucinaciones • retraimiento social, aislamiento
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> • contacto con la realidad deficitario • creencias inusuales, actos bizarros • ensimismamiento, alienación • poco convencionalismo • problemas de identificación y autoconfirmación • dificultades de concentración y razonamiento.
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> • escaso interés en las personas • poca habilidad práctica • creatividad e imaginación
Modal (41-55)	<ul style="list-style-type: none"> • preocupación religiosas y/ó espirituales. • adaptabilidad, confiabilidad, seguridad
Bajo (40 ó <)	<ul style="list-style-type: none"> • equilibrio emocional • convencionalismo, conservadurismo • control sobre los propios impulsos • Actitud sumisa
<p>Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínicos, forense y laboral. María Martina Casullo (comp) 2006</p>	

INDICE DE GOLBERG

IG= L+ Pa+ Sc -(Hy+Pt)

NEURÓTICO < T 45 >

PSICÓTICO

ESCALA MA (HIPOMANÍA): Amoralidad, aceleración psicomotriz, imperturbabilidad y auto-
envanecimiento. Compuesta por 46 ítems.

Puntaje T	Escala 9- Ma: posibilidades interpretativas (Butcher y coautores, 1989; 32)
Muy alta (76 ó >)	<ul style="list-style-type: none"> • expansividad, grandiosidad, irritabilidad • pobre control de impulsivo. Toma de decisiones impulsivas • hiperactividad, actitud distraída
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> • confusión • euforia, actividad excesiva, locuacidad (capacidad de hablar mucho) • inquietud, impaciencia, labilidad
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> • relaciones superficiales • poco tolerancia al tedio • amplia gama de interese • compromiso al trabajo, efectividad
Modal (41-55)	<ul style="list-style-type: none"> • orientación al logro, actitud emprendedora • sociabilidad, amigabilidad
Bajo (40 ó <)	<ul style="list-style-type: none"> • actitud responsable, realista, entusiasmo, equilibrio • actitud pesimista y apática • frecuente aparición de fatiga, falta de energía, timidez, dependencia • poca autoconfianza, sentimientos depresivos
Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínicos, forense y laboral. María Martina Casullo (comp) 2006	

ESCALA SI (INTROVERSIÓN SOCIAL): Reserva social, preferencia por pasatiempos solitarios y ausencia de asertividad social. Está compuesta por 69 ítems.

Puntaje T	Escala 0 – Si : posibilidades interpretativas (Butcher y coautores, 1989; 32)
Muy alta (76 ó >)	<ul style="list-style-type: none"> • ensimismamiento, actitud distante • inseguridad, indecisión, • austeridad (severidad y rigidez en la forma de obrar), recato
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> • rumiación • introversión, actitud vergonzante, timidez, falta de autoconfianza • actitud taciturno, irritabilidad,
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> • rigidez, sumisión. • actitud de reserva, seriedad, cautela • sobrecontrol de los impulsos
Modal (41-55)	<ul style="list-style-type: none"> • apocada habilidad social • actividad, energía • actitud amorosa
Bajo (40 ó <)	<ul style="list-style-type: none"> • locuacidad • calidez, sociabilidad, actitud gregaria
Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínicos, forense y laboral. María Martina Casullo (comp) 2006	

TÓPICOS PARA EL SEGUIMIENTO DE INTEGRACIÓN DE LOS DATOS DE BUTCHER (1992)

Estrategia para la interpretación: De la misma forma que ocurre con cualquier prueba de la batería psicodiagnóstica, es prudente utilizar el MMPI-2, junto con otros datos procedentes de entrevistas, observaciones del sujeto examinado, convergencias intra-tests, para conseguir una valoración correcta del caso que estamos analizando. La psicólogo que interpreta el MMPI-2 debe ser cuidadoso con sus deducciones, puesto los perfiles pueden tener distintos significados según cómo y

dónde se hayan obtenido, pudiendo variar además con las características de la persona examinada (nivel educativo, edad, sexo, situación que atraviesa el sujeto, etc.). Los psicólogos examinadores deben conocer la bibliografía fundamental del cuestionario, a la vez que tener en cuenta su propia experiencia para lograr un acercamiento adecuado a la comprensión del sujeto examinado.

Butcher, presenta unos tópicos que ayuda a ordenar y guiar la interpretación para que redunde en una descripción ajustada del sujeto:

- Existe algún factor extra-test (ó intra test- Batería psicodiagnóstica) que pueda explicar los resultados del MMPI-2?
- Como es la actitud de respuesta?
- Que síntomas y comportamientos refiere el individuo? Esta experimentando algún estado de ánimo agudo?
- Padece problemas de autocontrol?, si es así, con qué intensidad son manifestados?
- Existe alguna hipótesis empírica acerca de las características de personalidad individuales?
- Muestra rasgos que puede favorecer potenciales problemas de alcohol o drogas? Tiene la persona antecedentes de uso de sustancias?
- Existen antecedentes familiares de perturbaciones psicopatológicas y/ó neurológicas?
- Existe antecedentes personales de dificultades en la escuela y/ó el trabajo? Si es así , de qué tipo?
- Como son sus relaciones interpersonales? Es una persona con un funcionamiento efectivo con los demás?
- Cuán estable son sus características a través del tiempo?
- Cuán severamente perturbado está el sujeto en comparación con los demás?
- Cuáles son las consideraciones diagnosticas más apropiadas para el caso?

BIBLIOGRAFIA

María Martina Casullo (comp) Libro Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínicos, forense y laboral) 2006

TEST DE PHILLIPSON

Resumen: Lic. Nicolasa Galeano

Para este test se toma la entrevista entera, que puede durar mas de una hora según el ritmo y producción del sujeto. La administración de este test no debe interrumpirse, por tanto conviene precisar al sujeto el tiempo total de la entrevista. Decir que Trabajaremos alrededor de una hora.

MATERIALES

- Láminas del test
- Hojas en blanco tamaño A 4
- Cronómetro o instrumento para medir el tiempo.
- Varias lapiceras, por si alguna falla.

Para la administración disponer del material arriba mencionado, y tener las láminas apiladas siguiendo el orden dado por el N° entre paréntesis y ubicadas con el reverso hacia arriba, de manera que la primera o superior será (1) y la última será(13).

Se toma tiempo de reacción (desde que se entrega cada lámina hasta que el sujeto comienza la historia propiamente dicha, y no os comentarios o preguntas del sujeto que pueden preceder el relato). Tiempo total de la lámina (desde el comienzo al final de cada historia), tiempo total de la prueba: conviene anotar la hora en que comenzó la presentación de la primera lámina y la hora que terminó la última historia. Queda fuera de este tiempo el transcurrido durante el retest y el examen de límites.

CONSIGNA

"Le voy a mostrar algunas láminas. Deseo que vea cada una cuando se las muestro y que trate de imaginar qué puede representar. Trate de darle vida a su imaginación y que mientras usted mira las láminas invente una historia sobre ellas. Primero deberá decirme brevemente cómo cree usted que se le ocurrió esta situación. Luego dígame detalladamente lo que usted se ha imaginado que está ocurriendo. Por último dígame brevemente que imagina que va a ocurrir después. El relato debe constar de tres partes: el comienzo, la situación actual detallada y el final de la historia. Primero haremos una como ejemplo. Usted podrá preguntarme todo lo que desee sobre ella y yo responderé. Luego seguirá usted haciendo las restantes, a medida que se las entrego."

Lo mismo que en Rorschach hay que evitar que el sujeto vea el resto de las láminas o las manipule. Debe siempre trabajar con la lámina que el psicólogo le ha entregado. Esta es la idea que se le comunicará en caso que intente o solicite ver al mismo tiempo más de una lámina.

Inmediatamente se presenta la primera lámina. Se observa si el sujeto comprendió la consigna. Se responde a las preguntas del sujeto para facilitar la comprensión, respetando siempre los principios básicos de la consigna. Si el entrevistado no responde a alguna parte de la consigna se le dice "imagina lo que sucederá después" o "trate de detallar algo más lo que está sucediendo".

Es importante que en la primera lámina se cumplan las pautas de la consigna para que el sujeto comprenda bien la misma, la que le servirá de modelo para la producción posterior, en la que ya no intervendrá el examinador.

Se toma nota literal de la producción espontánea del sujeto, pero a partir de la segunda lámina en adelante no se hacen aclaraciones, ni se piden alternativas al sujeto, excepto ante la lámina 13, totalmente en blanco, en la que conviene decir al entregarla: "ahora imagine Usted en esta lámina en blanco una situación, descríbala detalladamente e invente una historia acerca de ella".

Es aconsejable tomar cada historia en una hoja aparte, para una vez concluido el test, utilizar el espacio restante de la misma para las anotaciones del re-test.

RETEST O ENCUESTA

Una vez administradas las 13 láminas, se realiza el interrogatorio, que deberá seguir siempre el orden de las láminas, pero tomando sólo aquellas en que es necesario hacerlo. Tiene como objetivo precisar la producción del sujeto o completar la historia cuando falta algún tiempo, pero siempre procurando la espontaneidad del sujeto.

No debe ser un interrogatorio rígido o agotador para el entrevistado, quedando libradas al buen criterio del examinador las preguntas realmente necesarias.

El interrogatorio estará dirigido a esclarecer (cuando se necesario) tres aspectos fundamentales:

- Percepción: Dónde está lo que ve (personajes y elementos del ambiente), cómo los ve y qué le sugirió la respuesta (forma, color, posición del personaje o elemento, los matices del sombreado. Indagar sobre cualquier desviación perceptiva (cambios de sexo de los personajes, ver más o menos figuras de las habituales, ver color donde no hay).
- Personajes: pedir la precisión sexual de los personajes. Pedir definición de roles y actitudes cuando no han sido aclarados, y del tipo de relación existente entre ellos.
- Historia propiamente dicha: pedir aclaración de toda idea confusa, incompleta o incoherente. Sugerir que complete algún tiempo que falte, siempre que sea realmente necesario. Este interrogatorio debe figurar a continuación de cada historia bajo el nombre de encuesta.

OBSERVACIONES

El test de Phillipson conviene administrarlo siempre al final de la batería, cualquiera sea ésta, debido a las posibilidades de interpretación que ofrece la lámina en blanco. A través de ella se puede investigar cómo vive el paciente la situación de separación y cómo experimenta su relación con el psicólogo. Es por tanto de suma importancia que el psicólogo esté atento a la información que este test le aporta durante la administración misma, a éste respecto, ya que éstos datos junto a los obtenidos a lo largo de todo el estudio psicodiagnóstico, permitirán al entrevistador planear la estrategia de separación (terminación del estudio), más adecuada para cada caso.

Despedida: En el caso especial de los alumnos, que por la situación de entrenamiento, no harán una posterior devolución del material, la entrevista utilizada para la administración del Phillipson será la última, y por lo tanto en ella se concentrará la despedida. Es imprescindible que los alumnos tengan en cuenta lo señalado anteriormente, prestando especial atención a las reacciones del sujeto ante la terminación del proceso. Conviene dedicar unos minutos a conversar con el paciente luego de terminar la administración del test, y reiterar lo dicho ya en la primera entrevista con respecto a la situación de aprendizaje como alumnos, por lo cual no habrá devolución de los resultados, como habitualmente se acostumbra, y recibir todo lo que el entrevistado espontáneamente desea comunicar.

BIBLIOGRAFIA

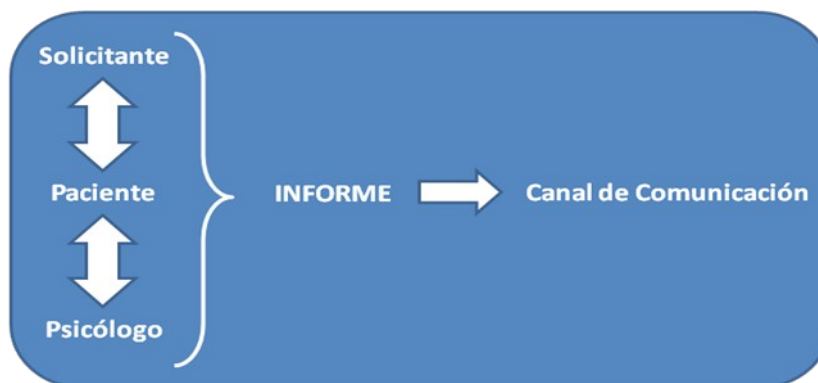
RODRIGUEZ AMENÁBAR Valentina. GUÍA PRÁCTICA PARA LA RESOLUCIÓN DE CASOS: administración, análisis y presentación de los TP. en diagnóstico psicológico de adultos

EL INFORME EN EL PSICODIAGNOSTICO

Autor: Lic. Valentina C.P de Rodríguez Amenábar

El Informe Psicológico

Es la expresión de todo aquello que podemos saber de una persona, empleando los métodos comunes de la psicología. Es un documento fundamental de la psicología y constituye un documento personal del psicólogo que escribió el informe.



A veces este canal de comunicación falla: no es suficiente, no es claro, queda en la mitad del camino. ¿Por qué? Hay explicaciones en la realidad del psicólogo, del solicitante y del informe mismo.

El **Informe Psicológico** es para describir al paciente y el cuadro de su personalidad. Debe permanecer intacto. El solicitante necesita tener información que le ayude a solucionar en forma práctica en problema de su paciente. El psicólogo debe estar dispuesto a darla.

El paciente está interesado en su ... y recibir ayuda. Si el informe psicológico no sirve de ayuda al paciente, debemos dudar de su utilidad básica. Lo que dificulta en este caso es:

1.- En el solicitante: Pide el diagnóstico / Necesita un contacto con el psicólogo / Otros no aceptan sugerencias, sólo informes del estado del paciente que sirvan a sus propias hipótesis / *Solicitantes médicos* que no practican la psiquiatría o no conocen psicología. **ES IMPORTANTE EL ESTILO DEL INFORME** / *Maestros:* redactar el informe por el uso que se hace de éste. Además, hacer entrevistas / En el ámbito laboral: el uso y abuso / En el ámbito forense: informe detallado. Tener presente que un informe tiene lectores primarios y secundarios.

2.- En el Psicólogo: La lectura del material técnico, la relación con el paciente (postulante, etc.), la relación con el solicitante. Todo esto entra en peligro cuando un psicólogo hace un informe psicológico. Según cómo maneje el Psicólogo estas situaciones, van a actuar como factores distorsionantes o no en la evaluación del paciente.

3.- Dificultades del Informe mismo: (enfoque) claridad y jerarquización de datos. Falta de claridad. Falta de organización. Producen esta falta:

- a) el empleo de los datos técnicos que confunden más que aclarar los datos respecto del comportamiento.
- b) Diagnóstico: La preocupación por la identificación de la patología puede conducir al excesivo uso de los signos diagnósticos perdiendo de vista la genuina irrepetibilidad con que se da en el paciente (los rasgos obsesivos de Juan no son iguales al modo obsesivo de Pedro).
- c) Luego, al mención nosológica no siempre es lo más importante del diagnóstico (por ejemplo, pacientes esquizofrénicos ver qué resto le queda).

No obstante, el psicólogo debe contribuir en la medida de lo posible a dar una respuesta diagnóstica en la parte final de su informe.

INDICACIÓN DE TRATAMIENTO

La utilidad de los informes psicológicos en la tarea de planificar el tratamiento depende casi exclusivamente de la forma específica y detallada en que se traten los problemas. Debe ser claro y preciso y en la medida en que sea posible debe hacer sugerencias específicas sobre las implicaciones de sus descubrimientos.

Podemos hacer predicciones sobre la reacción ante situaciones estructuradas e inestructuradas; sobre la adecuación o no a las normas; la relación con el otro sexo, con la autoridad, etc.

LABORAL – INGRESO A UNA UNIVERSIDAD: PREDICCIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO.

La evaluación de la personalidad debe ser global y en todos los niveles para poder hacer predicciones.

Peligro de la evaluación sólo apoyada en métodos proyectivos. En estos casos se aconseja el uso de una batería completa. Deben especificar la limitación de su instrumento y en la recomendación específica.

FORENSE

Importancia del ajuste de la información por parte del psicólogo. "Que ... con libertad y seguridad". El psicólogo debe ganarse en este sentido la confianza del ... y también saberlo ...

Estar seguro de su rol como clínico y no como psicometrista.

Es en cuanto a la organización en donde se evidencia la experiencia del psicólogo clínico. A veces parece que las pruebas son el objeto de estudio y no la persona estudiada.

Algunos vicios más frecuentes:

- Informes subdivididos (no tienen unidad)
- Informes orientados a las técnicas (...)
- Informes "teóricos"
- Informes con términos anticuados ("rasgos de homosexualidad latentes", "inmadurez emocional", "dificultades de identificación", "problemas con las figuras parentales", etc.)
- Informes con términos técnicos
- Informes parciales
 - ▶ lo patológico
 - ▶ no toman lo sano

Todo esto evidencia de uno u otro modo la dificultad para organizar los datos que describen al paciente. ¿Por qué estas dificultades?



Lenguaje: claro, preciso, descriptivo y coherente.

Pasos del informe:

- Descripción inicial del paciente
- Desarrollo descriptivo del informe (intelectual, afectivo, adaptativo)
- Síntesis diagnóstica
- Indicación terapéutica
- Pronóstico

Informe científico

Psicólogo Maduro

Tiene que estar excluida toda situación conflictiva del ánimo del psicólogo.
Debe ser MADURO.

Informe claro y util

Tiene que tener un lenguaje que dé importancia a la precisión integración de elementos y facilidad de lectura.

Los términos anticuados pueden ser usados, pero con precisión (la homosexualidad en qué estructura aparece)

El diagnóstico final debe desprenderse de la descripción previa

Debe poseer un lenguaje cortés

Cada test debe ser discutido hasta el fin (es un medio, no un fin un sí mismo).

Informe psicológico del yo

Necesidad de hacer un enfoque sobre los aspectos positivos y las fuerzas del individuo frente a la vida, desviándose de la tendencia particular a enfatizar la patología.

Yo: Tiene una función ordenativa y reguladora (función de síntesis), que permite realizar un ajuste a pesar de las dificultades presentes.

Se lo considera como la variable fundamental entre los datos de la prueba y el comportamiento inferido.

- Flexibilidad
- Defensa
 - ▶ No sólo si existe
 - ▶ Cómo actúa en términos de adaptabilidad o no adaptabilidad
- Toda evaluación interpretativa debe ser a partir del estímulo (realidad) y de la respuesta final.
- Referencia a las necesidades profundas
- Estructura de la personalidad
- Integración de sí
- Imagen del mundo

ANEXOS

GUIA DE PRESENTACION	175
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	176
PROTOCOLIZACION	181
ITEMS ESPERADOS Y EXCEPCIONALES – NIÑOS	182
CARATULA DEL INFORME	183

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Realizado por: Lic. Nicolasa Galeano

MODELO I

Apellido y Nombre Entrevistado

Apellido y Nombre Entrevistador

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente yo madre de

Autorizo a las alumnasde la facultad de, carrera
Licenciatura de Psicología, perteneciente a la facultad.....a
administrar preguntas y pruebas psicológicas a mi hijo/a durante el mes de del
año 200.....

Tomo conocimiento de que constará el proceso psicodiagnóstico, y que el objetivo del mismo es
realizar las prácticas educativas, también me es aclarado que toda la información que se recabe en el
transcurso del proceso será resguardado bajo la forma de anonimato, que no se me realizará una
devolución, ni se me brindará información acerca de los resultados.

Firma y aclaración

Firma y aclaración

Padre o tutor

Entrevistador/as

MODELO II

Apellido y Nombre del Entrevistador	Fecha:	Apellido y Nombre del/los Entrevistadores
CONSENTIMIENTO INFORMADO		
El presente trabajo es realizado por, alumnas de la Universidad.....		
El objetivo de este trabajo es la realización de prácticas educativas para la materia..... En la misma se realizarán entrevistas y se aplicarán tests.		
Si accede a participar de este proceso psicodiagnóstico, deberá responder preguntas en una o mas entrevistas y la aplicación de diferentes test. El tiempo que llevará será dedías por el tiempo dehoras.		
La participación en este trabajo es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación.		
Podrá realizar cualquier pregunta a lo largo de este trabajo. Podrá retirarse del mismo en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.		
Habiendo recibido la información necesaria, y saldando todas mis dudas acerca del proceso psicodiagnóstico acepto a participar voluntariamente en este trabajo realizado por las alumnas.....		
Acepto una copia de esta ficha de consentimiento informado, y que no habrá devolución de los resultados cuando esta tarea haya concluido.		
Firma del entrevistado	Firma del Entrevistador	
Aclaración	Aclaración	

MODELO III

Apellido y Nombre Entrevistado

Apellido y Nombre Entrevistador

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doy mi consentimiento, para que se me realice un....., cuya naturaleza y finalidad me han sido explicadas por

He recibido la suficiente información y aclaraciones que he solicitado con respecto al proceso psicodiagnóstico

Confirmando que he explicado al paciente/participanteen qué consiste y la finalidad del procedimiento.

Lugar y fecha:

Firma del Entrevistado

Firma del Entrevistador

Aclaración

Aclaración

PROTOCOLIZACION

Fecha:.....

Año: 200.....

Técnica:

Tiempo Total:.....

Cantidad de hojas:

Pág.....de

Nombre y Apellido del sujeto:.....

Edad:

Historia Clínica N°

Examinador: LicMN MP.....

Observaciones:

.....

.....

.....

Firma del sujeto

Firma del Examinador

Psicodiagnóstico Clínico Completo. Foliode

Dise

ñado por Lic Andrea Gutiérrez para la Cátedra Evaluación Aplica II_2004

CARATULA DEL INFORME

INFORME PSICOLÓGICO ¹

Profesional:

Fecha

Profesional que lo solicita:

Total páginas

Nombre del paciente

HCN°:

Edad

Nombre y Apellido del adulto responsable

Estado civil

Actividad y/o profesión

Motivo de consulta (Breve resumen)

 Tests administrados

N° de entrevistas

¹ “El informe Psicológico se realiza cuando el Estudio Psicodiagnóstico es solicitado por otro profesional de la salud quien será su destinatario. El solicitante del Informe Psicológico deberá hacerlo por escrito, y señalar las razones de su solicitud. El Sujeto del Informe Psicológico deberá autorizar la información., o el adulto responsable cuando se trata de un niño o joven menor de edad, o adulto no autónomo.,

El destinatario del Informe Psicológico tendrá el mismo derecho y el mismo deber de confidencialidad, que el profesional que realizó el Psicodiagnóstico, y se compromete a no darle difusión fuera del estricto marco para el que fue solicitado” (1998 -Valentina Rodríguez Amenábar. Narcisismo normal y patológico en la Integración Diagnóstica. Ed. ID-Buenos Aires).

Recibido : (firma y aclaración)

Fecha :