

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTIAGO DE GUAYAQUIL



**MONOGRAFÍA DEL
TRABAJO TERAPÉUTICO
LLEVADO A CABO EN
INSTITUCIONES
EDUCATIVAS**

MARZO, 2010

**Facultad de Filosofía, Letras y
Ciencias de la Educación**

Carrera de Psicología

Integrantes:

**Stefanía Collantes
Andrea Guerrero
Ana Labanda
Keila Mora
Tatiana Torres
Alen Velásquez Grau**

Director de Prácticas

Psic. José Acosta

**Período
B-2010**

TOMO II

CAPITULO IV:

LA TÉCNICA EN PSICOTERAPIA BREVE

1. INTRODUCCIÓN

Esta forma de abordaje terapéutico, nos ha interesado desde nuestros comienzos en psicología, porque es un método de trabajo que se adapta mejor a las exigencias de nuestro medio, debido a la creciente necesidad de un instrumento que ayude a la gente en forma inmediata, con resultados rápidos y plausibles.

El hecho de haber realizado nuestras prácticas pre-profesionales en Instituciones Educativas y Fundaciones, nos brindaron la oportunidad de poner en praxis los conocimientos y técnicas aprendidas de la Psicoterapia breve, aplicando así tratamientos en tiempos limitados, dándonos un grado de confiabilidad elevado y demostrándonos ser una alternativa eficaz. Con ella podemos brindar apoyo en las distintas etapas de la vida, que es cuando se producen cambios que demandan una nueva adaptación.

Como mencionábamos anteriormente, todos se pueden beneficiar con esta forma de tratamiento, incluyendo pacientes con patologías graves (como cáncer), en situaciones de crisis (circunstanciales y vitales), con el debido control médico-psiquiátrico.

La característica esencial, dada su limitada duración, es que esta forma de terapia se va a centrar específicamente en el motivo de la consulta (foco en el síntoma). Un psicólogo bien entrenado suele darse cuenta de cómo es el consultante, desde la primera entrevista, si es un buen observador; porque desde el momento que llama a la puerta del consultorio hasta que se retira, irá desplegando una infinidad de señales que le permitirán formarse una idea bastante ajustada de su personalidad.

Un paciente puede beneficiarse y hasta cambiar su vida con sólo una entrevista. El sólo hecho de estar allí por sus propios medios ya es el cincuenta por ciento de la solución de su problema y lo ha hecho él mismo sin nosotros abrir la boca.

La mayoría de las personas saben lo que les pasa y también saben lo que tiene que hacer para dejar de sufrir, sólo que no se atreven, necesitan un apoyo, alguien con quien hablar en voz alta, que lo escuche con interés desde otra perspectiva y que además de comprenderlo lo ayude en su decisión.

El rol del Psicólogo clínico consiste, en la atención de los problemas emocionales, que se manifiestan como síntomas, conflictos, situaciones de crisis, modos de comportamientos inadecuados, dificultades de relación interpersonal, problemas sexuales, vocacionales y laborales ó estancamiento en el crecimiento y desarrollo.

La Psiquiatría es una especialización de la carrera de Medicina, que capacita a los profesionales médicos para atender problemas psiquiátricos que requieren para su tratamiento la administración de psicofármacos.

El tratamiento combinado de psicólogos y psiquiatras es lo más indicado cuando la persona necesita estar medicada. También los psiquiatras pueden realizar psicoterapias para lo cual se requiere una adicional capacitación de post grado, dado que su formación académica es específicamente organicista.

Hoy en día es muy difícil dedicarse a hacer Psicoanálisis debido a la extensión de este tipo de tratamiento, que se considera interminable. Sin embargo, no se puede dudar que tomando conciencia de las motivaciones inconscientes de nuestras conductas y logrando elaborar emocionalmente nuestros traumas del pasado, que es lo que propone esta teoría, podremos algún día liberarnos de las dependencias para poder llegar a amar normalmente y trabajar satisfactoriamente.

2. LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO

El psicólogo es un profesional especializado en el comportamiento humano. Su trabajo lo desarrolla con personas que se encuentran en un momento difícil de su vida o que se enfrentan a un problema que requiere el análisis y la asesoría de un especialista. El psicólogo cuenta con herramientas metodológicas y con técnicas para realizar una **evaluación**, establecer un **diagnóstico** y proponer un **tratamiento** para abordar los problemas de sus clientes y para ayudarlos a entender los motivos de su malestar. El especialista de la mente humana enfoca su praxis en las diferentes estructuras de la personalidad tales como las neurosis, perversiones y psicosis.

La Psicología Clínica moderna ha tenido un cambio de énfasis ampliándose del sólo interés por el sujeto enfermo o anormal al interés por el sujeto normal que enfrenta problemas psicológicos más o menos inesperados como consecuencia de una enfermedad física, de la exposición a distintas condiciones ambientales de estrés en la familia, o en la vida profesional, o debido a la exposición de situaciones extremadamente difíciles. Esta evolución no ha restringido de ningún modo el trabajo tradicional en la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales; campo en el que muchos psicólogos clínicos y psiquiatras están actualmente cooperando o, a veces, compitiendo.

Si como se señaló es un hecho que el campo de acción de la Psicología Clínica, se ha extendido, se debe suponer que existe una demanda de servicio creada por el aumento de las complejidades de la vida moderna junto con un aumento del interés por el bienestar del individuo. Un ejemplo es el de las operaciones cardíacas que han producido nuevas clases de situaciones para los seres humanos que hace años habrían tenido una menor esperanza de vida.

La Psicología Clínica moderna reconoce que los seres humanos normales se enfrentan a situaciones que no han sido preparados para afrontar (crisis vitales y circunstanciales). También está dando una gran atención a los aspectos preventivos además del enfoque clásico hacia el tratamiento.

Nuestro país se caracteriza por agudos contrastes en el desarrollo económico, político y social por lo que ha requerido de la contribución de varias disciplinas para dar solución a estos problemas. Por lo anterior, debido a que cuenta con una sólida metodología, principios y conocimientos empíricamente evaluados, durante los años recientes, la Psicología ha adquirido un papel fundamental como una opción obligada e importante dentro de las estrategias de solución de problemas relacionados con la salud, la educación, y la productividad, entre otras,

Sin embargo, dado que Ecuador se está transformando para mejorar sus niveles de vida, la situación actual de las instituciones está cambiando también haciendo evidente la necesidad de formar profesionales que respondan a estos cambios en diversas áreas que ayuden **analizar**, **detectar**, **entender** y **resolver** problemas de salud tanto en personas normales como con enfermedades mentales en donde participen de manera preponderante los **aspectos preventivos**, y el uso óptimo de los recursos financieros y humanos.

El psicólogo clínico que enfrente los retos antes señalados podrá hacerlo de manera eficiente si cuenta con el siguiente perfil de habilidades:
(cuadro)

Perfil de habilidades	Descripción
Observación	Análisis y detección de registros comportamentales, expedientes clínicos, escolares, observaciones individuales y grupales.
Diagnóstico	Aplicación e interpretación de instrumentos psicológicos que le permitan tener elementos suficientes para emitir un juicio diagnóstico. Implica la integración de los datos recabados.
Entrevista	Realización de entrevistas según las necesidades individuales, grupales, familiares, en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.
Comunicación	Capacidad de redacción de informes, programas, ensayos, reseñas, artículos.
Intervención	Selección diseño y aplicación de estrategias que le permitan ofrecer orientación y terapias para resolver problemas en su campo de acción.
Prevención y desarrollo	Participación en actividades dirigidas a la capacitación, actualización y supervisión de colegas y del personal en los escenarios institucionales.
Planeación	Participar en el diseño de programas y proyectos relacionados con la salud y el bienestar de los usuarios, en escenarios públicos y privados, relacionados con la práctica profesional del psicólogo.
Evaluación	Seleccionar y aplicar métodos, técnicas, instrumentos y procedimientos en el proceso de investigación científica.
Investigación	Diseñar y llevar a cabo proyectos de investigación aplicada, acerca de los riesgos de salud de la población usuaria de los servicios de atención clínica.

Para enfrentar estos retos se ha adoptado en diferentes países el concepto de competencias directamente relacionado con los problemas nacionales de formación y enseñanza profesional. Lo anterior se traducirá en el aumento de la calidad del ejercicio profesional (que habrá de trascender en un mayor nivel de bienestar) así como en la remodelación de la educación superior orientada a servir como medio de acceso a la justicia social y a una mejor distribución del ingreso. Todo esto en un marco voluntario que aliente al profesional a mantener altos estándares de calidad y a una sociedad que valore y premie el mérito académico.

3. PRIMERA HERRAMIENTA: LA INFORMACIÓN Y REEDUCACIÓN

3.1. Importancia de fomentar una cultura psicológica.

En primer término, nos encargamos de difundir la cultura psicológica en el plantel educativo mediante las explicaciones pertinentes y específicas acerca de nuestra labor en instituciones educativas y su importancia.

Iniciamos nuestra tarea exponiendo y puntualizando las falacias en lo concerniente a nuestro rol profesional ya que desgraciadamente, por concepciones arcaicas y completamente erróneas aprendidas culturalmente, han situado la labor del psicólogo en un plano completamente equívoco como: orientador, consejero o "cura locos".

Por las razones expuestas, supimos que era necesaria una reeducación en cuanto al conocimiento del desempeño del psicólogo clínico en Instituciones Educativas. Se ha estigmatizado el término de "locos, insanos o anormales", lo cual ha dificultado nuestro trabajo especialmente en estas instituciones, ya que por estos motivos se experimentan resistencias por parte de los usuarios.

Las personas que hablan de esto y se expresan de la manera más incongruente, restando importancia a nuestra labor o evadiéndonos por temor a ser etiquetados como "locos"; son precisamente las que están mal informadas o desconocen el tema. Por esta razón fue importante señalar que dado por las

experiencias críticas, traumáticas o conflictivas que se suscitan en el entorno, se desencadenan en el sujeto diversos tipos de alteraciones de tipo conductual, intelectual y subjetivo. Estas personas son completamente normales pero presentan estos problemas o desequilibrios emocionales, lo cual no implicaría por ningún motivo la presencia de cuadros psicóticos.

A su vez, se señaló que estos tipos de problemáticas o conflictivas se dan de manera habitual en nuestro contexto global (familiar, escolar, laboral, etc.) y no estamos exentos de ellos; son precisamente situaciones o crisis circunstanciales y vitales que dado por su condición estresante nos generan malestar y es necesario hacerles frente sometiéndose a un tratamiento psicológico, fundamentado en clarificaciones, señalamientos, re-ajustes conductuales, etc. es decir, cimentados en un aprendizaje y esto conlleva a la comprensión de las dificultades, permitiendo un mayor grado de madurez, flexibilidad, asumiendo las responsabilidades propias, y finalmente desarrollándose en una forma más libre y congruente de funcionar.

De manera seguida se dio apertura a la diferenciación entre la labor del psiquiatra y del psicólogo clínico.

El psiquiatra se diferencia del psicólogo clínico en diversos aspectos: el primero, es que el psiquiatra considera los problemas del paciente como resultado de una disfuncionalidad a nivel orgánico debido a diferentes factores, entre ellos: mal formaciones congénitas, tumores, etc., es decir, se da prioridad a la base orgánica; por el contrario el psicólogo clínico se centra en aspectos emocionales y de orden subjetivo (conflictos psíquicos); es decir, cómo influyen en el problema las relaciones y situaciones sociales, familiares, las emociones propias y de los demás, la opinión y visión personal que se tiene sobre las dificultades, etc.). Esto no quiere decir que el psicólogo excluya en su tratamiento los aspectos orgánicos, o que el psiquiatra haga lo propio con los factores psicológicos.

Sin embargo, sí debe quedar claro que ambos se diferencian en la mayor importancia que dan a lo subjetivo (psicólogo clínico) o a lo orgánico (psiquiatra). En consonancia con esto la segunda diferencia está en qué hacen ambos profesionales. El psiquiatra se ocupa, habitualmente, de diagnosticar y recetar un fármaco; y el psicólogo clínico, junto con el diagnóstico, busca analizar las dificultades específicas del paciente en su día a día y hace un plan ajustado a éstas para superarlas.

En cuanto a la etiqueta de "psicólogo = consejero"; se enfatizó que amigos, curas, familiares son los que se encargan de dar "consejos", pero que ellos lo hacen desde su vivencia, percepción guiada por sus prejuicios, lo que ellos asumen que es mediante experiencias previas o a como ellos fueron educados, sin tener conocimiento de cómo funciona el psiquismo y como repercute las ambivalencias en el organismo humano.

Está basada en la creencia errónea de que hacer terapia es muy parecido a desahogarse ante un amigo comprensivo que lo escuche. Y si hacer terapia es sinónimo de catarsis, ¿para qué pagarle a un profesional por algo que puedo tener gratis?

En realidad, la cita con un terapeuta cumple una función muy diferente a la del simple desahogo; eso se debe a que el principal motivo de la terapia no es reclamar ni desahogarnos por lo que la vida ingrata nos ha hecho, sino más bien entender en qué convertimos nuestra vida a partir de las circunstancias que nos tocaron experimentar. En otras palabras, para comprender cuándo y para qué aprendemos, creamos y repetimos ciertos patrones de comportamiento, y también para desarrollar formas alternativas de lidiar con los viejos problemas.

Las preguntas clásicas, que todos nos hemos hecho alguna vez, a continuación. ¿Por qué siempre elijo a la pareja errada? ¿Por qué no logro decir que no? ¿Por qué necesito siempre agradar a los demás? ¿Por qué esa necesidad mía de controlarlo todo? ¿Por qué no me estabilizo en un solo empleo? ¿Qué me lleva a rebelarme siempre contra la autoridad? ¿Por qué

estoy tan enojado y llego a ser iracundo? ¿Por qué, más temprano que tarde, termino siempre como víctima de las circunstancias?

El objetivo de la psicoterapia, en suma, es *hacer que nos hagamos cargo de nuestra vida, responsabilizándonos por nuestras elecciones, nuestras actitudes y comportamientos*. Hombro y abrazos son necesarios para los momentos de dolor, pero el verdadero cambio vendrá cuando abracemos nuestra propia causa; y cuando encontremos formas nuevas y más adecuadas de enfrentar los desafíos que la vida nos impone.

Para esa jornada de autoconocimiento y reforma íntima necesitamos de una ayuda profesional, de alguien que conozca métodos y técnicas que nos guíen hasta encontrar el camino para ese objetivo. Alguien que nos ayude a responder preguntas como las de la lista previa y nos ayude a crear una nueva versión de nosotros mismos.

3.2. Rol del psicólogo clínico en la institución educativa

El Psicólogo clínico es el profesional que centra su objetivo de trabajo en la reflexión e intervención sobre el comportamiento humano, en situaciones educativas, mediante el desarrollo de las capacidades de las personas, grupos e instituciones. Se entiende el término, en el sentido más amplio de formación y desarrollo personal y colectivo.

El Psicólogo en la institución educativa desarrolla su actividad profesional principalmente en el marco de los sistemas sociales dedicados a la educación en todos sus diversos niveles y modalidades; tanto en los sistemas reglados, no reglados, formales e informales, y durante todo el ciclo vital de la persona. Interviene en todos los procesos psicológicos que afectan al aprendizaje, o que de este se derivan, independientemente de su origen personal, grupal, social, de salud etc., responsabilizándose de las implicaciones educativas de su intervención profesional y coordinándose, si procede, con otros profesionales.

Los focos actuales de interés incluyen el desarrollo del niño-adolescente, el papel de la familia, el juego, la capacidad o incapacidad escolar, el papel cambiante del niño madurando en la sociedad y, desde luego, la adolescencia. Un aspecto relevante constituye la detección oportuna de los problemas y al mismo tiempo evaluar cuales son los factores que afectan el desarrollo psicológico del niño y adolescente.

En término general y consciente del riesgo que implica el tratar de resumir un tema tan complejo como el presente, podría hablarse de dos grandes factores que afectan el desarrollo psicológico del niño y joven:

I) Factores de orden físico.

Aparecen los trastornos que de alguna manera tienen relación con la herencia - lo genético, con enfermedades de la madre durante el embarazo, trastornos del parto, accidentes e infecciones del recién nacido etc...Estos factores físicos han dejado algún tipo de "huella" en el niño y han repercutido en sus facultades neurológicas y o mentales, ejemplo de ello podría ser la deficiencia mental.

II) Factores de orden psíquico-social.

La vida Social se convulsiona en las grandes ciudades, el stress es una evidencia, y las personas (alumnos que además viven sus crisis de valores) no pueden con todos los problemas de la vida cotidiana, las crisis son complejas. Aquí aparecen en primer término los padres y toda la gama posible de actitudes y conductas que influyen de una manera determinante en el desarrollo psicológico del niño. En la inmensa mayoría de los casos clínicos, encontramos que es frecuente la influencia de una manera defectuosa de educar al niño.

El psicólogo tiene como tarea la higiene mental, es decir desmitificar, concientizar, ayudar, re-significar, darles las herramientas necesarias tanto a padres como a jóvenes para que puedan contrarrestar la ansiedad y dar lugar a una vida más regularizada.

Para llevar a cabo de manera ordenada y clara nuestra labor, se utilizan varias técnicas; pero sin duda alguna, una de las técnicas cualitativas más útil es la entrevista. Para hacer efectiva la entrevista, es necesario que el psicólogo sea *muy cuidadoso de no escuchar a la persona que se entrevista a partir de las ideas de prejuicios que pueda tener*. El terapeuta debe asegurarse de que no está llevando a la persona en la dirección que le gustaría que fuera, de no malinterpretar lo que se dice. En otras palabras, *tiene que ser muy consciente de sus propios prejuicios*.

Los padres y la familia representan en los primeros años de la vida del niño, el ambiente más próximo que en gran parte influirá en su futuro psicológico.

En la medida en que va creciendo, influirán también el vecindario, el colegio, el parque de la urbanización, la televisión, el cine, las diversiones, etc. a lo anterior, necesariamente hay que agregar los aspectos económicos (por ejemplo nutrición, vestido) a los que el niño podrá o no tener acceso según su situación.

Como claramente se aprecia, el psicoterapeuta que trate de integrar todos estos elementos biológicos, psicológicos y sociales, tendrá un panorama más amplio de los problemas que pretenda resolver, y estará mejor ubicado en la atención de la salud mental de la comunidad.

Las dificultades escolares del niño o joven son una clara muestra de la importancia de la interacción del colegio con los servicios del psicólogo clínico. La escuela es un elemento clave para la formación psicológica del niño. Al pensar de esta manera, se está admitiendo que la escuela en ningún modo puede circunscribirse a la mera adquisición de conocimientos, sino, que sus alcances y repercusiones en el área emocional de los infantes son de un valor trascendental. Es por eso que el análisis y la discusión de todas aquellas manifestaciones conductuales anormales que se desarrollan en su seno, bien merecen nuestra atención.

El psicoanálisis ha establecido la importancia de la relación de objeto y ha permitido comprender el origen de los trastornos a partir de la historia de la relación del sujeto con su medio.

Los jóvenes en esta etapa crítica pueden desarrollar diferentes síntomas psicósomáticos puesto que parecen haber sufrido una fragilización en este sentido al principio de su desarrollo, en el estadio pre-objetal exactamente, edad pre-verbal, en la que lo orgánico y lo fisiológico, lo psicológico y lo relacional son indistintos y donde la indiferenciación de sujeto-objeto convierte al sujeto en extremo dependiente de su madre; es decir, puede que haya sufrido carencias en lo concerniente a necesidades de **seguridad** (protección y cuidados físicos y emocionales), de **afecto** (cariño, empatía, contacto físico y psíquico) y de **respeto** (a los sentimientos, espontaneidad y forma de ser del niño/a)

Si en estadios anteriores (niñez), el sujeto sufre una fuerte frustración de las satisfacciones indispensables, sea por una enfermedad o por falta de cuidados o afecto puede desarrollar un conflicto que posteriormente se puede reactivar. Vemos así, en los jóvenes una tendencia a utilizar defensas como la proyección y la introyección. En las enfermedades gripales o infecciones como la tos (y en la tuberculosis), por ejemplo, vemos una respuesta de deseo de huida por repetición de la actitud de dependencia, y en la hipertensión una actitud de agresividad y lucha; en el asma y en problemas gástricos (ulcus) una contradicción entre la actitud agresiva y de lucha y la actitud de dependencia.

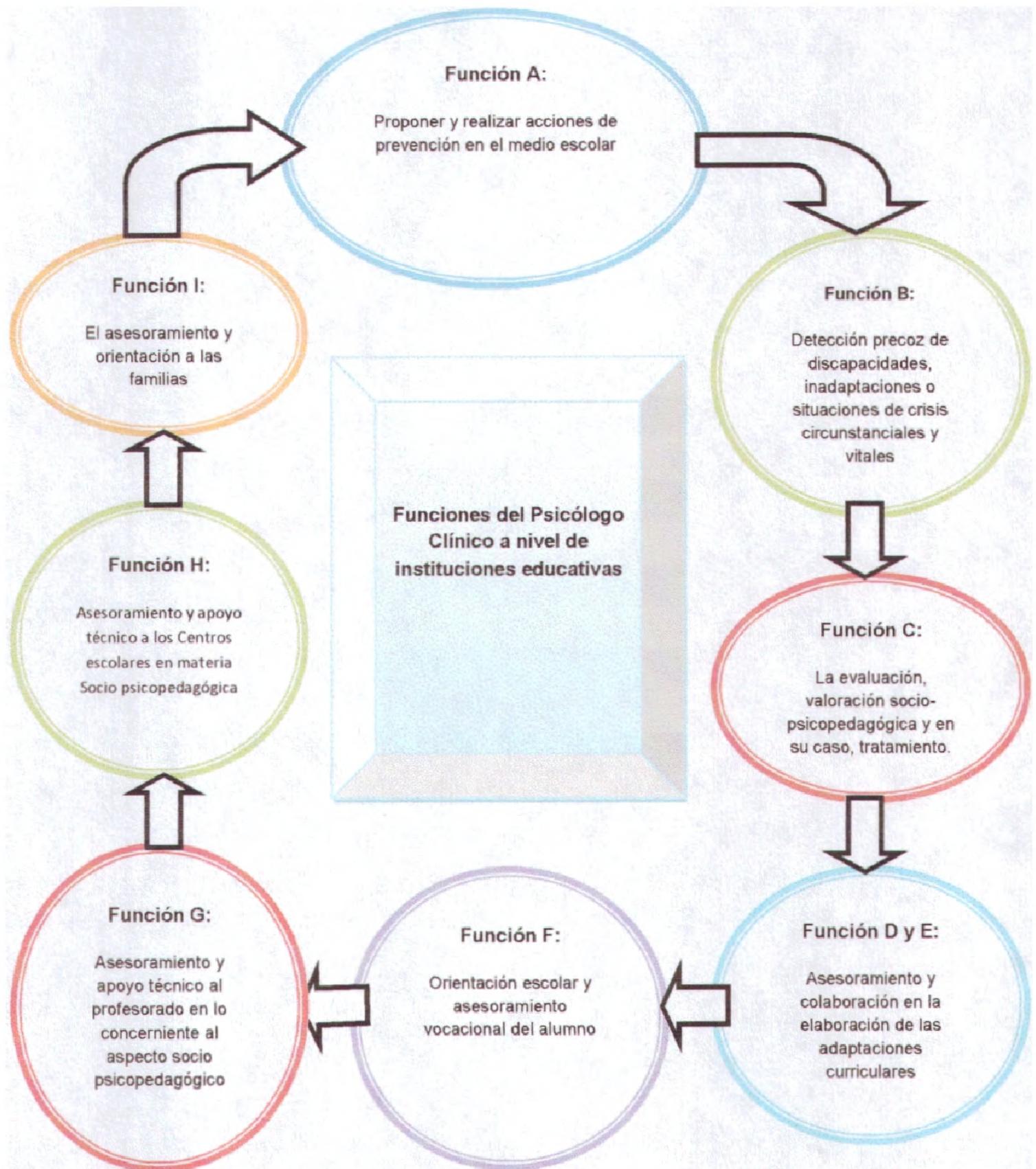
En estas enfermedades psicósomáticas la profunda necesidad de dependencia y la intensidad de su agresividad les pondría en peligro si aceptasen la evidencia de sus pulsiones libidinosas y agresivas. Son en apariencia bien adaptados socialmente y no dejan filtrar manifestaciones afectivas para que no emerjan sus deseos o represiones. Desde la histeria de conversión hasta la somatización hay una represión progresiva de los afectos, hay un enterramiento progresivo de los síntomas en el interior del cuerpo.

El psicólogo cuenta con herramientas metodológicas y con técnicas para realizar una **evaluación**, establecer un **diagnóstico** y proponer un **tratamiento** para abordar los problemas de sus clientes y para ayudarlos a entender los motivos de su malestar. Pero estos especialistas no sólo resultan útiles en situaciones críticas; bien al contrario, proporcionan recursos y estrategias para prevenir posibles problemas que nos ayudarán a sentirnos más estables y fuertes en el día a día.

En la consulta no es imprescindible abrir nuestra intimidad desde le primer momento; el cuándo y el qué contar al especialista es una opción personal. El ritmo del proceso de esa implicación y sinceridad que se requiere para que el psicólogo conozca las características y alcance de nuestro conflicto interno puede establecerlo el propio cliente, que actuará movido por su necesidad o por la decisión personal de contar al especialista lo que le ocurre.

Esta comunicación fértil se produce normalmente en ese deseable clima de confianza y seguridad que surge cuando percibimos que el especialista nos garantiza confidencialidad y comprensión. Y cuando sabemos que no va a emitir, sobre nosotros, juicios que puedan herir nuestra sensibilidad. Las primeras impresiones, como la de haber sido escuchados y respetados y de sentirse bien atendidos técnicamente, así como la de “conectar” con su forma de ser y con sus métodos y terapias, determinan en buena medida si el paciente optará por ese especialista e, incluso, el éxito del trabajo terapéutico a emprender.

A continuación se presentarán cuadros explicativos acerca de las funciones que nosotros cumplimos en el ámbito institucional escolar y colegial:

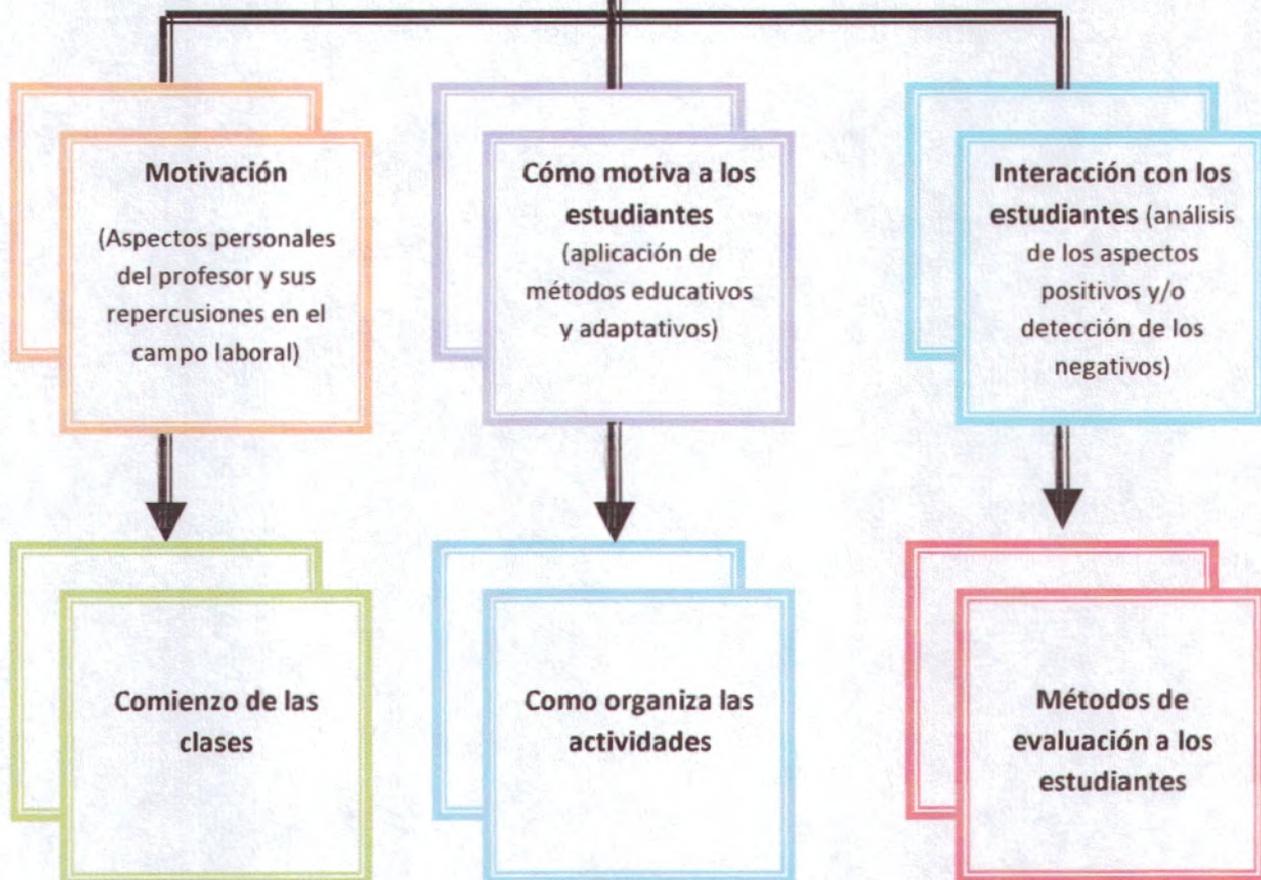


Función A		Función B	Función C	Función D y E
C O N T E N I D O	Modificar las condiciones que generan la inadaptación del alumno (es necesario hablar con el alumno conocer su problemática y brindarle toda la información necesaria para tratar de solucionar sus crisis circunstanciales o vitales las cuales repercuten en el rendimiento del estudiante).	Elaborar instrumentos de Observación y registro y dar asesoramiento al profesorado para que se realice esa detección precoz	Detectar y tratar de solucionar los problemas que se le presentan al alumno de índole psicológico.	Asesorar y colaborar a la hora de realizar adaptaciones curriculares procurando tener a la normalización o integración.
A C T I V I D A D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorecer La creación de condiciones óptimas para el alumno (mediante la creación de espacios de palabras, consultas particulares, terapias grupales, etc. 2. Diseñar actividades que favorezcan las actitudes positivas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colaborar con el proyecto educativo planificado. 2. Colaborar con el profesor en la detección de dificultades. 3. Asesorar al dirigente en técnicas de observación y registro 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar criterios de remisión. 2. Analizar los trastornos de índole emocional que inciden en la respuesta académica. 3. Informar a los profesores y a la familia de la necesidad de realizar una evaluación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar junto al profesor tutor o directivos, las adaptaciones curriculares. 2. Facilitar la participación de los alumnos con necesidades educativas especiales
Función F		Función G	Función H	Función I
C O N T E N I D O	La orientación escolar, personal y vocacional, pretende que ex alumno se conozca bien a sí mismo y sus posibilidades en: el mundo escolar y laboral.	Cubrir las necesidades que posea el profesor en relación a su cuádruple acción, como docente, tutor e investigador y como persona.	Ayudar en la elaboración de su proyecto educativo, así como en el fomento e implantación de diferentes programas.	Asesorar a las familias tanto a nivel grupal como individual en materia educativa, psicoterapéutica de apoyo, así como fomentar la colaboración en estas actividades.
A C T I V I D A D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respecto a la orientación escolar, informar sobre los itinerarios educativos. Colaborar en la elaboración del plan tutorial. 2. Respecto a la orientación personal facilitando el autoconocimiento y la madurez personal. 3. Respecto al asesoramiento vocacional y profesional; integrar el asesoramiento y la información vocacional. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respecto a la organización docente: Colaborar y asesorar en la planificación y programación de actividades con el profesor en la detección de dificultades. 2. Respecto a la acción tutorial: Proporcionar al profesorado apoyo técnico. 3. Respecto a la acción investigadora innovadora: Colaborar con la administración de recursos facilitadores en la investigación de dificultades a nivel individual y grupal. 4. Respecto al profesor como persona: Si lo requiere, brindarle apoyo psicoterapéutico necesario. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colaborar en la elaboración del proyecto educativo. 2. Participar con el departamento de orientación planificando los objetivos de actuación del equipo. 3. Asesorar e informar a los órganos unipersonales colegiados. 4. Proporcionar al equipo seminarios 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparación y desarrollo de las reuniones colectivas con las familias de los alumnos. 2. Informar de forma individual a la familia sobre las problemáticas, intereses, capacidades, aptitudes de sus hijos para favorecer y establecer pautas de colaboración.

ANALIZAR LA FORMA DE ENSEÑAR DEL PROFESOR

La vida es una serie de situaciones a las que nos vamos adaptando casi de manera automática, pero en ocasiones esa adaptación no resulta tan sencilla como debería ser. Uno puede comportarse de manera poco adecuada a la situación sin entender muy bien los motivos de tal comportamiento. Incluso, en ocasiones, sin desearlo, ese comportamiento vuelve a repetirse en otra situación muy parecida. Recordemos que el profesor es un ser humano al que se le presentan diversos problemas como por ejemplo: problemas de pareja, problemas a nivel económico, etc. los cuales lo desestabilizan, lo hacen operar de manera incongruente, lo desmotiva y genera respuestas

noativas en él



4. PSICÓLOGO CLÍNICO – CULTURA ORGANIZACIONAL: su importancia dentro de la cultura institucional educativa como agente indagador de la estructura organizacional.

Una de las primeras tareas que debe cumplir el psicólogo clínico consiste en conocer cuál es el contexto Institucional en el que actúa; es decir, conocer la realidad de su lugar de trabajo (en nuestro caso de prácticas): cultura: modos de comportarse, cómo efectúan el trabajo-estructuración individual, grupal, en equipo, su clima organizacional, su misión, valores y objetivos.

Para realizar la evaluación o estudio en los puntos anteriormente mencionados es importante conocer los siguientes conceptos:

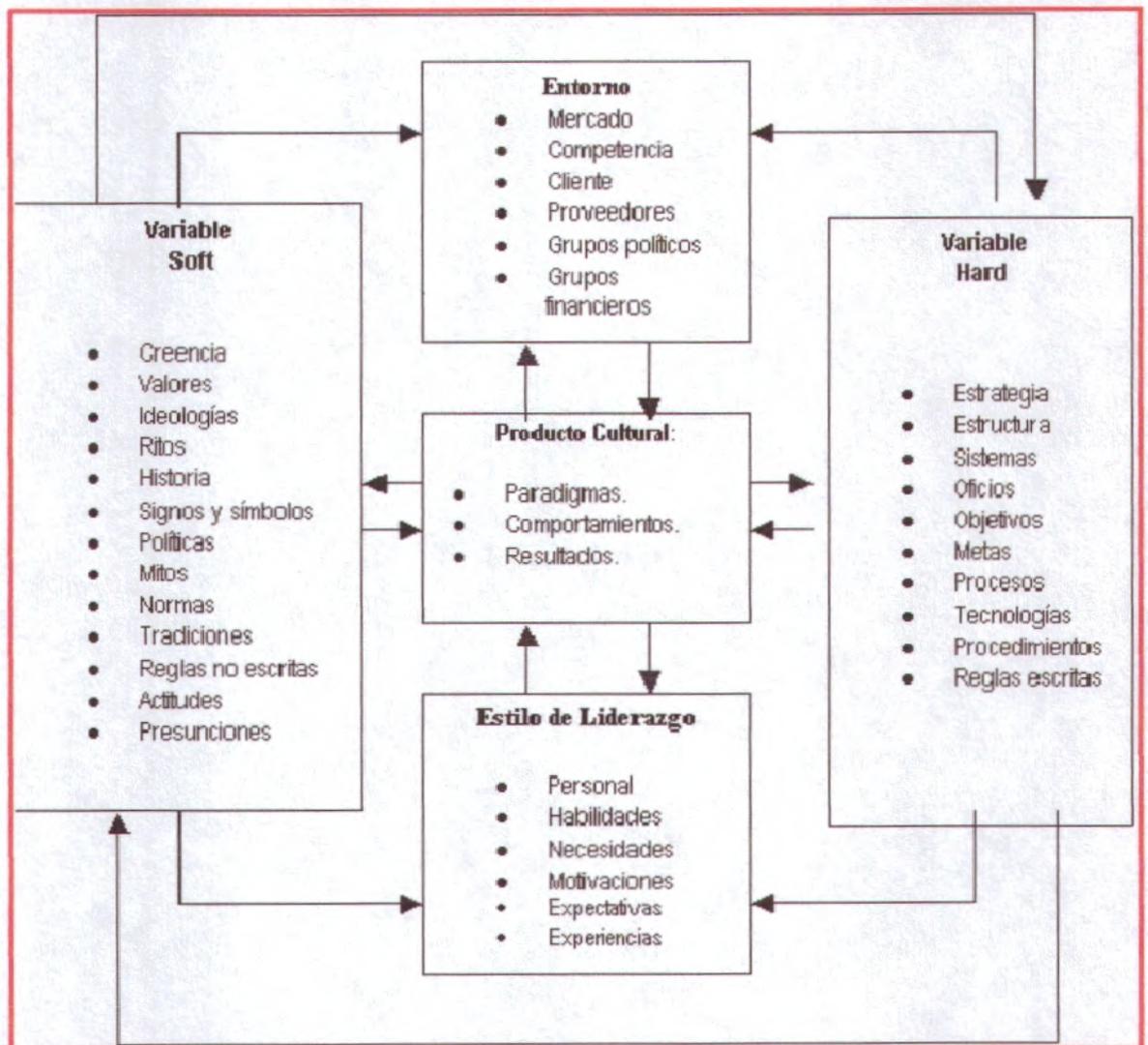
- ✦ **Cultura.-** es un producto - proceso histórico, de construcciones sociales del sistema de significados, vinculados a través de signos y símbolos, que al ser asimiladas inciden de modo operativo en la vida cotidiana, moldea la conducta, le da forma peculiar y una identidad a la vida de los individuos.
- ✦ **Cultura Institucional.-** constituye el conjunto de valores, creencias y entendimientos importantes que los integrantes de una institución u organización tienen en común. Se refiere a un sistema de significados compartidos por una gran parte de los miembros de la Institución, que distinguen a una organización de otra. Al hablar de cultura organizacional nos referimos a una cultura dominante que en gran parte de las organizaciones existe, esta expresa los valores centrales que comparten la gran mayoría de los miembros de la organización. Tener una cultura organizacional, permite a todos sus miembros, fomentar y forjar una cultura dominante que incluya valor a lo que cada uno de ellos sabe.; además facilitaría el que se genere "compromiso" con algo superior al interés personal, beneficiando a toda la Institución. Se generaría una gran estabilidad social que permite a los individuos sentirse a gusto con su trabajo y ser más productivos.

Para poder crear y compartir el conocimiento, deben existir controles administrativos propios que permitan filtrar todo aquello que sea útil para la Institución, que no desvirtúe el sentido de cooperación, que sea conocimiento que forme y no fragmente, sino que motive. En la medida en que enfrentamos con éxito la complejidad, estaremos en posibilidades de lograr los objetivos Institucionales; esta realidad da origen al concepto de **Cultura Organizacional o Institucional.**

- ◆ **Desarrollo de la cultura organizacional.-** la esencia del desarrollo organizacional hoy es imaginar, visionar, crear, innovar, integrar, hacer seguimiento, "saber ser para integrar al hacer". Lo que constituye el desarrollo organizacional fundamental es la acción.
- ◆ **Funciones de la cultura .-** el psicólogo clínico debe conocer la cultura de la institución en la que labora debido a que esta ejerce varias funciones dentro de la Institución; así Robbins (1996) refiere 5 de ellas:
 - a) **Define límites.-** marca la diferencia entre una Institución y otra.
 - b) **Refleja la identidad de los miembros con la Institución.-** se entiende que los riesgos de identidad organizacional están comprendidos en el concepto de cultura, en el sentido que son elementos establecidos, conocidos y compartidos por el grupo social.
 - c) **Genera el nexo entre los miembros y la Institución a través de la lealtad y el compromiso.-** es indudable que cada individuo posee un organismo y una serie de habilidades innatas que lo hacen característico y diferente a todos los demás; pero también es cierto que por medio de la adquisición de costumbres, normas, valores, actitudes, etc., la cultura le marca su sello.
 - d) **Refuerza la estabilidad social.-** existen rasgos que son definidos por la cultura organizacional, que permiten a cada uno de sus miembros identificarse y auto clasificarse dentro de ellos, admitiendo que cualquier cambio sea orientado hacia las necesidades que se generen de manera óptima.

- e) **Es un mecanismo de control.**- permite señalar las “reglas del juego”; definido como diferentes modos de pensar, creer y hacer las cosas dentro de un sistema, cuyos modos sociales de acción establecidos son aplicados por los participantes mientras pertenecen a los grupos de trabajo.

En la siguiente figura podremos apreciar como el resultado de la interacción entre estos grupos de variables hacen que surja el producto cultural:



Componentes o variables de la figura anterior:

Estilo de Liderazgo:	Patrones de conducta por los que se inclinan los directivos durante el proceso de conducción de sus trabajadores y de influir sobre ellos. Incluye motivación de subordinados, el empleo eficaz de la comunicación y la solución de conflictos.
Variables <i>Soft</i> (blandas):	Las que permiten caracterizar el sistema social de la organización y tienen en cuenta a los grupos, sus relaciones internas y las estructuras de pensamiento a partir de las cuales éstos orientan su conducta. Incluyen indicadores tales como: creencias, valores, normas, actitudes, ideologías, presunciones, además de los signos y símbolos, las tradiciones, la historia y las políticas.
Variables <i>Hard</i> (duras):	Las que permiten la caracterización del sistema estructural de la organización, tomándose en consideración los indicadores que constituyen el soporte del funcionamiento organizacional: objetivos, estrategias, estructuras, decisiones, sistemas, procesos, tecnologías, oficio, procedimientos.
Producto Cultural:	Resultado de la interacción entre el estilo de liderazgo, las variables <i>soft</i> , y <i>hard</i> y de todos con el entorno, lo que trae como consecuencia paradigmas, comportamientos y resultados que serán efectivos en la medida que dichas interacciones sean de coherencia, organicidad y adaptabilidad.
Entorno:	Estas cuatro agrupaciones no interactúan de forma aislada sino influidos por las demandas del entorno, entendido éste como todos los elementos externos a la organización y actores internos significativos en su operación.

Tipologías de la cultura organizativa.

Es importante conocer o determinar el tipo de cultura que tiene la Institución en la que vamos a laborar, ya que este, es un factor importante que nos permitirá realizar nuestro trabajo con mucha facilidades o en ciertos casos con muchos obstáculos.

A continuación se mencionarán y explicarán tres tipos de cultura que generalmente encontraremos en nuestro medio:

- I. **Cultura Burocrática:** es una cultura paternalista, dominante, que concibe que al ser humano hay que controlarlo, pues sólo de esta forma se puede conseguir resultados eficaces. Se da una centralización del poder; falta de apoyo interpersonal, trabajo individualista, etc.

Los equipos directivos que se marcan dentro de esta tendencia entienden el ejercicio de su función como un "oficio", que se puede aprender y que hay que saber hacer. Son equipos directivos que conocen los mecanismos de la administración y se limitan a aplicarlos de una forma burocrática y reproductora. El tipo de comunicación que establecen es unidireccional, jerárquica y descendente; e la participación ya que las decisiones son tomadas unilateralmente.

Todo esto crea una cultura de los equipos directivos burocrática-eficientista, un nivel de satisfacción y de motivación bastante bajo entre los miembros del centro, lo cual está generando un clima irreal y regresivo (de conductas infantiles).

- II. **Cultura Permisiva:** entiende al ser humano como un ente individual que debe caminar independientemente. Cada profesor se entiende como una "unidad celular" independiente. Se defiende por encima de todo la "libertad de cátedra" y no intromisión en la labor educativa de cada unidad celular. El centro se concibe como lugar de trabajo y fuente de remuneración que se abandona lo antes posible para dedicarse a aquellas actividades y tareas que realmente son gratificantes. Se basa en el consenso mutuo y es difícil en ella el control y la coordinación.

Fomentan un funcionamiento formalizado, donde todo se registra en actas formales para que "no haya problemas". Esto crea una cierta "anarquía organizada" donde se deja actuar a cada uno según le convenga mientras no haya interferencias con los intereses de otros miembros. La comunicación ascendente/descendente es de tipo informal, manteniéndose una comunicación socio-afectiva. Hay participación pero no compromiso, el clima existente es frustrante, permisivo, imperando un cierto escepticismo y caos organizativo.

III. Cultura Colaborativa: entienden la enseñanza como una actividad compartida; se fomenta una colaboración espontánea y una participación voluntaria. Sentido de comunidad: apoyo y relación mutua, auto-revisión, aprendizaje profesional compartido. Visión compartida del centro como conjunto de valores, procesos y metas; gira en torno a las tareas y los resultados, está orientada a la resolución de problemas. La meta es la tarea realizada, los medios son reunir la gente adecuada con los recursos apropiados y dejarles que ellos resuelvan las distintas situaciones. El poder está basado en la capacidad intelectual y práctica de resolución de problemas.

Importancia del conocimiento de la Cultura Organizacional

Todo psicólogo clínico debe conocer la cultura institucional del lugar en que va a trabajar, puesto que esta cumple con varias funciones en el seno de una Institución, tales como: definir límites, transmitir un sentido de identidad a sus miembros, facilitar la creación del compromiso personal e incrementar la estabilidad del sistema social.

La cultura es el vínculo social que ayuda a mantener unida a la organización al proporcionarle normas adecuadas de cómo deben comportarse y expresarse los empleados. El mal conocimiento de la cultura puede ser causa de malos entendidos y malas interpretaciones, haciendo así que se pierda la capacidad de coordinación y de integración.

Para realizar un análisis o diagnóstico Institucional, el Psicólogo Clínico debe realizar un FODA:

¿Qué es el FODA?

Es un instrumento que permite a una Institución u organización:

- detectar su situación organizacional interna y externa
- planificar estratégicamente su accionar a corto, mediano o largo plazo
- conocer cómo se organiza a nivel interno
- conocer como se relaciona a nivel externo

1. A nivel **INTERNO** de una Institución, Agrupación u Organización:

→ **FORTALEZAS:** son todas aquellas potencialidades materiales o humanas con que cuenta una organización. Son de vital importancia para el funcionamiento y desarrollo de la organización.

→ **DEBILIDADES:** son todas aquellas deficiencias materiales o humanas con que cuenta una organización. Son las principales responsables del funcionamiento interno de la organización.

2. A nivel **EXTERNO** de una Institución, Agrupación u Organización:

→ **OPORTUNIDADES:** son todas aquellas posibilidades de desarrollo que tiene una organización. Estas oportunidades se encuentran en el medio, natural, geográfico, cultural, social, político y económico en la que se mueve la organización.

→ **AMENAZAS:** son todas aquellas situaciones negativas que atentan con e desarrollo de una organización. Estas amenazas se encuentran en el medio natural, geográfico, cultural, social, político y económico en la que se mueve la organización.

5. QUÉ ES LA PSICOTERAPIA BREVE

5.1. Justificación

Ante la demanda cada vez mayor de atención psicológica a la población en sus distintos sectores, se hace necesario un conocimiento y entrenamiento en distintas técnicas psicoterapéuticas que permitan una perspectiva amplia, eficaz, rápida y sencilla que en diferentes circunstancias requieran de este tipo de intervención, siendo el rubro Psicoterapia Breve aquel que abarca todas las formas de intervención y el modelo de Intervención en Crisis el que nos indica cómo aplicar estas técnicas.

5.2. Concepto

Se puede definir la psicoterapia como un tratamiento informado y planificado a través de técnicas derivadas de principios psicológicos claramente establecidos. Estas generalmente utilizan la interacción verbal y pueden ser empleadas en el tratamiento de las diversas alteraciones emocionales, trastornos de la personalidad y cualquiera otra condición que sea considerada mal adaptativa para el individuo.

La psicoterapia breve es una terapia de tiempo limitado y centrada en un foco; en ella se deben identificar: la problemática general, mecanismos defensivos, la estructura clínica, el foco sintomático y puntos de urgencia.

Por otra parte, cada técnica psicoterapéutica está estrechamente ligada a una teoría psicológica particular. Ello otorga a cada forma un sello característico, y al mismo tiempo determina objetivos específicos. De allí que algunos autores clasifiquen las psicoterapias en los siguientes grandes grupos:

- a) **Psicoterapia de apoyo** (cognitivo-conductual, analítica, terapia ocupacional, reaseguramiento).
- b) **Psicoterapia reeducativa o de esclarecimiento** (terapia cognitiva, conductual, fortalecimiento de funciones y/oicas debilitadas).
- c) **Psicoterapia reconstructiva o psicodinámica** (terapia psicoanalítica).

A diferencia de las psicoterapias anteriores, el objetivo de la psicoterapia psicodinámica es la modificación de la estructura de la personalidad y no sólo aliviar los síntomas. Desde un punto de vista teórico, los síntomas depresivos serían el resultado de un conflicto inconsciente. La clave para resolver esos conflictos sería el análisis de la relación (transferencial) entre el paciente y el terapeuta, ya que en ella se reproducirían, "en vivo y en directo" la mayor parte de esas perturbaciones inconscientes. El objetivo de la terapia sería la elaboración de esos conflictos, lo que secundariamente traería el alivio de los síntomas.

En relación con la eficacia de los distintos tratamientos psicoterapéuticos, en la depresión existen diversas modalidades para evaluar su efecto. Dado que la eficacia de fármacos antidepresivos como la amitriptilina o la imipramina ha sido bien demostrada en numerosos estudios controlados contra placebo, una estrategia es comparar la psicoterapia con tratamientos farmacológicos. Otro método es la comparación del tratamiento con un grupo control.

d) Psicoterapia interpersonal. Es una psicoterapia breve desarrollada por Klerman, Weissman y Cols. Que se basa en el análisis crítico de los factores sociales que influyen en el desencadenamiento de un episodio depresivo. La estabilidad y calidad de las relaciones tempranas, la existencia de relaciones confiables durante la vida, la pérdida de relaciones significativas y la presencia de estrés interpersonal estarían estrechamente ligadas al comienzo de la depresión. El objetivo de esta terapia es el alivio sintomático y la superación de las dificultades de la relación interpersonal.

e) Psicoterapia cognitivo conductual. Es también una psicoterapia breve, desarrollada por Beck, Kovacs y Rush, siendo el método psicoterapéutico más extensamente evaluado en depresión. Desde un punto de vista teórico, se asume que el problema central de la depresión consiste en pensamientos negativos que a su vez desencadenan los síntomas emocionales y conductuales de la depresión.

Así, la depresión se caracterizaría por una visión negativa y pesimista del mundo y de sí mismo. El objetivo de esta terapia es identificar las cogniciones y actitudes negativas claves a fin de modificarlas. Sin embargo, todos los autores reconocen que cualquier forma de psicoterapia comparte elementos de apoyo, de educación y de elaboración de conflictos profundos de la personalidad, si bien alguno de estos elementos puede ser privilegiado.

5.3. Campo de acción

Quizás uno de los logros más notables en la última década ha sido el desarrollo de nuevas estrategias psicoterapéuticas para los diversos trastornos emocionales y la demostración de su eficacia a través de ensayos clínicos. Revisaremos brevemente algunos resultados que ilustran lo anterior.

✦ **Los trastornos afectivos**, en particular la depresión, son probablemente los más extensamente estudiados. Está bien demostrado que la psicoterapia tiene una eficacia comparable a la farmacoterapia y algunos estudios sugieren que podría tener un efecto específico en relación a algunos de sus síntomas.

En relación con los trastornos de ansiedad, se ha visto que el trastorno de pánico se beneficia con una estrategia combinada que incluye terapia de exposición (exposición sistemática a los componentes neurovegetativos del ataque de pánico), terapia cognitiva (evaluación de las creencias falsas en relación a los ataques de pánico), junto a elementos educativos (enseñar al paciente los mecanismos fisiológicos de este trastorno y los fundamentos de su tratamiento).

Estudios preliminares de la eficacia de esta técnica combinada han demostrado un 85% de buena respuesta, permaneciendo el 81% de los pacientes sin síntomas después de 2 años. Por otra parte, en agorafobia, diversos estudios han mostrado la eficacia de las técnicas de desensibilización sistemática (exposición planificada a las situaciones que provocan la angustia).

- ⊕ Otro interesante campo de aplicación de la psicoterapia ha sido el de los **trastornos psicosomáticos**, tales como cefalea crónica, hipertensión arterial y dolor crónico, en los cuales existe considerable evidencia de la eficacia de este tipo de tratamiento. Investigaciones más recientes han demostrado de manera consistente el beneficio de la psicoterapia en el cáncer.

De particular interés es un estudio realizado en 86 pacientes con cáncer de mama metastásico, las cuales fueron divididas en dos grupos: uno que siguió los controles de rutina y otro que recibió psicoterapia de grupo semanal, focalizada en los temores y dificultades que producía la enfermedad para sí mismas y para la relación con su familia. Entre los hallazgos iniciales se encontró que el grupo que recibió psicoterapia presentó menos alteraciones del ánimo, menos respuestas fóbicas y menos dolor. Pero lo más sorprendente es que la supervivencia de las pacientes que recibieron psicoterapia resultó ser el doble, 36,6 vs. 18,9 meses, en comparación al grupo control.

Estos hallazgos han servido de base para el estudio del efecto preventivo de la psicoterapia, tanto de trastornos psiquiátricos adaptativos como de trastornos somáticos. Por ejemplo, existen trabajos que demuestran en forma consistente el beneficio de una preparación psicoterapéutica antes de la cirugía. Por último, existen estudios que muestran el efecto de la psicoterapia en pacientes con un alto índice de consulta médica, encontrándose una disminución en el uso de medicamentos de hasta un 47%.

El conjunto de todas estas investigaciones, sin incluir numerosos estudios en otros trastornos donde la psicoterapia tiene reconocida eficacia (fobia social, trastornos de la personalidad, trastornos de la alimentación, etcétera), demuestran que la psicoterapia es una herramienta terapéutica válida.

Eficacia de la psicoterapia en síndromes específicos

✦ **Los trastornos afectivos**, en particular la depresión, han sido objeto de numerosos estudios de respuesta a la psicoterapia sola o en combinación con farmacoterapia. Entre las técnicas de psicoterapia más utilizadas se han descrito tres modalidades principales, incluyendo la psicoterapia interpersonal, las terapias cognitivo conductuales y las psicoterapias psicoanalíticas. En la Tabla 2 se indican las principales características de cada una de ellas. Brevemente describiremos los objetivos de cada una de estas modalidades de psicoterapia en la depresión.

5.4. Criterios para solicitar ayuda terapéutica: ¿Cuándo iniciar psicoterapia?

Cuando aquello que para el sujeto resulta problemático:

- ✓ Le impide conseguir lo que quiere en su vida
- ✓ Ya no sabe cómo afrontarlo para superarlo
- ✓ Se mantiene y/o empeora con el paso del tiempo
- ✓ Genera un grado alto de malestar y angustia en si mismo y/o en los demás.

a) ¿Cuándo llevar al niño a psicoterapia?

La respuesta a esta interrogante es bastante amplia, se tratará de exponer solamente las causas más comunes por las cuales un niño de entre 3 y 11 años es llevado a psicoterapia.

A continuación, se describen las **causas** más comunes por las que un niño es llevado a psicoterapia:

- 1) *Agresividad*: golpear constantemente a las personas que lo rodean (hermanos, compañeros, etc.).
- 2) *Fobias y Aislamiento*: no tiene amigos, es decir, presenta dificultades para relacionarse con los demás.

- 3) *Eventos significativos vitales y circunstanciales*: divorcio de los padres, muerte de algún familiar cercano, nacimiento de un hermano (a), cambios de casa y escuela, intervenciones quirúrgicas, etc.
- 4) *Dificultades en el aprendizaje*: bajo rendimiento escolar. En esta clasificación, se encuentran también el déficit de atención y la hiperactividad (aunque se debe aclarar que éstos son diferentes y para diagnosticarlos de manera adecuada se deben realizar pruebas neurológicas y psicológicas).
- 5) *Trastornos del sueño*: pesadillas constantes, sonambulismo, insomnio.
- 6) *Dificultades en la identificación psicosexual*: confusión en la identidad sexual.
- 7) *Enuresis diurna o nocturna*: dicho comúnmente es hacerse pipí en los calzones, ya sea durante el día y/o la noche.
- 8) *Encopresis diurna o nocturna*: hacerse popó en los calzones, ya sea durante el día y/o la noche sin tener ningún tipo de control esfinteriano..

Es importante mencionar que todas estas causas se convierten en una señal de alarma cuando le restan al niño una adecuada adaptación a su medio ambiente (familiar, escolar y social).

b) Motivos por los que “yo adolescente” debería asistir a psicoterapia

La adolescencia es un periodo de la vida que oscila entre la niñez y la adultez, cuya duración y existencia han sido discutidas y definidas como época de crisis. La biología, la psicología y la interacción social del individuo se ponen en crisis. Así, las tareas fundamentales de esta etapa son la formación de la identidad, la separación de los padres, la elección vocacional y la elección de pareja.

Desde el punto de vista psicoterapéutico, las características más importantes de un adolescente son las siguientes: tiene una gran cantidad de energía, existe un aumento cuantitativo en sus impulsos (un Ello fuerte), debilidad del Superyó (moral y valores) y del Yo (juicio y razón); por último, tiene una sensación de vacío (sentimientos de soledad y tristeza).

Motivos de consulta (causas)

Considerando la descripción anterior sobre la adolescencia, a continuación se describen los motivos de consulta por los que un adolescente debe asistir a psicoterapia.

De once a catorce años:

En esta edad empieza la pubertad y la adolescencia. Son más introspectivos, los cambios corporales y sexuales acaparan su atención, desean estar más tiempo solos, le dan más importancia a los eventos que suceden y son muy sensibles a cualquier crítica.

- *Dificultad para relacionarse:* un niño de once años que no tiene amigos, que no se le ve con frecuencia con un grupo de compañeros indica que no se ha desarrollado apropiadamente. En esta edad es normal que se interesen intensamente en otro amigo, pero la dedicación a un amigo en particular, no debe de ser exclusiva, al grado de no tolerar la presencia de un tercero o rechace cualquier participación grupal.
- *Aumento o pérdida de peso:* cuando el niño come en exceso indica algún problema o manifestación de ansiedad. Es cierto que en la adolescencia, en especial los hombres, muestran un aumento de apetito y comen más comparado con los adultos, pero alarma cuando comen aún más de lo que es típico para esta edad. En esta clasificación se ubica también la bulimia, las personas que la padecen son las que con frecuencia vomitan después de comer compulsivamente. En el extremo opuesto, se encuentran los adolescentes que pierden mucho peso lo cual indica que puede existir un problema que varía desde la depresión

a la anorexia nerviosa. En el rango intermedio los adolescentes, con frecuencia, se alimentan mal y en forma desbalanceada, pero no debe ser motivo de preocupación, a menos que coman tan mal que pierdan peso, tengan cansancio y padezcan insomnio u otros síntomas, en cuyo caso hay un disturbio significativo.

- *Onicofagia*: es cuando en esta edad continúan mordiéndose las uñas en forma excesiva de manera que se vean lastimadas. La ansiedad en cualquiera de sus manifestaciones deber ser tomada en cuenta.
- *Rebelión excesiva*: la rebelión es un síntoma que es necesario atender, sin embargo, es difícil encontrar la distinción entre la normalidad y la patología. Es importante para el adolescente rebelarse, incluso no es normal que sea tan dócil, que nunca cause problemas en la familia. El adolescente debe empezar a explorar los límites de su hogar, de su propia conducta, de su cuerpo y la sociedad. Sin embargo, si la rebelión es excesiva y constante, cuando parece que nunca puede descansar, que siempre tiene que llevar la contra, indica que está teniendo más problemas de lo que es común.
- *Descenso de rendimiento escolar*: hay algunos jóvenes que durante su niñez tuvieron un buen aprovechamiento escolar, pero en la adolescencia empieza a bajar su rendimiento. El fracaso escolar es un indicador sensible de que necesita ayuda y atención.
- *Tristeza o depresión*: la falta de interés en la vida, una constante tristeza a esta edad no es normal. Se subraya la palabra constante porque durante la adolescencia muchos jóvenes entran en periodos por días, en que les parece que la vida no es atractiva, que todo es tan aburrido que no hay nada bueno que hacer. No tienen amigos y hay quejas frecuentes de lo triste que es la vida. Sin embargo, si esas quejas y esa actitud se prolongan por más de una semana o son acompañadas por pérdida de apetito, sueño y otros síntomas, se debe estar alerta y

considerar una evaluación psicológica. Este cuadro es significativo en todas las edades principalmente si existe riesgo de suicidio.

- *Relaciones inapropiadas a la edad:* jugar con niños más pequeños esporádicamente es hasta saludable, pero jugar exclusivamente con ellos y sentirse incómodo con los de su edad, es un indicador de que el adolescente tiene problemas para crecer.

De catorce a diecisiete años

- *Falta de disciplina:* en este periodo, en la segunda parte de la adolescencia, el joven normal reconoce la necesidad de algunos límites y reglas en el hogar. La falta de capacidad de aceptar esto y el considerar que no tiene por qué respetarlas, y en verdad no se siente parte del hogar, por eso no acata disciplina alguna, se observa sólo en jóvenes que están pregonando su inadaptación.
- *Retraimiento en la fantasía:* en esta edad, especialmente las mujeres se refugian en sus propios pensamientos, ideas y fantasías y aunque normal, también puede ser una de las primeras indicaciones de problemas graves en adolescentes. Por tanto, no debe transcurrir mucho tiempo sin atención, sobre todo, si se retraen del contacto social y se sumergen en su mundo interno.
- *Aislamiento:* de igual forma si prefiere estar en su propia recámara, no salir, no hablar por teléfono o estar incomunicado indica dificultades en sociabilidad. Problemas en las relaciones interpersonales resultan muy dolorosas y la falta de aceptación y rechazo produce intensa ansiedad, especialmente si las dificultades son para relacionarse con el sexo opuesto. Esta área es en extremo sensitiva para el adolescente y es el termómetro más claro para medir la necesidad de ayuda.
- *Abuso de drogas:* el uso de estupefacientes en general o de drogas incluyendo marihuana, es una señal de alarma. Se considera uso cuando se sobrepasa el fenómeno de exploración que hacen los jóvenes

en su ambiente. Si fuman o beben alcohol esporádicamente, por ejemplo en una fiesta, no es signo de alarma pero si lo hacen con frecuencia están llamando la atención de su problema.

- *Pasividad*: los jóvenes que aún no pueden defender sus propios derechos y responden a sus conflictos con llanto, pasividad o sometimiento, indican que requieren ayuda. Tanto en el círculo familiar y nuclear ya extendido y también con los amigos.
- *Falta de interés e inhibiciones*: es esperado que entre los catorce y diecisiete años desarrollen intereses intelectuales y culturales fuera de la casa y presten atención a algo más que la televisión y el cine. El joven que no disfruta de bailes, teatro, conciertos, arte o deportes, muestra que sus intereses no se han ampliado en forma normal y posiblemente sea producto de conflictos, por lo que necesita atención.
- *Discrepancia entre habilidades y logros*: en esta edad es normal que los adolescentes crean que no van a tener éxito en la vida, esto en ocasiones es reforzado por algunos padres cuando les dicen que serán unos fracasados. No obstante, si esos miedos son excesivos y el joven piensa que no va a poder cursar una carrera, no se casará, incluso no podrá cumplir con las aspiraciones de sus padres; cuando en realidad éstos no lo perciben así, ni esperan tanto de los hijos, indica que son sus propias expectativas las que quizás están muy altas y que existe un conflicto entre lo que desean y lo que pueden hacer.
- *Interés exclusivo en la escuela*: el joven que se interesa exclusivamente en la escuela y sólo se dedica a ella, no tiene amigos y no sabe cómo emplear los momentos de recreo o de placer, preocupa tanto como el que está fracasando en la escuela. Es importante señalar que alumnos que son excelentes estudiantes, trabajan bien y cumplen sus tareas, también pueden tener problemas.

- *Necesidad de aprobación constante*: si necesita la aprobación de sus padres hasta para las decisiones más pequeñas, indica que no ha podido lograr la suficiente separación de ellos. En esta etapa empiezan a hacer sus propias iniciativas, por ejemplo, qué regalos desean para un amigo o amiga, asistir o no a un baile, participar en algún deporte o pertenecer a un grupo de adolescentes. Deben ser capaces de enfrentarse a una elección vocacional y relacionarse socialmente, en especial con el sexo opuesto. Si esto no sucede y permanece muy dependiente es necesario solicitar una evaluación psicológica.

c) Requisitos mínimos personales para recibir ayuda psicoterapéutica

Estar de acuerdo con al menos dos de las siguientes afirmaciones (credo del cambio)

- ◆ "Solo yo puedo cambiar el mundo que he creado"
- ◆ "Tengo el poder y la capacidad de cambiarlo"
- ◆ "No hay peligro en cambiar lo que ya no me sirve para ser feliz en mi vida"
- ◆ "Para conseguir lo que realmente quiero, debo cambiar"
- ◆ "Creo que mi terapeuta es una persona competente y en el que puedo confiar".
- ◆ "Necesito del tratamiento porque constituye mi ayuda, soy consciente que algo malo me pasa y esto me ayudará"

5.5. Posibles desventajas de la terapia breve

Puede generar en el sujeto cierto grado de identificación con el terapeuta a tal punto que el paciente pretenderá ser como el psicólogo, lo ve como su ideal.

Puede generar cierto nivel de dependencia y no lograr resolver sus problemas sin la presencia del psicólogo, para evitar esto se debe trabajar con el paciente aclarando que nuestro trabajo es potencializar sus recursos, conductas acertivas, dar señalamientos, pautas, pero que el 90% del éxito dependerá exclusivamente de el paciente, es decir, se debe trabajar la ansiedad de separación.

5.6. Deserciones en la psicoterapia.

En el siguiente trabajo teórico queremos mostrar algunas reflexiones en torno al fenómeno conocido como abandono en las terapias psicológicas, haciendo hincapié en su naturaleza, en su uso como parámetro predictor de éxitos terapéuticos y en la conveniencia o no de intentar reducir o aminorar dicho fenómeno.

Todas las personas que acuden en busca de tratamiento, tienen en común experimentar algún tipo de dificultad, malestar o trastorno, que es lo suficientemente importante en sus vidas y que generalmente ocasiona malestar psíquico y social. Por ellos mismos y antes de acudir a psicoterapia, los individuos han intentado solucionar sus dificultades recurriendo a otras fuentes, tales como amigos, médicos, sacerdotes, etc.

Habitualmente, los pacientes expresan conflictos con otras personas y síntomas tales como, ansiedad, desesperanza, incomunicación con sus compañeros(as), conductas de evitación, insomnio, ideas obsesivas, amnesia, sentimientos de hostilidad, cefaleas, pérdida de apetito, falta de concentración, etc. Resulta común que estos sentimientos se expresen como "algo extraño a sí mismo", desconocidos y que no pueden controlar; en consecuencia, es frecuente que los pacientes acudan a la terapia con expectativas poco realistas, es decir, buscando que el terapeuta les brinde la solución a sus problemas del mismo modo que el médico les receta una pastilla para su catarro.

Así, pareciera que muchos de los pacientes al no ver la inmediatez de la solución de sus problemas prefieren abandonar la terapia. Hay otros que no alcanzan dicha culminación debido a factores de diversa índole; entre ellos pueden encontrarse desde razones eminentemente personales hasta el sentimiento de desagrado por la atención prestada en el centro donde acude o por el terapeuta (transferencia y contratransferencia).

Así mismo, pareciera influir también el tipo de tratamiento, la mejoría de los síntomas o terapia a la cual se encuentra sometido.

Aquí clasificaremos además el abandono en dos tipos, a saber, el que llamaremos abandono parcial, o aquel que recoge la situación de búsqueda incesante, por parte del paciente, de ayuda psicológica recorriendo diferentes terapeutas y terapias y el abandono total, como concepto que delimita la situación en la que un sujeto abandona la terapia por completo, esto es, cesando en la búsqueda de ulteriores terapias o terapeutas alternativos.

Motivos de abandono en psicoterapia

Vamos a pasar a revisar los motivos de abandono más comunes:

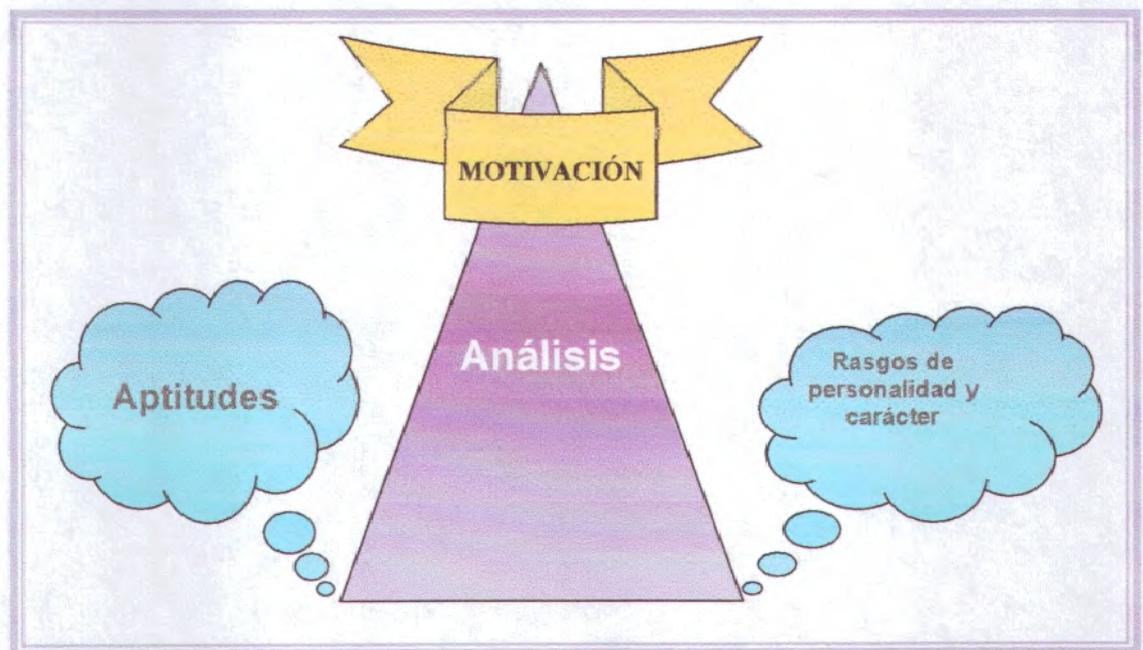
- ✦ el motivo de consulta ya no preocupa,
- ✦ consejo de otro profesional de corriente teórica distinta,
- ✦ cambio de ciudad del cliente,
- ✦ desmotivación por la terapia,
- ✦ incumplimiento de instrucciones,
- ✦ relativizar el problema,
- ✦ tardanza en conseguir objetivos,
- ✦ negación a tocar algunos temas,
- ✦ falta de rapport con el terapeuta,
- ✦ cambio de ciudad del terapeuta,
- ✦ bajo estatus socioeconómico,
- ✦ escasa motivación,
- ✦ gravedad y cronicidad del trastorno psicopatológico,
- ✦ débil alianza terapéutica,
- ✦ exceso de actividad verbal del terapeuta,
- ✦ los elementos resistenciales y transferenciales negativos ante el material clínico,
- ✦ fallo en el establecimiento del vínculo terapéutico, producto de efectos resistenciales del paciente.
- ✦ factores ambientales adversos,
- ✦ actos fallidos producto de su misma resistencia.

Podemos observar que se hace mención a una gran variedad de variables de todo tipo: demográficas, de personalidad, de la relación terapeuta-paciente, para describir el fenómeno del abandono en psicoterapia. Es usual, así mismo, observar cómo la relación entre estas diferentes variables es una mera yuxtaposición en donde no se vislumbra marco global o fondo alguno.

En cualquiera de los casos, la situación de abandono es conocida como **Deserción**, entendida como aquella en la que se engloba a los individuos que habiendo establecido contacto con un servicio de psicología no continuaron con el proceso terapéutico, a pesar de que aun necesitan dicho tratamiento.

Otros elementos del abandono

Greenson dice que la psicoterapia no es para cualquier persona, el paciente requiere tener algunas características para ser sujeto de análisis.



La ausencia de alguno de estos rasgos pone en riesgo el proceso terapéutico.

De todos estos motivos o variables, los que deberían interesar por ser manejables en su prevención, serían todos aquellos que tienen que ver con la terapia y que el terapeuta, por tanto, podría haber evitado.

Nuestra tarea consiste en desglosar el proceso terapéutico en diferentes fases con el ánimo de indagar en cada una de ellas lo que pudiera precipitar el abandono terapéutico, entre estos podemos citar:

La falta de información del proceso.- El psicólogo clínico debe primeramente informar de todo lo concerniente al aspecto terapéutico que se va a seguir, se deben esclarecer dudas, se deben eliminar las falsas expectativas con respecto a los supuestos, etc. De esta manera vamos a motivar al paciente para que se implique en un programa de tratamiento activo, potenciando sus expectativas de auto-eficacia.

- ⊕ **Una evaluación deficiente e incorrecta.-** Muchos terapeutas hacen uso indiscriminado de instrumentos o herramientas como medio para llegar a un diagnóstico, pero no toman en cuenta el valor de la entrevista, el valor del contenido subjetivo y sólo se fijan en los datos estadísticos; en cambio otros sólo se rigen en el aspecto subjetivo, lo que se dice en la entrevista sin tratar de buscar otras herramientas que posibiliten un mejor esclarecimiento de la problemática. Por este motivo es necesario hacer un equilibrio, determinar que herramientas se pueden usar en ciertos casos, e integrando los datos obtenidos de los test e información obtenida de las entrevistas se puede llegar a un mejor diagnóstico reduciendo considerablemente el margen de error.
- ⊕ **Diagnóstico incorrecto.-** dado por una mala evaluación.
- ⊕ **Deficiencias de las técnicas terapéuticas,** Un error técnico constituye la interpretación "salvaje" la cual consiste en que el terapeuta hace interpretaciones desde la primera entrevista ignorando los componentes funcionales de la estructura psíquica del paciente, desconociendo sus resistencias, ansiedades, mecanismos defensivos, represiones, etc. Por este motivo es necesario que el terapeuta ponga énfasis o interés en la necesidad de examinar de manera incesante el deseo del analizante y su

situación actual, antes que imponer “verdades prefabricadas” (recordemos que no lo sabemos todo, debemos manejar y alejar nuestros prejuicios y evitar trabajar con ellos). Frente a la manía de interpretación por parte de algunos psicoterapeutas que ven por todas partes símbolos sexuales, odios arcaicos hacia la madre, es necesario evaluar al paciente, saber cual es su conflicto primordial, no es bueno generalizar las causas o etiologías psicopatológicas. Freud intentó atemperar la omnipotencia de la interpretación mediante un procedimiento: **la construcción**, mediante la cual las verdades salen del paciente y no del terapeuta, es decir, no es una interpretación venida del otro sino del propio paciente.

5.7. Indicaciones

Teniendo en claro el procedimiento de las Psicoterapias breves y su enfoque a una atención que abarque todo los niveles económicos y dentro de un corto periodo de tratamiento; también se requiere demarcar sus objetivos, los cuales apuntan a satisfacer una necesidad asistencial, tanto en el medio institucional como en el consultorio privado. A partir de ello se podrán establecer los criterios de selección de pacientes, los mismos que se tomarán en consideración luego de la evaluación diagnóstica y pronóstica. A continuación los elementos indicadores:

¿Para qué tipo de trastorno está indicada la terapia breve estratégica?

La terapia breve estratégica está indicada, en primer lugar, para todos los trastornos psicológicos fuertemente invalidantes, es decir, caracterizados por una sintomatología acusada y limitante; como los trastornos fóbico-obsesivos, (ansiedad, ataques de pánico, fobias, obsesiones, compulsiones, hipocondrías) los trastornos de la alimentación, (anorexia, bulimia, síndrome de vómito, binge-eating), la depresión, los problemas sexuales.

La intervención estratégica es en otros trastornos muy eficaz, como son los problemas de orden relacional (problemas sentimentales o de pareja, dificultad de relación con los colegas del trabajo, problemas de relación padre - hijos),

bloqueos de la actuación (miedos escénicos, hablar en público y similares), problemas escolares y todas las sintomatologías potencialmente invalidantes pero que se encuentran aún en la fase de estructuración inicial, por ejemplo, fobias a un no generalizadas o trastornos de la alimentación en fase inicial.

Según el tipo de problemática presentada, el terapeuta podrá proponer una intervención de tipo psicoterapéutico (las típicas 10 sesiones), o quizá optar por una intervención de consulta estratégica breve particularmente adaptada para afrontar de manera rápida y eficaz el problema no invalidante presentado por la persona. La terapia de objetivos y tiempo limitado satisface una necesidad asistencial, aunque esté lejos de ser en muchos casos la indicación más adecuada.

Pacientes aptos para la intervención psicoterapéutica.

Todas las personas que deseen someterse a la terapia (como se mencionó anteriormente); es decir, lo básico o esencial para que una terapia tenga éxito es que exista un deseo o demanda de análisis por parte del consultante.

Es necesario mencionar que el éxito está en las manos de la persona que pide ayuda y en las del terapeuta, de una forma conjunta.

Condicionantes

I. Factor edad (edad del paciente): está contraindicado que a las personas de edad avanzada se les haga un tratamiento psicoanalítico, estos pacientes presentan demandas que necesitan de respuestas inmediatas; para este es necesario practicar las psicoterapias.

II. Resistencias a tratamientos prolongados e intensivos: a aquellos que no están dispuestos a efectuar una terapia intensiva y prolongada que implique una sacrificada revisión de su vida y su personalidad. No se los puede forzar a lo contrario.

III. Preparación a realizar un tratamiento psicoanalítico: como paso previo, o a los que han sido dados de alta en un análisis exitoso y que acuden por la aparición o reaparición de un síntoma, para lo cual no necesariamente deben someterse a un re-análisis.

IV. Condiciones económicas: las psicoterapias breves se ajustan al nivel económico del paciente debido a que no constituyen terapias largas, el proceso permite un ahorro en la economía.

La indicación o contraindicación clínica de esta terapia se desprende de la evaluación diagnóstica y pronóstica del paciente, dentro de la cual son elementos indicadores para su recomendación:

a) *Padecer trastornos de iniciación reciente y aguda que motivan el tratamiento (Atravesar una situación crítica actual o reciente):*

- Situaciones críticas en las que el individuo se halla afectado por problemas de su realidad actual. Que puedan o no dar lugar a un cuadro psicopatológico agudo y que como lo señaló Freud impiden la realización de un análisis, ya que es preferible que las experiencias patógenas pertenezcan al pasado para que su "yo" se mantenga distante.
- En función preventiva, no esperando atravesar una crisis para acudir a consulta. Para preparar al sujeto si éste se antepone a eventos que puedan desencadenar excesiva angustia o desequilibrios emocionales y en los que se requiera una pronta intervención.
- El caso de una crisis vital. En los estados de crisis aguda el psicoanálisis no puede usarse con ningún propósito. Todo el interés del yo está absorbido por la penosa realidad y se retira del análisis.
- Los casos en que el individuo debe prepararse para atravesar trances tales como una intervención quirúrgica, un parto, una migración.

b) **Patologías de carácter leve:** Los problemas principales deben estar predominantemente en el nivel genital, es decir, dificultades edípicas que se manifiestan en las zonas erógenas (oral, anal, etc.)

- ✚ Trastornos neuróticos
- ✚ Trastornos de ansiedad
- ✚ Trastornos alimenticios
- ✚ Trastornos sexuales
- ✚ Trastornos somatomorfos
- ✚ Trastornos disociativos
- ✚ Trastornos facticios
- ✚ Trastornos de la infancia
- ✚ Trastornos de control de impulsos
- ✚ Trastornos de personalidad
- ✚ Trastornos afectivos
- ✚ Trastornos del sueño

Los problemas que atañen al nivel genital, Según Courtenay la levedad de la patología permitirá un pronóstico favorable.

c) **Fuerza y plasticidad del yo, con funciones en buen estado.** Aunque algunas de ellas se encuentren debilitadas como en el caso de la adolescencia en donde existen crisis de valores y una de las funciones debilitadas es la función del juicio (se cree indestructible); en dichas funciones se trabaja y fortalece, manteniendo lo rescatable.

d) **Alto grado de motivación para el tratamiento.** Para ello, el terapeuta debe explicarle al paciente todo cuanto sea necesario para tranquilizarlo y motivarlo, a la vez, del paciente se espera su deseo y participación para mejorar su situación.

e) **Capacidad de insight.** Conocimiento de la propia realidad psíquica. Capacidad para permitir la elaboración, es decir, que entienda lo que le está

pasando, debe tener capacidad para conocer, entender, reconocer y elaborar su problemática.

f) **Determinación y buena delimitación focal desde un comienzo.** Dejar a un lado las demás dificultades y poner como prioridad la que rompe (en la actualidad) con la tranquilidad psíquica y emocional.

g) Duelo central vital no elaborado

Cabe señalar que la psicoterapia que nosotros manejamos no constituye un proceso de reestructuración (reconstrucción) de la personalidad, sino que es un proceso orientado a un problema por el cual se consulta, es decir, la terapia breve se caracteriza por localizar el problema (focalizar) y delimitarlo .

Szpilka y Knobel advierten sobre el error de guiarse casi exclusivamente por un diagnóstico nosológico para la indicación terapéutica y de que ésta recaiga en el tratamiento psicoanalítico cuando no están dadas en el paciente ciertas condiciones elementales para ello.

Otras veces la Psicoterapia Breve está indicada como paso previo y preparatorio a la realización de un tratamiento psicoanalítico.

Una nueva circunstancia es la de la aplicación post psicoanalítica de la Psicoterapia Breve, a pacientes que han sido dado de alta de un análisis exitoso y que consultan por la aparición o reaparición de una situación conflictiva o de un síntoma.

En personas de edad avanzada, la terapia focal puede encontrar una aplicación muy adecuada, porque permite trabajar sectorialmente incluso a través de una técnica interpretativa.

La Psicoterapia Breve de insight es menos eficaz: en casos crónicos de psicosis, enfermedades psicosomáticas, psicopatías, perversiones, toxicomanías, estados fronterizos y caracteropatías graves; en general cuando

existen grandes debilidades yoicas, con relaciones objetales muy ambivalentes, dependientes o simbióticas, tendencias marcadas al acting out o escasa tolerancia a la ansiedad y a la frustración; cuando hay escasa motivación para el tratamiento.

5.8. Contraindicaciones

- ✦ **Casos crónicos de psicosis esquizofrénica** (manejo después del brote sicótico) *Psicosis*. A diferencia de la neurosis, cuyo origen siempre es psicológico, en ciertos casos de psicosis existen causas físicas, y en otros quizá intervenga una predisposición genética. Las dos formas más comunes de psicosis son la esquizofrenia, caracterizada por episodios en que la percepción de la realidad se deforma gravemente y se padecen delirios o alucinaciones, y la psicosis maníaco depresiva, forma grave de ciertos trastornos maníaco depresivos en que a las oscilaciones del estado de ánimo se suma la pérdida de contacto con la realidad. Las diversas formas de psicosis son lo que comúnmente se llama locura; su tratamiento, que incluye el uso de tranquilizantes potentes y la hospitalización, consigue controlar al enfermo y a veces devolverle temporalmente la lucidez, pero rara vez lo cura en forma definitiva. La psicoterapia sólo es útil para los pacientes que han entrado en remisión.

- ✦ **Estados depresivos mayores o melancolía**, en donde el sujeto no puede procesar o elaborar su problemática debido a que existen niveles muy elevados de ansiedad, angustia y tristeza, lo cual no permite que el individuo introyecte las clarificaciones, y no procese el duelo.

- ✦ **Desestructuración del pensamiento.**
- ✦ **Funciones yoicas destruidas.**
- ✦ **Psicopatías.**
- ✦ **Perversiones.**
- ✦ **Estados fronterizos o borderline.**
- ✦ **Caracterologías graves.**
- ✦ **Cuando hay escasa motivación para el tratamiento**

- ✦ **Toxicomanías.** La psicoterapia sólo es útil para los pacientes que han entrado en remisión.

- ✦ **El insight es menos eficaz en:** casos crónicos de psicosis, enfermedad psicosomática, psicopatías, perversiones, toxicomanías, estados fronterizos y caracteropatías graves, debilidades yoicas tendencias marcadas al acting out escasa tolerancia a la ansiedad y a la frustración.

- ✦ **Problema para terapia de tiempo limitado:** pacientes que registran duelos patológicos porque su yo está momentáneamente debilitado y no podrán tolerar la separación del terapeuta al terminar la terapia.

5.9. Marco teórico

a) Teoría de la técnica psicoanalítica

El método psicoanalítico

La labor de la psicología dinámica consiste en reconstruir, partiendo de ciertas manifestaciones dadas, la constelación de fuerzas que dio origen a esas manifestaciones. El psicoanálisis es un sistema de investigación del funcionamiento humano, que a la vez es también una técnica terapéutica cuyas principales indicaciones son las neurosis crónicas y las alteraciones caracterológicas que interfieren con el funcionamiento adaptativo del individuo en la sociedad.

Contrato analítico

El contrato psicoterapéutico es el conjunto de normas que reglan la relación bipersonal entre terapeuta - paciente, que determina que ambos compartan un objetivo en común. Implica la idea que el terapeuta es el instrumento de intervención para el paciente, la consideración del tiempo del tratamiento, la decisión de incluir a otras personas y el esclarecimiento de la función del terapeuta como parte a cargo del proceso.

La regla básica es la asociación libre, reduciendo al máximo los estímulos externos (Setting) para eliminar los obstáculos que impiden la descarga. Se pide al sujeto que, sin hacer selección alguna, diga todo aquello que pasa por su mente. Se funciona bajo el supuesto que sus impulsos hacia la palabra o la acción están determinados por:

- I. estímulos externos de toda índole, a los que reacciona.
- II. su estado físico, que da origen a estímulos internos y determina la ansiedad y la modalidad de las impresiones producidas por los estímulos externos.
- III. ciertos fines conceptuales, el pensamiento de lo que desea hacer o decir, que le hacen eliminar todo aquello que no atañe al tema.
- IV. los derivados de todos los impulsos rechazados que pugnan por encontrar una descarga.

El objetivo principal de la regla básica es la eliminación del tercero de los factores perturbadores. En esto, el paciente no debe ser activo en lo absoluto; su única labor consiste en no impedir la expresión de los impulsos que surgen en su interior.

La contrapartida de la asociación libre es la *atención flotante*, por la que el terapeuta escucha lo que se le plantea sin un esfuerzo activo por encontrarle sentido inmediatamente.

Existen también en el contrato algunas colaterales:

- a. el tratamiento tiene una frecuencia regular y prefijada y un horario estricto;
- b. el costo del tratamiento se determina de antemano;
- c. todo tratamiento es tentativo y el paciente tiene el derecho a terminarlo cuando lo considera adecuado;
- d. el psicoanalista sólo actúa como tal y no como psiquiatra o médico, y
- e. el tratamiento se hace con el paciente tendido en un diván o con el terapeuta fuera de su visión.

Regresión

Mediante este fenómeno, los derivados de los impulsos prohibidos y de memorias reprimidas encuentran una expresión en las emociones y pensamientos del presente. El paciente es progresivamente capaz de regresar en niveles más profundos de su inconsciente; se hace más infantil y se abre a la posibilidad de renacer, habiendo superado conflictos o situaciones que no pudo hacer siendo niño.

El fenómeno de la regresión y el proceso analítico son en sí molestos y dolorosos. El apoyar en forma rápida o el interpretar prematuramente impiden el desarrollo del fenómeno regresivo, al gratificar muy rápidamente la necesidad del paciente de ayuda, comprensión o resolución inmediata de sus problemas.

El paciente oscila desde una expectativa de ser ayudado mágicamente por el analista, a otra de ser cuidado o querido por éste, a otra de enojo y rechazo por no recibir el tipo de ayuda directa esperada. Para poder ser analizado, es necesario que el paciente tenga un grado de desarrollo parcial del yo. Éste le posibilita esta "regresión al servicio del yo" que a la larga le permite superar su neurosis.

Interpretación

Se llama interpretación al método de deducir lo que el paciente realmente tiene en su ánimo y comunicárselo. El terapeuta debe tratar de reducir el significado de las palabras del sujeto o ayudarlo para que éstas salgan a la conciencia (siempre sobre el interés del sujeto en ese momento). El paciente tiene que estar preparado, con el material más cercano a la conciencia. Freud interpretaba constantemente, hacía interpretaciones detalladas y a veces muy extensas, transformando la sesión en un franco diálogo, al contrario de la técnica clásica del psicoanálisis que determina mucho silencio y poca interpretación (en todo caso, el silencio del analista es un actuar). La interpretación ayuda al analizado a elaborar sus conflictos inconscientes.

Cuanto más confiesa el analizado, tanto más el analista se convierte en el superyó moral, el que constituye, en un aspecto, la parte buena del analizado y determina una disociación más marcada entre su parte buena y mala, identificándose más con la mala. Debido a este proceso, es que la asociación libre no se recomienda como proceso de curación.

La interpretación está contraindicada para los casos en que no se dispone del tiempo suficiente o en los que el terapeuta la utiliza como defensa o defensa maniaca. Sin embargo, cuando se da en el sentido esperado, intensifica la transferencia positiva sublimada y hace consiente lo inconsciente.

El analista debe hacer sus comunicaciones sólo cuando el analizado está en transferencia positiva, o bien, si no se ha dado el caso, debe analizar las "resistencias de la transferencia "para poder restablecer la transferencia positiva. La interpretación debe ser dada cuando el analista sabe lo que el analizado no sabe, necesita saber y es capaz de saber.

La interpretación debe partir de lo que el analizado expresa, llegando después a lo más lejano a la conciencia. En el aspecto estructural, la interpretación completa debe referirse al ello, el yo y el superyó, partiendo del yo y de sus mecanismos de defensa.

Una interpretación psicoanalítica, según Menninger, tiene una estructura triangular que toca tanto a los conflictos que tiene el paciente en su situación vital externa (*allí y afuera*), su origen en el pasado (*allá y entonces*), pero centrada en el presente transferencial (*acá y ahora*).

Artificios de la deformación: puede que falte continuidad en las asociaciones del paciente, que los afectos coartados se expresen en otro sentido o que se deforme el contenido por la sustitución de una idea por otra asociativamente ligada a ella.

El terapeuta debe buscar el factor común entre las expresiones del paciente y la relación entre la conducta verbal – no verbal. Hay que empatizar con el paciente y por esto, mientras más conoce el analista la historia de su paciente, tanto más lo puede comprender.

Resistencia

El equilibrio psicológico de toda persona se basa en el equilibrio de sus fuerzas internas; al variar este equilibrio surge la angustia, y toda persona tiende a oponerse a cualquier intento de provocar angustia, en forma automática.

De forma natural, siempre hay un temor ante lo nuevo y lo desconocido, de modo que a la corta o a la larga, el paciente se coloca a la defensiva y comienza a sabotear el avance terapéutico.

Freud distinguió cinco formas de resistencia:

I. Resistencia represiva, la tendencia normativa y automática del yo a bloquear las emociones displacenteras.

II. Resistencia transferencial, ligada a la frustración que el paciente experimenta cuando el analista no reacciona como lo espera o como lo hicieron las figuras del pasado.

III. Resistencia por ganancia epinósica o secundaria, aquella por la cual el paciente se resiste a ceder las ventajas relativas que le ha procurado tal enfermedad a lo largo del tiempo.

IV. Resistencia por compulsión a la repetición, que surge del ello y se liga a la tendencia a volver a actuar, pensar o sentir como lo hizo en el pasado.

V. Resistencia por culpa, relacionada al superyó, por la que el paciente puede sentir inconscientemente que la enfermedad es un castigo justo por su neurosis y que no debe mejorar.

Clínicamente estas resistencias se evidencian en: Verborrea o silencio, olvido de hechos o interpretaciones, **focalización** en un tiempo, racionalidad excesiva y/o crítica a la teoría o el analista, o aceptación de la teoría como abstracta.

Una resistencia aguda dirigida contra la discusión de un tópico particular es mucho más fácil de manejar que las "resistencias caracterológicas". Estas últimas consisten en actitudes en que el paciente ha ido creando previamente con el fin de mantener sus represiones y que ahora manifiesta con el analista.

Transferencia

La comprensión de los contenidos del inconsciente del sujeto partiendo de las ocurrencias de éste es relativamente la parte más sencilla de la labor del analista; el manejo de la transferencia constituye la parte más difícil. La transferencia es un fenómeno inconsciente y, como tal, emocional.

La transferencia es un fenómeno universal que consiste en el desplazamiento de emociones y conductas que originalmente se experimentan en relación a personas significativas de la infancia y/o hacia personas de la vida presente del sujeto. El paciente exterioriza sus afectos hacia el terapeuta y también tiene sentimientos específicos frente a él (amor por la ayuda y odio por las expresiones desagradables). El paciente interpreta erróneamente el presente en términos del pasado y luego, en lugar de recordar el pasado, y sin reconocer la naturaleza de sus actos, tiende a vivirlo nuevamente y a hacerlo esta vez en forma más satisfactoria que en la infancia ("transfiere al presente actitudes del pasado").

La transferencia es lo resistido y la resistencia:

- **Resistencia**: vive su conflictiva infantil con el terapeuta. Sirven para falsear el sentido de las situaciones originales, con lo que la descarga obtenida es necesariamente insuficiente.
- **Resistido**: permite observar la conflictiva infantil, siempre y cuando el terapeuta no enganche con ésta.

Favorece la transferencia el que se dé un ambiente constante, el que el terapeuta no reaccione frente a las emociones del paciente y no lo provoque. De este modo, son transferidos sobre el analista aquellos objetos internos con los que el analizado ha vinculado o identificado aquella acción rechazante o rechazada; cuanto más se convierte el analista en objeto rechazante, tanto mayor será la necesidad del analizado de ser aceptado y amado por él (no es la necesidad de amor sino la capacidad de amar que se intensifica y se vuelca hacia el analista).

Son las transferencias negativa y sexual las que Freud denominó como "resistencias de la transferencia" y para las cuales estableció una regla de timing para interpretarlas por la que mientras las comunicaciones y ocurrencias del paciente sean dadas sin interrupción, debe dejarse sin tocar el tema de la transferencia; es decir, hasta que la transferencia se haya transformado en resistencia.

Cuando los fenómenos transferenciales aparecen en forma explícita y evidente, se habla de

"*neurosis de transferencia*", entendida como la reedición de la neurosis infantil original, en la cual el analista aparece como el foco de los conflictos infantiles entre impulsos y defensas.

La transferencia debe diferenciarse del concepto de *alianza terapéutica*, que es la parte consiente de la relación entre paciente y analista, que incluye una división voluntaria del yo del paciente, en que una parte coopera con el analista en la observación del resto del yo que está vivenciando el conflicto en un plano más emocional.

Para saber la validez de la interpretación transferencial se tiene que ver la reacción posterior del paciente. Una interpretación válida determina un cambio dinámico, que se manifiesta en las asociaciones subsiguientes del paciente y en la totalidad de su conducta.

Contratransferencia

En cuanto aceptamos que la relación del analizado con el analista es, desde el punto de vista técnico, lo esencial, tenemos que adjudicar significado central también a la contratransferencia, por varios motivos, pero ante todo porque es a través de ella que sentimos y podemos comprender lo que el analizado siente y hace en relación con el analista y lo que siente y hace frente a sus instintos y sentimientos hacia el analista.

La *contratransferencia* es la contrapartida, en el analista, de la transferencia, refiriéndose a las actitudes y sentimientos que se experimentan hacia el paciente. Para manejar satisfactoriamente la contratransferencia es esencial haber tenido una íntegra formación como terapeuta, que implica una amplia formación teórica, entrenamiento en habilidades de investigación, relacionales y de intervención, la aplicación de supervisión, además de autoconocimiento y el trabajo personal del terapeuta, unidos a sus experiencias de vida.

Sólo en la medida en que el analista esté "libre de represiones" podrá suplir lo que el analizado había reprimido o bloqueado. Los dos aspectos de la contratransferencia son, la respuesta contra-transferencial a la transferencia manifiesta y actual y, por el otro lado, la respuesta contra-transferencial a la transferencia latente y potencial, pero reprimida o bloqueada.

El papel básico que desempeña la **transferencia positiva** en el proceso psicoanalítico consiste en que suministra la energía necesaria para la colaboración del analizado y, análogamente, la contratransferencia positiva desempeña un papel básico, suministrando la energía necesaria para ver el inconsciente del analizado, superando el analista sus contra-resistencias. Así como la transferencia negativa y sexual perturba la colaboración del analizado, así también la contratransferencia negativa o sexual perturba la comprensión del analista y necesita ser analizada y disuelta.

Análogamente a la neurosis de transferencia existe también la *neurosis de contratransferencia*, debido a la identificación con los objetos transferidos del

analizado, implicando la vivencia de las angustias y defensas patológicas de esos objetos.

Normalmente el analista no queda fijado a esta identificación, sino que la utiliza para comprender e interpretar los procesos del mundo interno del analizado.

Claves para las reacciones contratransferenciales

- ✦ Incapacidad de comprender material que toca en problemas personales del analista.
- ✦ Descuido en la mantención del encuadre.
- ✦ Reacciones emocionales intensas.
- ✦ Maniobras de apoyo narcisista.
- ✦ Fomentar la dependencia del paciente a través del apoyo excesivo.
- ✦ Compulsión a hablar acerca del paciente.
- ✦ Interpretaciones innecesariamente sarcásticas.
- ✦ Sentir que los comentarios positivos o negativos del paciente acerca del analista le son personalmente importantes.
- ✦ Discutir con el paciente.
- ✦ Ayudar al paciente en forma extra - analítica.
- ✦ Impulsos frecuentes a pedirle favores al paciente.
- ✦ Soñar con el paciente.
- ✦ Interés o desinterés excesivo por el paciente.

b) Teoría Cognitivo Conductual.

Conceptos fundamentales

La terapia de conducta asume una serie de supuestos fundamentales que podemos agrupar en los cinco siguientes (Grimm y Cunningham, 1988): (1º) La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales más cercanos a la conducta manifiesta (salvo en el caso de los conductistas cognitivos); (2º) La terapia de conducta se centra en el aquí y ahora y presta menos atención a los sucesos históricos; (3º) La terapia de conducta asume que la conducta anormal es adquirida en gran parte a través del aprendizaje (clásico, operante y por moldeamiento).

El paradigma del condicionamiento clásico se refiere al aprendizaje basado en la asociación de un estímulo neutro, que posteriormente adquirirá poder para felicitar la conducta (estímulo condicionado) al asociarse con un estímulo incondicionado. Aunque el condicionamiento clásico supone que el estímulo condicionado antecede por lo general al incondicionado; también existe el caso inverso donde el estímulo condicionado sigue al estímulo incondicionado, es el llamado condicionamiento hacia atrás.

El condicionamiento clásico ha sido propuesto para explicar y tratar diversos fenómenos neuróticos. La llamada teoría de los dos factores (Mowrer, 1946) propone que la respuesta de ansiedad se condiciona a un estímulo neutro (primer factor) y que la respuesta de escape o evitación es reforzada por la reducción de la ansiedad, como respuesta operante (segundo factor). Eisenach (1982) desarrolla su teoría de incubación del miedo donde el estímulo condicionado de carácter fuerte puede adquirir las características del incondicionado, aunque este no termine presentándose, manteniéndose la respuesta ansiosa sin extinguirse (la llamada paradoja neurótica).

El paradigma del condicionamiento operante se basa en que una conducta en presencia de un estímulo particular (estímulo discriminativo) se hace más probable si es seguida de una consecuencia o contingencia reforzante. En este paradigma la conducta no está controlada por sus antecedentes (no es una E-R) sino por sus consecuencias (R-C). Si una conducta aumenta su probabilidad de producirse si es seguida por una determinada consecuencia se denomina a este proceso reforzamiento positivo. Si esa conducta aumenta su probabilidad de producción si es seguida por la retirada de un estímulo aversivo, se denomina a ese proceso como reforzamiento negativo. Si la probabilidad de esa conducta se reduce como consecuencia de la presentación de un estímulo aversivo o la retirada de uno positivo, se denomina al proceso como castigo. Si esa conducta deja de producirse como consecuencia de la no presentación de sus consecuencias reforzantes (positivas o negativas) se denomina al proceso como extinción.

Los principios del condicionamiento operante han sido propuestos para explicar y modificar diversas conductas anormales como la depresión (Lewinsohn, 1974), evitación o "defensas" de los trastornos neuróticos (Mowrer, 1949), conducta histriónica (Ulmén y Krasner, 1969), esquizofrenia (Ulmén y Krasner, 1975), problemas de la pareja (Lineman y Rosenthal, 1979), toxicomanías (Kepner, 1964), etc.

El tercer paradigma es el llamado condicionamiento vicario o aprendizaje por moldeamiento o imitación. Las personas no solo adquieren su conducta por la asociación de experiencias o los resultados de sus acciones sino también por observación de cómo actúan otras personas reales o actores simbólicos (historias, relatos, etc.) .Gran parte de la conducta humana es mediada culturalmente por diversidad de modelos familiares y sociales en el llamado proceso de socialización o aprendizaje social. Las habilidades sociales para relacionarse con los demás y muchos temores y prejuicios que dan lugar a conductas patológicas están mediados por este proceso ().

También los conductistas más actuales han destacado no solo el papel del aprendizaje y la cultura social en la conducta humana sino también la importancia de los factores biológicos. Por ejemplo, tanto Eisenach (1967) como Gray (1975) postulan bases biológicas para las diferencias de personalidad entre los sujetos; y Solimán (1971) desarrolla su teoría de las fobias preparadas biológicamente.

Otro aspecto destacable son las teorías del autocontrol y el interaccionadme recíproco. Aunque la persona está en gran parte controlada por sus contingencias ambientales y su historia de aprendizaje, su propio repertorio conductual le permite ejercer cierto autocontrol sobre su propia conducta y sobre el entorno, de modo que este y ella (la persona y el entorno) se modifican recíprocamente (Skinner, 1975; Bandura, 1984).

Queda claro que el conductismo actual está lejos de ser una simple teoría Estimulo - Respuesta.

Método terapéutico

Básicamente la terapia de conducta comienza mediante un proceso de diagnóstico denominado Análisis Funcional o Conductual. Consiste en "traducir" el problema presentado a categorías conductuales operativas (conductas manifiestas y encubiertas por lo general clasificadas como "cogniciones", "emociones" y "conductas") y en determinar las variables que las mantienen (organismicas - mediacionales, antecedentes estimulares y contingencias de refuerzo) (Cónfer y Saslow, 1967).

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES DESENCADENANTES	FACTORES DE MANTENIMIENTO
Genéticos	Situaciones aversivas	Consecuencias
Trastornos afectivos	Separación y pérdidas	Interacción familiar
Personalidad	Contactos sexuales	Interacción social
Obesidad	otros	
Elementos Socioculturales		
Contexto familiar		

El anterior proceso determina de qué variables es función la conducta estudiada y guía el proceso de selección de las técnicas terapéuticas. En la mayoría de los casos el terapeuta comparte con su cliente o paciente los resultados de tal análisis y como a partir del mismo es deseable intervenir.

También hay que destacar que la misma Relación Terapéutica puede ser analizada por el mismo procedimiento, cuando esta es relevante para la terapia en curso (colaboración del paciente).

Cuando la conducta del paciente presenta una escasa colaboración para la terapia, se puede intentar modificarla para lograr niveles mejores de relación terapéutica analizando su función (Edelstein y Yoman, 1991).

El terapeuta de conducta suele manejar un amplio abanico de Técnicas terapéuticas para diversidad de problemas. El empleo de las mismas más adecuado es cuando deriva en análisis funcional del problema en cuestión.

De manera resumida podemos agrupar estas técnicas mediante el paradigma de aprendizaje en el que se basan:

I. Técnicas basadas en el condicionamiento clásico: la más conocidas y utilizadas son los métodos de Exposición y de sensibilización Sistemática que consisten en enseñar al sujeto a enfrentarse más o menos gradualmente a las fuentes estímulares de su ansiedad, miedos, vergüenzas y otras emociones de modo que dejen de responder con ansiedad ante las mismas. La de sensibilización conlleva el aprendizaje previo de habilidades de relajación.

II. Técnicas basadas en el condicionamiento operante: básicamente se dividen en procedimientos encaminados a aumentar conductas adecuadas (Reforzamiento, Moldeamiento por aproximaciones sucesivas, etc.) y aquellos otros encaminados a reducir conductas inadecuadas (Extinción y Castigo), así como aquellos que combinan las dos finalidades anteriores (Reforzamiento diferencial, Contrato de conducta, Control de estímulos, etc.).

III. Técnicas basadas en el modelamiento: a través del modelado del terapeuta o grupo se presenta al paciente diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales, el paciente las observa e imita el modelo y el terapeuta le proporciona información correctora. También se utilizan como técnicas para expresar no solo nuevas conductas, sino también para expresar deseos y emociones diversas. Las técnicas más conocidas en este terreno son el Entrenamiento en Habilidades Sociales y el Entrenamiento en Afectividad.

IV. Técnicas basadas en los principios del autocontrol: Se suele utilizar en combinación con las anteriores, y en cierto sentido las intervenciones anteriores se proponen al paciente como vías de autocontrol o aprendizaje de manejo de problemas. Las más utilizadas son el autor registros a través de los cuales el paciente aprende a observar su propia conducta y a modificarla y las técnicas cognitivas mediante las que se aprende a manejar la relación entre los acontecimientos, su interpretación? Valoración subjetiva y sus efectos emocionales y conductuales. Estos procedimientos se utilizan con mayor énfasis y extensión por los terapeutas cognitivos y de una manera más particularizada por los terapeutas cognitivos? Conductuales o conductistas cognitivos.

Un aspecto a resaltar es que para el terapeuta conductual la terapia es mucho más que la utilización de un determinado elenco de técnicas sino un modo de entender a la persona y su conducta basado en los principios del Conductismo clásico(Pavlov, Watson), moderno (Skinner, Bandura.) y actual (Eysenck, Staats, Ardila, Meichenbaum..).

Los desarrollos actuales del conductismo y la terapia de conducta se mueven entre dos polaridades más o menos extremas, los que defienden los principios conductistas más radicales (Conductismo Radical de Skinner), los que combinan principios conductistas y cognitivos (Psicólogos Cognitivos-Conductuales (Beck, Ellis...)) y aquellos que se consideran ajenos al conductismo, aunque conectados históricamente al mismo (Psicólogos

Cognitivos-Constructivistas como Mahoney y Guidano). Estos tres grupos a su vez suelen ser denominados en la psicoterapia como pertenecientes a la Modificación de Conducta. Aunque sus objetivos filosofías y métodos suelen ser diversos, por lo general son complementarios, al intervenir sobre distintos niveles, áreas o dominios conductuales.

c) Teoría cognitiva

Conceptos fundamentales

Podemos proponer una clasificación general de los principales conceptos de estos modelos, siguiendo a Ingmar y Kendall (1986), en tres apartados:(1) Esquemas o estructuras cognitivas, (2) Operaciones cognitivas y (3) Productos cognitivos.

- **Esquemas cognitivos:** Constituye una abstracción fruto de la experiencia previa. Son organizaciones de significados personales referentes a sí mismo, los eventos las personas y las cosas. En líneas generales están organizados en la llamada memoria a largo plazo, tanto de forma semántica-proposicional como de manera episódica mediante escenas de guiones. Los esquemas son el núcleo de los trastornos cognitivos y contiene las Creencias y Supuestos personales (pie Ellis, Beck) y otros significados de desarrollo más tempranos de tipo pre verbal.

- **Operaciones cognitivas:** Se refiere a la actividad, conducta o procesos de los esquemas cognitivos. Esta actividad "procesa la información" de los datos sensoriales, guiada por los significados personales y cuando es patológica suele dar lugar a los llamados tradicionalmente "trastornos del juicio y razonamiento" y en la línea de Beck a las "distorsiones cognitivas" (pensamiento polarizado, sobre generalización, abstracción selectiva, inferencia arbitraria, etc.). Conforman la llamada "visión túnel" de los distintos trastornos emocionales (McCall y cols., 1985); por ejemplo las personas ansiosas se centran en la anticipación de peligros, las personas irritadas en la

evaluación de injusticias, las personas deprimidas en las pérdidas y las personas hipomaniacas en las ganancias.

- **Productos cognitivos:** Son los resultados más conscientes de las operaciones cognitivas automáticas o inconscientes. Conforman los pensamientos, imágenes, atribuciones, etc. En cierto modo la conducta, las emociones y la respuesta corporal (psicosomática o psicofisiológica) también es resultante o producto cognitivo. En la clínica constituirían los patrones de conducta disfuncionales o los aspectos "sintomáticos".

Básicamente, los conceptos cognitivos de la terapia apuntan a la relevancia del Significado (Beck, 1979), su formación, desarrollo, disfuncionalidad y posibilidades de cambio. En este enfoque lo más relevante no es la conducta, la emoción, la motivación o la mera cognición, sino el significado.

Método terapéutico

El terapeuta cognitivo desarrolla su trabajo recorriendo un camino que va desde la Conceptualización a la Intervención en el caso concreto.

La conceptualización supone iniciar el proceso diagnóstico, primero general, utilizando la historia clínica y el análisis funcional (ver apartado de modelo conductual), y posteriormente, de manera más individualizada, generando las primeras hipótesis sobre la Estructura cognitiva que subyace a la presentación sintomática o patrón conductual problemático. Estas hipótesis se generan tanto por los datos más directos y conductuales como por los informes verbales y relacionales del paciente (pie evaluaciones, atribuciones, estilo y rol en la relación terapéutica, etc.).

El terapeuta "racionalista" apuntará a detectar los supuestos o creencias disfuncionales y las distorsiones cognitivas subyacentes a la presentación sintomática, y el terapeuta "constructivista" al rango de incoherencia en la estructura subjetiva de significados, entre los afectos experimentados y como son explicados y atribuidos conscientemente por el sujeto.

Una vez realizado este diagnóstico de la estructura cognitiva el terapeuta diseña la intervención terapéutica.

Los terapeutas cognitivos suelen ser multimodales a nivel de selección de técnicas terapéuticas. Emplean procedimientos de orígenes diversos (cognitivos, conductuales, sistémicos, experienciales...) según el caso concreto. La finalidad de los mismos es producir una modificación de los significados personales.

Una agrupación general, aunque incompleta, de esos procedimientos podría ser la siguiente:

A) Técnicas cognitivas:

- ✦ Detección de pensamientos automáticos: Consiste en un entrenamiento en base a un autorregistro en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos.
- ✦ Clasificación de las distorsiones cognitivas: A partir de los registros anteriores se enseña al sujeto las distorsiones del pensamiento que utiliza automáticamente al evaluar determinados eventos y sus alternativas.
- ✦ Búsqueda de evidencias de los pensamientos automáticos: Básicamente se trata de comprobar el grado de validez de las interpretaciones personales relacionadas con alteraciones emocionales. Esto se hace buscando evidencias a favor y en contra en la propia experiencia, utilizando evidencias provenientes de terceros, diseñando experimentos personales para comprobar una hipótesis o detectando los errores lógicos de las interpretaciones, o utilizando "diarios predictivos" donde va recogiendo evidencia de la confirmación diaria o no de un esquema.
- ✦ Detección y trabajo con los supuestos o creencias personales: A partir de los pensamientos automáticos y siguiendo una especie de asociación a partir de ellos (cadena inferencial o flecha descendente) se hipotetiza los esquemas

que los sustentan, que después se intentan de revisar de manera parecida a los pensamientos automáticos.

- ✦ Uso de imágenes: El terapeuta propone al paciente el manejo de determinadas situaciones o interpretaciones alternativas mediante el ensayo de escenas en la imaginación que fomentan el afrontamiento de diversas situaciones.
- ✦ Disputa racional de creencias disfuncionales: Consiste en que el sujeto aprenda a cuestionarse el grado de validez de sus actitudes disfuncionales en base a las evidencias a favor de una exigencia, la descastastrofización del no cumplimiento de la exigencia y la diferencia entre la conducta y el auto concepto que deriva de la exigencia.
- ✦ Técnica del rol fijo: El paciente escribe un boceto de como se percibe actualmente y el terapeuta le sugiere un personaje alternativo para que actúe "como si fuera tal" y compruebe los nuevos efectos.
- ✦ Resolución de problemas: Se enseña al sujeto a identificar problemas, generar soluciones alternativas, ponerlas en práctica y seleccionar las mejores.
- ✦ Inoculación al estrés: Consiste en preparar al paciente mediante instrucciones, relajación y ensayo imaginativo en el manejo de situaciones de dificultad creciente.

B) Técnicas experienciales o emocionales:

- ✦ Auto observación con la técnica de la moviola: consiste en el repaso imaginativo de situaciones cargadas de afecto desde una doble perspectiva, él como es vivenciada emocionalmente y el cómo es explicada. Suele conllevar el uso de "focusing"(asociación de emociones y reacciones corporales). Se utiliza para aumentar la congruencia afectiva? Cognitiva.

- ✦ Empleo de la dramatización: Se utilizan para superar inhibiciones y desarrollar habilidades. También para adoptar empáticamente otras perspectivas alternativas. Se puede hacer de situaciones actuales, pasadas o anticipadas.

C) Técnicas conductuales:

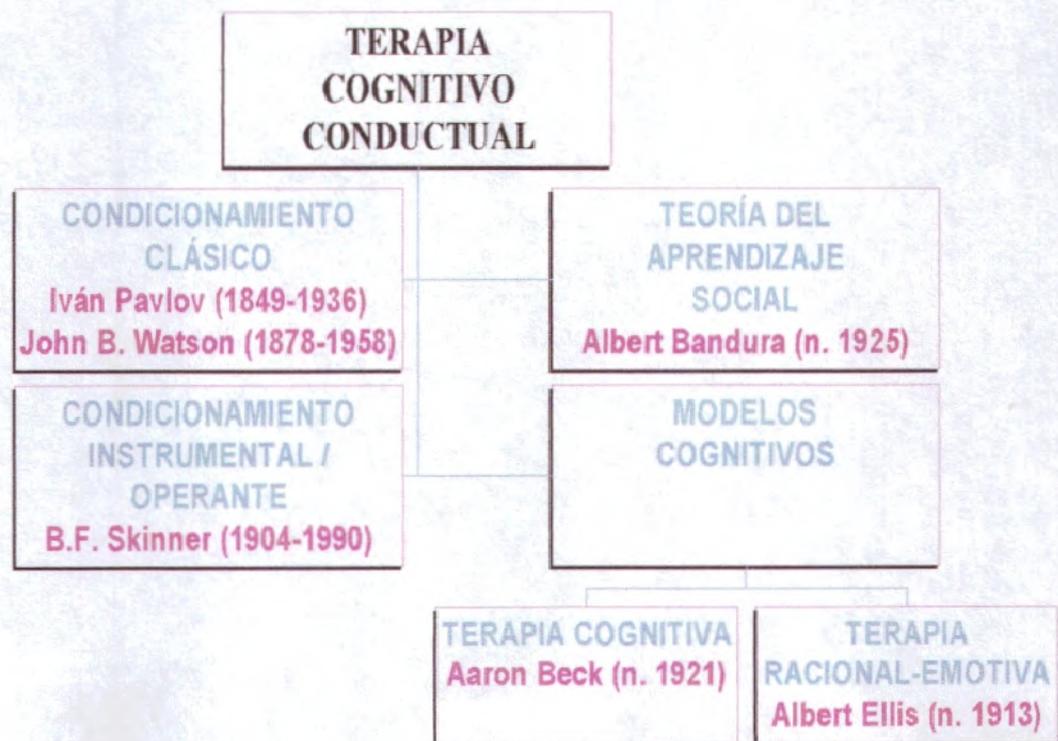
- ✦ Entrenamiento en habilidades sociales y afectividad: Se emplean para modificar las expectativas de auto eficacia en situaciones sociales de los pacientes desarrollando sus habilidades en este terreno.
- ✦ Uso de la exposición con o sin relajación: Se emplea para comprobar las predicciones catastrofistas de los pacientes y sus expectativas de dominio de situaciones temidas.
- ✦ Uso de tareas de dominio y agrado: El paciente registra el agrado y dominio de sus actividades diarias, y sobre esta base se programan experiencias que aumenten su grado de bienestar y modifiquen su visión túnel negativa. También se suele emplear conjuntamente con la "Programación de actividades" y la "Asignación gradual de tareas" que cumplen fines similares.
- ✦ Trabajo con la familia: En determinados casos la disfunción es mantenida por la relación familiar que suele compartir unos determinados supuestos disfuncionales. En ese caso la intervención puede ser cognitiva-sistémica (pie Huber y Baruth, 1991)

Hay que destacar que los terapeutas cognitivos prestan especial atención al manejo de la relación terapéutica y como los pacientes suelen confirmar sus esquemas disfuncionales a través de la misma (y de otras relaciones fuera de la consulta). Hay terapeutas cognitivos que resaltan el manejo de esta relación como la vía principal de intervención terapéutica. Este último aspecto supone una re conceptualización desde el modelo cognitivo de las relaciones de transferencia y contratransferencia propuestas desde el psicoanálisis.

Terapia Cognitivo- conductual.- Opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente. Consta de tres fases o etapas:

- I) **La evaluación,** Se examina cuidadosamente el caso mediante la entrevista y observación clínicas, registros, auto registros y diversos instrumentos estandarizados. Se formulan hipótesis acerca de los problemas que presenta la persona y se trazan los objetivos del tratamiento
- II) **la intervención propiamente dicha,** Se emplean técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados.
- III) **El seguimiento,** Se evalúa la efectividad del programa terapéutico en el mediano y largo plazo y se realizan los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios positivos

Se apoya en 4 pilares teóricos básicos: los aprendizajes clásico, operante, social y cognitivo.



5.10. Temporalidad

Tradicionalmente se considera que el tiempo empleado en una terapia dinámica breve es de 1 a 24 sesiones con una duración de 45 minutos, aunque en casos excepcionales puede prolongarse. Más que el número de sesiones, lo que define la terapia breve es la actitud de tiempo limitado por parte del terapeuta y del paciente y la importancia de la relación coste-efectividad.

Stekel, entre otros, ha puntualizado la incidencia favorable que en el proceso psicoterapéutico podía tener la limitación temporal establecida de antemano, la que estimularía el progreso de la terapia.

Por definición, la terapia breve estratégica, es una intervención psicoterapéutica focalizada y breve, es decir, que no supera las 20 sesiones. Esta forma de intervención debe, por otra parte, producir sustanciales mejoras del problema presentado (sino la total resolución), entre las primeras 10 sesiones. De hecho, si las técnicas terapéuticas están bien escogidas y aplicadas, somos capaces de inducir cambios ya a partir de la primera sesión del tratamiento. Si esto no sucede, el terapeuta estratégico interrumpe la terapia y deriva a la persona a un colega de la misma o distinta orientación terapéutica.

5.11. Fines Terapéuticos

En la terapia de objetivos limitados, las metas son reducidas y más modestas que las del tratamiento psicoanalítico. Los objetivos suelen plantearse en términos de superación de síntomas y problemas **actuales de la realidad del paciente**. Preferentemente, y mientras resulte posible, la solución de problemas inmediatos y el alivio sintomático deberán, en un sentido psicodinámico, responder al logro de un comienzo de insight del paciente acerca de los conflictos subyacentes.

En un orden de importancia generalmente secundario figuran diversas formas de brindar alguna ayuda al paciente en lo que a las situaciones perturbadoras se refiere, sea procurando aliviar su ansiedad a través de medios como, por

ejemplo, los psicofármacos, sea interviniendo directamente en esas situaciones de ansiedad, como en el caso de la asistencia social, etc.

El objetivo de esta terapia es ayudar al paciente a superar sus propios patrones problemáticos mediante nuevas experiencias y formas de entender la vida: Se trata de modificar la forma en que la persona se relaciona consigo misma y con los demás. No se centra en la reducción de síntomas (aunque por supuesto se produce) sino en el cambio de patrones y esquemas.

La Psicoterapia Breve promueve un mayor crecimiento y desarrollo de la mente al liberar las energías y aptitudes que hasta el momento permanecían ligadas a los conflictos. Una vez liberada, esta energía puede ser reutilizada para el adecuado y satisfactorio desenvolvimiento de la personalidad, para disfrutar de la vida de forma positiva y sostenible.

El terapeuta breve es más activo y directivo y por lo tanto menos neutral que aquellos que trabajan de manera prolongada. Utiliza técnicas cognitivas, conductuales, emocionales y analíticas, entre otras, tratando de cambiar el modo en que el paciente piensa sobre sus problemas y los métodos que utiliza para resolverlos.

Existe un criterio diagnóstico y de pacientes que permite elegir y recomendar esta técnica como método preferencial a otras alternativas. Cualquier paciente, independientemente del diagnóstico, puede responder bien al tratamiento breve con una combinación adecuada paciente-terapeuta y una correcta elección de la modalidad breve.

5.12. Situación problema

"Situación que se hace presente en la vida del individuo, frente a la cual y a causa de su acción descompensadora, surgen o pueden surgir en él dificultades de índole psíquica que obran como obstáculos para alcanzar el desenvolvimiento y desarrollo adecuado".

Se desembocan por cualquier hecho **externo objetivable**, que produce una **serie de síntomas**. En general, **el motivo de consulta son los síntomas**, que el terapeuta tiene que conectar con la situación problema. Puede existir más de una situación problema.

5.13. Foco

Llevar la situación terapéutica a determinado síntoma. Se tienen metas selectivas y se debe tener coherencia y operatividad para la planificación de objetivos. Al propiciar una centralización en la tarea, la focalización contribuye a hacer más efectiva la actividad terapéutica en función de las metas seleccionadas y en una terapia de duración limitada; pero no sólo la justifica una limitación temporal: la técnica focal también es adecuada en aquellos pacientes que pueden realizar psicoterapias sin plazo fijo de terminación e incluso prolongadas, en las cuales, por diversos motivos el tratamiento psicoanalítico está contraindicado.

El trabajo con una técnica de enfoque implica entre otras cosas: mantener coherencia y operatividad respecto de la fijación de objetivos terapéuticos prioritarios, planificar el tratamiento, combatir la pasividad y el perfeccionismo del terapeuta y contrarrestar del desarrollo de la neurosis de transferencia.

El foco debe ser visto desde un punto de vista psicopatológico. En este sentido ha de estar dado por una estructura integrada por los distintos factores intervinientes en la génesis de la que ha sido escogida como la problemática central del tratamiento, constituyendo a la vez una hipótesis o conjunto de hipótesis del terapeuta respecto de los mecanismos operantes dentro de dicha problemática.

En la práctica terapéutica todo foco tiene un eje central que generalmente está dado *por el motivo de consulta*; subyacente y ligado al motivo de consulta hay un conflicto nuclear exacerbado, el que se *inserta en una situación grupal específica* y en la que un examen analítico nos permite distinguir zonas con diversos componentes:

- a) Aspectos caracterológicos del paciente,
- b) Aspectos histórico - genéticos individuales y grupales reactivados,

Así como también una zona que concierne al momento evolutivo individual y grupal y otra de determinantes del contexto social más amplio, con la que también se vinculan todos los componentes citados.

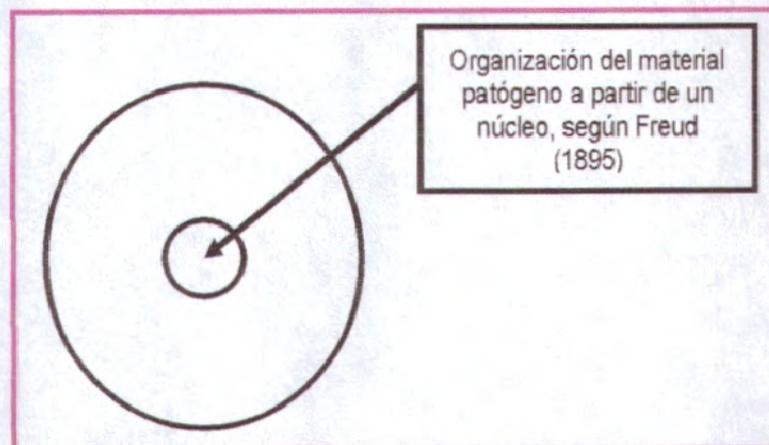
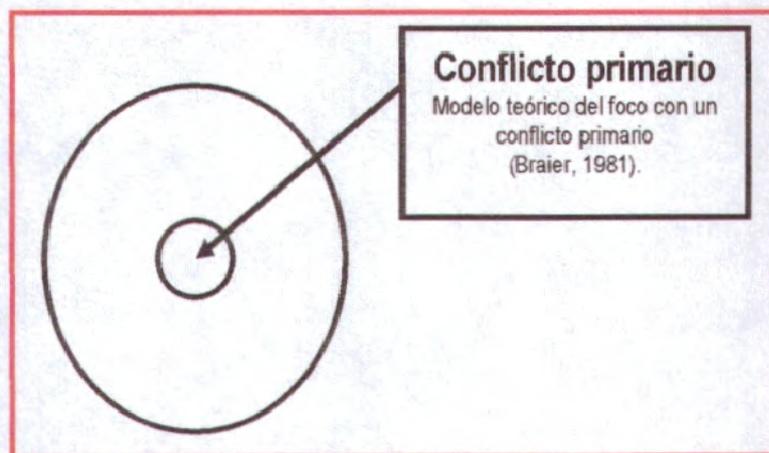
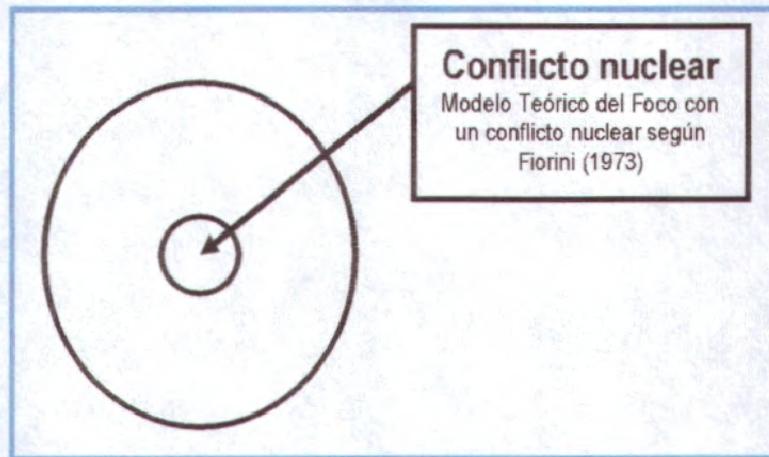
La elección por parte del terapeuta de una situación problema y del foco consiguiente para su abordaje preferencial en un tratamiento breve depende, entre otros factores, de sus criterios personales y experiencia previa.

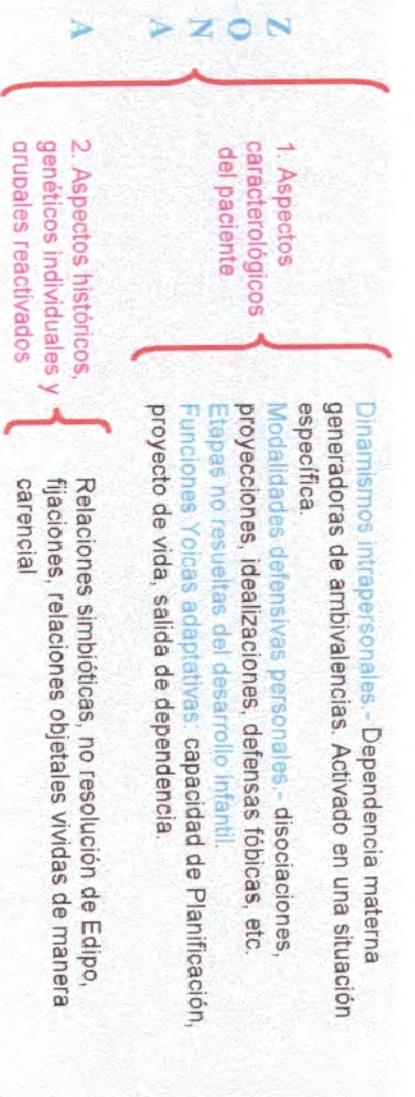
Al comenzar toda terapia focal, deberá contarse por lo menos con un esbozo de foco terapéutico inicial, conformado a partir de los hallazgos obtenidos en las entrevistas clínicas y el psicodiagnóstico. A veces hay que cambiar el foco y las metas terapéuticas en pleno tratamiento.

En la terapia focal se trata de centralizar la labor terapéutica en torno a una determinada sintomatología (y por ende una conflictiva) del paciente. El foco terapéutico es un artificio de valor operativo y es concebido por el terapeuta generalmente a partir de los síntomas que motivan la consulta (Fiorini, 1973; Braier, 1981, cap. 3: «Basamentos teóricos»), los que se presentan a manera de «punta de un ovillo». L. Wolberg (1965) habla de síntomas-target desde una metáfora balística, o síntomas-«clave», para hacer referencia a los síntomas destacados dentro de un cuadro clínico y que nos permiten focalizar la acción terapéutica.

En el modelo de Freud-1895 nos encontramos igualmente con una focalización del trabajo terapéutico, el cual también entonces se dirigía a combatir ciertos síntomas, de los que asimismo partía Freud en su exploración. Además nos presenta una figuración del «material psíquico patógeno» de la histeria, describe una organización que, leyendo esto hoy, nos sugiere una concepción del foco terapéutico de la terapia de enfoque o focal y que aún conduce a crear condiciones de representatividad del foco, esto es una imagen posible del

mismo para el terapeuta: *"He designado como formación de un tema ese agrupamiento de recuerdos de la misma variedad en una multiplicidad estratificada en sentido lineal, al modo de un fajo de actas, de un paquete, etc. Ahora bien, esos temas muestran una segunda manera de ordenamiento: están estratificados de manera concéntrica en torno del núcleo patógeno"*. (1895b, p. 294. Cursivas del autor)





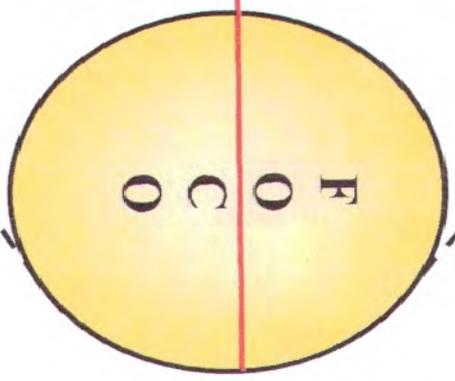
- Z** Momento Evolutivo Individual y grupal: Tareas que se desprenden de necesidades propias de ese momento evolutivo y perspectiva global.
- N** Reactivación de conflictos infantiles: Limitaciones dadas por la persistencia de esos conflictos más necesidades propias de la etapa evolutiva abierta que urgen una satisfacción.
- A** Urgencias subjetivas (autoestima) y objetivas (presiones sociales) para la maduración y eficiencia.

ZONA C

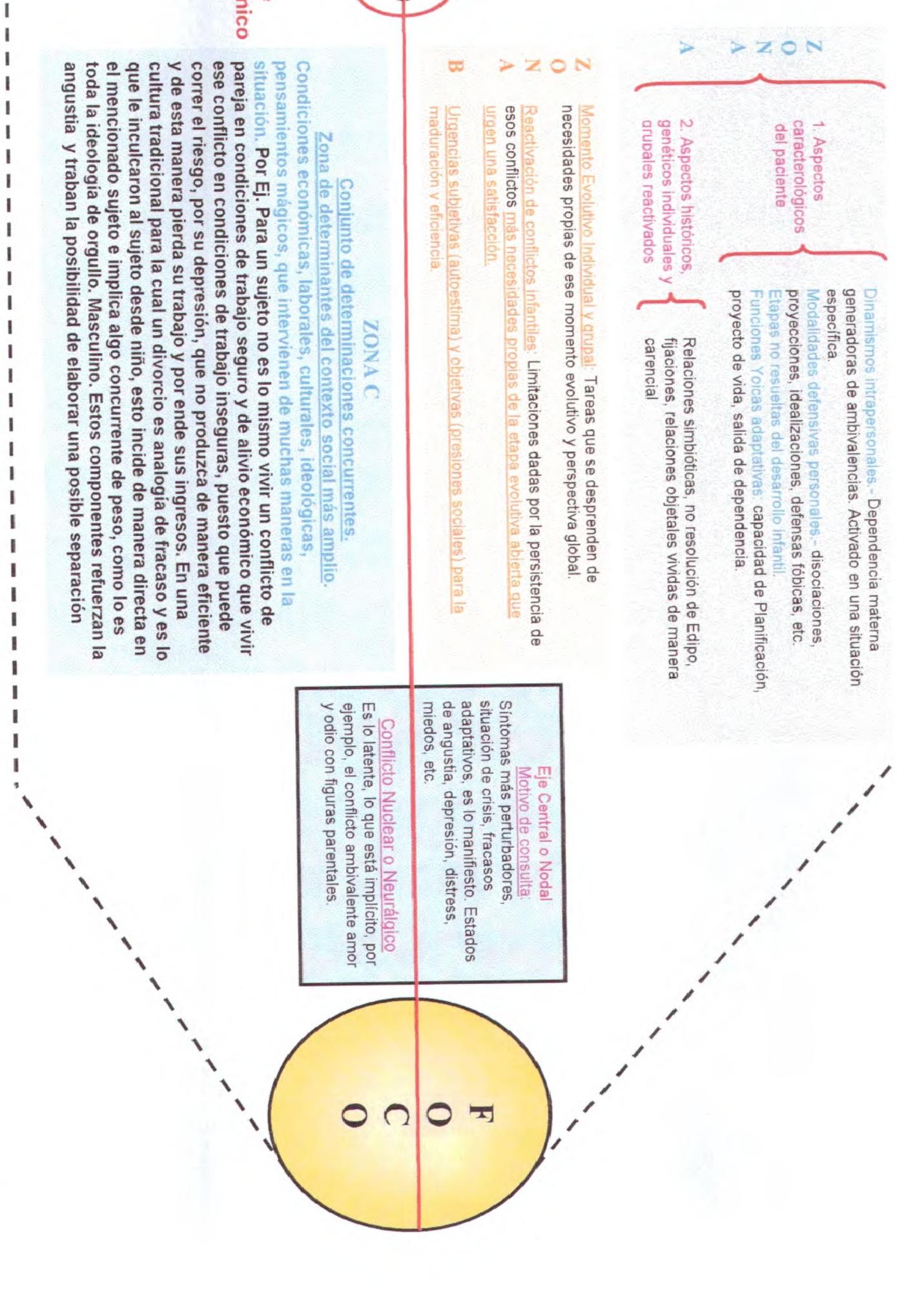
Conjunto de determinaciones concurrentes.
Zona de determinantes del contexto social más amplio.
 Condiciones económicas, laborales, culturales, ideológicas, pensamientos mágicos, que intervienen de muchas maneras en la situación. Por Ej. Para un sujeto no es lo mismo vivir un conflicto de pareja en condiciones de trabajo seguro y de alivio económico que vivir ese conflicto en condiciones de trabajo inseguras, puesto que puede correr el riesgo, por su depresión, que no produzca de manera eficiente y de esta manera pierda su trabajo y por ende sus ingresos. En una cultura tradicional para la cual un divorcio es analogía de fracaso y es lo que le inculcaron al sujeto desde niño, esto incide de manera directa en el mencionado sujeto e implica algo concurrente de peso, como lo es toda la ideología de orgullo. Masculino. Estos componentes refuerzan la angustia y traban la posibilidad de elaborar una posible separación

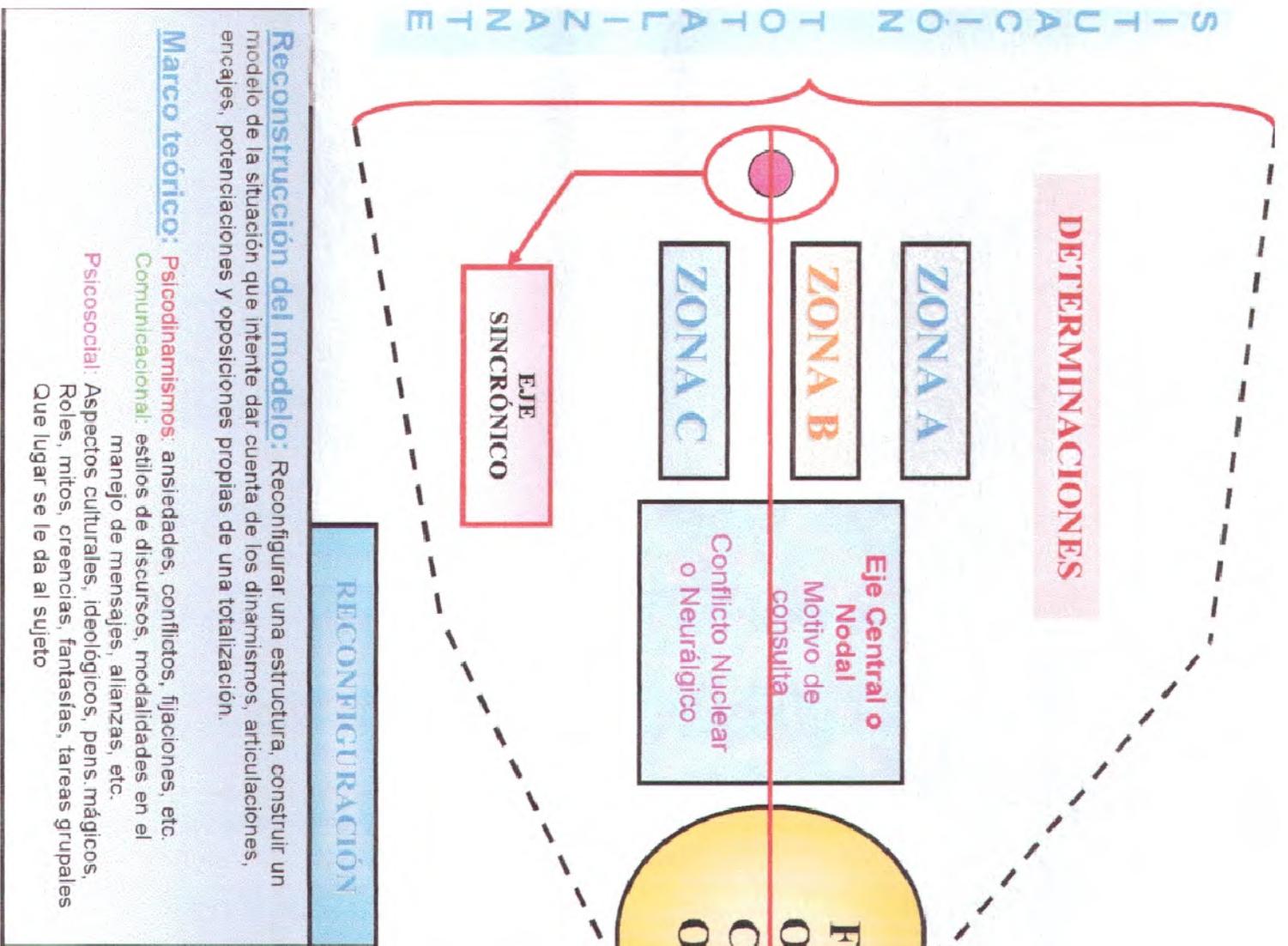
Eje Central o Nodal
Motivo de consulta:
 Síntomas más perturbadores, situación de crisis, fracasos adaptativos, es lo manifiesto. Estados de angustia, depresión, distress, miedos, etc.

Conflicto Nuclear o Neurálgico
 Es lo latente, lo que está implícito, por ejemplo, el conflicto ambivalente amor y odio con figuras parentales.



Eje Sincrónico





Reconstrucción del modelo: Reconfigurar una estructura, construir un modelo de la situación que intente dar cuenta de los dinamismos, articulaciones, encajes, potenciaciones y oposiciones propias de una totalización.

Marco teórico: **Psicodinamismos:** ansiedades, conflictos, fijaciones, etc.

Comunicacional: estilos de discursos, modalidades en el manejo de mensajes, alianzas, etc.

Psicosocial: Aspectos culturales, ideológicos, pens.mágicos, Roles, mitos, creencias, fantasías, tareas grupales. Que lugar se le da al sujeto

DIAFRAGMA OPERACIONAL

Diafragmado Operacional del foco sobre la base de ciertos reguladores y retorno a la totalización

REGULADORES DEL FOCO
Delimitan sobre la **situación total** un cono de amplitud variable. Cada sesión puede abordar selectivamente ciertas zonas del cono.

a) Desde el paciente y su grupo familiar
Conjunto de factores:
Condiciones de vida, culturales, ocupacionales, geográfico. Motivación y aptitudes para el tratamiento

b) Desde el terapeuta y la institución
Otros condicionantes:
Esquemas teóricos.
Recursos técnicos que integran su arsenal terapéutico.
Disponibilidad de personal y espacios.
Estilos de supervisión: tiempo, objetivos y técnicas que son a su vez reguladores del foco.

c) Proceso psicodiagnóstico y psicoterapéutico
Dependiendo de lo que estemos haciendo apuntamos a cada momento del proceso.
Focalización → Adquirirá una amplitud particular

Entonces, mediante el Foco, nosotros podemos delimitar una situación totalizante y concreta de una manera sintética.

Criterios Organizadores del Foco

- ◆ **Criterios Sintomáticos.**- síntomas salientes, explícitos que motivan la consulta, o puntos de urgencia (*Eje central o nodal/ Motivo de consulta*).
- ◆ **Criterios interaccionales.**- conflicto interpersonal que desencadena la crisis en el sujeto (*Eje central o nodal/ Conflicto nuclear o neurálgico*).
- ◆ **Criterios caracterológicos.**- una zona de la problemática del paciente que admita su delimitación de otras zonas; es la zona problemática de la personalidad (*Zona A*).
- ◆ **Criterios propios de la díada paciente – terapeuta.**- Los puntos de interés aceptables para ambos, es decir, constituyen los puntos de interés en común.
- ◆ **Criterios técnicos.**- Interpretación central en la que se asienta todo el tratamiento.

Este método logra que el paciente mantenga una focalización, para que se produzca esto, es necesario que se construya un **eje nodal o central** (levantamiento de la problemática), lo cual da la posibilidad de organizar el relato del paciente según una línea directriz, mediante ésta se seleccionan recuerdos e imágenes (las cuales dependen de las funciones yoicas).

El **Eje Central o Nodal** del foco está dado por (véase el gráfico anterior):

- ◆ Motivo de consulta.
- ◆ Conflicto nuclear o neurálgico subyacente.
- ◆ Situación grupal (conjunto de determinantes).

¿Para qué se aplica el foco?

El trabajo psicoterapéutico se orienta siempre hacia la delimitación de un eje o punto nodal de la problemática del paciente.

Implica una concentración selectiva del paciente en ciertos puntos de su problemática, es decir, los pacientes tienden a mantener una focalización.

La posibilidad de organizar el relato, seguir una línea directriz, seleccionar recuerdos, imágenes, etc. dependen de cierta fortaleza y plasticidad en las funciones yoicas adaptativas.

Sólo en pacientes con marcada debilidad yoica puede encontrarse espontáneamente un relato disperso o ramificado.

La Estructura del Foco

Estructura de la situación a la hacia la cual está dirigida el foco (véase el gráfico del foco en la página anterior):

Zona A

1) Aspectos caracterológicos

- ◆ Dinamismos intrapersonales caracterizados por una situación específica.
- ◆ Modalidades defensivas (disociaciones, proyecciones, etc.)
- ◆ Etapas de desarrollo infantil no resueltas o reactivadas (regresiones o fijaciones).
- ◆ Funciones yoicas adaptativas.

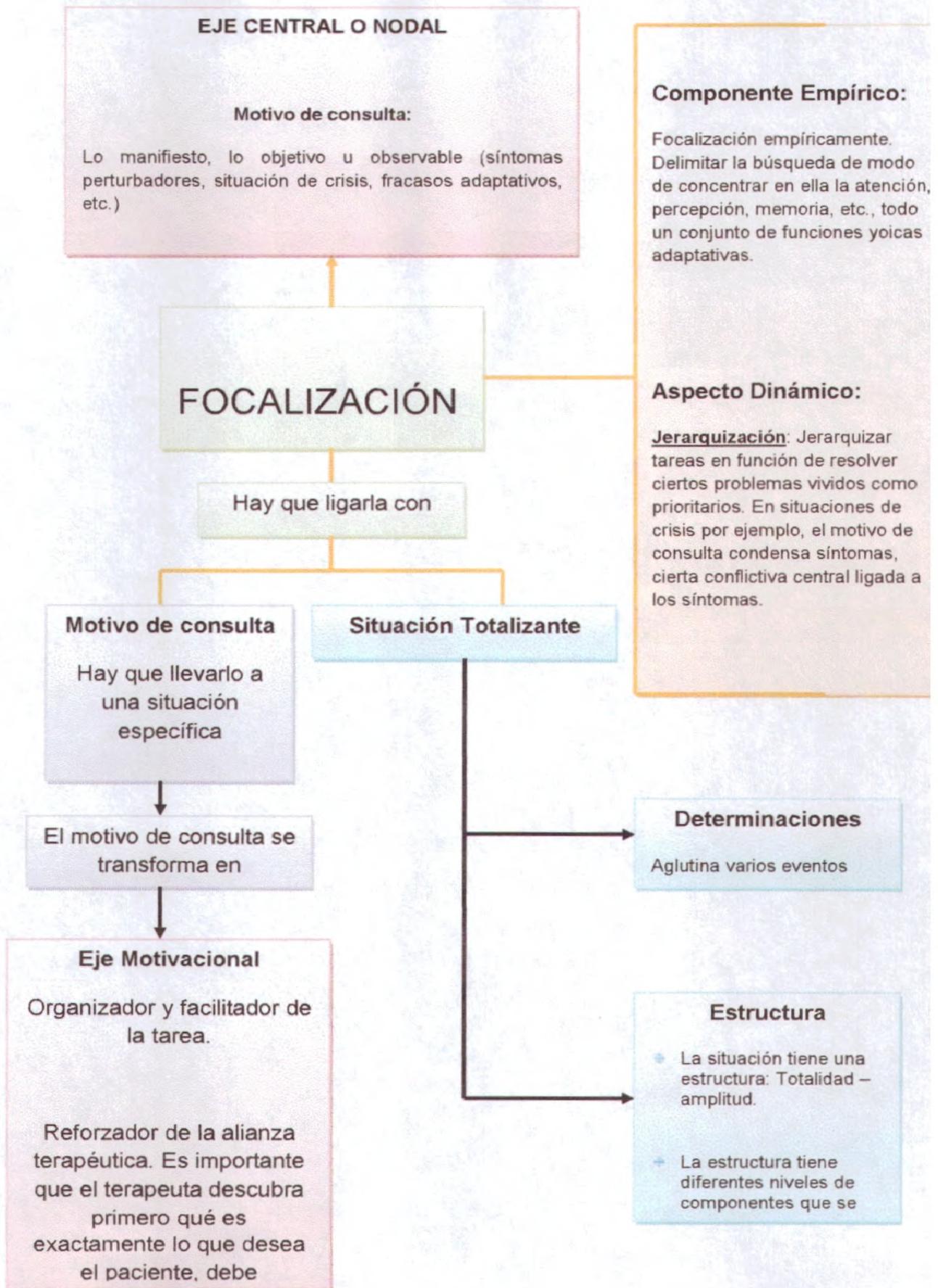
2) Aspectos históricos-genéticos individuales/grupales.

Zona B

Momento evolutivo individual/grupal.- hacia donde urge una satisfacción que puede ser subjetiva (autovaloración o autoestima) y objetiva (la demanda, presiones sociales para la maduración y eficacia.

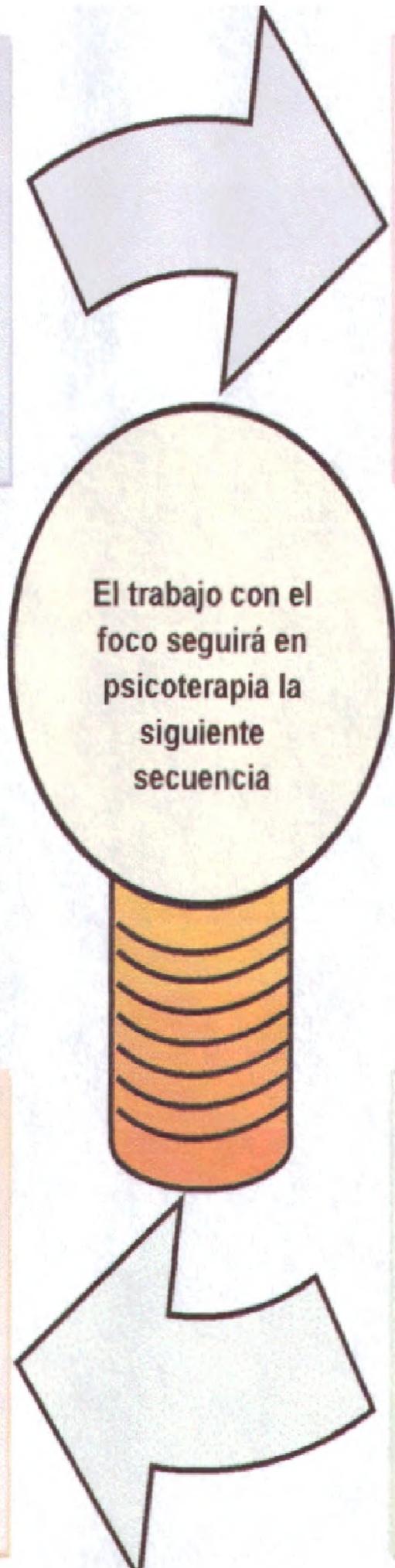
Zona C

Zona de los determinantes del contexto social más amplio (contexto laboral, académico, religiosos, profesional, educativo, etc.)



1.- El paciente inicia la sesión aportando un material disperso, sin hilos conectores, constituyen hechos de episodios recientes, recuerdos, observaciones sobre los otros y vivencias personales en episodios.

2.- Transcurrido un tiempo de ese despliegue inicial, el terapeuta interviene para preguntar en una dirección específica o bien reformula el relato, subrayando de modo selectivo ciertos elementos significativos del relato, desde la situación foco.



El trabajo con el foco seguirá en psicoterapia la siguiente secuencia

4.- Nuevas intervenciones del terapeuta tomarán ya elementos parciales, los cuales contribuyen para la construcción de los componentes de la situación a fines de abordar en ellos y permitir las articulaciones del conjunto

3.- El paciente recibe esta reformulación y comienza a operar con ella: produce asociaciones guiadas por la nueva dirección impresa a tarea, amplía elementos recortados por el terapeuta.

5.14. Puntos de urgencia

"Situación psíquica inconsciente del conflicto, que por la acción de factores actuales predomina en el sujeto en un momento dado, siendo motivo de determinadas necesidades o defensas".

Puede estar **cercano al foco** o puede **ser extrafocal**.

Mientras que un tratamiento breve suele desarrollarse sobre la base de **una sola estructura focal** o, a lo sumo, de **dos focos**, **el punto de urgencia es variable** y cuando se detecta, **debe ser trabajado inmediatamente**. Siempre está el punto de término de terapia.

5.15. Hipótesis psicodinámica inicial

"Esbozo reconstructivo de la historia dinámica del paciente, intento de comprensión global de su psicopatología que tiende a incluir todas las perturbaciones del paciente que nos sean conocidas y que se constituyen a partir de los datos que nos dan las primeras entrevistas y el psicodiagnóstico".

Es mucho más amplia que la situación problema y engloba la hipótesis focal y los otros conflictos que no necesariamente vamos a trabajar.

La elaboración de una hipótesis psicodinámica inicial permitirá extraer elementos suficientes para una devolución diagnóstica al paciente, la que a su vez pone en marcha la búsqueda de convenios con éste sobre las metas terapéuticas y desarrollar una planificación del tratamiento, consecuente con la hipótesis formulada y los objetivos seleccionados.

5.16. Resultado y mecanismo terapéutico.

Entre los resultados favorables podemos mencionar:

- ⊕ El alivio o supresión sintomática.
- ⊕ Cambios en relación con perturbaciones propias de la situación-problema.

- ✦ Adquisición de consciencia de enfermedad psíquica.
- ✦ Elevación, recuperación o autorregulación de la autoestima.
- ✦ Consideración de proyectos para el futuro.
- ✦ Modificaciones de la estructura de la personalidad.

5.17. Técnicas

a) La labor con los Conflictos

La investigación psicoanalítica nos demuestra que las situaciones conflictivas actuales del individuo están vinculadas con conflictos infantiles, de los que en realidad derivan. Durante el tratamiento psicoanalítico el paciente revive dichos conflictos, que son profundamente analizados, a fin de lograr su resolución por medio del trabajo elaborativo.

En la **Psicoterapia Breve** orientada hacia el insight hay, como primer elemento distintivo destacable, una elección de los conflictos a tratar, que recaerá en los que prevalecen por su urgencia y/o importancia, sin ahondar mayormente en éstos, por elementales principios de prudencia, evitando que se produzca una excesiva movilización afectiva y, sobretodo, que se favorezca la regresión en el paciente.

En algunos **tratamientos breves** es necesario y posible enfrentar al paciente con el conflicto original. En ocasiones es el paciente mismo, si tiene cierta **capacidad de insight**, quien trae a colación el conflicto infantil, relacionándolo con su situación conflictiva. No deberán abordarse otros aspectos del conflicto, ya que no tiene sentido abrir heridas de manera indiscriminada en la estructuración defensiva del paciente, poniendo al descubierto contenidos que sin duda no habrá oportunidad de analizar suficiente y convenientemente en esa terapia.

Cuando se trata de una **psicoterapia de breve** duración el terapeuta puede sentirse apremiado por el tiempo, debiendo evitar, por sobretodo, caer en interpretaciones prematuras acerca de los conflictos infantiles. En **PB** se realiza

una tarea interpretativa parcial de los conflictos del paciente, circunscrita a aquellos que han sido escogidos, y que a su vez se abordan de un modo también parcial. Siempre se hace un intento de resolución interpretativa de los conflictos derivados y aunque ésta no sea idéntica a la que pueda obtenerse mediante el psicoanálisis; se trata de una resolución parcial o incompleta, consistente en la producción de ciertos cambios dinámicos en los conflictos.

b) Regresión, dependencia, transferencia, neurosis de transferencia

La regresión puede entenderse como el proceso por el cual cobran vida estados o modos de funcionamiento psíquico pertenecientes a etapas anteriores del desarrollo del individuo.

En el proceso analítico se trata de favorecer, por distintos medios, una regresión vivencial en la transferencia con el terapeuta, la cual representa un medio esencial para lograr el fin terapéutico. Se espera, claro está, que el proceso regresivo se revierta a lo largo del camino terapéutico, dando lugar a un crecimiento paulatino que hará posible que el paciente asuma en definitiva una conducta más adulta en la vida.

Para comprender las distintas peculiaridades del vínculo terapéutico en ***terapias breves de insight***, es preciso tomar además en cuenta los conceptos de transferencia y neurosis de transferencia. En este tipo de psicoterapia no es conveniente favorecer el desarrollo de la regresión ni el de una neurosis transferencial; por medio de distintos recursos, ha de procurarse que el paciente no concentre tanto la libido en la relación con el terapeuta. La regresión debería ser permitida sólo en grado pequeño, no yendo más allá de los niveles requeridos para posibilitar la exploración y experiencias iniciales de insight de las situaciones conflictivas actuales.

c) El problema de la resistencia

En el tratamiento psicoanalítico llamamos resistencias a los diversos obstáculos que el analizando opone a su acceso al propio inconsciente, esto

es, a la labor terapéutica y su curación. El análisis exhaustivo de las resistencias constituye una parte imprescindible de todo tratamiento psicoanalítico.

En una terapia breve también surgen resistencias en el paciente que pueden considerarse como obstáculos que éste interpone al avance del proceso psicoterapéutico (insight). El análisis de las resistencias en psicoterapia breve no posee el mismo carácter intensivo que en el psicoanálisis.

En la **Psicoterapia Breve** la resistencia de transferencia no es muy intensa, y ello se debe a lo siguiente: sabemos que esta forma de resistencia obedece en parte al resentimiento despertado en el paciente por sentirse frustrado en su relación transferencial con el terapeuta (razón por la que Menninger propone llamarla resistencia de la frustración o de la venganza), fenómeno que no se da mayormente en PB debido a la función activa del terapeuta en las sesiones.

El tratamiento de las resistencias dependientes de los mecanismos defensivos del yo en psicoterapia breve, suele presentar las siguientes características:

- I. Algunas defensas son combatidas (analizadas)
- II. Otras en cambio son respetadas o aún reforzadas por la labor terapéutica.

d) Insight y Elaboración

Por insight entendemos la adquisición del conocimiento de la propia realidad psíquica, que presupone una participación afectiva. La finalidad de las interpretaciones del analista, que son su instrumento terapéutico por excelencia, es promover el insight de los conflictos del paciente.

La elaboración es el proceso por el cual un paciente en análisis descubre gradualmente, a través de un lapso prolongado, las connotaciones totales de alguna interpretación o insight.

Acerca del principio de elaboración, cabe recordar que:

- I) Requiere de dos factores fundamentales: tiempo y trabajo
- II) En su desarrollo interviene la regresión del analizando.
- III) Incluye la tarea de superar las resistencias y el análisis exhaustivo de los conflictos.

Propiciar la adquisición del insight en el paciente por medio de las interpretaciones debe constituir el principal propósito en la psicoterapia breve, siempre que las condiciones psíquicas del paciente lo permitan.

Pero la **técnica breve** demanda peculiares restricciones para el insight del paciente, que es necesario consignar:

- Respecto a su extensión: Debido a su extensión y a las condiciones del encuadre, sólo existe la alternativa de proporcionar lo que podríamos considerar experiencias iniciales de insight, un autoconocimiento limitado a dificultades comprendidas dentro del foco terapéutico. En una terapia de objetivos limitados también el insight estará limitado en su extensión.
- En cuanto a su tipo y profundidad: En Psicoterapia Breve la búsqueda de insight está dirigida con más frecuencia hacia las relaciones del sujeto con los objetos externos de su vida cotidiana y presente, aunque no desecha los fenómenos transferenciales que obran como obstáculos y/o ilustran acerca de la problemática del paciente.

En cuanto al **insight psicoanalítico**, éste es abarcativo y ofrece posibilidades de mayor alcance de las situaciones infantiles reprimidas, que se reviven en la situación transferencial. En **Psicoterapia Breve** el insight posee una mayor participación cognitiva que afectiva que habrá que intentar que el paciente comprenda.

Como no se estimula el desarrollo de la regresión ni el de la neurosis transferencial y no se realiza un análisis intensivo de ésta ni de las resistencias, en Psicoterapia Breve no se puede hablar de elaboración en el mismo sentido que en el psicoanálisis. Sin embargo, es posible concebir la existencia de un proceso, distinto cualitativamente del de la elaboración psicoanalítica, sin la profunda reestructuración metapsicológica que ella implica y básicamente circunscrito a la conflictiva focal. Un proceso incompleto que en algunos pacientes con suficiente capacidad yoica podría quizá continuar aun después de concluido el tratamiento; una especie de autoelaboración, la cual se habría iniciado a un tiempo con la labor terapéutica para seguir un camino progresivo hacia el afianzamiento de los logros.

Finalmente, en una terapia de objetivos y tiempo limitados tal vez sea necesario llegar a la conclusión de que el insight y la elaboración han de ser en buena medida estimulados, es decir, facilitados y agilizados mediante el papel activo del terapeuta, dadas las condiciones de focalización y de corta duración del tratamiento.

e) Fortalecimiento y Activación de Funciones Yoicas

La adquisición del insight es la forma más apreciada de lograr el fortalecimiento del yo del paciente, pero deben tenerse en cuenta otras formas que no son necesariamente incompatibles.

Muchas veces las diversas medidas terapéuticas destinadas al afianzamiento y activación de funciones yoicas se engloban dentro de la denominación genérica de psicoterapia de apoyo.

Las terapias de apoyo se hacen frente a un yo débil, en las que se recurre a técnicas de apoyo emocional para suprimir los síntomas y donde las **intervenciones verbales** van a estar dedicadas al reforzamiento del yo sin mucha interpretación. Se refuerzan las funciones yoicas sanas y relaciones objetales, para no fomentar la dependencia. Si parte de nuestra meta terapéutica consiste en aumentar las funciones yoicas sanas del paciente y su

capacidad para las relaciones objetales, es importante confirmar aquellos aspectos de su conducta que indican un funcionamiento sano; debido a lo mismo, la actividad del terapeuta se orienta hacia la estimulación de las capacidades autónomas del paciente, señalando en éste sus rendimientos propios adecuados, en lugar de promover una relación dependiente.

Las psicoterapias dinámicas, incluidas las de objetivos y tiempo limitado, son en su mayoría el resultado de una reunión de elementos propios de una técnica de insight con esos otros elementos, reforzadores y estimuladores de determinadas funciones del yo.

Diremos entonces que las Psicoterapias Breves son, en su enfoque y en la práctica, con mucho más frecuencia **mixtas**, en vez de ser puramente interpretativas, o reforzadoras del yo - no interpretativas, o aun exclusivamente de apoyo.

f) Focalización

La labor terapéutica en psicoterapia breve está enfocada hacia determinada problemática del paciente que adquiere prioridad dada su urgencia y/o importancia.

g) Multiplicidad de Recursos Terapéuticos

En Psicoterapia Breve, todo recurso que haya demostrado ser útil en el campo de la terapia psiquiátrica podrá incorporarse eventualmente al tratamiento, además de los distintos tipos de intervenciones verbales no interpretativas y otros elementos tales como psicodrogas, técnicas grupales, comunitarias, etc., cuyas perspectivas de inclusión corren parejas con los progresos que en el quehacer científico se registran en el empleo de los distintos recursos psicoterapéuticos.

Los distintos instrumentos psicoterapéuticos deben implementarse coherentemente, siempre con adecuada comprensión y fundamentación psicodinámica.

h) Planificación

Junto a las metas y duración del tratamiento se fijan las pautas fundamentales del proceso terapéutico que comprenden un plan de tratamiento previo al desarrollo del mismo y que llega a cubrir hasta la etapa final de la evaluación de resultados.

DIFERENCIAS ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y LAS PSICOTERAPIAS DE ORIENTACIÓN ANALÍTICA		
	PSICOANÁLISIS	PSICOTERAPIA BREVE
<i>Objetivos de la terapia</i>	<p>La más amplia reestructuración de la personalidad que sea posible.</p> <p>Hacer consciente lo inconsciente.</p>	<p>Conseguir una estabilización en el punto medio, a través de la satisfacción de necesidades emocionales del paciente y un manejo selectivo de las manifestaciones transferenciales.</p> <p>El sujeto debe implicarse en su problemática, elaborarlo, procesarlo.</p> <p>Fortalecer las funciones yoicas debilitadas.</p> <p>Llegar a la auto elaboración.</p>
<i>Objetivos del terapeuta</i>	<p>Exploración del inconsciente y la modificación de la estructura caracterológica como un subproducto de lo anterior.</p>	<p>Focos más directamente terapéuticos y se enfrentan más directamente los síntomas de consulta.</p>
<i>Técnicas</i>	<p>La maniobra técnica central es la <u>interpretación</u> y todas las otras se subordinan a ésta. El terapeuta desarrolla una neutralidad comprensiva centrada en ésta.</p>	<p>Se utilizan en forma combinada y selectiva la sugerencia, la abreacción, la clarificación, la manipulación y la interpretación. Terapeuta activo.</p>

<p>Métodos</p>	<p>Emplea la asociación libre y una situación analítica diseñada para maximizar la regresión psíquica. Encuadre fijo.</p>	<p>Entrevista poco estructurada, flexible, limitando el potencial regresivo del paciente por medio de la disposición, la frecuencia y la actitud del terapeuta.</p> <p>Encuadre flexible.</p>
<p>Énfasis de la actitud terapéutica</p>	<p>Aquí y ahora del vivenciar y elaboración de la neurosis transferencial que se desarrolla en la situación analítica.</p>	<p>Acento en la situación vital y conducta externa del paciente, en sus relaciones con terceras personas.</p>
<p>Valores terapéuticos</p>	<p>Es esencial el conocerse a sí mismo.</p> <p>Implicación subjetiva.</p>	<p>Es importante cambiar y ganar terapéuticamente.</p>
<p>Temporalidad</p>	<p>No existen plazos fijos y se actúa con el supuesto de la atemporalidad que caracteriza a los fenómenos inconscientes.</p>	<p>Existen plazos y límites, lo que posibilita la fijación de objetivos a corto y mediano plazo, y su evaluación.</p>
<p>Dinámica de la sesión</p>	<p>Centrada en el proceso primario de pensamiento y aspectos inconscientes, fomentando regresiones a niveles primitivos de funcionamiento, con interpretaciones transferenciales.</p>	<p>Centrada en el proceso secundario y fantasías preconcientes y conscientes.</p> <p>Regresiones menores (genitales o pregenitales tardías), con interpretaciones transferenciales y extratransferenciales.</p>

DIFERENCIAS ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y LA PSICOTERAPIA BREVE

	PSICOANÁLISIS	PSICOTERAPIA BREVE
<i>Fines terapéuticos</i>	Reestructuración de la personalidad, a través de hacer consciente lo inconsciente	Alivio de síntomas y problemáticas del paciente; secundariamente, intervenir su realidad. Tiene como meta la recuperación de la autoestima y adquirir conciencia de enfermedad.
<i>Temporalidad</i>	No se plantea un término. No existen plazos fijos y se actúa con el supuesto de la atemporalidad que caracteriza a los fenómenos inconscientes.	Fijación previa del número de sesiones. Desalienta las fantasías omnipotentes de unión permanente con el terapeuta y acelera el progreso.
<i>Labor con los conflictos</i>	Para el psicoanálisis las situaciones actuales derivan de los conflictos infantiles (huellas mnémicas, hacer consciente lo inconsciente), por lo tanto, es importante trabajar con todas las situaciones conflictivas.	En la psicoterapia breve se eligen los conflictos y se trabajan según la urgencia (Problemas próximos pasados, In situ, Aquí y ahora). Se centra en la problemática actual del conflictivo focal subyacente. Dependiendo de la capacidad de insight y lo cercano que esté a la consciencia el conflicto infantil, se trabaja.
		En la psicoterapia breve, es importante el insight de situaciones conflictivas actuales.

<p><i>Regresión unida a la dependencia</i></p>	<p>En el psicoanálisis se fomenta la regresión por medio del setting, la asociación libre, la falta de estimulación; para revivir la conflictiva infantil y fomentar la dependencia, provocando la neurosis transferencial, que debe ser resuelta.</p>	<p>No se fomenta regresión para evitar conflictos de duelo ante la separación.</p> <p>Se fomenta la transferencia positiva sublimada, para entender al paciente y sólo se interpreta cuando interfiere en la relación.</p> <p>Fomenta la autonomía del paciente y no la dependencia.</p>
<p><i>Resistencias</i></p>	<p>En el psicoanálisis se interpretan todas.</p>	<p>En la psicoterapia breve algunas serán analizadas, otras serán respetadas e, incluso, reforzadas. No es usual que aparezca la resistencia de transferencia, porque se frustra menos al paciente (y si apareciera, es necesario interpretarla).</p>
<p><i>Multiplicidad de recursos terapéuticos</i></p>	<p>En el psicoanálisis el instrumento es la interpretación.</p>	<p>En la psicoterapia breve también hay recursos verbales no interpretativos, drogas, medicamentos, técnicas grupales, de imaginería, conductuales, etc.; en fin, toda técnica que podría ser útil, que tenga fundamento psicodinámico. El terapeuta tiene que ser flexible y creativo.</p>

6. EL PROCESO PSICOTERAPEÚTICO

Uno de los primeros pasos que debe ejecutar todo terapeuta es el de planificar su tarea, es decir, estimar lo que va a realizar, programar su desempeño para de esta manera evitar la improvisación y sus nefastas consecuencias.

6.1. Las bases de la planificación.

La planificación es el trazado de un camino a recorrer entre el corrector y el sujeto de la corrección que, desandando la trayectoria de la desviación, proponga nuevos caminos durante un tiempo, en una circunstancia y a través de una tarea que llamamos proceso corrector.

A) Noción de proceso corrector.

Es una tarea por la que un agente de la corrección asiste psicológicamente al sujeto de la corrección, con un esquema instrumental en una situación determinada. El agente corrector puede ser un individuo o un grupo (equipo), y el sujeto o actor puede, así mismo, ser un individuo o un equipo (pequeño, mediano o grande) de individuos.

Corrección implica cambio y ese cambio, en nuestra tarea consiste, en que los individuos o grupos asistidos aprendan a lo largo del proceso nuevas formas de enfrentar los conflictos psíquicos que limitan sus capacidades.

La tarea se desarrolla alrededor de un marco de referencia y de un marco de trabajo. El marco de referencia es el esquema de conceptos con los cuales el agente corrector se sirve para operar la transformación de un campo dado: el ECRO.

E = Esquema

C = Conceptual

R = Referencial

O = Operacional

Este ECRO contiene para el agente corrector, una súper-estructura configurada por el esqueleto de conceptos que ha ido incorporando a lo largo de su formación científica y una infraestructura configurada por las motivaciones psicológicas que lo orientan vocacionalmente hacia este tipo de tarea y por su ideología (compromiso frente al cambio y a la sociedad en general).

El marco de trabajo es el que encuadra el campo de la relación entre sujeto y agente corrector, y este campo es el de las conductas desviadas.

El concepto de desviación de la conducta se refiere a las distintas variantes de la norma patrón, que no puede ser una norma fija y universal. A partir de su ECRO el agente corrector toma en cuenta la ubicación temporo-espacial, el rol y el estatus social, la edad, el sexo, etc. de él o los sujetos de corrección.

El proceso corrector toma así la característica de no poseer modelos fijos sino *situacionales* y el sentido de la corrección lo da la operatividad funcional y social de la misma. Si el proceso de la desviación está basado fundamentalmente en un error en la asunción y adjudicación de roles sociales, el proceso corrector debería llevar al sujeto a la asunción de roles correspondientes a su anatomía.

Todo proceso corrector presenta seis constantes:

- I) La pertenencia
- II) Cooperación
- III) Pertinencia
- IV) Comunicación
- V) Aprendizaje
- VI) Telé

Los fenómenos registrados en cada una de ellas permiten rastrear el agente corrector, la naturaleza de la desviación y a su vez permiten planificar el proceso de la corrección.

I. Pertenencia: es la identidad de él o los sujetos actores de la corrección con la tarea de la corrección. Se mide por el grado de responsabilidad a asumir en el desempeño de la tarea.

II. Cooperación: Es el grado de la eficacia real con que cada sujeto de la corrección participa para contribuir al logro o fracaso de la tarea.

III. La pertinencia: Es la capacidad de centrarse en la tarea prescrita. Es lo que permite a la tarea mantener en su eje el sentido verdadero del proceso. Esto puede verse trastornado en el usual "irse por las ramas" en ciertos momentos del trabajo o en la habitual adjudicación al psicoterapeuta de un rol distinto (juez, sacerdote, consejero, etc.) del que había sido convenido anteriormente (luchar contra la enfermedad).

IV. Comunicación: Parece ser el elemento más demostrativo para detectar y visualizar trastornos en las relaciones humanas. Se lo enfoca desde dos niveles de aproximación:

- a. El de la teoría de la información, y
- b. El de la dinámica de los niveles libidinosos.

En la teoría de la información se delimita un circuito de trabajo con: emisor, receptor y mensaje, para detectar en que parte del recorrido está "el cortocircuito", al cual se lo llama mal entendido.

En la dinámica de los niveles libidinosos se registran tres niveles clásicos del psicoanálisis: el **oral**, el **anal** y el **genital**; éstos se caracterizan por el tipo de relación que el sujeto tiene con los objetos de su interés:

- En el **nivel oral** predomina el reproche y el deseo de vaciar al Otro con exigencias o deseos de suministro y de cambio.
- En el **nivel anal** predomina las explosiones violentas de ataques y piedad hacia el Otro, con la imposibilidad de juntarse o separarse definitivamente de él.

- En el **nivel genital** predomina la capacidad de identificación (ponerse en el lugar del Otro) y el deseo de protegerlo de la destrucción o repararlo tras los ataques recibidos.

V. Aprendizaje: Es la adquisición de la capacidad de conductas alternativas para enfrentar los obstáculos. Aprender a pensar los sentimientos, las acciones y los pensamientos. A relacionar nuestra conducta con la de los otros. Incluye la evaluación que sería la capacidad de reconstruir los sucesos históricos para comprender el presente y confeccionar, de acuerdo a lo visto, un proyecto futuro.

VI. Telé: El ser humano sufre miedos básicos: el persecutorio (temor ataque) y el depresivo (temor a la pérdida). Esos miedos básicos producen en cada sujeto una visión subjetiva del mundo exterior, el cual es, a su vez, objeto de las proyecciones inconscientes de dichos miedos y sus objetos correspondientes, haciéndole sentir que, sin saber bien por qué, quiere o puede agruparse con algunas personas y en cambio rechaza a otras. Por lo visto, estos no son encuentros afortunados o desafortunados sino "reencuentros" en relación con el mundo exterior, con objetos arcaicos contenidos en su mundo interior. A ésta atracción o rechazo que tiene el sujeto con respecto a otras personas la llamamos **Telé**, la cual respectivamente se denomina **telé positiva** (atracción) o **telé negativa** (rechazo).

Señalábamos anteriormente que estas constantes (la pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje y telé) permiten registrar fenómenos que le sirven al agente corrector para averiguar la naturaleza subyacente de la desviación manifiesta, permitiéndole planificar el proceso de corrección de la siguiente manera: Supongamos que el agente corrector se encuentra enfrentado clínicamente en su tarea con un trastorno de la pertinencia por parte del o de los pacientes. Frente a esto tratará de revisar si ello no se debe a su vez a un trastorno subyacente en la cooperación, es decir,

a tratar de detectar por qué razón predomina el sabotaje o retroceso (consciente o inconscientemente) por encima de las fuerzas de progreso en su o sus pacientes. Esto lo habrá de llevar, una vez detectado, a las motivaciones que subyacen a su vez a los trastornos de cooperación, esto es, a los trastornos de la pertinencia. De tal manera, que a una vez superados dichos trastornos (dificultades de identidad con la tarea), podrá obtener como emergente un predominio del progreso sobre el retroceso y por tanto una capacidad para volver a centrarse en la tarea.

Hemos seguido así, brevemente, el modelo de recorrido habitual que el agente corrector desempeña o debiera desempeñar habitualmente.

Para la corroboración o rectificación de nuestras hipótesis diagnósticas dinámicas (con las que intentamos comprender y corregir a lo largo del proceso) nos valemos de ciertos universales psicológicos suministrados por las teorías de las relaciones objetales y que aparecen como variables generales de todo proceso corrector, tratemos así de que nuestra actividad correctora se centre en:

- a. Disminución de los miedos básicos.
- b. Plasticidad en el juego de introyección y proyección.
- c. Volver explícito lo implícito.
- d. Favorecer la movilidad de roles.
- e. Favorecer la recreación de ideologías.

Los procesos correctores pueden dividirse de acuerdo a su duración y objetivos en limitados y no limitados.

Los procesos correctores de duración y objetivos limitados pueden dividirse a su vez en aquellos que se desarrollan con personas que solicitan asistencia psicológica para mejorar su eficacia, para efectuar un aprendizaje, pero que no se consideran enfermos ni el agente corrector los trata como tales; y en los que se desarrollan con personas que solicitan asistencia psicológica para curar su enfermedad.

B) Los cuatro principios básicos para el planeamiento y ejecución de la tarea correctora.

Podemos partir de cuatro principios básicos que legislan toda la tarea del agente corrector: la **logística**, la **estrategia**, la **táctica** y la **técnica**.

Estos son:

- ✦ **La logística:** *Se la define como la aproximación exploratoria al campo de trabajo que intenta las operaciones necesarias para colocar al objeto de estudio y corrección en condiciones tales que la experiencia sea fructífera.* El agente corrector debe tratar de colocar a su objeto de estudio (el paciente) y el campo en el que se va a trabajar (la relación terapéutica) en las mejores condiciones posibles, de tal manera que convierta a su trabajo en lo más fructífero y lo menos frustrante posible. Sería realmente la posibilidad de colocar el *mínimum* de energía para obtener los mejores resultados. Para ello debe de realizar un trabajo de observación preliminar en el que tratará de enumerar y sistematizar los datos que vaya relevando de ese campo, evaluando la posibilidad que va a tener de manejar esos datos o de realizar operaciones destinadas a modificar los datos iniciales.

- ✦ **La estrategia:** *Es un diseño de un plan de acción sobre el camino a recorrer para llegar a nuestra meta u objetivo final, utilizando los datos que hemos obtenido en la etapa logística.* Una vez que hemos explorado ese campo y el objeto de estudio (mediante la logística), podemos diseñar una forma de atacar ese campo, de abordar y de relacionarnos con ese objeto de estudio, una forma que nos indique qué es lo que debemos hacer, durante cuánto tiempo, para llegar a dónde, es decir a qué meta y a través de cuáles etapas. Todo este diseño realizado no sobre un esquema previo o fantasía preconcebida en la mente del agente corrector, sino sobre las posibilidades reales que han surgido del paso logístico anterior, a esto se lo denomina **estrategia**.

➤ **La táctica:** *Es la manera en que vamos a emplear ese plan de acción, el tiempo en el que lo vamos a poner en movimiento o remodelar. La manera en que vamos a emplear ese plan de acción (estrategia), el tiempo en que lo vamos a poner en movimiento o remodelar, en el momento en que vamos a desarrollar en totalidad o en algunas de sus partes, etc., todo esto indica el "tacto" del agente corrector. Se dice en la vida cotidiana, que hay que tener "un poco de tacto" para hacer las cosas o decirlas en el momento y lugar adecuados, que inclusive uno podría hacer interpretaciones muy bien hechas, por ejemplo, pero hay que tener el tacto de hacerlas a las personas y en circunstancias que lo justifiquen. Justamente, a esta comprensión basada fundamentalmente en el sentido común, por la cual un plan de acción se pone en movimiento en el momento y lugar adecuado se llama **táctica**.*

➤ **La técnica:** *Son las diferentes formas en que se utilizan los instrumentos para operar en el campo de trabajo, o sea la sistematización de los distintos caminos para llegar a un mismo fin u objetivo. Una vez que hemos que exploramos un campo determinado (**logística**) y hemos diseñado un plan de acción para trabajar sobre ese campo (**estrategia**) y hemos decidido las circunstancias adecuadas para ponerlo en movimiento (**táctica**), nos vamos a encontrar que podemos utilizar muchos recursos para recorrerlo y operar sobre él, contando: o con un repertorio de instrumentos diferentes entre sí o con un mismo instrumento que puede ser utilizado de distintas formas.*

En el caso de la psicoterapia, la variedad de recursos técnicos pueden incluir un repertorio de instrumentos que el agente corrector tiene a su disposición para operar: el uso de la palabra, el uso del cuerpo y la gesticulación a través de las representaciones o dramatizaciones, el uso de intermediarios simbólicos como el dibujo, la pintura o el manipuleo de ciertos objetos de trabajo como la plastilina, etc. También puede incluir el manejo de un mismo instrumento de diversas maneras y con distintas finalidades, por ejemplo el

uso de la palabra: como interpretación, como sugerencia o pregunta, como orden o impedimento, etc.; o sea que en el mismo instrumento, la palabra se puede operar de diversas formas. Las diferentes formas en que se utilizan los instrumentos para operar en el campo de trabajo, o sea la sistematización de los distintos caminos para llegar a un mismo fin u objetivo, reciben el nombre de *técnica*. Con estos principios encaramos la tarea correctora de duración y objetivos limitados.

6.2. Plan de trabajo para el servicio de psicología clínica en instituciones educativas.

En la actualidad la presencia de un psicólogo clínico dentro de una institución se hace necesaria, ya que los problemas individuales, interpersonales y comunitarios se dan en todos los ámbitos, esta condición es determinante en el desempeño de los sujetos y en su entorno.

Desde esa perspectiva se diseñan actividades que estarán orientadas a la disminución o eliminación de aquello que genera sufrimiento en la población a ser atendida.

Consideramos fundamental la presentación de un plan, porque a través de él damos a conocer las metas y objetivos que buscamos alcanzar a partir de actividades especialmente preparadas para la institución; además, marcamos un camino para conocer la institución y para que nos conozcan, lo que facilitará la inserción del psicólogo como parte del equipo de profesionales que laboran en la institución.

El psicólogo al ubicar su rol y conocer a los otros integrantes, a través de la información sobre las diferentes actividades a realizar, esta construyendo espacios de colaboración, lo cual permitirá mejorar el trabajo interdisciplinario. De esta manera aspiramos a una mejor coordinación con el personal de la institución y más eficiencia en el trabajo grupal.

6.2.1. Actividades del plan de trabajo

El plan lo ejecutamos a través de tres actividades, que a continuación detallamos:

I. Actividades en la institución: La tarea a realizar dentro de la institución tiene como objetivos, los siguientes:

- ✦ *Conocer la institución:* su misión, visión, objetivos, al personal y el servicio que prestan.
- ✦ *Informar sobre cómo se desarrollará la asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos.*
- ✦ *Diseñar propuestas preventivas para la comunidad que esta bajo el área de influencia de la institución,* mediante la prevención primaria, la cual se la manejará a través de carteleras, charlas, hojas volantes, etc.

II. Actividades Comunitarias: Se circunscribe a la prevención primaria, la cual abarca la psicohigiene y la psicoprofilaxis.

✦ **Psicohigiene:** se desarrollan aquellos temas que están en relación con lo sano, "lo normal", es decir, apunta a las crisis vitales o de desarrollo, las cuales constituyen crisis que son comunes a todos nosotros ya que las experimentamos en algún momento de nuestra vida; éstas son determinantes de nuestra estructura o rasgos de carácter (estabilidad y calidad de nuestras relaciones tempranas o arcaicas – desde la lactancia), las cuales nos dotan de recursos positivos, negativos, o simplemente nos hace carentes de los mismos, así nombramos por ejemplo:

- El destete: elaborar la ausencia de lo que es requerido.
- Fase edípica: resolución o no de la misma, asunción de roles, conflictivas ambivalentes, cuadros simbióticos, regresiones, fijaciones, relaciones objetales positivas o negativas, etc.
- Estructura familiar: función y asunción de roles en la familia, es decir, cómo el sujeto se acopla a las leyes, como maneja las restricciones, frustraciones, etc. Familia como intermediaria entre la cultura y el hombre, lo cual implica que el niño experimente cierta inconformidad, frustración, estados de ansiedad, agresividad, etc.,

por someterse a las leyes y normas sociales, debemos determinar la manera en que el sujeto pueda canalizar sus pulsiones. La importancia de la familia en el crecimiento del niño, cómo manejar los cambios normales, qué es la niñez, etc.

- Las características evolutivas del desarrollo. Por ejemplo en la menarquía, cambios corporales y consecuencias a nivel emocional: manifestaciones depresivas, pérdidas, inseguridades, etc.
- Ingreso a la adolescencia: Esto trae consigo diversas crisis, problemáticas que generan en el sujeto malestar emocional. Los cambios corporales, funciones yoicas debilitadas como por ejemplo la función del juicio (se cree indestructible), cambios a nivel psíquico-cognitivos, por el despertar del pensamiento lógico deductivo y crítico que en un primer momento hace que el adolescente ponga en tela de duda o cuestione absolutamente todo: reglas, leyes, restricciones, etc., lo cual origina conflictos intrapersonales e interpersonales.
- El enamoramiento
- El matrimonio: adaptación a la vida matrimonial, problemas que se pueden presentar: conductas regresivas, inmadurez, egoísmos, celopatías, etc. Elaboración de duelos, puesto que el matrimonio implican pérdidas: diferente estilo de vida, el sujeto debe ser más responsable, dejar de lado ciertos aspectos egoístas ya que se va a convivir con la pareja y esto genera cierto temor.

✦ **Psicoprofiláxis:** complementando lo anterior, aborda temas relacionados con las dificultades que se presentan en los individuos. La Psicoprofiláxis apunta a lo que llamamos **crisis circunstanciales o accidentales**, las cuales no son comunes a todos nosotros, son contingencias, es decir, podemos experimentarlas, así como también algunos no las experimentan. Las crisis circunstanciales o accidentales

son distintas a cada persona por sus vivencias particulares, constituyen crisis específicamente individuales. Bien dice el dicho que "más vale prevenir que lamentar". La sabiduría popular es muy acertada y es que siempre será mejor, menos complicado y más efectivo tomar medidas preventivas para evitar problemas, daños o crisis, que tener posteriormente que corregirlos. Muchas veces, podemos prever (predecir, pronosticar) cambios, cambios que nos angustian, que nos preocupan, que significan modificaciones radicales en nuestra forma habitual de vivir y que, de no atenderse, pueden generar problemas importantes. Digamos que, en algún momento se gesta un problema, algo que irá creciendo poco a poco de no tomar acciones para detenerlo, hasta convertirse, en muchos casos, en un inconveniente grande. En el caso de la psicología, la intervención preventiva o profiláctica es especialmente recomendada para adolescentes, parejas y trabajadores.

En el caso de *los adolescentes*, si padres o maestros detectamos el inicio de un cambio significativo en sus hábitos o comportamientos, adelantamos a mayores problemas con una, o varias, intervenciones preventivas, de corta duración, a tiempo.

En cuanto *a las parejas*, algunos cambios en la vida de sus miembros o de la pareja como familia pueden ser detonadores de problemáticas emocionales y de convivencia. Tal es el caso, por ejemplo, del nacimiento de un hijo, un cambio de residencia, cambio de trabajo, modificación en la situación económica, quedarse solos cuando los hijos se van de casa, las jubilaciones, etc. Una intervención preparatoria para dichos cambios puede evitar sufrimientos futuros, así como rupturas en el peor de los casos.

Finalmente, el caso de los trabajadores es muy particular pues aquí estaríamos hablando de prevenir problemas, por un lado de salud derivados del exceso de estrés por la presión laboral y, por el otro, problemáticas con la pareja o la familia por no lograr un equilibrio entre el tiempo que dedica a su trabajo, a su persona y a su familia.

Estos son algunos ejemplos de cómo, una intervención a tiempo es más efectiva, rápida y económica, tanto en términos de dinero como, sobre todo, en términos de sufrimiento que puede disminuirse y, en muchos casos, evitarse.

La Psicoprofilaxis corresponde a la atención de las llamadas crisis accidentales o circunstanciales las cuales son situaciones o experiencias que no son comunes a todos los seres humanos, sino que de acuerdo a diferentes circunstancias de la vida algunas personas las viven y otras no, es decir, son situaciones inesperadas. Entre las crisis accidentales podemos citar por ejemplo:

- el maltrato,
- el divorcio,
- Síntomas conversivos pregenitales: la enuresis, asma bronquial secundario, tartamudeos, tics nerviosos, etc.
- los hijos de padres migrantes,
- los problemas escolares,
- la agresividad,
- las disfunciones sexuales,
- el alcoholismo,
- muertes de personas significativas, entre otros.

III. Actividad Clínica: esta tarea (la cual se fundamenta en la teoría psicoanalítica, teoría cognitivo – conductual y en conceptos de la teoría del aprendizaje social) se la desarrollará a través de 12 entrevistas, aproximadamente, las cuales tienen las siguientes características:

- a. Pre-entrevista:** información y datos a recoger antes de la primera cita, esto lo realizamos consultando la ficha, informaciones indirectas de otros miembros de la institución o de lo que el consultante nos dice, antes de la primera cita.

b. **Entrevista inicial, exploratoria o de indagación:** se recogerá información y datos del paciente a través de un proceso de indagación - exploratorio con los padres y la entrevista clínica propiamente dicha con el paciente; a la par se determinará el encuadre (el rol del psicólogo, número y tiempo de sesiones y los honorarios). Se realizarán alrededor de dos a tres sesiones para esta etapa diagnóstica.

- Datos de filiación.
- Motivo de consulta: Historia psicoclínica; este nos permite identificar el foco (conflicto nuclear o neurálgico) y de aquí determinamos qué aspectos vamos a trabajar con el paciente. El motivo de consulta identifica el conflicto focal.
- Historia familiar y evolutiva: Constituye el proceso indagatorio propiamente dicho, en el cual podremos investigar y determinar la estructura o rasgos clínicos psicopatológicos del paciente al conocer sus modalidades defensivas, sus ansiedades, sus síntomas (fóbicos, obsesivos, histriónicos, conversivos, esquizoide, etc.) Está centrado en historia del síntoma; dónde y cuándo empezó el síntoma y esto nos ayudará a determinar el diagnóstico.
- Cómo son sus día de vida normalmente (ordinario, feriado, cumpleaños y vacaciones)
- Ideología, actividades laborales, creencias religiosas, etc.
- Incluir los indicadores para la entrevista con el niños (8 indicadores)
- Derivación
- Metas
- Objetivos
- El rol del psicólogo
- Honorarios
- Número y tiempo de sesiones (encuadre).

- c. **Entrevista de contrato:** se acuerdan los objetivos del tratamiento con el paciente, procurando esclarecer las dudas y preguntas sobre el camino a seguir en el tratamiento. Esta entrevista se la realizará una vez que ya se tenga el diagnóstico del paciente. Se realizará, en lo posible, en una sesión.
- Objetivos intrapsíquicos (vinculados a la situación focal: con el paciente).
 - Objetivos relacionales (básicamente información y tareas: padres y maestros).
- d. **Entrevista de tratamiento:** Terapia ajustada a los objetivos de la entrevista de contrato (se realizará la intervención psicológica que se acordó en el contrato), convenida a las necesidades de cada paciente. Se realizarán de cinco a seis sesiones para este momento del proceso.
- Considerar las intervenciones (listado con detalles a recordar)
 - Considerar los indicadores (listado con detalles a recordar)
- e. **Entrevista de cierre y evaluación:** en esta entrevista se procederá a evaluar con el paciente los logros (beneficios) alcanzados a lo largo del proceso a partir de los objetivos acordados y se realizará el cierre; es posible, en caso necesario, realizar un nuevo contrato.

Narración de las entrevistas de tratamiento y cierre, en función de los objetivos acordados

- f. **Entrevista de control o seguimiento:** en caso de que el paciente lo requiera, lo demande o si el psicólogo lo cree necesario se realizará una entrevista de seguimiento.

6.3. Enfoque, método, técnicas e instrumentos

En psicología es necesario determinar y plantear los métodos y las técnicas de recolección de datos, así como el tipo de instrumento que se utilizará, para lo que deberán tomarse en cuenta todas las etapas anteriores, especialmente el enfoque, los objetivos, las variables y el diseño de la investigación. A este momento deberá dársele la importancia debida, pues la elaboración de un "buen" instrumento determina en gran medida la calidad de la información, siendo ésta la base para las etapas subsiguientes y para los resultados logrados.

Desde el inicio de la investigación se hace necesario decidir sobre el **enfoque** a utilizar, lo que de alguna manera va determinando las características de todo el estudio. La unidad e integración de los datos recogidos a través de técnicas e instrumentos específicos es asegurada desde el método (como lógica del trabajo). Los principios o reglas metodológicas así como el uso de las técnicas y los instrumentos de recolección y análisis de datos se ubican dentro de una determinada perspectiva teórica (materialismo, positivismo, funcionalismo, etc.).

Esto hace necesario y fundamental, que la metodología que se utilice en la recolección de datos esté acorde con el enfoque teórico-conceptual que se ha venido desarrollando previamente durante toda la investigación. Por ello, en el momento de definir el cómo se "va a abordar la recolección de los datos, es fundamental decidir el tipo de información requerida en el estudio, en el sentido de si esta es de tipo cuantitativa, cualitativa o ambas.

Es necesario establecer qué estamos entendiendo por enfoque, método, técnica e instrumento:

- El **enfoque teórico-metodológico** es la forma en que se fundamenta una investigación. Es decir "lo enfoca" o la sitúa bajo ciertas normas de conocimiento teórico y bajo ciertas formas de acción o método. De esta

manera, todo el procedimiento de la investigación tiene una coherencia que la hace más legítima y sistemática. Ejemplos de enfoques son: psicoanalítico, cognitivo, conductual, etc.

- El **método** representa la estrategia concreta e integral de trabajo para el análisis de un problema o cuestión coherente con la definición teórica del mismo y con los objetivos de la investigación. Se denomina "método" al medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos: se citan la observación y la encuesta. En nuestro caso nosotros utilizamos el método psicoterapéutico integrador: psicodinámico y cognitivo conductual.
- La "**técnica**" se entiende como el conjunto de reglas y procedimientos que le permiten al investigador establecer, la relación con el objeto o sujeto de la investigación. En nuestro caso empleamos la técnica de la focalización: donde se visualiza un objetivo (denominado foco) y se trabaja sobre él el resto de las sesiones. Algunas de las técnicas son: *Olvido selectivo, atención selectiva en la interpretación, enfoque telescópico con fines defensivos, manejo de la transferencia.*
- El "**instrumento**" es el mecanismo que utiliza el psicólogo para recolectar y registrar la información: Entre estos se encuentran los formularios, las entrevistas, los test psicométricos y proyectivos, la observación, las escalas de opinión y de actitudes, las listas u hojas de control, entre otros.

Partiendo de que el método orienta la técnica, pueden coexistir distintas técnicas para la búsqueda de información. Una investigación cuyo enfoque es fundamentalmente cuantitativo puede utilizar técnicas tradicionales de proyectivas, entrevistas estructuradas y cuestionarios, así como técnicas más cualitativas (interpretativo/cualitativo) como son las entrevistas no estructuradas, las historias de vida y la observación etnográfica, entre otras.

Al decidir sobre los métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos es necesario analizar las fuentes de las cuales se tomará la información:

- Las fuentes primarias son aquellas de las cuales se obtiene información por medio del contacto directo con el sujeto de estudio, a través de técnicas como son la entrevista, la observación y el cuestionario, entre otras.
- Las fuentes secundarias se refieren a la información que se obtiene de documentos de diferente tipo como: la historia clínica, el expediente académico del estudiante, las estadísticas de morbilidad y mortalidad y datos de un censo, entre otros. Se le denomina así porque la información de los sujetos en estudio se obtiene en forma indirecta.

Técnicas para recolección de información cualitativa

En los estudios cualitativos que buscan la descripción, se hace uso de técnicas diferentes, aun cuando, como se ha dicho antes, en un estudio que es fundamentalmente cualitativo pueden utilizarse técnicas que se asocian más con la información cuantitativa y viceversa. Entre las técnicas más comúnmente empleadas se encuentran la observación (directa, etnográfica); la entrevista no estructurada; la entrevista con informantes claves y la entrevista con un grupo focal.

Estas técnicas superan a las que buscan datos más cuantitativos en el sentido que se orientan a la descripción, comprensión, explicación e interpretación de los fenómenos sociales. Proveen información sobre cómo la gente siente, piensa y actúa, por lo que lo importante es caracterizar estos aspectos para luego buscar la explicación según como las personas conocen e interpretan su realidad.

En este tipo de investigación lo usual es tener múltiples fuentes de información y métodos o técnicas de recolección de datos con el fin de lograr una mejor perspectiva y comprensión del problema o situación estudiada, pues por la naturaleza del fenómeno en estudio no se puede confiar de una sola fuente para brindar la información requerida. Tal como se ha venido mencionando en

diferentes momentos, el utilizar una combinación de diferentes técnicas de entrevista y observación aseguran mayor validez o credibilidad de la información.

Las técnicas discutidas en esta sección tienen la ventaja de ser de uso práctico por ser menos elaborados los instrumentos que se utilizan para su aplicación. Esto las hace muy útiles en casos que requieren de información rápida, oportuna y de bajo costo para la toma de decisiones o para la solución de problemas que deben ser enfrentados a corto y mediano plazo.

La observación

Fisher plantea que la observación directa es una técnica útil tanto en la investigación cuantitativa como en la cualitativa. En esta última, sin embargo, la técnica requiere de períodos prolongados y de personal altamente calificado en la técnica y en el fenómeno observado. Por lo anterior y al igual que la técnica de entrevista a fondo, se utiliza generalmente en muestras pequeñas.

Ejemplos del uso de esta técnica en el campo de la salud son: observación del desempeño del personal en un programa determinado; dinámica de trabajo de un equipo: desempeño de rutinas administrativas; dinámica de una población al enfrentar un problema, dinámica de la relación entre docentes y alumnos, la secuencia de sucesos, integración de los grupos en el trabajo o en la comunidad; características ambientales/contextuales en el trabajo y en la comunidad.

La observación antropológica o etnográfica es una forma intensa en que el observador penetra en la vida de los grupos y comunidades para conocer a fondo su cultura, sus conductas, pensamientos y sentimientos. El observador trata de captar los acontecimientos tal como ocurren dentro de su contexto.

Las limitantes o desventajas de la observación incluyen la posibilidad de que el observador afecte la situación que se está observando; que el observado actúe

de manera diferente a causa de la observación; o que la percepción selectiva del observador introduzca cierta distorsión en la información registrada; la observación se focaliza en aspectos o comportamientos externos, a través de esta técnica no es posible penetrar en el interior de las personas; usualmente se observa solamente una parte del todo, o las personas en un determinado momento por lo que no podemos estar completamente seguros de que lo que se observa es típico de las personas o situaciones en estudio. Debido a estas limitantes, se hace muy necesaria la validación de la información a través de otras técnicas de recolección de datos y fuentes de información.

En este tipo de observación es común el uso de los cuadernos de anotaciones, en los que el observador registra todo lo que ve o acontece, con el mayor posible detalle relevante, rescatando las palabras y expresiones textualmente siempre que sea posible, haciendo explícito cuáles son observaciones directas y cuáles son interpretaciones o explicaciones que al observador se le van ocurriendo. También es importante el uso de medios que permitan mejorar la captación y registro de los hechos y que posteriormente faciliten el análisis e interpretación de la información como son las películas y las grabaciones, entre otros.

La entrevista no estructurada

Esta técnica fue discutida al analizar la entrevista. A través de ella es posible obtener información más completa y profunda, por lo que en la investigación cualitativa también se les denomina entrevistas a fondo o de profundidad. (Si desea volver a revisar la técnica, le recomendamos leer nuevamente la sección correspondiente

Quina Patton, menciona algunas de las limitantes relevantes de la entrevista no estructurada al realizar investigaciones cualitativas. Entre estas limitaciones se destaca que la entrevista sólo capta las percepciones y las perspectivas de las persona, sobre el tema de estudio, las cuales pueden ser afectadas y distorsionadas por aspectos como los sesgos personales del entrevistado, su

situación emocional (enojo, ansiedad, tristeza, alegría), sus creencias políticas; su conocimiento sobre el tema tratado; su habilidad para percibir la realidad; su habilidad para recordar hechos y situaciones; la relación que se establece con el entrevistador sus expectativas sobre la entrevista y las respuestas que se esperan de él, entre otros.

Nuevamente, se puede ratificar la importancia de utilizar otras fuentes y otros métodos o técnicas para validar cualquier información lograda a través de la entrevista no estructurada

La guía que se utiliza para este tipo de entrevista, igual que en el caso de la entrevista a informantes claves y al grupo focal, consiste en una lista de preguntas o temas a ser tratados o desarrollados en la entrevista. Su función básica es garantizar que se tendrá información sobre la misma temática cuando las entrevistas son realizadas por varias personas.

El entrevistador sin embargo, tiene libertad para elaborar las preguntas, explorando con el grupo y profundizando en aquellos aspectos donde lo estime necesario. La guía será más o menos estructurada dependiendo de la posibilidad del investigador de precisar de antemano lo que se desea indagar y de su capacidad para dirigir una entrevista poco estructurada y dar dirección a la búsqueda de la información requerida.

El grupo focal

Es la entrevista aplicada a un grupo, donde interesa profundizar en aspectos cualitativos de un problema o de los acontecimientos. Lo que se busca es focalizar sobre uno o algunos aspectos específicos de un tema particular. La dinámica es entre el grupo: cada miembro puede opinar, comentar, criticar, ampliar, cuestionar lo expresado por otras personas del grupo.

Por lo anterior, el grupo no debe ser muy grande; se recomienda cuatro a ocho personas, que tengan alguna homogeneidad en términos de sus antecedentes y experiencias en lo referente al problema objeto de estudio.

En general, las personas a participar en el grupo son seleccionadas con base en criterios establecidos por el investigador, con el fin de que estén representados los subgrupos de la comunidad de la cual proceden.

En la conducción del grupo es importante un animador y un relator. El animador debe iniciar, promover y dar direccionalidad a la discusión, relator es el responsable del registro de la entrevista, sin embargo se recomienda grabarla para evitar el sesgo que puede introducir el relator al momento de hacer su selección de qué registrar y al interpretar lo expresado por las diferentes personas al realizar el resumen de la entrevista.

El animador debe llevar una guía sobre los aspectos a tratar, sin embargo, debe tener libertad para conducir la entrevista, pudiendo sondear al grupo profundizar en ciertos aspectos, plantear nuevas preguntas, etc.

El animador debe tener dominio de la técnica de entrevista grupal a fin de que pueda conducir el interrogatorio sin sugerir respuestas, facilitar la participación de todo el grupo, saber manejar los riesgos en el grupo, como son las personas que hablan mucho, las que son muy tímidas, las que dominan al grupo y las que cambian de tema.

6.4. El proceso de evaluación y psicodiagnóstico

6.4.1. Introducción

En la psicología, como en cualquier otra disciplina científica, se hace necesario en principio y antecediendo a cualquier actividad, realizar tareas de evaluación en un sentido amplio.

Queremos decir con ello que no podemos planificar, ni realizar ninguna acción, sin antes haber sopesado las condiciones iniciales de la situación en la que hay que intervenir, ya sea en el campo individual, grupal o institucional.

Por ello necesitamos en principio, aclarar los alcances de los términos: *Evaluación – Diagnóstico y Psicodiagnóstico*.

Por *Evaluación* entendemos cualquier actividad que implique “medir de alguna manera” (cualitativa o cuantitativamente) ciertas características del individuo, o la organización y eficacia de una institución (en sus aspectos programáticos y organizacionales).

Si nos centramos en los otros dos términos: *Diagnóstico y Psicodiagnóstico*, diremos que el *Diagnóstico* es un término general, que es pertinente a todas las disciplinas y que quiere decir, dar cuenta de una situación en sus peculiaridades, generalidades y diferencias, mientras que *Psicodiagnóstico* es el *Diagnóstico* que corresponde a la Psicología per se.

Si la *Evaluación* y el *Diagnóstico* son actividades generales que encaran desde diversos ángulos todas las disciplinas, o sea evaluando y diagnosticando situaciones (diferenciando y delimitando), **el *Psicodiagnóstico* es la actividad que por antonomasia (por excelencia) corresponde al quehacer del psicólogo**, cuando su actividad se centra en el sujeto que deberá ser objeto de su conocimiento. Y es por haberse comprendido la necesidad de esta actividad, que aumenta día a día la demanda de este proceso, cualquiera sea su ámbito de aplicación: Clínico, Laboral, Forense o Educativo.

Pero ¿qué es lo que se ha comprendido? Se ha comprendido que no podemos orientar, planificar acciones educativas y/o terapéuticas sin partir de la especificación y clarificación del/los sujeto/s sobre quien se va a encarar una labor, pues caeríamos en una grave falencia ética de resultados iatrogénicos.

Lo mismo ocurre con los otros quehaceres psicológicos, como en el campo laboral, en cuanto a la selección del sujeto a las condiciones laborales, o la adecuación de las tareas laborales al sujeto, para prevenir efectos tan letales como el burn out y otras cuestiones deletéreas, que podrían ser causantes de desajustes que pasan desde lo individual, a lo institucional o social.

El *psicodiagnóstico* (diagnóstico en sentido restringido al quehacer psicológico) y la evaluación, constituyen áreas centrales sobre las cuales se construirán las decisiones de Investigación, ya que deben comenzarse dando cuenta de un estado de situación investigada (individual, colectiva o institucional) a los efectos de construir o probar en la empiria, las hipótesis teóricas que deberemos demostrar o sostener. Hipótesis que, al justificarse o probarse, permiten el desarrollo y acrecentamiento de las Teorías y/o estrategias técnicas adecuadas.

Es por todo lo expuesto que los Psicólogos debemos tender a especializarnos, ya que debemos responder eficientemente a las demandas que los distintos campos institucionales nos solicitan. Demandas que para ser cumplimentadas con solvencia profesional, nos exigen un proceso de actualización constante. El *Psicodiagnóstico* es la tarea de los Psicólogos, es su "núcleo duro", y sólo desde allí, es que podemos justificar un accionar psicológico de excelencia.

Por último, es necesario recordar a la comunidad en general y a los profesionales en particular, que esta actividad, el *psicodiagnóstico*, es de incumbencia exclusiva de nuestra Profesión. Sólo los psicólogos estamos formados y autorizados por ley para realizar un Psicodiagnóstico. Es tarea de los psicólogos la defensa y cuidado de esta actividad, para que la misma no sea encarada por profesionales no autorizados, ni formados, pues de su accionar sólo se obtendrán falacias científicas, ausencia de ética y trasgresión de la legalidad vigente.

6.4.2. La evaluación psicológica

A) Definición

La noción de evaluación (assessment) está directamente relacionada con la de valoración, asignación de cierta magnitud a una dimensión. Supone la existencia de variables que pueden adoptar magnitudes distintas entre las que se pueden establecer relaciones de orden, mayor o menor, y por lo tanto,

compararlas. En el quehacer profesional los psicólogos abordan el estudio de distintos tipos de dimensiones o variables relacionadas con los contextos en los que realizan sus tareas.

En este sentido, es posible referirse a la evaluación de actitudes, representaciones sociales y opiniones en el campo de la *Psicología Social*, de habilidades, aptitudes y tipos de inteligencia en el ámbito de la *Psicología Laboral o del Trabajo*, de rendimiento académico, motivación o fracaso escolar si se trabaja en *Psicología Educativa*.

Los ejemplos mencionados aluden a tareas de evaluación y no de psicodiagnóstico, en la medida que se considera que diagnosticar es la tarea por excelencia del quehacer profesional en el campo de la *Psicología Clínica*, ya que la variable o dimensión bajo estudio es el proceso salud-enfermedad psíquica o mental de un sujeto, pareja, grupo o comunidad.

A partir de modelos teóricos diferentes, la evaluación propone estrategias metodológicas específicas con la finalidad central de poder verificar o estimar si se han alcanzado metas propuestas o se accede a la obtención de información referida a criterios específicos bajo estudio o tratamiento. Una de las aportaciones más significativas a la configuración del área de la Evaluación Psicológica es, sin dudas, la publicación en 1957 del libro "Psychological Tests and Personnel Decisions" donde es definida como un proceso de toma de decisiones, planteada en términos de psicología aplicada abocada a la solución de problemas tanto personales como institucionales, sociales, ambientales o comunitarios.

Todas las actividades profesionales de los psicólogos se hallan inmersas, de alguna manera, en el ámbito de la evaluación, independientemente del sector específico en el que se realicen.

¿Qué evaluamos?

Procesos y resultados. Los procesos psicológicos pueden ser clasificados de la siguiente manera:

- ✦ Cognitivos: atención, percepciones, memorias y olvidos, estilos de pensamiento, formas de lenguajes, resolución de problemas, toma de decisiones, inteligencias, la sabiduría.
- ✦ Psicosociales: percepción de personas, atribuciones de causalidad, actitudes, prejuicios, representaciones sociales, relaciones interpersonales (afiliaciones, estilos del apego, obediencia y conformidad), altruismo, relaciones intergrupales, opiniones, estereotipos, juicio moral.
- ✦ Afectivos: sentimientos y emociones, agresiones, la violencia, el enojo, la ira, las formas del amor, la gratitud, el sentido del humor, la capacidad de perdonar.

Todos ellos así como sus interrelaciones posibles deben ser considerados sobre la base de criterios diferentes, según sea el objetivo planteado en la evaluación: etapas del ciclo vital, formas del aprendizaje, los delitos y la ley, la eficacia de las terapias, la estructuración de la personalidad, el desempeño laboral.

Es importante tener presente que los procesos mencionados son siempre prácticas sociales, actividades recursivas que están mediadas semiótica o semánticamente en la medida en que se concretan en contextos culturales específicos.

Las conductas humanas – concretas o simbólicas- son fruto de una dialéctica constante entre necesidades biopsíquicas que se plantean como universales (éticas) y premisas socioculturales específicas (émicas). Es necesario formular concepciones éticas y operacionalizaciones émicas.

Toda evaluación es un proceso mediante el cual, a partir de un modelo teórico (explícito o implícito), se intenta analizar y comprender un fenómeno concreto, ya sea real o simbólico, en sus aspectos manifiestos o latentes.

Ya sea que se trate de Evaluar o de Psicodiagnosticar, es necesario recurrir al uso de recursos diversos (técnicas, test, instrumentos) a fin de poder categorizar, comparar, analizar, contrastar, tanto datos cuantitativos como cualitativos; es decir que toda evaluación tiene como objetivos el poder categorizar, comparar, analizar, contrastar tanto datos del tipo cualitativo como cuantitativo, obtenidos mediante la aplicación de técnicas diversas (entrevistas, observaciones, cuestionarios, dibujos, narraciones, test). Las tareas de evaluación pueden referirse tanto a procesos como a productos o resultados, y ello va a depender de los objetivos que la labor en sí misma tenga.

Entonces tenemos que la expresión evaluación psicológica se encuentra relacionada con el interés por conocer los recursos potenciales del sujeto. Lo que más caracterizó a este enfoque fue el uso de los denominados "tests situacionales", que evaluaban las capacidades ubicando a los sujetos ante situaciones similares o análogas a las reales que supuestamente tendrían que afrontar. Los evaluadores utilizaban técnicas diversas y multimodelos de abordaje.

Es importante y necesario señalar que no existe sólo un modelo teórico para sustentar el evaluar o diagnosticar, a pesar de que algunos modelos insisten en proponerse como el único válido. Es posible diferenciar entre modelos centrados en el sujeto, en el contexto y en la interacción sujeto-contexto. También hay modelos que se focalizan en las relaciones interpersonales.

Entendemos por modelo a todo sistema formal que nos permite conceptualizar un grupo de fenómenos, conceptualización cuya elaboración debe sustentarse en un principio racional. El modelo nos brinda los términos y las relaciones que, al ser validadas, pasan a conformar una teoría. Puede decirse que se

deduce la teoría del modelo y que se induce el modelo de la teoría. Una teoría supone la existencia de un conjunto integrado de relaciones cuya validez ha sido determinada de alguna manera, debe contener un conjunto de hipótesis validadas.

Podemos referirnos a tres tipos de modelos:

I. los centrados en la variable sujeto.- Modelo médico psiquiátrico, modelo de los rasgos o atributos, modelo fenomenológico, modelo psicoanalítico.

II. los centrados en la variable sujeto-medio.- Son los llamados modelos interaccionales intenta poner énfasis en las relaciones que se plantean entre el medio y la persona. Por ejemplo: Piaget, Jodelet.

III. los centrados en las variables situacionales.- Conductismo radical o de impacto mediatizado. Se plantea que las variables ambientales siguen teniendo un peso importante en la determinación de la conducta, pero que la influencia va a quedar mediatizada por una serie de factores intermedios.

Es importante destacar que, el modelo teórico del que se parta, va a influir tanto en las técnicas que se elijan para el relevamiento de datos, como en el nivel de inferencia que efectuemos a partir de los datos que hayamos obtenido. Hay cuatro niveles de inferencia posibles:

Nivel 1: La conducta de un sujeto (su discurso, su dibujo, su silencio, su llanto) Operamos en este nivel, suponiendo que los datos parciales y actuales que nos brinda el sujeto bajo estudio son representativos de lo que sucede en su vida cotidiana.

Nivel 2: se apoya en un supuesto de relación por el cual "lo evaluado" se asocia con algo diferente. Así, por ejemplo, si una persona relata que está triste, desganada, sin apetito, el psicólogo puede inferir que esta "deprimida". Usamos el término depresión como una generalización descriptiva.

Nivel 3: se opera en base al mismo supuesto de relación pero se utiliza un constructo hipotético o supuesto estado interno que implica una etiología con una supuesta base intrapsíquica. Los comportamientos del sujeto se entienden como signos de la existencia de un atributo que subyace "en el sujeto".

B) Evaluación psicológica e interdisciplinar

El objetivo de los psicólogos y de la psicología es:

- a) Elaborar conocimientos confiables acerca de la "realidad psicológica"
- b) Utilizar esos conocimientos en nuestra práctica cotidiana.

Los malestares humanos, se conforman y estructuran por la confluencia de procesos múltiples e interrelacionados. Así concebimos al sujeto humano como un sistema complejo e interdisciplinario: la evaluación diagnóstica que toma en cuenta los diferentes procesos que se desarrollan en cada subsistema del sistema complejo. La interdisciplina es una forma de trabajar, y requiere integrar datos provenientes de 3 fuentes:

- El objeto de estudio
- El marco conceptual
- Las tareas específicas de evaluación.

I) El ser humano como sistema complejo:

- Todo ser humano posee una estructura psíquica y somática
- Todo ser humano tiene una localización geográfica
- Todo ser humano comparte con otros tradiciones, símbolos, significados.
- Todo ser humano forma parte de patrones de interacción, pertenece a una red de relaciones.
- Todo ser humano vivencia experiencias individuales connotados afectivamente y procesados, cognitivamente en el tiempo.

II) El marco conceptual:

Toda práctica profesional, supone un recorte de la realidad. Ningún marco conceptual agota por sí mismo el estudio del ser humano. Debemos planteamos la capacitación, integrando equipos interdisciplinarios.

III) Las tareas específicas de la evaluación diagnóstica:

Cada sujeto o grupos humanos se comportan como una totalidad, integrado por diferentes subsistemas. Una parte de nuestro trabajo requiere la conceptualización del recorte, de la porción de esa totalidad que va a ser analizada. Según el contexto en el que trabajemos, variaría nuestro objetivo: clínico, educativo, forense, empresarial, comunitario.

Debemos tener en cuenta qué tipo de funcionamiento necesitamos explicar, y qué preguntas necesitamos responder.

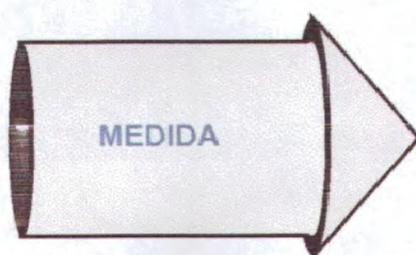
Por ejemplo; cuando atendemos una consulta, observar:

- ⊕ Los síntomas
- ⊕ Significados que atribuye a los mismos
- ⊕ Tipos de relación con nosotros.
- ⊕ Historia de enfermedades.
- ⊕ Funcionamiento del sistema neurofisiológico
- ⊕ Técnicas y estrategias para el relevamiento de datos.
- ⊕ Análisis de estudios anteriores.
- ⊕ Diagnóstico diferencial.
- ⊕ Conocimiento de psicofármacos.
- ⊕ Posibilidades económicas del sujeto, etc.

Es necesario pensar en la integración y articulación, de lo que cada disciplinaria científica ofrece, de manera interdisciplinaria.

C) Modelos de evaluación

I. Modelo Psicométrico



MODELO PSICOMÉTRICO

- datos cuantitativos. test psicológicos
- clasificación (alumnos/selección)
- aspectos positivos
- constructos-indicadores empíricos

Medición

Medimos para obtener datos objetivos (cantidades, dimensiones, magnitudes) aplicando una unidad de referencia.

“La medición es el acto o proceso de determinar la extensión y/o cuantificación de alguna cosa; la evaluación, en cambio, se refiere al acto o proceso de determinar el valor de alguna cosa.”

“Medir es el procedimiento para definir, obtener y ofrecer información útil y que posibilite el juicio o valoración posterior en qué consiste la evaluación.”

Definición de medición condicionada a la evaluación.

“Medir es comparar una cantidad con su respectiva unidad, con el fin de averiguar cuántas veces la segunda está contenida en la primera.”

La medición es:

- ✦ Fiable.
- ✦ Puntual.
- ✦ Objetiva.
- ✦ Estructurada.
- ✦ No precisa entrenamiento teórico.
- ✦ No requiere relación interpersonal profunda.
- ✦ Basada en criterios estadísticos.
- ✦ Aquí y ahora.
- ✦ Cuantitativa.
- ✦ Está prefijada.

Valoración

Valoramos esa medición, su repercusión, su relación con el pronóstico, la gravedad, la oportunidad de una u otra intervención y obtener emociones y decisiones (si es conveniente tratar o no, de qué manera, etc.).

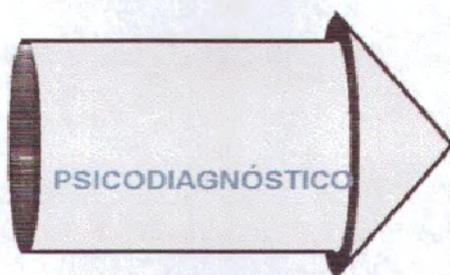
Valorar es determinar el valor de una cosa.

Valor es el grado de utilidad o aptitud de las cosas para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar o deleite.

La valoración es:

- ✦ Subjetiva.
- ✦ Poco fiable.
- ✦ Cualitativa.
- ✦ Descriptiva.
- ✦ Utiliza referentes externos para hacer un balance.
- ✦ Se basa en apreciaciones globales.
- ✦ Precisa información profesional.
- ✦ Suele referirse a gravedad o intensidad.
- ✦ Suele vincularse a intensidad del tratamiento y pronóstico.

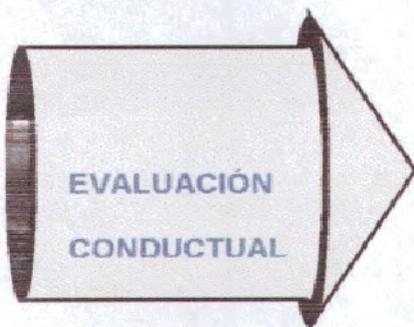
II. Modelo psicoanalítico



MODELO PSICOANALÍTICO

- datos cualitativos. técnicas proyectivas
- clasificación taxonómica con fines clínicos
- aspectos psicopatológicos o negativos
- funcionamiento y dinámica de la personalidad y la inteligencia

III. Modelo Conductista



MODELO CONDUCTISTA

- datos cuantitativos. observación conducta + Cognitivo + psicofisiológico
- evaluación para planificar el tratamiento
- identificar conductas y variables ambientales / Personales que las mantienen



- INICIALMENTE
EVALUACIÓN (INDIVIDUO)
VALORACIÓN (OBJETOS/PROGRAMAS)
- ACTUALMENTE NO SE DIFERENCIA:
EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

La evaluación implica:

Evaluamos datos globales, situaciones, significados, etc. Lo hacemos en función de criterios referentes externos y obtenemos impresiones, apreciaciones, etc. “*Evaluar es señalar el valor de una cosa. Estimar, apreciar, calcular el valor de una cosa*” (Real Academia).

La evaluación es:

- ✦ proceso continuo (procesual, funcional, continuista)
- ✦ más subjetiva
- ✦ cualitativa
- ✦ no está prefijada
- ✦ menos fiable
- ✦ requiere diferentes observaciones
- ✦ puede estar sistematizada
- ✦ precisa relación interpersonal
- ✦ basada en criterios clínicos.

La evaluación es una tarea:

- I. **Procesual:** Los fenómenos son variables, evolutivos. El evaluador influye en el/lo evaluado. La información muta con el tiempo.
- II. **Funcional:** Todo está condicionado por las continuas interacciones bio-psico-sociales.
- III. **Continuista:** Cursa desde el primer contacto con el sujeto hasta la despedida definitiva.

RESUMEN

- I. **Medimos** los signos (fiebre, leucocitos...)
- II. **Evaluamos** el conjunto de signos (estado general)
- III. **Diagnosticamos** la causa (enfermedad)
- IV. **Valoramos** su importancia (gravedad)

D) Diferencias entre evaluación y psicodiagnóstico

EVALUACIÓN	PSICODIAGNÓSTICO
<ul style="list-style-type: none">+ <i>Orientación más comportamental</i>+ <i>No explica</i>+ <i>Metodología objetiva</i>+ <i>Valora lo cuantitativo y lo cualitativo</i>+ <i>Se relaciona con el tratamiento</i>+ <i>Orientado a la modificación de lo anómalo.</i>	<ul style="list-style-type: none">+ <i>Orientación clínica</i>+ <i>Sí explica</i>+ <i>Metodología subjetiva</i>+ <i>Valora lo cualitativo y no lo cuantitativo</i>+ <i>No vinculado al tratamiento</i>+ <i>Se puede realizar con fines diferentes al cambio de lo anómalo.</i>

EXPLICACIÓN: Es una reducción a un sistema de conocimientos ya existente y que se ajusta al correspondiente fenómeno (Eysenck, 1977).

¿De qué aspectos de la situación nos interesa sacar información?

- + Somático (organismo).
- + Psiquismo (aspectos subjetivos)
- + Demográfico.
- + Conductual manifiesto.
- + Cognitivo o Intelectual.
- + Oréctico (conductas emocionales, sensitivas).
- + Ambiental.

Lo que varía es la atención que le prestamos más a un aspecto o a otro según el sujeto. Se toma información de todos los aspectos,

pero centramos nuestra atención en un aspecto o en otro. En un psicodiagnóstico no podemos analizar un solo elemento aislado. *Cualquier pista vale. No podemos despreciar ninguna información que nos dé el paciente.*

E) Definición de la evaluación psicológica e implicaciones

Disciplina que explora y analiza el comportamiento de un sujeto o grupo con distintos objetivos (descripción, diagnóstico, selección / predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se emplean una serie de dispositivos (test y otras técnicas de medida) tanto para la evaluación de aspectos positivos como patológicos.

La evaluación del ambiente y la evaluación de programas son extensiones actuales. En el sentido amplio abarca desde la descripción del comportamiento a la evaluación de programas.

La evaluación psicológica incluye:

- ✦ Medición y psicodiagnóstico
- ✦ Datos cualitativos y cuantitativos
- ✦ Implica integración y valoración de datos
- ✦ Imagen del funcionamiento del individuo, grupo o programa
- ✦ Disciplina teórica + área de la práctica aplicada

La evaluación actual debería abordar en un modelo explicativo de la conducta.

- ✦ Las variables internas del individuo
- ✦ Los determinantes fisio-biológicos personales
- ✦ Las conductas manifiestas
- ✦ Los procesos cognitivos subyacentes al pensar y actuar humanos
- ✦ Los mecanismos de autocontrol, planificación
- ✦ Las interacciones funcionales entre el sujeto y la realidad
- ✦ El estudio del contexto
- ✦ La eficacia de las intervenciones.

Criterios de clasificación y evaluación clínica:

La clasificación de estructuras de personalidad se basa en tres criterios básicos:

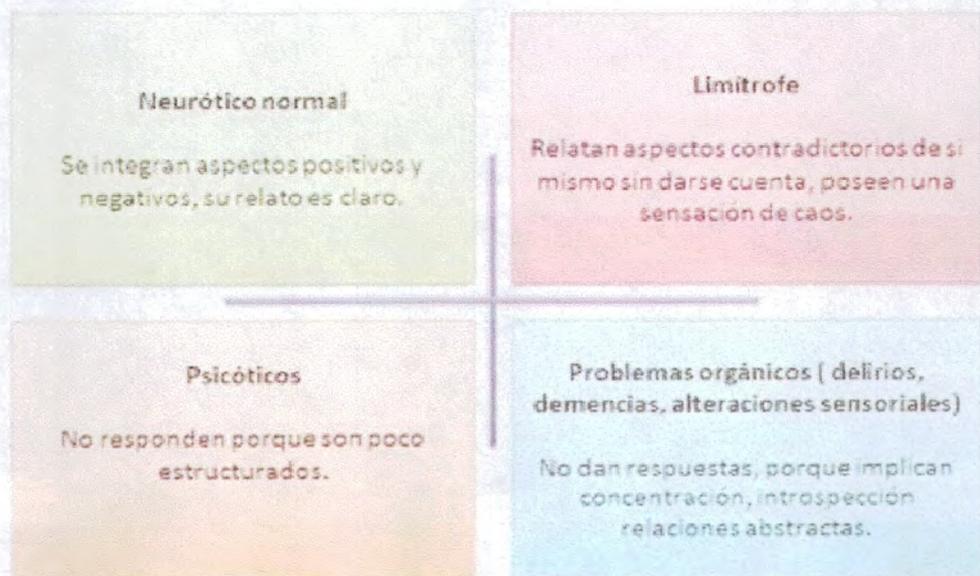
- identidad del yo
- juicio de realidad
- mecanismos de defensa primitivos v/s avanzados

Identidad del yo:

Incluye dos puntos esenciales: concepto integrado (aspectos positivos y negativos) de sí mismo a través del tiempo y en distintas situaciones, y el concepto integrado de las personas importantes o significativas en la vida del sujeto. La identidad del yo está presente sólo en las estructuras neuróticas, por lo tanto es un criterio diferenciador con las estructuras limítrofes y psicóticas.

La evaluación clínica de este criterio no se debe realizar en personas que presenten cuadros psicóticos y/u orgánicos.

Para explorar la integración del sí mismo a través del tiempo y en distintas situaciones las preguntas que se hacen son: "Ahora que me ha contado por qué vino y cuáles son sus problemas, me gustaría que se describiera a sí mismo en unas pocas palabras ¿cuáles son las cosas que lo diferencian a usted de las demás personas?".



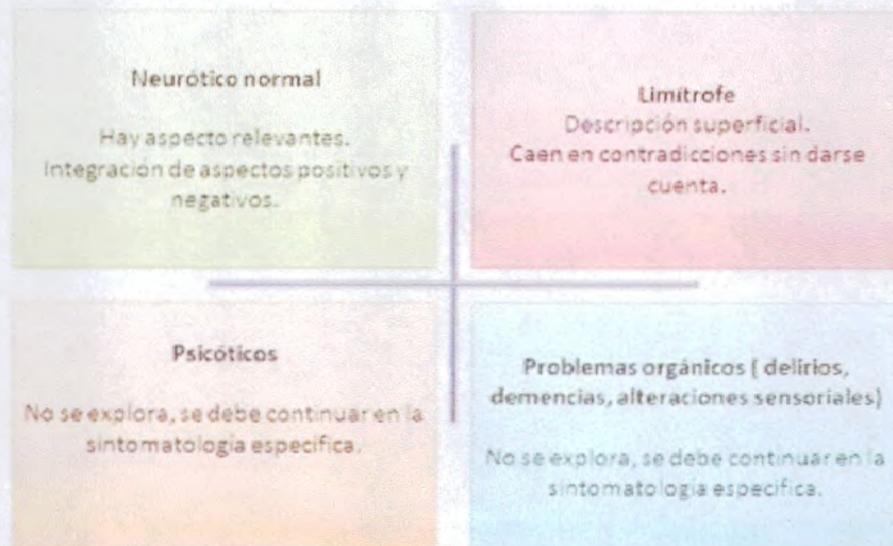
Se espera que una persona normal o con estructura neurótica pueda dar una descripción donde se integren aspectos negativos y positivos, identificar sus características estables sin desconocer que en ciertas circunstancias puede salirse de esos patrones; además el entrevistador puede formarse una imagen relativamente clara de la persona a partir del relato del paciente.

Las personas con estructuras limítrofes relatan aspectos contradictorios de sí mismos pero sin darse cuenta de la contradicción de su relato, el entrevistador puede tener la sensación de que el paciente está hablando de distintas personas por lo que no puede percibir en forma clara la descripción del paciente y tener la sensación de caos. Las personas con estructuras psicóticas no pueden responder esta pregunta porque es poco estructurada y requiere mantener empatía con el entrevistador. Las personas con problemas orgánicos (delirio, demencia, alteraciones del sensorio) tampoco logran estructurar una respuesta pues implica concentración, introspección y relaciones abstractas.

Para explorar el concepto integrado de las personas importantes o significativas en la vida del sujeto, primero se debe captar cuáles serían esas personas y luego preguntar "¿por qué no me describe la personalidad de su mamá y de su hermano? Cuénteme ¿cómo son ellos?".

Los pacientes con estructura limítrofe dan una descripción superficial que impide conocer los aspectos más profundos de esas personas, además muchas veces caen en profundas contradicciones cuando describen características sin que se percaten de ello.

En pacientes con estructura neurótica la descripción incluye aspectos relevantes, integración de aspectos negativos y positivos que permiten que el entrevistador se haga una imagen más o menos clara de esas personas. En el caso de estructuras psicóticas o con problemas orgánicos no se continua con la exploración de la Identidad del yo y se pasa a indagar más en la sintomatología específica.



Juicio de realidad:

Este segundo criterio de clasificación y valuación clínica, implica la capacidad de: (1) diferenciar el yo del no-yo (2) diferenciar el origen de los estímulos ya sea intrapsíquico o extrapsíquico (3) mantener criterios de realidad socialmente aceptados. El juicio de realidad esta mantenido en las estructuras neuróticas y limítrofes, no así en las psicóticas por lo que es un criterio diferenciador entre estructuras psicóticas y limítrofes.

La evaluación de este criterio se hace en tres etapas (Gomberoff, 1999):

- I. Presencia / ausencia de alucinaciones o ideas delirantes: si en ese momento las tiene significa que el juicio de realidad está perdido. Si ha tenido estas manifestaciones se pregunta por el significado de ellas "¿qué le parece lo que le pasó?" si el paciente responde que no lo entiende y teme estar perdiendo la razón significa que se recobró el sentido de realidad (lo que puede ocurrir en las estructuras limítrofes), por el contrario si lo describe como algo natural, el juicio de realidad aún está perdido.
- II. Manutención de criterios sociales: si el paciente nunca ha tenido alucinaciones ni ideas delirantes se evalúa, mediante la observación o análisis del discurso, lo más extraño o absurdo de la conducta del paciente o de los afectos. Después de tener claro esto se le pregunta "yo quisiera hablar con usted de algo que he observado en nuestra

interacción ¿me permite que le señale algo que me llamó la atención y que me tiene al o sorprendido, que no entiendo?...yo vi que usted estaba haciendo esto o reacciona de tal forma y esto me pareció raro ¿usted entiende que a mí me haya parecido extraño o es un problema mío? Un paciente con el juicio de realidad mantenido entiende que al entrevistador le resulte extraño lo que él le señaló y explica la situación mejorando el entendimiento de éste. Por el contrario, el juicio de realidad se denota perdido si el paciente no puede ver por qué a otra persona le resulte extraño cierto comportamiento.

- III. Identificar en la interacción mecanismos de defensa primitivos e interpretarlos: este paso es el más difícil. Se debe tener una visión global del paciente, tomar en cuenta su comportamiento y como responde a las preguntas del entrevistador. Las reacciones defensivas primitivas comienzan a aparecer en las estructuras limítrofes y psicóticas al pedirle al paciente que se describa y continúan apareciendo en el transcurso de la entrevista estructural. Ante las defensas del paciente, interpretar en el presente y ver la reacción de este. Los pacientes limítrofes mejoran con esta intervención, los psicóticos empeoran (Kernberg, 1987; Gomberoff, 1999).

Predominio de mecanismos de defensa primitivos v/s avanzados:

En la práctica clínica se aprecia que los mecanismos de defensa se utilizan en constelaciones o conjuntos. La constelación neurótica o mecanismos avanzados se centran en la represión además de ir acompañado de proyección, intelectualización, racionalización, negación y formación reactiva. La segunda constelación la constituyen los mecanismos más primitivos los que se centran en la escisión, junto con esta aparecen la identificación proyectiva, idealización primitiva, omnipotencia, control omnipotente, devaluación y negación primitiva. Este criterio sirve para diferenciar las estructuras neuróticas de las limítrofes y psicóticas ya que los mecanismos primitivos son típicos de estas últimas organizaciones (Gomberoff, 1999).

Para evaluar las constelaciones hay que poner atención en la interacción con el paciente. Los mecanismos avanzados usualmente no interfieren la relación paciente-terapeuta, se ven más indirectamente. En cambio los mecanismos primitivos pueden observarse directamente ya sea en el contenido del discurso del paciente (contradicciones, adjetivos muy positivos hacia el terapeuta o negativos, etc.) como en el comportamiento (reacciones de angustia, muestras de desprecio, provocación, rechazo en el lenguaje corporal). Junto con el uso de estas defensas se puede apreciar regresiones transferenciales y contratransferenciales desde las primeras sesiones (Kernberg, 1987; Gomberoff, 1999).

La exploración de estos tres criterios permite diferenciar entre estructuras psicóticas, neuróticas y limítrofes, sin embargo a menudo la clasificación de las estructuras limítrofes se hace dificultosa por su carácter intermedio. Para clarificar el diagnóstico, Kernberg propone otros criterios que caracterizan a las estructuras limítrofes y las diferencian de las neuróticas. Estas son:

- Dificultades graves y crónicas en las relaciones de objetos: los pacientes limítrofes no logran establecer relaciones verdaderas con otra persona, caen en la manipulación, control y desvalorización del otro.
- Manifestaciones inespecíficas de debilidad yoica: falta de control de impulsos, incapacidad para tolerar la angustia, insuficiente desarrollo de canales de sublimación,
- Tendencia problemática del súper yo: puede manifestarse como el apego a normas morales por el "qué dirán" o en conductas antisociales, mentira crónica, robo, engaño, estafa, agresiones abiertas a otros o explotación parasitaria.
- Síntomas neuróticos crónicos, polimorfos y difusos: presencia de angustia, depresión, fobias, síntomas obsesivos, tendencias hipocondríacas.

F) Instrumentos de la evaluación psicológica.

En este apartado mencionaremos cuatro tipos de instrumentos psicológicos, los cuales tienen gran valía en el proceso de evaluación:

- I. **Evaluación o examen clínico psicológico (examen mental):** el examen mental el cual nos revela algunos indicadores hacia una presunción diagnóstica que luego se corrobora con las entrevistas anteriores y posteriores.

Mediante la anamnesis recopilamos los datos inherentes al problema del paciente, cliente o usuario y a los acontecimientos históricos correspondientes a los antecedentes personales, familiares y socio económicos; los cuales posibilitaran el ordenamiento de los "síntomas" para la explicación del problema y para la valoración integral de la personalidad y del entorno social respectivamente. La anamnesis se complementa con el examen o evaluación clínica y ambos deben ser implementados simultáneamente posibilitando la contrastación y verificación de los datos a obtenerse. Mediante la observación del examinador se obtiene los "signos clínicos".

El examen clínico permite estudiar minuciosamente las manifestaciones comportamentales, afectivas y cognitivas como efectos y características del problema y como expresiones de la personalidad del paciente, los que además deben constituirse en recursos terapéuticos y preventivos. Se recomienda efectuar el examen clínico mediante el estudio de las siguientes áreas:

- a. Aspectos Generales: Porte, Comportamiento y Actitud
- b. Atención conciencia y orientación
- c. Lenguaje
- d. Estado afectivo
- e. Actitudes y tendencias dominantes
- f. Memoria y funciones intelectuales
- g. Sociabilidad
- h. Comprensión de la enfermedad

A Continuación hemos puesto un ejemplo de examen mental el cual esperamos que les pueda servir de referencia durante sus entrevistas e intervenciones.

Evaluación Clínica Psicológica (Examen Mental)

Nombre:..... Edad.....
Fecha de Nacimiento:..... Grado de Instrucción.....
Ocupación:..... Estado Civil:.....
Fecha de Aplicación:..... Lugar de Aplicación:.....

1. Aspectos Generales: Porte, Comportamiento y Actitud

1.1. Apariencia general

Debe señalar las características físicas, de la vestimenta, arreglo persona, higiene y estado de nutrición.

1.2. Comportamiento

¿Cómo es su expresión Facial?

Alerta Preocupación Tristeza Alegre

Gesticulaciones (Arruga la frente, abre mucho los ojos, parpadea constantemente, hace muecas, rechina los dientes, se muerde los labios, bostezo, etc.)

¿Cómo es su relación con el psicólogo?

Amable Dependiente Desconfiado Asequible

Comunicativo Sumiso Hostil Altanero

Agresivo Indiferente Colaborador Respetuosos

Temeroso Evasivo Irritable Insolente

Suspicaaz Sarcástico

1.3. Molestia principal

¿Qué le molesta más a usted?

¿Cómo le ha afectado a usted ese malestar?

2. Atención conciencia y orientación

2.1. Atención

Selectiva No es Selectiva Hipoatención

Hiperatención Dispersa Difusa

Confusa Distraibilidad

2.2. Estado de conciencia

La conciencia puede estar alterada en una de las dos direcciones:

- Excitabilidad: Insomnio, agitación, manía y delirio
- Depresión: Deseo de dormir, somnolencia, estupor y coma

Se halla desorientado en el tiempo, lugar y persona.

No responde a estímulos.

2.3. Orientación

2.3.1. Tiempo

¿Qué fecha estamos? ¿Qué día es hoy?

¿En qué mes estamos? ¿Año?

¿Qué hora es aproximadamente?

2.3.2. Lugar

¿Qué lugar es este? ¿Para qué sirve este lugar?

¿Dónde está ubicado? ¿En qué ciudad estamos?

2.3.3. Persona

¿Cuál es su nombre? ¿Qué hace en este lugar?

¿Quién soy yo? ¿Qué hago yo?

3. Lenguaje

3.1. Calidad

Claro Comprensible Entrecortado Confuso

3.2. Tono de voz

Elevado Bajo Moderado

3.3. Velocidad

Lento Rápido

3.4. Cantidad

Verbosidad Laconismo Mutismo

Escasa comunicación

3.5. Curso

Coherencia Bloqueo Perseverancia

Fluido Locuaz Monótono

4. Estado afectivo

4.1. Estado de Ánimo

Alegre Triste Decaído Irritable Lábil

Inafectivo Eufórico Estable

4.2. Congruencia Afectiva (En lo que verbaliza y manifiesta)

4.3. Ansiedad

Manifestaciones Psicológicas: Temores, etc.

Manifestaciones Físicas: Sudoración, palidez, etc.

4.4. Irritabilidad

¿Cómo le tratan?

¿Qué le da cólera?

4.5. Depresión

¿Llora a menudo?

¿Considera que no vale la pena vivir? ¿Por qué?

¿Tiene pensamientos tristes de ello?

5. Actitudes y tendencias dominantes

5.1. Tendencias Pesimistas

¿Cómo le han ido las cosas desde que usted se siente mal?

¿Piensa que es responsable de ello?

5.2. Tendencia Paranoide

¿Cómo le trata la gente?

¿Le parece que los demás no lo quieren?

¿Qué tratan de hacerle?

¿Ha leído en los diarios algo que pueda referirse a su persona?

5.3. Tendencia Delusiva

¿Puede leer o adivinar el pensamiento de la gente?

¿La gente puede leer sus pensamientos?

¿Tiene usted poderes mágicos?

5.4. Tendencia Hipocondríaca

¿Piensa usted que siempre está enfermo?

¿Le preocupa mucho su salud?

5.5. Tendencia Obsesivo – compulsivo

¿Tiene necesidad de realizar algo una y otra vez?

¿Qué amuletos lleva para su defensa?

5.6. Tendencia Fóbica

¿A que teme usted?

5.7. Ideación Megalomaníaca

¿Qué proyectos tiene usted ahora?

¿Usted tiene grandes riquezas?

6. Memoria y funciones intelectuales

6.1. Memoria

6.1.1. Memoria Fotográfica

Se evalúa presentándole estímulos visuales, auditivos y táctiles; (serie de números sin sentido, objetos, figuras, etc.).

6.1.2. Memoria Conceptual

Se explora a partir de la comprensión de lecturas de párrafos, interpretación de refranes, etc.

6.1.3. Memoria a Corto plazo

Se evalúa presentando estímulos en serie, los cuales deben estar exentos de una secuencia lógica.

6.1.4. Memoria a Largo plazo

6.1.5. A través de la historia personal

6.2. Funciones intelectuales

6.2.1. Capacidad de cálculo

Multiplicaciones, sustracciones y divisiones, pruebas simples de razonamiento matemático.

6.2.2. Información general

Días de la semana, el alfabeto, principales ríos, oración (padre nuestro), cuatro últimos presidentes, etc.

6.2.3. Tener los antecedentes educativos y culturales

6.2.4. Formaciones intelectuales elevadas (comprensión, razonamiento, formación de conceptos).

1. Sociabilidad (Limitaciones con las personas que lo rodean)

Empático Carismático Manipulador

Introvertido Extrovertido Colaborador

2. Comprensión de la enfermedad

¿Cree usted que está enfermo o "nervioso"?

¿Cómo interpreta su situación?

¿Qué tratamiento necesita a su entender?

¿Percibe mejoría?

II. Evaluación de las funciones yoicas (escalas de puntuación)

Las 12 funciones yoicas

El diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales se basa en la identificación de los signos y síntomas descritos por la psicopatología general. Típicamente estas manifestaciones psicopatológicas son o bien directamente accesibles a la conciencia del enfermo, o directamente observables por el entrevistador, o ambas cosas. La psicopatología clásica se ocupa de la investigación y registro de los signos y síntomas obvios de enfermedad mental, rasgos de carácter y pautas de conducta, registros éstos que son objetivables por el psiquiatra o por el propio paciente.

Esta exploración objetiva se basa en el estudio sistemático de las distintas áreas de: aspecto y actitud general, motricidad y lenguaje, atención y memoria, estado emocional, inteligencia, contenido, curso y forma del pensamiento, percepción, voluntad conciencia y sensorio, juicio crítico y conciencia de enfermedad. Sin embargo, la experiencia humana en general, y la patológica en concreto, es mucho más amplia de lo que cubre la exploración psicopatológica general, incluyendo aspectos tales como áreas de conflicto psíquico, mecanismos psicológicos de defensa, adecuación a la realidad de los procesos cognitivos, estructura y función del aparato psíquico, etc.

Todos estos procesos son difícilmente accesibles a la observación directa, y sólo pueden ser inferidos por el entrevistador a partir de datos sobre los que se aplica un procedimiento hipotético-deductivo. El sujeto raramente tiene percepción directa o conocimiento consciente de estos procesos, siendo necesaria la aplicación de técnicas específicas para facilitar su reconocimiento.

Todo este grupo de fenómenos, cuya característica común es la inaccesibilidad directa a la conciencia del sujeto y la imposibilidad de objetivación inmediata por parte del observador, constituye un nivel de rango diferente al que estudia la psicopatología clásica, y se engloba bajo el término genérico de procesos psicodinámicos.

Así, por ejemplo, de datos de la historia y del comportamiento con el entrevistador se puede concluir que el conflicto principal se sitúa en el área de competitividad con la autoridad, o en la dependencia y temor al abandono, o en la de culpa acerca de deseos sexuales prohibidos, etc. Las defensas características del paciente como la racionalización, el paso al acto, la formación reactiva, la evitación fóbica, la ritualización obsesiva, el retraimiento de la realidad y el empleo de la fantasía, la conversión y la somatización,... pueden también inferirse durante la entrevista.

Sorprendentemente, mientras que la exploración psicopatológica clásica se halla bien desarrollada y estandarizada, la metodología de observación de manifestaciones psicodinámicas se mantiene en un terreno intuitivo, más próximo a actividades artísticas que científicas. Aunque las técnicas de intervención psicoterapéutica no dejan por ello de ser eficaces, la valoración de los resultados obtenidos es, con frecuencia, difícil. Del mismo modo, resulta difícil la identificación y clasificación de trastornos psicodinámicos con pocas o imprecisas manifestaciones a nivel externo, las únicas consideradas por la psicopatología clásica.

Bellak et al. (1973) con su aportación de la "Evaluación de las Funciones del Yo" suministran una metodología coherente y sistemática para el estudio de procesos psicodinámicos, susceptible para servir de base para la realización de una psicopatología dinámica.

Muchos psicoanalistas han enumerado y discutido las distintas funciones del Yo (Hartman, 1939; Freud, 1945; Bellak, 1949; Beres, 1956; Arlow y Brenner, 1964). Además, algunos investigadores desarrollaron escalas para la valoración y medida de las funciones del Yo (Green, 1954).

Bellak (1954) sugiere que la fortaleza del Yo puede ser estimada por medio de una escala basada en datos procedentes de la historia vital y de la sintomatología presente del paciente. El intento de Bellak de desarrollar un instrumento que permita la evaluación de las funciones del Yo se inicia debido

a su gran interés en la esquizofrenia. Interés que le llevó a una extensa revisión de la literatura al respecto con la intención de estudiar a los esquizofrénicos a través de sus somatotipos (Bellak y Holt, 1948) o mediante inventarios psicológicos (Bellak y Parcel, 1946), con la finalidad de establecer algunos medios de diagnóstico en la esquizofrenia. Fue entonces cuando Bellak formuló su "Teoría Psicosomática Multifactorial Psicológica del Yo" en la esquizofrenia (Bellak, 1949). De acuerdo con esta concepción, la esquizofrenia es vista como un síndrome con varias posibles etiologías que conducen, en un final común, a un grave deterioro del Yo. En la práctica, se pone de manifiesto el hecho de que diferentes pacientes exhiben diferentes patrones del funcionamiento del Yo, pareciendo por tanto más útil el evaluar de forma independiente cada una de las funciones del Yo.

Aunque la "Evaluación de las Funciones del Yo" de Bellak tiene, de hecho, sus orígenes en un intento de aproximación a los problemas que se presentan en la esquizofrenia, no sólo en esta existe la necesidad de un método de evaluación que sea descriptivo, operativo y con significado dinámico.

La selección de **12 funciones del Yo** surgió de los intentos de describir y evaluar la conducta de los individuos a estudiar por medio de entrevistas grabadas de dos horas de duración. Un grupo de evaluadores las escuchó independientemente, formulando sus diseños y valoraciones. Por medio de un prolongado proceso de ensayo y error, finalmente se obtuvieron las 12 funciones del Yo que fueron consideradas necesarias y suficientes para la comprensión y descripción de las personas estudiadas.

Al seleccionar sus **12 funciones del Yo** Bellak et al. (1973) reconocieron que las categorías de las funciones están delineadas para ordenar fenómenos observables. Además, se reconoce que las funciones del Yo pueden verse influenciadas por pulsiones o por factores del Súper-Yo, así como que también existe cierto grado de superposición entre las distintas funciones del Yo. Por

ejemplo, un **juicio crítico** sólido requiere tanto de un buen contacto con la realidad como de un buen control de los impulsos. No obstante podemos llevar a cabo distinciones entre las principales manifestaciones del funcionamiento del Yo diferenciando las **siguientes 12 funciones seleccionadas** con sus diferentes factores componentes.

1. Contacto con la realidad. Sus factores componentes son:

- A. Capacidad de distinción entre estímulos internos y externos.
- B. Grado de exactitud en la percepción de los acontecimientos externos (incluyendo orientación temporo-espacial).
- C. Grado de exactitud en la percepción de los acontecimientos internos (mentalidad psicológica, capacidad de introspección y reflexión sobre la realidad interior).

2. Juicio crítico. Sus factores componentes son:

- A) Anticipación de las posibles consecuencias de un hecho (previsión de peligros probables, problemas legales, censura social, desaprobación, inadecuación, daño físico).
- B) Manifestación de esta anticipación en el comportamiento (grado en el cual la conducta manifiesta refleja la conciencia de las probables consecuencias. También grado de repetición de conductas que expresan juicios erróneos).
- C) Reacción emocional apropiada a esta anticipación (adecuación de la conducta al contexto social dependiendo del grado de sintonía emocional con los aspectos importantes de la realidad externa).

3. Sentido de la realidad del mundo y del sí mismo. Sus factores componentes son:

- A) Grado de realización (grado en el cual los acontecimientos externos son experimentados como reales e incluidos en un contexto de familiaridad).
- B) Grado de personalización (grado en el cual el cuerpo, o parte de él, y su funcionamiento, así como su conducta, son experimentados con familiaridad, comodidad y como pertenecientes o emanantes del sujeto).

- C) Identidad y autoestima (grado en el cual el sujeto ha desarrollado individualidad, sentido de ser único, sentido de sí mismo, imagen corporal estable y autoestima).
- D) Claridad de límites entre el sí mismo y el mundo externo (grado de delimitación de la frontera entre el sí mismo y el mundo externo).

4. Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos. Sus factores componentes son:

- A) Grado de expresión directa del impulso (desde el "acting out" primitivo y psicopático hasta formas relativamente indirectas de expresión conductual, pasando por la actividad de carácter impulsivo y el "acting out" neurótico).
- B) Efectividad de los mecanismos de control y demora (grado de tolerancia a la frustración, y el grado en el cual los derivados pulsionales son canalizados a través de la ideación, expresión afectiva, y conducta manifiesta).

5. Relaciones objetales o interpersonales. Sus factores componentes son:

- A) Grado y calidad de las relaciones con los demás (teniendo en cuenta narcisismo, simbiosis, separación-individuación, tendencia al retraimiento, egocentrismo, elección narcisista de objetos, o grado de mutualidad, reciprocidad, empatía y facilidad de comunicación. Grado de intimidad-distanciamiento y grado de flexibilidad y elección en el mantenimiento de las relaciones objetales).
- B) Primitividad-madurez de las relaciones objetales (grado de adaptación en el que las relaciones presentes se encuentran influenciadas o estructuradas por relaciones anteriores).
- C) Grado en el cual el individuo percibe y responde a los demás como entidades independientes más que como extensiones de sí mismo.
- D) Grado en el cual el sujeto puede mantener una constancia objeta) (por ejemplo, soportar tanto la ausencia física del objeto como la frustración o ansiedad relacionados con la misma).

6. Procesos cognitivos. Sus factores componentes son:

- A) Grado de adaptación en memoria, concentración y atención.
- B) Capacidad de conceptualización (grado en el cual el pensamiento abstracto y concreto son apropiados a la situación).
- C) Grado en el cual lenguaje y comunicación reflejan procesos de pensamiento primario o secundario.

7. Regresión adaptativa. Sus factores componentes son:

- A) Grado de relajación de las agudezas perceptiva y conceptual con el aumento correspondiente de la capacidad de darse cuenta de contenidos Preconscientes e inconscientes, y grado en el cual estas regresiones desorganizan la adaptación o son incontroladas (primera fase del proceso oscilante).
- B) Grado de uso controlado del proceso primario del pensamiento en la inducción de nuevas configuraciones. Grado de aumento en el potencial adaptativo como resultado de integraciones creativas producidas, controladas y utilizadas desde el proceso secundario (segunda fase del proceso oscilante).

8. Mecanismos de defensa. Sus factores componentes son:

- A) Grado en el cual los mecanismos de defensa, defensas de carácter y otros funcionamientos defensivos afectan de forma mal adaptativa a la ideación, conducta y el nivel adaptativo de otras funciones del Yo.
- B) Grado en el cual las defensas tienen éxito o fracasan (por ejemplo, grado de emergencia de la ansiedad, depresión u otros afectos disfóricos).

9. Filtro de estímulos. Sus factores componentes son:

- A) Dintel, sensibilidad y registro de estímulos internos y externos en las distintas modalidades sensoriales (corresponde a la función receptiva).
- B) Grado de adaptación, organización e integración de respuestas a los distintos niveles de estimulación sensorial. Eficacia de los mecanismos de adaptación en relación con el grado de estimulación sensorial observado en conducta motora, respuesta afectiva y cognición).

10. Funcionamiento sintético-integrativo.

Sus factores componentes son:

- A) Grado de reconciliación o integración de actitudes, valores, afectos, conducta y autor representaciones de sí mismo discrepantes o potencialmente contradictorias.
- B) Grado de relación activa o integración entre acontecimientos intrapsíquicos y conductuales (estos acontecimientos pueden o no estar relacionados con conflictos, y no están necesariamente limitados a la conducta).

11. Funcionamiento autónomo.

Sus factores componentes son:

- A) Grado de funcionamiento de los mecanismos primarios de autonomía (atención, concentración, memoria, aprendizaje, perfección, función motora e intención).
- B) Grado de funcionamiento de los mecanismos secundarios de autonomía (perturbaciones en pautas de hábitos, habilidades complejas aprendidas, rutinas de trabajo, hobbies e intereses).

12. Competencia y dominio. Sus factores componentes son:

- A) Grado en el cual el sujeto utiliza su capacidad de interacción y su control, dominio activo y causalidad sobre su medio ambiente.
- B) Sentimiento subjetivo de competencia y control del ambiente (incluye las expectativas de éxito del individuo y de cómo se desenvuelve. El sentido de competencia se valora tal cual el sujeto lo refiere).
- C) Grado de discrepancia entre la competencia real objetiva y la sensación subjetiva de competencia.

La escala de evaluación de las funciones yoicas

Para la descripción de forma cuantitativa del funcionamiento del Yo, Bellak (1983) diseñaron unas **escalas de puntuación** para cada una de las 12 funciones del Yo y sus varios componentes. Cada función es puntuada en una

escala de 1 a 7 –1 representa el nivel mínimo o más pobre de funcionamiento, mientras que **7** es el **nivel óptimo**. Cada uno de los puntos constituyentes de las escalas de los factores componentes está ilustrado con material descriptivo que permite la fácil ubicación de la valoración correspondiente. Los evaluadores disponen de la posibilidad de otorgar puntuaciones intermedias entre los puntos modales de las escalas si su valoración se sitúa entre las descripciones de dos puntos ordinales de la escala. Un tema final a comentar acerca de los puntos modales es el lugar que ocupa en la escala el llamado funcionamiento "habitual". Se decidió considerar el punto modal 6 como el habitual.

En este contexto, el significado de "habitual" tiene menos que ver con una norma estadística, y más con una medida que denota el sentido de la ausencia de cualquier grado de mal adaptación o patología notable, sin llegar a ser un óptimo funcionamiento. Una vez puntuadas, las funciones del Yo pueden ser representadas gráficamente, lo cual permite una fácil visualización del estado psicológico del paciente.

Las funciones del Yo difieren en su susceptibilidad a la regresión. Es cierto que para algunos aspectos del funcionamiento psíquico existe una estabilidad substancial en el nivel adaptativo del funcionamiento característico del Yo, pero también es cierto que la adecuación adaptativa de las funciones del Yo varía más en unas personas que en otras y, de hecho, la facilidad y prontitud con la que dichas fluctuaciones tienen lugar son un aspecto importante del funcionamiento de la personalidad.

Para valorar las posibles fluctuaciones de las funciones del Yo, Bellak y Goldsmith (1984) definieron los términos de "nivel de funcionamiento actual, característico, superior e inferior". Cuando estos autores trazan el perfil de un individuo en estos cuatro niveles se pone de manifiesto que, en algunos individuos, existe una gran distancia entre el nivel superior y los niveles actual y característico en una o más funciones del Yo, mientras que otros muestran tan solo pequeñas diferencias. Este hecho permite predecir la relativa estabilidad o inestabilidad de una o más características cruciales de la personalidad. Desde

un punto de vista clínico o teórico, las observaciones de Bellak y Goldsmith (1984) acerca de las fluctuaciones en el tiempo de las funciones del Yo gráficamente ilustran que las aparentes diferencias cualitativas existentes entre funciones normales, neuróticas o psicóticas pueden ser cuestión de fluctuaciones cuantitativas de las mismas, siendo por tanto decisiva la evaluación sistemática de los procesos subyacentes a cualquier déficit particular de las funciones del Yo.

ESCALAS DE PUNTUACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL YO

1) CONTACTO CON LA REALIDAD		
A Capacidad de distinción entre estímulos internos y externos	B Percepción de los acontecimientos externos (Incluye orientación temporo-espacial)	C Percepción de los acontecimientos internos (Incluye capacidad de introspección y reflexión sobre la realidad interior)
<p>1. Predominio de alucinaciones y delirios. Mínima capacidad para distinguir entre los sueños y los acontecimientos que tienen lugar en estado vigil, y entre ideas, imágenes y alucinaciones. Trastornos groseros de la experiencia perceptiva (por ej. objetos en movimiento parecen quietos y viceversa).</p>	<p>1. Desorientación extrema con respecto al tiempo, espacio o persona. Interpretación muy inexacta y con distorsiones severas del significado de los acontecimientos. Puede acompañarse de disminución de la atención a estímulos internos y externos, o por el contrario de hipervigilancia. Interpretaciones inapropiadas o exageradas de eventos anodinos. Interpretaciones altamente inexactas de percepciones. Fracaso general en el reconocimiento de personas, objetos y lugares familiares. Frecuente atribución de familiaridad a objetos, lugares y personas extrañas.</p>	<p>1. Mínima capacidad de introspección. Incapacidad para explicar los sentimientos y conductas. Ausencia de mentalidad psicológica (por ejemplo, el sujeto puede estar triste y no darse cuenta de ello).</p>
<p>2. Las alucinaciones y los delirios son severos pero limitados a una o dos áreas de contenido. Pueden mostrar considerables dudas y dificultades para distinguir si un suceso ocurrió realmente o si tan solo tuvo lugar en su imaginación o en un sueño.</p>	<p>2. Alto grado de desorientación temporo-espacial y personal. Sensación de confusión subjetiva. Notable distorsión en las percepciones y en la interpretación de sus significados. Las distorsiones están limitadas a áreas seleccionadas y no se presentan en todas las áreas de funcionamiento.</p>	<p>2. No hay conciencia subjetiva de la inexactitud de las percepciones. El sujeto no reconoce una alucinación ni siquiera largo tiempo después de que haya ocurrido.</p>

<p>3. Predominan las ilusiones sobre las alucinaciones. El sujeto puede tener conciencia de que ve u oye cosas que no están allí, o sabe que los demás no las ven ni las oyen. Cierta capacidad de crítica sobre sus alucinaciones y delirios.</p>	<p>3. Son frecuentes las distorsiones e interpretaciones erróneas de la realidad, pero éstas tienen lugar mayoritariamente bajo circunstancias desencadenantes tales como drogas, alcohol, fatiga o situaciones con gran carga emocional.</p>	<p>3. Incipiente conciencia subjetiva de los errores de percepción, pero generalmente después de que estos tengan lugar (por ej. "ahora me doy cuenta de que no comprendía las cosas correctamente el año pasado cuando estaba tan alterado"). El sujeto puede saber que se siente mal pero no sabe porqué, en términos de su estado interno.</p>
--	---	---

CONTACTO CON LA REALIDAD (II)		
<p>A Capacidad de distinción entre estímulos internos y externos</p>	<p>B Percepción de los acontecimientos externos (Incluye orientación temporo-espacial)</p>	<p>C Percepción de los acontecimientos internos (Incluye capacidad de introspección y reflexión sobre la realidad interior)</p>
<p>4. Proyección de los estados internos sobre la realidad externa, sin llegar a alucinaciones o delirios francos. El contacto con la realidad depende de la situación y la naturaleza del estímulo, siendo interferido por las necesidades de gratificación e investimento libidinal.</p>	<p>4. Distorsiones de la realidad para satisfacer estados de gran necesidad. En circunstancias normales las percepciones son razonablemente exactas, con sólo ocasionales interpretaciones erróneas. Puede también haber una vigilancia perceptiva que interfiera moderadamente con la adaptación. Puede haber una alteración emocional cuando no está en contacto con todo.</p>	<p>4. Generalmente puede recuperarse de las distorsiones cuando dejan de estar presentes las circunstancias que las desencadenaron. Moderada conciencia de los sentimientos como emanantes de sí mismo. Ocasional hipervigilancia hacia los estados internos, que interfiere levemente con la adaptación.</p>
<p>5. La confusión acerca de los estados internos y externos se limita básicamente a situaciones especiales de cambio de conciencia, como al despertarse o al iniciar el sueño.</p>	<p>5. Inexactitudes perceptivas menores. Pequeñas y esporádicas dificultades de orientación. Notable percepción selectiva.</p>	<p>5. Capacidad de recuperar el estado de objetividad tras ciertas inexactitudes perceptivas. Pueden corregir distorsiones con moderada facilidad. En la mayoría de los casos, el sujeto es consciente de la desviación de sus percepciones en el momento que estas ocurren. Consciente de sus estados internos o sintonizados en alto grado con sus propios sentimientos y sus posibles significados.</p>

<p>6. Se distingue bien entre estímulos internos y externos: Ocasionalmente existe una negación de la realidad externa al servicio de la adaptación.</p>	<p>6. Prevalece la exactitud de la percepción de los acontecimientos externos.</p>	<p>6. Buena conciencia subjetiva de las exactitudes e inexactitudes. Pueden corregir distorsiones fácilmente. Buena sintonía con los estados internos.</p>
<p>7. Clara conciencia de la diferencia entre imaginación o sueños, y los sucesos que tienen lugar en la realidad. Identificación correcta de los contenidos perceptivos y/o cognitivos, como idea e imagen, e identificación exacta de su origen interno o externo. Distinción clara entre percepciones internas y externas, que persiste incluso bajo estrés extremo. La comprobación de la concordancia entre las percepciones y la realidad tiene lugar de manera automática.</p>	<p>7. Agudeza y flexibilidad, además de exactitud extrema en la atribución de significado a la realidad, aún en circunstancias estresantes con gran carga emocional. Las distorsiones interpretativas son mínimas. La orientación es excelente y prácticamente no influenciada ni susceptible de distorsión.</p>	<p>7. Óptima capacidad de introspección, conciencia reflexiva y mentalidad psicológica. Importante sentido subjetivo de la exactitud de las propias percepciones, que corresponde a la realidad interna y externa. Uso generalmente excelente de la validación consensual, controlando las propias percepciones frente a las de los demás. Muy buen contacto con sus propios sentimientos.</p>

2) JUICIO CRÍTICO DE LA REALIDAD

A	B	C
<p>Anticipación de las posibles consecuencias de un hecho (p. Ej. previsión de probables peligros, problemas legales, censura social, desaprobaciones, inadecuación y daño físico)</p>	<p>Manifestación de esta anticipación en el comportamiento (Grado en el cual la conducta manifiesta refleja la conciencia de las posibles consecuencias. También, grado de repetición de conductas que expresan juicios erróneos)</p>	<p>Reacción emocional apropiada a esta anticipación (Adecuación de la conducta al contexto social. Dependiendo del grado de sintonización emocional con los aspectos importantes de la realidad externa)</p>

<p>1. El sujeto es mínimamente consciente de las consecuencias de su conducta, pudiendo creer que es invulnerable o súper vulnerable a peligros anticipados (p. ej. las consecuencias de saltar desde el piso 20 de un edificio, el sujeto puede pensar que él está suficientemente acolchado como para no herirse). Por el contrario, situaciones relativamente inofensivas pueden parecer extremadamente peligrosas (p. ej. el beber un vaso de agua parecería un riesgo vital). Un rasgo prominente puede ser una extrema "omnipotencia infantil". Entre las situaciones que más frecuentemente son juzgadas de forma errónea están las intenciones y conductas de otras personas.</p>	<p>1. El sujeto actúa de acuerdo con sus defectuosas anticipaciones, y debido a ello existe un peligro real para la vida e integridad física del mismo. Tales conductas tienden a repetirse sin tener en cuenta la realidad de la situación. Puede actuar con la convicción de que es invulnerable (por ej. intentando saltar desde el piso 20 de un edificio, dándose a sí mismo la protección de un amuleto o por la convicción en sus poderes excepcionales). No hay aprendizaje de experiencias pasadas, repitiendo idénticos errores de juicio.</p>	<p>1. La conducta puede ser extremadamente inapropiada, socialmente o de otro modo, y permanece sin corrección. Puede desnudarse en público, bailar en un funeral o acudir a la iglesia vestido tan sólo con traje de baño.</p>
<p>2. Existen antecedentes de juicios inapropiados que conllevan moderado peligro para la vida o integridad física del individuo. Defectuosa conciencia de las consecuencias. El sujeto puede no anticipar, por ej., que una privación dietética prolongada puede afectar su salud; o que al desnudarse en un parque puede acabar detenido, o que conducir sin frenos puede ser causa de un accidente.</p>	<p>2. El sujeto realmente toma riesgos innecesarios y tiene antecedentes de conductas que muestran una pobre capacidad de juicio (por ej. puede conducir sin frenos, ser muy negligente con respecto a su salud, o puede ser muy extravagante socialmente provocando inconscientemente a otros para que le hagan daño o para que le detengan).</p>	<p>2. Puede tener la fuerte convicción de que contando chistes en voz alta durante una misa de funeral puede aliviar la pena de los asistentes, y actúa de acuerdo con su convicción. Un soldado puede sacar la lengua a su general.</p>
<p>3. La anticipación de las consecuencias de la conducta es todavía defectuosa (por ej. en un curso avanzado que requiere conocimientos muy técnicos y especializados, el sujeto cree que puede obtener las máximas calificaciones sin ningún estudio, por el simple hecho de que su C.I. es alto). Puede a menudo juzgar de forma errónea las intenciones de los demás.</p>	<p>3. Están presentes conductas secundarias a un juicio crítico defectuoso, pero no son tan severas como para causar serio peligro a la vida, aunque sí pueden hacer peligrar la salud, trabajo o las relaciones interpersonales del individuo. Puede examinarse repetidamente sin estudiar a pesar de múltiples suspensos.</p>	<p>3. Respuestas emocionales inapropiadas al contexto social, incluyendo repetidos errores en la apreciación de cómo una relación pudo funcionar (por ej. después de íntimas relaciones con un cónyuge alcohólico, el sujeto todavía elige alcohólicos, con la "sensación" de que en esta ocasión todo irá bien).</p>

JUICIO CRITICO DE LA REALIDAD (II)

<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">Capacidad de distinción entre estímulos internos y externos</p>	<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">Percepción de los acontecimientos externos (Incluye orientación temporo-espacial)</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">Percepción de los acontecimientos internos (Incluye capacidad de introspección y reflexión sobre la realidad interior)</p>
<p>4. La conciencia de las consecuencias fluctúa de unas situaciones a otras. Áreas bien encapsuladas donde la anticipación y sobre estimulación defectuosas están limitadas a reacciones de características fóbicas específicas (por ej. una persona que se considera relativamente fracasada en su campo de trabajo cree que todo es debido al destino y a que él no ha tenido las suficientes rachas de fortuna). En la sobre estimación el sujeto puede pensar que un síntoma es inevitablemente un signo de peligro, a pesar de que se le asegure lo contrario (hipocondriasis moderada). Lagunas en el juicio crítico (por ej. el juicio crítico puede ser excelente en la esfera profesional pero relativamente pobre en otras).</p>	<p>4. Manifestaciones conductuales de juicio crítico moderadamente pobre, principalmente en relación con algunas situaciones específicas (por ej. aunque una persona puede continuar buscando empleo en un campo en el cual tan sólo ha logrado marginales éxitos y no se prepara para trabajar en un área más apropiada, todavía responde con un relativo buen juicio crítico en otras áreas de la vida). Erróneos juicios críticos acerca de la capacidad de los demás para realizar determinadas tareas (por ej. enviar a un niño de 4 años a hacer la compra).</p>	<p>4. Conducta amistosa estereotipada que puede distanciar a la gente. La inadecuación puede presentarse como intrusiones continuas en la vida privada de los demás con la convicción de que está siendo amistoso. O bien, por el contrario teniendo trato frecuente con personas propensas a insinuaciones sexuales, se siente ultrajado cuando alguien se le insinúa.</p>
<p>5. Ocasionales errores en la apreciación de las conductas intencionales propias o ajenas. Dificultad en la estimación del tiempo y trabajo que deben dedicarse para terminar una tarea en una fecha fija.</p>	<p>5. La conducta relacionada con las situaciones más corrientes puede ser inadecuada reflejando errores menores y circunscritos de juicio crítico (por ej. el sujeto pospone o difiere sus controles médicos por una u otra razón intrascendente). Puede caminar por la noche y sólo a través de áreas peligrosas de la ciudad, o puede ser excesivamente precavido en su rutinaria conducta diaria.</p>	<p>5. El juicio emocional en el contexto social se aproxima a los niveles apropiados, con lagunas limitadas a pocas áreas en las que la inadecuación puede ser de moderada a pronunciada (por ej. llamando presuntuosamente a una persona muy solemne por su nombre de pila o siendo muy efusivo con una persona muy reservada).</p>
<p>6. Término medio. Muy pocos errores en la anticipación de las consecuencias. Las apreciaciones de las conductas intencionadas propias y ajenas son bastante exactas y anticipadas. La estimación del</p>	<p>6. La conducta muestra un juicio crítico bastante bueno en todas las esferas. Los errores de juicio del pasado tan sólo se repiten de forma ocasional. Bastante buena capacidad para aplicar el</p>	<p>6. Generalmente buena sintonía emocional, de tal forma que prácticamente no hay resultados inapropiados. Mala sintonía emocional tan sólo en situaciones extrañas e inicialmente, antes de tener</p>

tiempo y recursos requeridos para finalizar una tarea es buena.	aprendizaje del pasado a la conducta actual que refleja el juicio.	tiempo para realizar un buen juicio crítico.
<p>7. El sujeto presenta una sólida conciencia de las consecuencias de su conducta. Apreciaciones, hasta los más finos matices, de las conductas intencionadas propias y ajenas. Las consecuencias de una conducta planeada están muy bien pensadas y anticipadas. Las consecuencias de las conductas más inmediatas y espontáneas son comprendidas con un muy alto grado de automatismo, sin que intervenga necesariamente el conocimiento consciente.</p>	<p>7. La conducta muestra un juicio crítico bastante sólido en todas las esferas: social, física, trabajo. Este procede de una cuidadosa planificación y toma de decisiones. Decisiones rápidas y automáticas acerca de acciones apropiadas. Los errores de juicio del pasado casi nunca se repiten porque existe una excelente capacidad para aplicar el aprendizaje del pasado a las decisiones actuales en las que influye el juicio de realidad.</p>	<p>7. Excepcional sintonía emocional con la realidad. Las respuestas afectivas y conductas apropiadas tienen lugar de forma automática y flexible, aún ante situaciones nuevas y frente a circunstancias extrañas.</p>

3) SENTIDO DE LA REALIDAD DEL MUNDO Y DEL "SI MISMO" (I) (REALIZACION Y PERSONALIZACION)

<p>A</p> <p>Grado de realización (Grado en el cual los acontecimientos externos son experimentados como reales e incluidos en un contexto de familiaridad)</p>	<p>B</p> <p>Grado de personalización (Grado en el cual el cuerpo, o parte de él, y su funcionamiento, así como su conducta son experimentados con familiaridad, comodidad y como pertenecientes, o emanantes, al sujeto)</p>
<p>1. Desrealización extrema. Sensación de que el mundo se ha convertido en un lugar completamente extraño. Objetos y acontecimientos habitualmente familiares parecen extraños. Intensas experiencias de "deja vu". Las personas y los objetos circundantes parecen irreales, cambiados en su apariencia, como si ellos no estuvieran allí o no pudieran haber ocurrido. Todo lo anterior es experimentado como sensación subjetiva. Puede pensar que el mundo está en un caos o desintegrándose (fantasías de destrucción del mundo muy prominentes). Los cambios ambientales más insignificantes pueden producir sensaciones extrañas.</p>	<p>1. Despersonalización extrema. Sentimientos oceánicos de la nada, de sentirse muerto, inanimado o inexistente. partes del cuerpo pueden sentirse como irreales, extremadamente extrañas o desconectadas del resto del cuerpo (por ej. la cabeza, lengua u otra parte del cuerpo se perciben como mucho más grandes o pequeñas de lo usual, la forma de alguna parte del cuerpo se siente que cambia). Sentirse literalmente vacío por dentro. Experiencia de doble o múltiple personalidad.</p>

<p>2. Desrealización menos severa. Trances, fugas y otros estados oníroides. La realidad externa a menudo deja de parecer familiar y produce sensaciones de confusión y extrañeza. Puede sentir como si una barrera de cristal le separara de su entorno</p>	<p>2. Intenso sentimiento de despersonalización. Algunas disociaciones importantes. El cuerpo y su funcionamiento son a menudo experimentados como extraños, peculiares y no familiares. Las cosas pueden parecer estar sucediéndole a otra persona, más que a uno mismo. Frecuentes sensaciones extrañas y peculiares, como de agujero en el estómago o sensaciones eléctricas.</p>
<p>3. La desrealización es marcada pero parcial, probablemente es menos marcada que la despersonalización.</p>	<p>3. Despersonalización marcada pero parcial. Partes del cuerpo pueden parecer un poco más grandes o pequeñas de lo habitual.</p>
<p>4. Signos de desrealización muy ocasionales, tales como sentirse flotando en una niebla o perdido en el océano. Ver a la gente a través de una bruma. Puede ocasionalmente sentirse como mirándose desde fuera.</p>	<p>4. Ocasionales signos de despersonalización, generalmente bajo circunstancias estresantes. Sentimientos moderadamente irrealistas acerca del cuerpo (por ej. sentirse muy hinchado, gordo o delgado, siendo los cambios actuales, de hecho, mínimos.</p>
<p>5. Una visión alterada de la realidad externa es más la excepción que la regla, y tiene lugar generalmente bajo cambios ambientales radicales.</p>	<p>5. Fenómenos de despersonalización más bien raros y limitados a condiciones poco usuales, como al dormirse o despertar, o bajo el efecto de drogas que producen alteración de los estados del yo.</p>
<p>6. La desrealización ocurre tan solo bajo condiciones de extrema alteración ambiental, desapareciendo con el restablecimiento de las condiciones ambientales normales.</p>	<p>6. La despersonalización ocurre solamente bajo alteraciones ambientales extremas, y ésta desaparece con la restauración de las condiciones ambientales normales.</p>
<p>7. Ya sea bajo condiciones ambientales normales o de cambio extremo y estrés, la experiencia del mundo permanece estable.</p>	<p>7. Sin alteraciones en el sentido de realidad, del self, del cuerpo, o de la imagen corporal.</p>

SENTIDO DE LA REALIDAD DEL MUNDO Y DEL "SI MISMO"(II) (IDENTIDAD, AUTOESTIMA Y LIMITES MUNDO INTERNOMUNDO EXTERNO)

C

Identidad y autoestima

(Grado en el cual el sujeto ha desarrollado individualidad, sentido de ser único, sentido de sí mismo, imagen corporal estable y autoestima).

1. Identidad totalmente distorsionada e inestable; la autoestima es tan baja que el sujeto puede sentirse totalmente devaluado. O, por el contrario, puede aparentar una grandiosidad extrema. Re-petición de medios patológicos e ineficaces de regulación de la autoestima. El feedback continuo de origen externo es ineficaz para ayudar al individuo a establecer un sentido de sí mismo estable. Sensación de no continuidad del self de pasado a presente, o de momento a momento. Las autoevaluaciones prácticamente nunca corresponden con los aspectos realistas del self. Evidencia de una desviación excesiva de la imagen corporal con respecto a la configuración real. Gran discrepancia entre el sentido de sí mismo y el ideal del yo.

2. Sentimientos de devaluación intensos e irrealistas, o exagerados sentimientos de grandiosidad. Uso marcado de reguladores patológicos de la autoestima. El feedback de origen externo raramente es efectivo para establecer un sentido de sí mismo estable. Grandes discrepancias entre la imagen de sí mismo y el ideal del yo.

3. La autoestima es bastante pobre. La identidad está fragmentada, desintegrada y no es muy estable. Insaciable búsqueda de dinero, estatus o confirmación de su atractivo, puede preguntarse con frecuencia ¿Quién soy yo?

4. Personalidad "as if" u otras manifestaciones de representación de una identidad ficticia más que de experimentarla desde dentro.

D

Claridad de límites entre el "sí mismo" y el mundo exterior.

Grado de delimitación de la frontera entre el "sí mismo" y el mundo externo.

1. Puede experimentar estados de extrema fusión o imbricamiento con los demás, sugiriendo una casi total pérdida de los límites entre el sí mismo y el mundo externo. Las opiniones acerca de sí mismo pueden estar afectadas de un estilo camaleónico dependiendo de lo que el sujeto crea que los demás piensan de él. El sujeto puede creer que posee poderes místicos de comunicación con los demás, tal como un excepcional talento para la percepción extrasensorial. Las fronteras del cuerpo pueden ser extremadamente fluidas y permeables, o por el contrario, el sujeto mantiene unas fronteras rígidas, firmes, impenetrables y exageradas.

2. Prominentes fenómenos de fusión, sin total pérdida de la capacidad de distinción entre el self y la realidad externa. Por el contrario, puede haber sobre-reacción a las necesidades de fusión, exagerando la frontera entre el sí mismo y el entorno, como por ej. Afirmando sobremanera la integridad personal.

3. La imagen propia es generalmente dependiente del feedback externo. Cuando este es negativo a esa ausente, el sentido de sí mismo como entidad propia vacila. A menudo se siente en "comunicación especial" con los demás.

4. En ocasiones depende del feedback externo para mantener la identidad. Bajo condiciones relativamente estables no depende del apoyo externo y puede mantener una sensación de estado de separación entre el sí mismo y el mundo externo.

5. Identidad más o menos apropiada, imagen de sí mismo y autoestima notables. El sentido de la identidad puede alterarse cuando las circunstancias externas y la gente son nuevas o no familiares. Con frecuencia puede tener la sensación de ser importante a través de los éxitos de las personas significativas con las que se relaciona.

5. Existen aquí signos de un independiente sentido del self, con un sentido de la realidad externa moderadamente bueno, continuidad y representaciones del self internalizadas también moderadamente buenos. tan sólo en ocasiones el sujeto depende de las señales externas para su completo sentido de individualidad.

6. Identidad estable, preciso sentido de sí mismo y autoestima que son bien internalizados.

6. Requiere tan sólo ocasionales feedbacks para mantener un sentido del propio self como sólidamente separado de los demás.

7. Identidad estable, preciso sentido de sí mismo y autoestima que son tan bien establecidos y sólidos que permanecen intactos incluso bajo condiciones de extraordinario estrés o de mínimas señales externas ordinariamente requeridas como punto de referencia de sí mismo.

7. El sujeto posee una capacidad excepcional para diferenciar entre sus propios sentimientos, pensamientos y motivos y los de los demás. Requieren un mínimo feedback de origen externo para delimitar las fronteras de su self. Aunque el sujeto puede disfrutar temporalmente de estados regresivos de fusión, imbricamiento y comunicación especial con los demás, no los requiere para mantener separado su propio sentido de identidad. Prácticamente, no existe confusión entre las experiencias que emanan desde su propio self y los fenómenos que tienen sus puntos de origen fuera del self.

4) REGULACION Y CONTROL DE PULSIONES, AFECTOS E IMPULSOS

A

Grado de expresión del impulso

(Desde el "acting out" primitivo y psicopático, hasta formas relativamente indirectas de expresión conductual, pasando por la actividad del carácter impulsivo y el "acting out" neurótico. La maladaptación es función del grado en el cual la conciencia de las pulsiones, afectos e impulsos es experimentada y expresada de forma caótica.

1. Manifestaciones agresivas y/o depresivas y/o sexuales en sus extremos más caóticos. Los sujetos pueden haber intentado o cometido homicidio, suicidio o violación. No se observan conductas instintivas indirectas o asociadas ya que las pulsiones logran una descarga total a través de la expresión directa. Alto grado de conductas perversas polimorfas en muchas áreas (por ej. rebozarse en mierda).

2. Las manifestaciones agresivas, depresivas y sexuales son muy disruptoras. Puede existir una personalidad impulsiva. Puede existir una pronunciada conducta psicopática. Actos de tipo agresivo casi homicidas. La presión sádica del super yo contra sí mismo puede incluir serias lesiones autoinflingidas casi suicidas. El contenido de las fantasías varía poco, siendo poco diferente de los actos sexuales y agresivos que lleva a cabo, no cumpliendo prácticamente funciones sustitutivas. Pueden existir rápidos cambios de humor oscilando él mismo de un extremo a otro.

3. Hay fuertes impulsos que generalmente se actúan. En ocasiones, aunque presentes, estos no son experimentados en absoluto y sólo pueden inferirse de la conducta del sujeto. Pueden existir esporádicos ataques de furia, rabieta, o abusos agudos, por ejemplo, de alcohol, comida o sexo. El afecto y el humor pueden ser muy lábiles, llorando un momento y riendo en el siguiente. Puede existir una personalidad psicopática. Puede existir hipercinesia, o necesidad física de estar en continuo movimiento.

B

Efectividad de los mecanismos de control y demora

(Incluyendo ambos infra y sobrecontrol). Grado de tolerancia a la frustración, y grado los derivados pulsionales son canalizados a través de la ideación, expresión afectiva y conducta manifiesta.

1. Carencia absoluta de control. Mínima tolerancia a la frustración que se infiere de la capacidad para reprimir las conductas impulsivas. Incluso cuando hay pensamiento racional, no existe evidencia que muestre que esta racionalidad ejerce alguna demora o control sobre la expresión del impulso. Los débiles controles ante la intensa experiencia instintiva requieren la imposición de restricciones externas o físicas como prácticamente único medio para dominar la mayoría de los impulsos. En ocasiones, por mucho que el individuo intente controlar sus impulsos no lo consigue.

2. El sujeto tiene una gran dificultad para retener sus impulsos sexuales, agresivos o de otro tipo a causa de los débiles controles en relación con la experiencia de presión instintiva. Las restricciones físicas son el modo más eficaz de retener la mayoría de los impulsos. La tolerancia a la frustración es casi siempre pobre. Muy poca tolerancia para la ansiedad o la depresión.

3. Los impulsos son controlados o muy pobremente o bien excesivamente (el sobrecontrol se puntúa aquí por primera vez). Los controles excesivos podrían ser de tipo extremadamente rígido o frágil de modo que los períodos de sobrecontrol se alternan con accesos de rupturas impulsivas o psicósomáticas. Cuando los impulsos son excesivamente bajos, como en los estados depresivos prolongados, pocas salidas manifiestas son posibles. En casos de sobrecontrol de fuertes impulsos, las preocupaciones agresivas o sexuales reciben salida en áreas distintas que la de la conducta manifiesta. Con impulsos fuertes e infracontrol, las salidas pueden ser el voyeurismo, la promiscuidad, o la "adicción" a material pornográfico.

REGULACION Y CONTROL DE PULSIONES, AFECTOS E IMPULSOS (II)

A

4. Hay algunos signos de dirección adaptativa en la conducta dominada por los impulsos. La conducta agresiva es más a menudo verbal que física, y algunas veces está bastante disfrazada, es indirecta, como ocurre en la elección ocupacional de por ejemplo funcionario de prisiones, carnicero o modelo. Pueden existir grandes panzadas a tener un interés excesivo en el coleccionismo o en la limpieza. La actuación de deseos inconscientes y fantasías pueden ser muy prominentes. Puede existir una rebeldía generalizada. Excitabilidad general moderadamente alta.

5. Las pulsiones, afectos e impulsos se experimentan y expresan algo más o algo menos que lo habitual. La irritabilidad, excitabilidad o impulsividad de la conducta suelen tener lugar en respuesta a áreas conflictivas específicas, a estrés situacional, o a provocaciones externas. Intereses y conducta indirecta asociados pueden incluir provocaciones, el pegarse en broma, o un coqueteo moderadamente inapropiado, secualización del trabajo. Ocasionales actuaciones sintomáticas de conflictos inconscientes. Depresiones moderadas por contratiempos o desencantos.

6. La orientación agresiva y sexual de la conducta general e intereses del sujeto tienen lugar con sublimación y neutralización efectivos (por ej. la agresión física tiene lugar en interés de la supervivencia del individuo o de otros, y sólo cuando no existe otra alternativa). El instinto sexual se satisface preferentemente por medio del coito. Solamente se observan conductas agresivas o sexuales bajo provocación extrema o estrés prolongado.

7. Únicamente se contemplan conductas agresivas claras y sus derivados cuando no existe otra alternativa, como en interés de la supervivencia y de la regulación de la autoestima, y ello de manera eficaz y adaptativa. La acción eficaz, sea automática o por elección consciente, en la realización de tareas y consecución de metas en la vida, hace innecesaria cualquier clase de conducta agresiva, excepto las mencionadas anteriormente. La conducta sexual preferida es el coito. La depresión y sus estados relacionados se limitan a tristeza, pena y duelo en respuesta a pérdidas que normalmente los producen.

B

4. Los controles pueden parecer razonablemente buenos pero son del tipo de "aprieta tus dientes" o del de "cuenta hasta diez", más que del tipo automático fluido. Los intentos de mantener las riendas de la expresión de las pulsaciones pueden también conducir a un cuadro algo rígido. Puede incluir reacciones exageradas o dramatizaciones.

5. Los controles no son totalmente automáticos, pero pueden serlo en áreas libres de conflicto. Cuando no son automáticos estos pueden desarrollarse sobre la marcha con moderado esfuerzo.

6. Fluida expresión conductual de impulsos con la ayuda de controles razonablemente flexibles. El grado de exigencia o relajación de los controles es apropiado a la situación, volitivo y/o razonablemente automático.

7. El control de impulsos motrices, etc., tiene lugar de forma razonablemente rápida, tranquila y automática. La flexibilidad de los mecanismos de control y demora le permite al sujeto responder de acuerdo con su propia elección más que a presiones incontrolables. Mínimas dificultades subjetivas con la regulación y control automático de las pulsiones, de forma que el individuo generalmente funciona con facilidad extrema en el trabajo, sexo, juegos y relaciones objetales.

5) RELACIONES OBJETALES

A

Grado y calidad de las relaciones con los demás (teniendo en cuenta narcisismo, simbiosis, separación-individuación, tendencia al retraimiento, egocentrismo, elección narcisista de objetos o **grado de mutualidad, reciprocidad, empatía y facilidad de comunicación**). **Grado de intimidad distanciamiento y grado de flexibilidad y elección en el mantenimiento de las relaciones sexuales**

1. Carencia total de cualquier relación objetal. Retraimiento como en el estupor o mutismo; o viviendo como un ermitaño o recluso. Las relaciones son pre simbióticas, mayormente autísticas.

Cuando se establecen relaciones, éstas son rudimentarias y llenas de agitación, combatividad y de otros elementos disruptivos, deteriorándose rápidamente. Los "reguladores de distancia" son pobres. El sujeto puede tolerar poca estimulación por parte de los demás.

2. Confortable desconexión de tipo esquizoide más que total retraimiento. Intensas relaciones narcisistas, parasíticas o simbióticas; "folieau a deux", relaciones de tipo vicariante, uniones intensamente sadomasoquistas. Ligazones afectivas exageradas o, por el contrario, inhibidas, de tipo infantil.

3. Las relaciones pueden estar caracterizadas bien por desconexión o, al contrario, por sobre dependencia y pegajosidad. Notable dificultad para establecer un equilibrio confortable entre distanciamiento e intimidad. Prefieren relaciones o bien muy intensas o muy frías. Pueden ser distantes por miedo a establecer una relación íntima que pueda romperse.

4. Las relaciones con personas significativas están caracterizadas por interacciones de tipo neurótico. Pueden ser de tipo inhibido, narcisista o simbiótico, pero sus manifestaciones son más complejas que primitivas. Ejemplos podrían ser el Donjuanismo, las formas más sofisticadas de sadomasoquismo donde generalmente sólo las relaciones significativas son de este tipo. También incluye al individuo cuyas relaciones son generalmente superficiales y que se mantiene en la periferia "Jugar juegos".

5. Interacciones perturbadas sólo con unas pocas personas y de forma más bien esporádica. La elección objetal y conducta con

B

Primitividad-madurez de las relaciones objetales

(Incluye el grado de adaptación o mal adaptación en que las relaciones presentes están influenciadas o estructuradas por relaciones anteriores)

1. A causa del empobrecimiento y de la carencia esencial de capacidad de relacionarse, las "relaciones" interpersonales están caracterizadas solamente por elementos tempranos y primitivos.

2. Las relaciones presentes se caracterizan por transferencia basada en fijaciones muy tempranas, que pueden reflejar trastornos en la temprana relación madre-hijo. Las dificultades recurrentes son más norma que excepción.

3. Las relaciones presentes son bastante "infantiles" y conllevan huellas de otras tempranas similares. Expectativas de ser "alimentado" emocionalmente. Puede estar esperando que las cosas mejoren.

4. Contiene elementos de conflicto caracterizantes de la infancia temprana, incluyendo las relaciones con ambos padres. En este sentido son un paso más maduras que las relaciones que reflejan solamente lazos más tempranos, sólo con la madre.

5. La transferencia y repetición de modelos tempranos de relación son más la excepción que la regla en la vida diaria, pero pueden

personas significativas muestra un importante grado de flexibilidad, pero bajo estrés llega a ser más compulsiva, menos libre.

persistir bajo condiciones conflictivas. Algunas dificultades recurrentes en relaciones importantes.

6. Flexibilidad en la elección y modo en la mayoría de las relaciones, con mantenimiento consciente y automático de la distancia óptima.

6. Tendencia hacia relaciones objetales significativas.

7. Las relaciones están caracterizadas por mutualidad, reciprocidad, profundidad y extensividad. Se mantienen fluidas y estables a pesar de tensiones que puedan amenazarlas. Se mantienen flexibles y por elección, y no por compulsión. Los "reguladores de distancia" son óptimos. El sujeto funciona de manera adaptativa incluso bajo máximas estimulación y excitación generados por otras personas.

7. Sin evidencia sustancial de fijaciones o distorsiones procedentes de las relaciones tempranas. La madurez sustituye a la primitividad de forma casi completa. Las gratificaciones en las relaciones se corresponden con las necesidades adultas actuales. Las relaciones objetales están caracterizadas por su flexibilidad y elección.

RELACIONES OBJETALES (II)

C
Grado en el cual el individuo percibe y responde a los demás como entidades independientes más que como extensión de sí mismo

D
Grado en el cual el sujeto puede mantener una constancia objetal (por ej. puede soportar tanto la ausencia física del objeto como la presencia de frustración o ansiedad relacionadas con la misma). Clase y grado de internalización (manera en la cual el sujeto percibe y responde a las personas que no están físicamente presentes)

1. Mínima capacidad para percibir a los demás por su propio derecho. Parasitismo o narcisismo extremos.

1. Desarrollo insuficiente incluso para tolerar la angustia de separación. Retirada espontánea y sin relación con la catexis en respuesta a la "pérdida objetal". La gente "no existe" cuando no está presente.

2. Los sentimientos, motivos y creencias de los demás raramente son comprendidos desde el punto de vista del otro, sino en términos del impacto directo que tienen en el sujeto. Dificultades excesivas por parte del sujeto para ignorar sus propias necesidades y responder a las de los demás, principalmente desde un punto de vista egocéntrico. Obtiene placer ejercitando "poder" sobre los demás.

2. La ansiedad de separación puede ser prominente, pudiendo existir una reacción mal adaptativa a la pérdida de objetos, pérdida de amor o a injurias narcisistas. Las reacciones a la pérdida todavía tienden a ser bastante catastróficas.

3. Tan sólo muy ocasionalmente percibe y responde a otras personas como existiendo por propio derecho. Muchas "autorreferencias" en sus respuestas a los demás. La propia,

3. Esfuerzos desordenados sea de dependencia o de independencia de gente importante en su vida. Intentos exagerados de probar la propia suficiencia o, por el contrario,

identidad depende exageradamente de lo percibido en los demás. Intentos fuera de lo normal en "cambiar" a los demás con la sensación de que esto cristalizaría su propia identidad. Puede usar u explotar a la gente para satisfacer sus propias ambiciones, obviando lo que los demás puedan sentir al respecto.

el sujeto puede sentirse fácilmente herido o rechazado. Las representaciones de las personas significativas todavía no están demasiado bien internalizadas, con reacciones exageradas ante pérdidas o separaciones. Prácticamente incapaz de vivir sólo o, por el contrario, prefiere vivir aislado de los demás.

4. Capaz de considerar a los demás por derecho propio o en situaciones neutras, no estresantes o no demasiado cargadas emocionalmente. En circunstancias más difíciles intenta forzar a los demás a cambiar en orden a favorecer un sentimiento de sí mismo estable.

4. Sensible a potenciales abandonos y rechazos cuando no está claramente focalizado por la atención de los demás. La soledad no es muy bien tolerada.

5. Los demás son percibidos como separados y bien diferenciados del sí mismo, excepto bajo circunstancias más bien estresantes o emocionalmente cargadas (por ej. puede reconocer, comprender y responder apropiadamente a los sentimientos de los demás, pero cuando se siente amenazado puede tener expectativas poco razonables sobre los demás).

5. Es evidente la internalización de objetos, pero bajo estrés intenso o prolongado se reacciona exageradamente ante ausencias y pérdidas. Puede tener alguna dificultad para vivir solo, pero encuentra maneras de compensar la soledad.

6. El sujeto generalmente responde a los demás como a individuos separados por derecho propio. Grado razonablemente bueno de empatía, pero no tanto como para "perdersé" en los sentimientos o puntos de vista de los demás.

6. Está bien desarrollada la constancia objetal, siendo bien internalizadas las personas importantes para el sujeto. Pérdidas, separaciones y otros potenciales traumas son capeados sin excesiva tensión. Los pensamientos y reacciones con respecto a los demás continúan estén o no físicamente presentes.

7. El sujeto responde a los demás como a personas por derecho propio y es empático con sus necesidades como personas independientes. Comprende a la gente por lo que son y no desde una disposición de referencia egocéntrica. El individuo puede, temporalmente, ignorar sus propias necesidades en un esfuerzo por responder primariamente a las de los demás. Alto grado de "independencia de campo".

7. Constancia objetal excelente, reflejada en su facilidad de adaptación a separaciones, en su elasticidad adaptativa ante la pérdida de objetos importantes. Las relaciones con las personas significativas son altamente viables aún cuando aquellas no estén físicamente presentes.

6) PROCESOS COGNITIVOS

<p>A</p> <p>Grado de adaptación en memoria, concentración y atención</p>	<p>B</p> <p>Capacidad de conceptualización, grado en el cual pensamiento abstracto y concreto son apropiados a la situación</p>	<p>C</p> <p>Grado en el cual lenguaje y comunicación reflejan procesos de pensamiento primarios o secundarios</p>
<p>1. Perturbaciones groseras de memoria, concentración y atención.</p>	<p>1. El paciente raramente, o nunca, puede conceptualizar o utilizar el pensamiento abstracto en la resolución de problemas o de otras tareas. Predominan modos de categorizar objetos y experiencias bien extremadamente concretas o extremadamente sincréticas (súper inclusivo). El individuo no puede comprender metáforas o símiles, es incapaz de comprender el significado general de los proverbios, y puede mostrar una excesiva literalidad. No hace distinción entre el objeto y el signo o símbolo que representa al objeto. Nula capacidad de razonamiento silogístico.</p>	<p>1. Mínima capacidad para comunicarse verbalmente a causa de mutismo, extremo autismo, avalancha de palabras, avalancha de sonidos, palabras y frases vagamente asociados. Neologismos y asociaciones sonoras. Prácticamente sin capacidad para comprender el significado de lo que los demás dicen. Lo verbalizado contiene fragmentación, condensación influenciada por el proceso primario y contradicciones. Expresiones extremadamente excéntricas y peculiares que impiden un inter-cambio verbal significativo.</p>
<p>2. Memoria tan sólo para contenidos estereotipados como nombre, colores. Pobres atención y concentración con muy fácil distrabilidad. Sensorio nebuloso.</p>	<p>2. Fallos prominentes en el razonamiento abstracto. Excesivamente concreto o excesivamente general, con poca capacidad para ver las relaciones entre distintos sucesos.</p>	<p>2. Algunas ideas autísticas y muchas peculiares. El pensamiento puede en ocasiones estar fragmentado. Un pensamiento rígido o vago y difuso a menudo impiden una adecuada comunicación verbal. Frecuente pensamiento ilógico.</p>
<p>3. Grandes brechas en la memoria. Concentración fácilmente desviada por sus propios pensamientos o ante, distracciones externas. Atención y concentración permanecen intactas tan sólo si no existen distracciones rivalizando. Algunos problemas con las memorias reciente y remota.</p>	<p>3. Fallos episódicos en razonamiento abstracto y conceptualización. Utiliza preponderantemente modos de pensamiento concreto u súperinclusivo o excesivamente abstracto. Capacidad marginal para ver las relaciones y diferencias entre sucesos. En ocasiones, las dificultades para hacer distinción entre grados y sutilezas conducen al tipo de pensamiento del "todo o nada". Cuando hay rigidez de</p>	<p>3. En ocasiones los pensamientos están desorganizados y son difíciles de seguir. Ideas peculiares y estafalarias. Frecuentes alteraciones en la comunicación, pero de carácter circunscrito y posiblemente causadas por la intrusión de la fantasía y de los pensamientos relacionados con los instintos que dificultan el flujo del</p>

pensamiento es difícil considerar más de una posibilidad.

pensamiento a través del lenguaje. Lógica cuestionable.

4. La memoria, atención y concentración muestran lapsus periódicos en situaciones cargadas emocionalmente y por efecto de distracciones rivalizantes medianamente importantes. A menudo se requiere un gran esfuerzo para ejercitar de forma efectiva esas funciones.

4. Manifestaciones ocasionales de flexibilidad de conceptualización, pero bajo estrés emergen todos los modos de pensamiento concreto o sincrético. En situaciones de estrés el pensamiento puede ser ilógico o desordenado.

4. Algunos modos de comunicación rígidos o meticulosos, o bien moderado grado de relajación y desorganización. Algunas dudas y bloqueos. Ocasionales ideas peculiares. Sustituciones, expresiones y disparates moderadamente imprecisos. Distractibilidad ligera con pensamientos intrusos con interrupción de la comunicación, particularmente bajo estrés. Alguna rigidez o relajación pueden interferir con intercambio y exploración libres.

PROCESOS COGNITIVOS (II)

A

B

C

5. Los estímulos rivalizantes moderadamente fuertes causan lapsus de memoria, concentración y atención, pero las distracciones leves generalmente no afectan dichas funciones. Generalmente requieren un moderado esfuerzo para movilizar esas funciones

5. Fallos mínimos de conceptualización. Bajo estrés puede existir una tendencia hacia la concretización o la generalización excesiva, pero el sujeto puede corregir dichos lapsus cuando se le cuestiona para que ampliara o delimite conceptos.

5. Ocasionales vaguedad, oscuridad, o pensamiento obsesivamente súper preciso bajo estrés. Ocasional incapacidad para mantener la línea de pensamiento a causa de la intrusión de otras asociaciones. Algunas peculiaridades, asociaciones personalizadas, rigidez, vaguedad o incapacidad para ir más allá de los hechos objetivos.

<p>6. Puede olvidar nombres o distraer su atención y concentración cuando se aburre, está enfermo o alterado, pero, por otra parte, no existen lapsus sustanciales en memoria, concentración o atención.</p>	<p>6. Uso satisfactorio de la conceptualización. Evidencia de flexibilidad en la disposición para tomar en consideración y explorar nuevas ideas y en fluctuar entre los modos abstracto y concreto.</p>	<p>6. La mayoría de las veces la comunicación es clara, precisa y flexible. Posibles modos de expresión egocéntrica, pero sin peculiaridades importantes en el lenguaje. El pensamiento es la mayoría de las veces lógico y ordenado.</p>
<p>7. Puede concentrarse excepcionalmente bien aún con fuertes distracciones. La memoria reciente y remota son excelentes para toda clase de acontecimientos. Funciones automática y resistente a intrusiones.</p>	<p>7. Pensamiento conceptual desarrollado en su más alto grado. El individuo varía apropiadamente del modo abstracto al concreto y viceversa, cuando sea necesario.</p>	<p>7. Las asociaciones están significativamente integradas en una precisa, pero no excesivamente precisa, comunicación. Expresión sin peculiaridades significativas. Excelente capacidad para variar el nivel de discurso. Las comunicaciones no son ambiguas y reflejan significados compartidos de palabra e idea.</p>

7) REGRESION ADAPTATIVA

<p>A</p> <p>Primera fase del proceso oscilante. Grado de relajación de las agudezas perceptiva y conceptual con el aumento correspondiente de la capacidad de darse cuenta de contenidos preconscientes e inconscientes, y el grado en el cual estas "regresiones" desorganizan la adaptación o son incontroladas</p>	<p>B</p> <p>Grado de uso controlado del proceso primario del pensamiento en la inducción de nuevas configuraciones. Grado de aumento en el potencial adaptativo como resultado de integraciones creativas producidas, controladas y utilizadas desde el proceso secundario</p>
<p>1. Las regresiones son extremadamente prominentes y de manera primitiva desorganizan la conducta adaptativa (por ej. Intrusión inconspicua de fantasías salvajes, poquito a poco), pudiendo ser penosas o incapacitantes, creando confusión y caos.</p>	<p>1. Ausencia parcial de nuevas configuraciones, y cuando éstas tienen lugar no son producto de regresiones controladas sino de una rutina aprendida o de otros procesos muy simples no creativos. No se observa función oscilante. Las producciones artísticas pueden consistir en manchas o rayas sin sentido.</p>

<p>6. Las regresiones a la actividad y proceso primario son placenteras y bien controladas. El sujeto puede tontear, ser gracioso, juguetón o fantasioso pero, normalmente, puede realizar y suspender esas actividades a voluntad.</p>	<p>6. Los usos adaptativo-creativos del contenido regresivo están altamente desarrollados. La realización de nuevas integraciones se logra con frecuencia por medio de rodeos regresivos (por ej. El uso controlado de humor regresivo o autoanálisis que pueden servir para llevar a cabo un relato bien construido o una autobiografía.</p>
<p>7. Las regresiones son controladas y promueven un máximo disfrute y/o participación activa en el arte, humor, juegos, sexualidad, imaginación y creatividad, las regresiones "oscilan" con el componente "b" de esta función. El sujeto encuentra divertido el absurdo, y es espontáneo produciendo o respondiendo a bromas.</p>	<p>7. Logro de funciones adaptativas integradas y creativas mediante rodeos regresivos. En esta realización, el papel de la función oscilante es máximo. Los usos adaptativo-creativos del contenido regresivo están desarrollados en grado máximo, y la oscilación que conduce la canalización creativa de las regresiones es flexible y controlada de forma automática.</p>

8) MECANISMOS DE DEFENSA

A	B
<p>Grado en el cual los mecanismos de defensa, defensas de carácter y otros funcionamientos defensivos afectan de forma mal adaptativa la ideación, conducta y el nivel adaptativo de las otras funciones del yo</p>	<p>Grado en el cual las defensas tienen éxito o fracasan (por ej. grado de emergencia de la ansiedad, depresión y/u otros afectos disfóricos)</p>
<p>1. Elementos y mecanismos de defensa reflejan una mínima adaptación, o son muy patológicos. Puede existir proyección extrema, que se manifiesta en sistemas delirantes. Represión y negación masivas que pueden desorganizar cualquier pensamiento reflexivo. Prominentes mecanismos de escisión.</p>	<p>1. Fallo masivo y/o mal uso patológico del funcionamiento defensivo, de modo que existe una emergencia de las pulsiones y contenidos inconscientes que producen ansiedad y depresión extremas u otros afectos disfóricos. Grado extremo de ansiedad y pánico.</p>
<p>2. Uso generalizado extensivo e inflexible de defensas primitivas (negación y escisión) tanto en carácter como en conducta. Tormentas emocionales sirven de defensa contra pensamientos reflexivos, ya que los pensamientos pueden ser potencialmente perturbadores. Uso extremo de la proyección. Formas socialmente patológicas de identificación con el agresor. El funcionamiento tiene una calidad altamente defensiva que interfiere considerablemente con la adaptación general.</p>	<p>2. Fallo considerable de defensas. La ansiedad tiende a ser libre y sin ligar por lo que interfiere con el funcionamiento adaptativo en un grado significativo. Pueden existir estados depresivos crónicos. Se siente como si se estuviera quebrando, hecho polvo o a punto de explotar.</p>

<p>3. Se puntúa aquí las defensas análogas al "sobrecontrol". Pueden existir defensas por super ideación extrema, tal como aislamiento e intelectualización, donde el pensamiento predomina sobre el afecto. Puede también haber proyecciones bastante generalizadas, casi delirantes, vigilancia perceptual, evitación, evasiones, inhibiciones severas y restricciones del yo. Cualquiera que sea la defensa, su efecto es más bien mal adaptativo.</p>	<p>3. Frecuentes accesos de ansiedad, depresión, material relacionado con los instintos, pensamientos extraños, paráfrasis. Ansiedad libre del tipo visto en la agorafobia o en la claustrofobia. Sentimiento generalizado de vulnerabilidad.</p>
<p>4. El sujeto puede mostrar evidencias de racionalización, formación reactiva, proyecciones transitorias, paráfrasis ocasionales, malapropismo. También "acting out" sintomáticos en los que la acción sustituye a pensamientos reprimidos. La conducta defensiva generalizada es bastante prominente.</p>	<p>4. Ansiedad más frecuentemente ligada a síntomas que libre. La tolerancia a la ansiedad y otros estados disfóricos no es muy buena. Cuando está sobresaltado, irritable o ansioso, las medidas de protección y recuperación no se establecen fácilmente.</p>
<p>5. Cierta capacidad para renunciar o emplear de forma adaptativa operaciones defensivas, cualesquiera que puedan ser, excepto en situaciones que son característicamente conflictivas para el individuo.</p>	<p>5. Moderado grado de ansiedad. Existe cierta tolerancia a la ansiedad, por eso mientras ésta algunas veces interfiere con el funcionamiento, no necesita hacerlo marcadamente. Puede perder los nervios temporalmente, pero muestra alguna elasticidad adaptativa en su recuperación.</p>
<p>6. El funcionamiento defensivo, o la ausencia del mismo, es empleado primariamente al servicio de la adaptación con buenos elasticidad y retorno a modos no defensivos. Ausencia de uso excesivo o insuficiente de defensas.</p>	<p>6. La ansiedad está presente tan sólo cuando es apropiado al estrés situacional, y ésta es bien tolerada.</p>
<p>7. Tan sólo están presentes los elementos de defensa más adaptativos (por ej. la negación al servicio de la adaptación a la realidad). El apartamiento del material doloroso o disfórico se logra por medio del razonamiento, consideración, enjuiciamiento y toma adecuada de acciones al respecto. Las funciones defensivas en este punto están al servicio de la adaptación a los acontecimientos externos, así como a la resolución de conflictos intrapsíquicos. Bajo condiciones de estrés existe una interrupción mínima de las otras funciones del yo debido al funcionamiento defensivo.</p>	<p>7. El acceso al contenido inconsciente y las pulsiones no produce interrupción ni ansiedad</p>

9) FILTRO DE ESTIMULOS

<p style="text-align: center;">A</p> <p>Dintel, sensibilidad y registro de estímulos internos y externos en las distintas modalidades sensoriales (corresponde a la "función receptiva")</p>	<p style="text-align: center;">B</p> <p>Grado de adaptación, organización e integración de respuestas a los distintos niveles de estimulación sensorial. Eficacia de los "mecanismos de adaptación" en relación con el grado de estimulación sensorial observado en conducta motora, respuesta afectiva y cognición</p>
<p>1. Dinteles extremadamente bajos para todos o la mayoría de los estímulos sensoriales. Conciencia hiper-aguda de impactos sensoriales. Sensibilidad extremadamente aguda a la estimulación subliminal, incidental o accesoria. O también, los dinteles de sensibilidad pueden ser excesivamente bajos pero sin tomar conciencia de ellos (por ej. el sujeto es hipersensible pero no sabe a qué, pudiendo reaccionar exageradamente a un ruido que por otra parte no oye conscientemente).</p>	<p>1. Los modos de adaptación reflejan vulnerabilidad y déficit de integración del Yo, con hiperquinesia o pautas caóticas de descarga motora (por ej. convulsiones). Puede existir agitación sin sentido en respuesta e incluso a estimulación sensorial de intensidad suave. La estimulación sensorial puede llevar a trastornos del sueño, desbordamiento psicossomático, o posibles dolores de cabeza de tipo migrañoso o cefaleas. Respuesta excesiva ante drogas y tóxicos. El ruido, la luz, las multitudes o la estimulación múltiple dan lugar a reacciones desorganizadas.</p>
<p>2. Muy bajos dinteles para la mayoría de los estímulos sensoriales. Muy consciente de cambios corporales mínimos. Temperaturas altas, bajas, o cambios relativamente pequeños de la misma producen un disconfort considerable. El ruido puede dar lugar a excitabilidad difusa, y demasiada luz puede causar agitación. Puede o no conocer el origen de su disconfort.</p>	<p>2. El sujeto a menudo se siente como "saltando fuera de su piel". Los esfuerzos adaptativos para mantener baja la estimulación o para minimizar las propias reacciones ante la misma son muy pobres. La pobre respuesta a la estimulación sensorial puede manifestarse en insomnio severo. Las mujeres pueden experimentar alto grado de tensión premenstrual y agitación. Poca movilidad de la conducta adaptativa porque la atención y esfuerzo están afianzados en la experiencia de sobre-estimulación. Por ejemplo, la fábula de "la princesa y el garbanzo".</p>
<p>3. Los dinteles para la mayoría de los estímulos sensoriales son bastante bajos, con una sensibilidad casi normal a estímulos "irrelevantes", periféricos o incidentales. El frío, calor, ruido o luces brillantes son muy molestos. Pueden oír, ver y oler cosas de las cuales un individuo normal no sería consciente. Puede existir una búsqueda de estímulos o "hambre de estímulos". Paradójicamente, el sujeto puede disfrutar siendo "activado" a pesar de su hipersensibilidad y excitabilidad.</p>	<p>3. Descargas motoras menos caóticas y más irritabilidad general. Los esfuerzos adaptativos para el "filtrado" de estímulos son relativamente ineficaces. La exposición a fuertes estímulos puede provocar desorganización o retirada. Corto tiempo de persistencia en tareas adaptativas en condiciones de sobrecarga sensorial, patrones de sueño irregulares. Puede reaccionar con dolores de cabeza en respuesta a los estímulos. Los esfuerzos adaptativos mientras está "activado" no son muy eficaces. En las mujeres, la tensión premenstrual puede tomar la forma de irritabilidad extrema.</p>

FILTRO DE ESTIMULOS (II)

A	B
<p>4. Dinteles para estímulos sensoriales desde claramente bajos hasta un término medio o poco más. El sujeto puede ser sensible a ruidos específicos pero no a otros o a la luz. O los flashes de luz pueden ser molestos tolerando bastante bien la luz diurna continua. Puede notarse un hambre de estímulos específicos. Puede o no ser consciente del origen de la estimulación.</p>	<p>4. El sujeto es capaz de contener sus respuestas a la estimulación de manera bastante adaptativa. Sin embargo, ocasionalmente puede irritarse, ponerse de malhumor o sentirse fastidiado por un rango circunscrito de estímulos estresantes. Puede mantener el tipo a pesar de la irritabilidad interna, aunque este esfuerzo puede llevar a fatiga y/o recuperación y elasticidad adaptativa relativamente pobres. Desorganización moderada de la conducta adaptativa por estímulos periféricos o incidentales. Puede buscar la soledad y tener después cierta dificultad para volver a un ambiente más estimulante.</p>
<p>5. El sujeto posee un dintel sensorial moderadamente alto en la mayoría de las modalidades. Tan sólo los estímulos periféricos y rangos medios de luz, temperatura, sonido, y estados internos no son experimentados como molestos o desagradables. Cuando los estímulos son molestos, el sujeto generalmente es consciente de ellos.</p>	<p>5. Balance razonablemente bueno entre pautas de descarga y control frente a altos niveles de entrada de estímulos. Cuando hay reacciones de descarga motora éstas son bastante equilibradas. En caso de que éstas sean explosivas, el sujeto reacciona con elasticidad y es capaz de recuperar la compostura relativamente pronto tras la exposición a fuertes estímulos potencialmente disruptores. Pueden llevarse a cabo muchas actividades adaptativas independientemente del nivel de estimulación sensorial. Parece "cabalgar las olas" bastante bien, incluso en medio de grandes aglomeraciones en horas punta o en fiestas ruidosas.</p>
<p>6. Fluctuaciones discretamente flexibles y automáticas del dintel de estímulos dentro de un rango razonablemente alto. Buenos "mecanismos de discriminación" (screening) que permiten una adecuada entrada de estímulos y evita la sobrecarga sensorial (por ej. el sujeto es receptivo a sonidos suaves y tranquilo ante los estrepitosos). La sensibilidad para estímulos subliminales y periféricos varía de forma adaptativa con la situación.</p>	<p>6. Los modos de adaptación, incluyendo patrones de descarga motora, son razonablemente flexibles. Duerme bien sin necesidad de olvidar o retirarse defensivamente de los estímulos.</p>

7. Fluctuaciones muy flexibles y automáticas en los dinteles a estímulos. Los umbrales parecen ser altos. Optimo mecanismo de discriminación (screening).

7. Respuestas flexibles y automáticas a todo grado de estimulación. Fluidez óptima de las respuestas. La persona está razonablemente confortable con lo que para otros puede ser una sobre-carga sensorial. Duerme bien. Se adapta flexiblemente a todo tipo de impactos sensoriales.

10) FUNCIONAMIENTO AUTONOMO

<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">Grado de funcionamiento de los mecanismos primarios de autonomía (atención, concentración, memoria, aprendizaje, percepción, función motora e intención)</p>	<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">Grado de funcionamiento de los mecanismos secundarios de autonomía (1) (perturbaciones en pautas de hábitos, habilidades complejas aprendidas, rutinas de trabajo, hobbies e intereses)</p>
<p>1. Interferencia severa con el funcionamiento uno o más de los mecanismos primarios de autonomía. Incapacidad para concentrarse o prestar atención a ningún asunto por mucho esfuerzo que se realice. El uso de palabras y su pronunciación pueden estar marcadamente afectados. Perceptualmente, puede existir visión en túnel, pérdida de la habilidad para estimar visualmente distancias de forma correcta. Pobre coordinación motora. Los esfuerzos para acciones voluntarias son virtualmente ineficaces.</p>	<p>1. Las pautas de hábitos, hábitos de trabajo, y/o habilidades aprendidas de cualquier clase están masivamente perturbadas de tal forma que el individuo es incapaz de utilizar la mayoría de estos (por ej. un trabajador previamente diestro que no puede llevar a cabo su trabajo porque las actividades componentes del mismo han tomado alto grado de significado sexual y agresivo, mostrando una mínima resistencia a los derivados instintivos o del ambiente).</p>
<p>2. Significativa interferencia con las funciones primarias de autonomía. Ejemplos serían, el escotoma visual selectivo; la interferencia severa con la intencionalidad o "voluntad"; las dificultades graves en la coordinación motora o en la movilización para la ejecución de funciones motoras ordinarias. Atención, concentración y aprendizaje considerablemente afectados.</p>	<p>2. Las habilidades complejas y hábitos están seriamente interferidos (por ej. una esposa, ama de casa que previamente realizaba tareas rutinarias de forma automática, no las lleva a cabo más de forma efectiva aún con máximo esfuerzo). La ejecución de las tareas automáticas aprendidas no alcanza una mínima adecuación. Los "calambres del escribiente" pueden constituir otro ejemplo, y si son severos pueden llegar a ser incapacitantes. Sensación de extrema ausencia de energía.</p>
<p>3. Interferencia moderadamente alta con las funciones primarias de autonomía. Pueden existir experiencias ilusorias muy prominentes en pensamiento y percepción. Puede existir visión borrosa al leer las tareas escolares, novelas de contenido sexual o cualquier tipo de material que pueda afectar al individuo en cuestión. De forma similar, concentración y atención</p>	<p>3. Destrezas, hábitos y conducta automática son interferidos en un grado moderadamente alto, de modo que debe realizarse mucho esfuerzo para llevar a cabo tareas previamente automáticas y rutinarias. Las conductas complejas pueden ser fácilmente desorganizadas cuando se inmiscuyen ideas, afectos o estímulos relacionados con los</p>

pueden estar alteradas mientras leen algún material emocionalmente cargado.	instintos. El trabajo puede deteriorarse por la intrusión de fantasías agresivas o sexuales. Alguna dificultad con las actividades rutinarias como vestirse o caminar.
4. Moderado grado de perturbación de las funciones primarias de autonomía. Visión, conducta motora, lenguaje, intención, etc. pueden sufrir la intrusión de pensamientos, sentimientos y fantasías circunscritas de tipo sexual y agresivo.	4. Hábitos, pautas y destrezas secundarias de autonomía son interferidos en grado moderadamente bajo. Debe realizarse un esfuerzo mayor del habitual para llevar a cabo tareas y trabajos rutinarios pero solamente cuando estos llegan a estar asociados con las áreas de conflicto circunscrito. Tales intrusiones relacionadas con los conflictos no ocurren frecuentemente. Ocasionalmente, al sujeto se le puede "trabar la lengua" o estar físicamente torpe.

FUNCIONAMIENTO AUTONOMO (II)	
A	B
5. Las funciones primarias de autonomía pueden ser interferidas en grado leve, pero perceptible, por los derivados instintivos (por ej. tartamudeo ocasional, divagaciones mentales, u olvido de nombres y algunos acontecimientos recientes y remotos).	5. Resistencia moderada a las intrusiones en los hábitos y destrezas secundarias autónomas. Cuando ocurren las interferencias, se requiere algún esfuerzo extra para llevar a cabo trabajos previamente hechos con poco esfuerzo. Ocasionalmente, puede existir dificultad para "ponerse en marcha".
6. Rara interferencia con las estructuras primarias de autonomía, y de ocurrir, ésta es mínima y sólo ocurre bajo estrés. Puede tropezar con las palabras cuando tiene prisa o bajo gran presión.	6. Las pautas de hábitos y habilidades son utilizadas con relativa facilidad o con interferencias relativamente menores, excepto en situaciones de extremo estrés. Buena resistencia a intrusiones en hábitos y pautas de trabajo cuando estas intrusiones tienen el potencial para interferir con el trabajo que se lleva a cabo. Nivel razonablemente alto de energía.
7. Mínima interferencia de los derivados pulsionales o de otras intrusiones con las estructuras primarias de autonomía. Atención, concentración, memoria, percepción y voluntad funcionan óptimamente de acuerdo con el potencial del individuo.	7. Alta resistencia a la intrusión de pulsiones instintivas e influencias ambientales en las funciones secundarias de autonomía. Hábitos y destrezas se llevan a cabo con facilidad y flexibilidad a pesar de presiones internas y externas. Gran nivel de energía y productividad.

11) FUNCIONAMIENTO SINTÉTICO-INTEGRATIVO

A	B
Grado de reconciliación o integración de actitudes, valores, conducta y autorrepresentaciones de sí mismo discrepantes o potencialmente discrepantes	Grado de relación activa o Integración entre acontecimientos intrapsíquicos y conductuales (estos acontecimientos pueden o no estar relacionados con conflictos, y no están necesariamente limitados a la conducta)
<p>1. El sujeto tiene una mínima capacidad para reconciliar contradicciones (por ej. el contenido de sus pensamientos puede permanecer en oposición con la calidad del sentimiento acompañante, y el sujeto está en el mejor de los casos inquieto y sorprendido por tal discrepancia). Ciertos aspectos de la identidad y sentimiento de sí mismo pueden estar disociados de otros aspectos como ocurre en la personalidad múltiple. Puede observarse una máxima intolerancia a la ambigüedad e/o incongruencia en los acontecimientos externos, como cuando el sujeto adopta puntos de vista extremistas que simplifican en exceso la situación, de acuerdo con la incapacidad del sujeto para comprender la unidad subyacente en contradicciones superficiales. Puede existir una gran discrepancia entre la expresión del afecto y conducta o pensamiento (por ej. riéndose al contarle malas noticias).</p>	<p>1. El sujeto no puede hacer frente a más de una tarea a la vez. Necesita mantenerse en una "trayectoria". Si está absorto en una tarea simple y se introduce una segunda, el sujeto no puede desarrollarla, pudiendo aferrarse rígidamente a la primera o llegar a una desorganización tal que sea incapaz de hacer frente a ninguna de las dos. La conexión adaptativa activa entre los diferentes aspectos de la experiencia es nula (por ej. un sujeto es virtualmente incapaz para utilizar las experiencias relevantes del pasado en la resolución de los problemas actuales. Nula capacidad para elaborar planes y llevar a cabo las actividades proyectadas en los mismos, sobre todo cuando esta planificación y las actividades a seguir involucran dos o más elementos de conducta organizada. Puede haber rápidas fluctuaciones del humor secundarias a una pobre integración del sentido de continuidad entre las causas de uno u otro estado de humor. Se puede llegar a la fragmentación en el caso extremo.</p>
<p>2. Tan sólo ligero grado de síntesis e integración de los diferentes aspectos de la experiencia, conducta y representaciones de sí mismo. El sujeto experimenta la mayoría de los acontecimientos como fragmentados, ambiguos, y contradictorios. Puede decir que él se opone a la violencia y, sin embargo, está regularmente implicado en conductas violentas. Las contradicciones aparentes son experimentadas como muy estresantes.</p>	<p>2. Tan solo puede emplearse un pequeño grado de esfuerzo activo en relación con los diferentes aspectos de la experiencia. La relación entre experiencias y acontecimientos del pasado y experiencias y conductas actuales raramente se utiliza para la resolución de problemas actuales. Típica desorganización en el vivir de cada día. La vida es un montón de fragmentos y piezas o cabos sueltos que el sujeto no puede enlazar, resolver.</p>
<p>3. Significativos indicios de un funcionamiento del Yo no integrado. Puede no tener metas vitales consistentes, con muchos planes divergentes para su carrera y futuro. El sujeto se sorprende e inquieta por contradicciones y ambigüedades aparentes. Puede pertenecer o apoyar a grupos políticos "extremistas o radicales". Pueden existir eclosiones de actitudes y creencias opuestas.</p>	<p>3. Bastante dificultad para llevar a cabo más de un proyecto o actividad de forma simultánea, por simples que sean. Inadecuada organización en la vida diaria, pero capaz de llevar a cabo tareas simples de forma relativamente fiable. Los esfuerzos organizativos muestran resultados fragmentados (por ej. viviendo día a día más que siguiendo un plan direccional completo).</p>

4. Se reconcilian algunas áreas de potencial contradicción, mientras que otras permanecen no integradas (por ej. puede existir una moderada dificultad para tolerar sentimientos de amor y odio dirigidos hacia la misma persona, o al integrar los diferentes aspectos de su personalidad en una identidad unificada). Pueden presentar ataques que reflejan una falta de integración (por ej. risa incontrolada durante un período trágico).

4. Los esfuerzos activos para relacionar los diferentes aspectos de la experiencia tienen tan sólo moderado éxito. Las actividades planeadas y con propósito pueden ser llevadas a cabo, pero el sujeto se perturba de forma considerable cuando intenta satisfacer las exigencias de organización de la vida diaria. A pesar del defecto en continuar a pesar de, o en tolerar intrusiones inesperadas en las rutinas, puede estar crónicamente retrasado en sus obligaciones y fechas límite. Con frecuencia dejan cosas sin hacer, pudiendo el sujeto pasar olímpicamente o, por el contrario, estar extremadamente preocupado o agobiado por sus dificultades al realizarlas.

FUNCIONAMIENTO SINTÉTICO-INTEGRATIVO (II)

A	B
<p>5. La mayoría de las áreas de la personalidad muestran un claro grado de consistencia (por ej. puede existir una armonía razonable entre conducta y afecto), pero existentes excepciones periódicas de actitudes, valores, afectos y conducta inconsistentes. Las inconsistencias son ocasionalmente experimentadas como molestas (por ej. conflicto en la adopción de papeles (roles) aparentemente contradictorios: siendo subordinado un día y líder el siguiente).</p>	<p>5. Periódicos lapsos en los esfuerzos activos para reconciliar las diferentes áreas de experiencia al servicio de la adaptación, como ocurre al llevar a cabo actividades con propósito y satisfacer exigencias y compromisos. Puede ser "sacado de quicio" cuando ocurren demandas inesperadas para cambios en la rutina, pero eventualmente recobra el equilibrio.</p>
<p>6. Se encuentra consistencia y un claro grado de integración en la mayoría de los sectores de la personalidad. Pueden existir algunas inconsistencias menores en conducta, afectos y pensamiento. Buena tolerancia para las inconsistencias e incongruencias inevitables que puedan tener lugar. Puede conservar el sentido del humor mientras lleva a cabo trabajos serios.</p>	<p>6. El sujeto es eficaz y obtiene éxito en sus esfuerzos para establecer conexiones causales entre las diferentes áreas de su experiencia. La conducta generalmente está bien organizada y el sujeto negocia las exigencias integrativas con relativamente poco estrés o tensión. Las áreas social, sexual o vocacional están satisfactoriamente integradas. Puede atar o ligar cabos sueltos pero no tiene la compulsión de hacerlo, que podría desorganizar su adaptación.</p>

7. El sujeto muestra una alta, pero flexible, consistencia e integración en pensamiento, sentimientos y conducta. Sus actitudes y valores cubren una amplia gama de sentimientos y opiniones, y aunque haya aparentes disparidades posee una unidad subyacente consistente.

7. El sujeto activamente lleva a cabo conexiones causales o de otro tipo entre los diferentes aspectos de su experiencia. Responde de forma flexible a problemas complejos y puede hacer frente a una gran variedad de tareas de forma simultánea, alternativa y automática, empleando en las mismas tanto un pensamiento como una conducta al servicio de la resolución activa de problemas. Puede, cuando se requiera, cambiar de "escenario mental" con facilidad. Los planes se llevan a cabo con un mínimo estrés, con la ayuda de cambios de orientación rápidos y automáticos (por ej. cuando las cosas no van de acuerdo con el diseño preestablecido). Cuando una segunda e inesperada dirección es introducida, el sujeto puede automáticamente incorporar sus demandas en una conducta orientada hacia una meta u objetivo. Posee un buen sentido de la continuidad sobre la causa un estado de humor u otro (por ej. puede estar de malhumor en un momento apropiado).

12) COMPETENCIA Y DOMINIO

A	B	C
<p>Grado en el cual el sujeto utiliza su capacidad de interacción y de control, dominio activo y causalidad sobre su medio ambiente</p>	<p>Sentimiento subjetivo de competencia y control del ambiente (incluye las expectativas de éxito del individuo y de cómo se desenvuelve, cómo se siente con respecto a lo que hace y lo que puede hacer. El sentido de competencia se evalúa tal cual el sujeto lo refiere)</p>	<p>Grado de discrepancia entre la competencia real objetiva y la sensación subjetiva de competencia (éste puede ser - cuando la competencia real objetiva excede a la sensación subjetiva de competencia. Puede ser cuando ambas son congruentes, y puede ser = cuando la sensación subjetiva excede a la competencia real objetiva, como cuando existe un grandioso y exagerado sentido de competencia comparado con las realizaciones del individuo).</p>
<p>1. El sujeto apenas altera, afecta o interactúa con su ambiente, porque es ampliamente incapaz para utilizar habilidades y capacidades en relación con la realidad. Mínimas acciones</p>	<p>1. El sentido de competencia es casi nulo, y el sujeto se siente sin fuerza para actuar eficazmente, independientemente de cómo se desenvuelve en la realidad.</p>	<p>1. Extrema discrepancia tanto en + como en -; cuando es + el sentido de competencia está groseramente inflado.</p>

<p>aparentemente eficaces relacionadas con reactividad pasiva más que con adaptación activa.</p>		
<p>2. El sujeto tan sólo es capaz de hacer mínimos esfuerzos para hacer frente al ambiente. Típicamente, espera a que las cosas ocurran, en lugar de desempeñar un papel activo para ser causa de ellas.</p>	<p>2. El sentido de competencia está presente tan sólo de forma mínima o esporádica de modo que cualquier efecto logrado es considerado como fruto del azar, suerte, destino o predestinación.</p>	<p>2. Muy alto grado de discrepancia que puede ser + o -.</p>
<p>3. Las interacciones acertadas con el ambiente proceden primariamente del dominio pasivo o de la manipulación pasiva de los demás. Típico es el estudiante con buenas aptitudes que inicialmente ha ido superando los cursos sin problemas, pero que progresivamente fracasa cuando se exigen mayores esfuerzos activos. Pobre maestría de instrumentos y destrezas.</p>	<p>3. Sentido de competencia más bien bajo, como entre individuos severamente masoquistas que sufren restricciones del Yo y el concomitante bajo sentido de eficacia (el sujeto puede buscar empleo para el cual esta supe cualificado).</p>	<p>3. Alto grado de discrepancia (+ o -).</p>
<p>4. Dominio parcial, en ocasiones pasivo, en otras activo. Los esfuerzos activos, sin embargo, se dirigen más a conseguir que otros logren los resultados deseados más que a enfrentamientos o alteración directa. Algunos bloqueos para el dominio pueden ser debidos a temor al fracaso, rechazo o al riesgo.</p>	<p>4. El sentido de competencia puede ser un poco bajo porque el sujeto devalúa sus propios esfuerzos sin tener en cuenta lo efectivos que puedan ser. Esta devaluación puede ser causada por una baja autoestima, culpa, masoquismo, pobre sentido de realidad, o temor a la envidia.</p>	<p>4. Grado moderado de discrepancia (+ o -).</p>

COMPETENCIA Y DOMINIO (II)

A	B	C
<p>5. El nivel de acción es alto la mayor parte del tiempo, pero en áreas limitadas puede existir cierta infra realización lapsos en competencia (por ej. un paciente en psicoterapia puede tener un óptimo insight en sus conflictos, pero retrasa aplicar su energía para elaborarlos y resolverlos). En este nivel está el individuo con una exagerada actitud de "hágalo Vd. mismo", cuya necesidad de dominio activo es una sobre compensación de tendencias pasivas subyacentes.</p>	<p>5. Sentido de competencia más bien alto que bajo.</p>	<p>5. La discrepancia existente es pequeña. Cuando es existe una pobre valoración de sí mismo en relación con la efectividad real.</p>
<p>6. Tanto la competencia real como los esfuerzos de dominio activo del ambiente son bastante altos experimentando tan sólo ocasionales lapsos.</p>	<p>6. El sentido de competencia es generalmente muy alto. El sujeto es consciente de su éxito en alterar en su propio interés el ambiente.</p>	<p>6. Generalmente concordancia entre competencia objetiva y subjetiva. De existir discrepancias éstas son muy ligeras.</p>
<p>7. El prototipo aquí es la persona capaz de hacer todo por sí mismo, con unos extraordinarios recursos para enfrentarse a situaciones y dominar y modificar el ambiente de manera eficaz en el servicio de la adaptación. Se desenvuelve de forma adecuada en su contexto ambiental, y está en armonía con las facilidades y, limitaciones del ambiente y de su dotación constitucional.</p>	<p>7. El sentido subjetivo de competencia es alto en grado máximo. El sujeto se siente extraordinariamente capaz de afectar y dominar su ambiente.</p>	<p>7. No hay discrepancias.</p>

III. Los Criterios de madurez (Gordon Allport)

Principios teóricos:

El problema del yo:

Las experiencias subjetivas del yo no pueden ponerse en duda: son hechos existenciales. El yo parece ser la causa principal del comportamiento. Allport cree que debemos reconocer al yo, como el núcleo de la personalidad.

Atención pasiva, absorción en las tareas y compromisos personales:

La atención, en gran parte está determinada por el yo, es una condición necesaria para el aprendizaje. La atención pasiva no es tan afectiva en promover el aprendizaje que lo que Allport llama absorción en las tareas y la participación activa en el aprendizaje de la tarea. El aprendizaje facilita a causa de esta participación activa: si reconstruimos o ensayamos el tema, aprenderemos con mayor comprensión y retención. Una participación más compleja en el proceso del aprendizaje como aprender deliberadamente de memoria, tomar notas, expresar las ideas en nuestras propias palabras favorece significativamente el aprendizaje.

Por tanto aun cuando la absorción en la tarea conduce mucho más al aprendizaje que la participación pasiva, la tarea misma exige su terminación; el compromiso personal es un más efectivo, porque la motivación personal es activa. La participación comprometida puede considerarse una participación basada en el interés. En el aprendizaje comprometido el resultado del aprendizaje satisface una necesidad importante y es útil para alcanzar la meta. La participación sin comprometerse no pone en juego los motivos del yo.

Cuando el yo entra en acción, entonces varía la relación total entre el individuo y sus actividades; más intensa, más significación y más importante. Si el yo ejerce una influencia tal sobre la personalidad. Cuando Allport utiliza el término yo se refiere a experiencias del yo (el yo como se conoce y percibe), no el yo como agente conocedor. Allport describe cuando menos siete experiencias personales diferentes, cada una de las cuales madura durante un periodo distinto a lo largo de los primeros 20 años de vida.

a) El yo corporal: las sensaciones orgánicas recurrentes, así como los encuentros frustrantes con objetos, conducen a la larga a la formación de un sentido de "mi mismo" como distinto de los demás; este es el yo corporal, este se hace dominante durante el periodo de crecimiento, cuando el niño está muy alerta a los cambios en su propio cuerpo. El niño puede sentirse inferior, porque es más pequeño o débil o mayor que otros. Cuando los asuntos sexuales se agudizan, van acompañados de una mayor atención a la apariencia y esto, naturalmente incluyen al yo corporal. Muchos jóvenes se consideran insignificantes, torpes, gordos, feos o con atributos similares.

b) Identidad del yo: distinto del yo corporal es el estudio de la propia identidad, el percatarse de la continuidad de la identidad personal. Esta identidad abarca el sentido del yo que ordinariamente se describe como el "yo", el ego. Darle nombre a un niño establece un punto de referencia. Además hacer sentir al niño responsable de lo que hace; premiar o castigarlo por ciertos comportamientos, fomenta en el niño la experiencia de ser un agente activo. El niño pronto aprende que sus padres y hermanos y todos los demás tienen nombres y son también responsables de su conducta.

c) Amor propio: conforme empieza a tomar forma del sentido de identidad, una nueva auto experiencia se hace aparente durante el segundo o tercer año de vida: el amor propio. Este se manifiesta por los esfuerzos del niño para familiarizarse con lo que le rodea y puede igualarse al orgullo. Allport sostiene que el negativismo infantil es una de las manifestaciones más tempranas de amor propio. Conforme los niños se hacen valer efectivamente, desarrollan una autoevaluación positiva. Los niños hacen un gran descubrimiento cuando aprenden a decir "no" ya que encuentran un medio para afirmar su ego.

d) Autoexpresión: entre las edades de cuatro y seis años, son prominentes otras dos dimensiones de la experiencia propia o autoexpresión: la autoexpresión y la autoimagen. La autoexpresión es aquello que la persona valora. Para las personas sanas abarca una amplia gama de objetos y gente y

su alcance generalmente aumenta con la edad, una de las manifestaciones más tempranas de la auto extensión es la propiedad. La persona es lo que ama. La persona tiene un sentido de autoexpresión cuando tiene el sentido de propiedad, las cosas que pertenecen o son importantes para el yo.

e) Autoimagen: se refiere a la imagen de la personalidad total, que incluye el yo corporal y el sentido de identidad. Someramente puede tomarse como nuestra propia concepción del yo. La propia identidad, la autoimagen es en gran parte el producto de los papeles que se le han asignado al niño. Gradualmente esto formara una autoimagen que corresponda a las expectativas de quienes el niño considera importantes: empezara a pensar de sí mismo, como físicamente inadecuado y desvalido, la autoimagen evoluciona lentamente. Primero es vago y mal definido, al carecer de los elementos de lo que uno desea o debería ser – ninguna noción de un yo perfeccionado. Pero conforme la conciencia se convierte en una caracterización predominante de la personalidad y conforme el niño empieza a adquirir la capacidad de proyectarse hacia el futuro, la autoimagen se amplía a incluir no solamente una imagen aproximada al yo real, sino también a imágenes de los yos potenciales.

f) El yo como agente que afronta la vida en forma racional: entre las edades de los seis y los doce años, los niños se da cuenta de sus crecientes poderes intelectuales empiezan a saber y sentir que pueden resolver problemas y que algunos niños lo superan en esto. En la escuela, naturalmente, sus esfuerzos en ciertas tareas intelectuales son premiadas o castigadas y este factor ayuda a poner de relieve su creciente percepción del ego como una agencia activa para la solución de problemas. Dos tendencias que a menudo compiten entre si están activadas durante este periodo: el niño necesita probar y confirmar su ego, pero también apoyo proveniente de la conformidad. Es un periodo moralista y legalista, en el cual las reglas adquieren un poder sagrado sobre el niño. Debe notarse que la propia identidad es un conocimiento del yo como un objeto experimentado mientras que un sentido del

yo como quien afronta la vida es forma racional es la experiencia del yo como un agente activo. El conocimiento del yo en este sentido es una auto experiencia significativa que puede contribuir, según las circunstancias, al enriquecimiento o el empobrecimiento del yo.

g) Luchas propias: ubicamos al niño en la edad de 12 años, durante este lapso emerge una nueva dimensión de la auto experiencia, la proyección de metas y objetivos a largo plazo. Allport llama a este aspecto del yo la lucha propia un término que usa para indicar que todos los aspectos del yo están envueltos en el proceso de la lucha por lograr metas, el yo corporal, la propia identidad, la autoexpresión, la autoimagen, y el yo como el que afronta la vida en forma racional. Conforme el individuo llega a la condición de adulto, debe hacerse cargo cada vez mas de sus propios asuntos, se hace responsable a la persona por la elección de su vocación, elegir una pareja de matrimonio y en general por trazar un plan de vida. Con el fin de hacer esto, la persona debe considerar el futuro y tratar de fijarse metas en la base de potencialidades, intereses y facilidades disponibles en la actualidad.

La conciencia del deber contra el haber:

Un aspecto significativo del funcionamiento propio es el crecimiento y la operación de la conciencia. Puede considerarse a la conciencia como un indicador interno del bien y el mal en la conducta que se hace activo cuando el comportamiento viola las normas o valores aceptados. La conciencia está formada con base a un código externo es denominado por Allport como la conciencia del "deber", en tanto que la que resulta de un propio totalmente desarrollado es la conciencia del "haber dé". El niño está regido por normas, al crecer se hace cargo de sus propias vidas, es decir, conforme se desarrollo el *proprium* y aparecen las luchas propias empieza a establecer las propias normas. Formulan lo que Allport denomino "estilo preferido de vida". La conciencia es entonces un asunto de éxito o fracaso en la satisfacción de las metas.

Puntos de vista de Allport sobre el desarrollo de la personalidad:

Allport acepta los conceptos convencionales de desarrollo y de principios como la herencia, la psique, el temperamento y la inteligencia. Considera estos los puntales de la personalidad. Una vez que alcanzan su condición madura, permanecen como constantes de la personalidad durante toda la vida. También acepta la maduración como un factor continuado: a consecuencia de la actividad de crecimiento, ocurren muchos cambios que no son dependientes, excepto en forma de apoyo, de las fuerzas ambientales.

Principios sobre el desarrollo: describe tres tipos de aprendizaje:

- Cognoscitivo
- Condicionamiento
- Personal.

Tres orientaciones básicas caracterizan el progreso del individuo de la niñez a la edad adulta, según Allport, al principio, los niños son casi totalmente dependientes de su ambiente, después, en forma gradual conforme maduran sus capacidades psicológicas y tienen lugar mucho aprendizaje, crecen en autonomía e independencia. Finalmente, habiendo llegado a la edad adulta, se hacen responsables de sus propias vidas. Estos cambios se caracterizan por un aumento de las actividades cognoscitivas como la perspicacia.

Intenciones contra impulsos:

Para Allport intención significa motivación y también es aproximadamente sinónimo de interés. La motivación por impulso se caracteriza por una reducción de tensión. Las intenciones son los principales motivos de los adultos maduros y son componentes importantes del *proprium*. Determinan cuales necesidades y habilidades serán destacadas, promueven el crecimiento y estimulan la actividad. Las intenciones crean tensión en lugar de una reducción de la misma.

Autonomía funcional:

Allport dice: "la autonomía funcional considera a los motivos adultos como sistemas variados, de automantenimientos y contemporáneos, que provienen de sistemas de antecedentes, pero funcionalmente independiente de ellos". El principio de la autonomía funcional sostiene que una actividad es motivacional en su propio derecho: no se origina de otro motivo que de sí mismo. La autonomía funcional puede contrastarse con la sublimación. Un comportamiento sublimizado puede haberse originado y trazado un motivo inaceptable y representa una salida disfrazada para ese motivo.

Allport no niega el mecanismo de la sublimación pero arguye contra el punto de vista de que todos los motivos y comportamientos del adulto son sublimaciones. El principio de la autonomía funcional también mantiene que una actividad que está al servicio de un motivo puede por sí convertirse en motivacional. Lo que empieza como una actividad desarrollada por necesidad puede llegar a ser adecuada en la esfera propia y por tanto convertirse en un poderoso motivo autónomo. El *proprium* evoluciona gradualmente conforme crece el niño, este desempeña un papel principal en su adaptación al ambiente. Si su desarrollo es normal, llega a tener una existencia y forma de funcionamiento autónoma y se convierte en la principal fuerza dominadora de la personalidad. Los motivos autónomos funcionales son independientes de motivos pasados.

Cuando los impulsos son satisfechos eficientemente se dispone de más energía para los motivos autónomos funcionales. Las funciones propias hacen trabajar a esta energía, si el desarrollo ha sido normal. La búsqueda de desarrollar competencia en conocimientos y habilidades no solamente sirven a los impulsos, sino también ayuda a satisfacer a la autoimagen en evolución.

Las habilidades frecuentemente se convierten en intereses ya que el ejercicio de las habilidades puede lograr un significado motivacional y sirven de base para la adquisición de intereses duraderos o intencionales a largo plazo. Una

habilidad desarrollada tiene su propia motivación. Los intereses, frecuentemente se forman alrededor de una habilidad o un talento en particular. La autoimagen en evolución es otro componente significativo del *proprium* ya que señala las principales direcciones del desarrollo y es autónoma funcionalmente en la edad adulta.

Rasgos: unidades básicas de la personalidad

El carácter personal tiene la capacidad de producir estímulos equivalentes funcionalmente. Esto significa que muchos estímulos o situaciones son capaces de activar el carácter mayor o menor grado. Esta disposición permanece en condición latente, hasta que lo activa la situación apropiada.

Allport ha sostenido el punto de vista que el carácter personal es la unidad estructural básica de la personalidad, el enfoque popular estímulo-respuesta es que el hábito, definido como una respuesta conmensurable a un estímulo también conmensurable, es una unidad irreducible; los rasgos son categorías inventadas con el propósito de clasificar hábitos y carecen de una verdadera existencia propia.

Rasgos secundarios, centrales y cardinales

- **Los rasgos secundarios:** son unidades de la personalidad relativamente específicos y con una gama limitada de estímulos y respuestas efectivas. Quedan en la periferia de la personalidad y son bastante independientes de los demás rasgos, estos rasgos no nos dicen mucho de las personas.
- **Los rasgos centrales:** son unidades amplias de la personalidad, que influyen en grandes segmentos del comportamiento y son activados por una amplia gama de estímulos, saber algunas cosas acerca de una persona (rasgos centrales) nos dice considerablemente más respecto a otros aspectos de la personalidad que el conocimiento de algunas otras cosas. Se pueden mencionar la generosidad, pulcritud, puntualidad, diligencia entre otros.

- **El rasgo cardinal:** para Allport se aplica a unas cuantas personas, porque deben ejercer una influencia tan penetrante en la personalidad que afecta a todas las áreas principales del comportamiento.

Allport describe cuando menos siete experiencias personales diferentes, cada una de las cuales madura durante un periodo distinto a lo largo de los primeros 20 años de vida.

Criterios de normalidad y anormalidad:

Allport no nos dice gran variedad de anormalidades posible. La atrofia de la personalidad puede presentarse debido a deficiencias paternas, como el maltrato y descuido de los niños, incongruencias en establecer e imponer normas y dejar de servir como modelos apropiados. El estrés ambiental y genes deficientes son causa de anormalidad.

Allport señala que una persona con personalidad sana (normalidad) se desarrollara completamente el *proprium* que incluye atributos como una autoimagen en evolución, luchas propias, amor propio y saber enfrentarse a las situaciones en forma racional. Se tiene una orientación de valores hacia la vida con metas específicas, a corto y largo plazo, que le sirven de guía. Utiliza sus habilidades para lograr metas, que son determinadas por las intenciones de las personas.

Una persona con una personalidad enferma en este caso específicamente se preocupa por la satisfacción de impulsos y placeres momentáneos a este Allport le denomino oportunista. La persona sana se ocupa de alcanzar el futuro que desea trabajando hacia sus metas, en tanto la persona oportunista está atada a los requerimientos actuales o volver a vivir problemas del pasado.

El neurótico trata de evitar rápidamente cualquier cosa que le produzca pena o tensión mientras la persona normal generalmente confronta los requisitos de las circunstancias de vida y trabaja activamente para satisfacer sus necesidades.

- Los neuróticos generalmente tratan de negar sus dificultades pero por lo regular fracasan, porque sus problemas continúan prolongándose a menudo gran fuerza. La persona normal puede destacar eficazmente ciertos asuntos y no pensar en ellos, tiene una idea bastante buena sobre los problemas que puede o no resolver y el neurótico no.
- El neurótico se caracteriza por muchas divisiones en su personalidad, ya que varios segmentos no están integrados apropiadamente bajo un control adecuado. Las metas y los valores pueden estar en conflicto y competir las tendencias y los rasgos opuestos. Las personas normales se caracterizan por su integración y unidad.
- Los neuróticos no solamente tratan de engañar a los demás acerca de su verdadera naturaleza, sino de hecho también se engañan a si mismos. Con respecto a la motivación, muestran falta de perspicacia. La gente normal conoce bastante bien sus motivaciones y metas y se da cuenta de sus limitaciones y posibilidades.
- Los neuróticos se caracterizan por una atrofia en el crecimiento de su personalidad. Sus emociones pueden tener una cualidad primitiva y sus motivos suelen ser pueriles. La persona normal piensa, siente y actúa conforme a su edad.
- Los neuróticos encuentran molestos sus impulsos. Se hallan haciendo cosas que no entienden. Las personas normales pueden reprimir la expresión impulsiva y tolerar la frustración.
- Las perspectivas del neurótico están restringidas y atadas a la situación inmediata. Suele enfocar su atención en la única experiencia desagradable del día y olvidar todo lo bueno que ha sucedido. La persona normal tiene un punto de vista más abstracto y puede alejarse de la situación para estudiar y evaluarla desde una perspectiva más realista. En la mayoría de

las situaciones la persona normal puede hacerse cargo de sus propios pensamientos, sentimientos y reacciones.

Pautas ideales de vida:

El estado de la personalidad ideal para Allport es la madurez. La personalidad madura se caracteriza por un yo central (proprium) bien desarrollado que incluye una conciencia de "debería" y un sistemas de intenciones. Una orientación madura requiere de adaptación y flexibilidad constantes.

Una definición de madurez

Allport creía que hay una discontinuidad radical entre la personalidad neurótica y la saludable.

Allport coincidía con Carl Jung en que demasiados teóricos de la personalidad concentran su discusión de esta en las características del neurótico y consideran a la salud como la ausencia de síntomas neuróticos.

La madurez no es un estado que se alcanza y luego se mantiene, es un proceso progresivo.

La marca de madurez es el establecimiento y la lucha por alcanzar las metas.

La personalidad sana se caracteriza por la alegría de vivir, un impulso hacia delante. La persona madura crea tensiones.

El ajuste social de la personalidad madura se caracteriza por dos tipos de cordialidad: las capacidades de intimidad y de compasión. La seguridad emocional es la aceptación como parte normal del yo. La gente madura actúa sus emociones como parte de sí mismas, sin permitir que estas rijan sus vidas y sin rechazarlas como ajenas a la naturaleza humana, utilizan a las emociones para propósitos constructivos.

Uno de los requisitos más fundamentales de la madurez es mantenerse en contacto con la realidad, ver las cosas como son, la persona madura coopera

con la realidad y no trata de esforzarse para satisfacer sus necesidades y propósitos.

La gente madura posee habilidades y es competente en una o más áreas productivas de su vida. Sin las habilidades básicas, una persona no puede establecer la clase de seguridad necesaria para construir un enfoque maduro de la vida.

Allport mantenía que uno de los atributos claves de la madurez es tener una filosofía de la vida, un marco de referencia que de significado a la vida. Quien deriva el significado de la vida de sus actividades diarias podría describirse como quien tiene una dirección, lo que significa vivir con propósito o significado.

Los criterios de madurez

Allport planteo seis criterios de madurez:

1. Extensión del yo,
2. Relación cordial del yo con los demás,
3. Seguridad emocional,
4. Percepciones realistas,
5. Pericia y tareas,
6. Autoobjetización,
7. Filosofía unificadora de la vida.

Los seis criterios de madurez

1) Extensión del sentido del yo: Están interesados en los demás y consideran el bienestar de otras personas tan importante como el suyo. Su sentido del yo no se limita a sus propios yos, sino que abarca muchos intereses.

2) Relación afectuosa del yo con los demás: Son compasivos y capaces de tolerar muchas diferencias en los seres humanos. En sus relaciones, no se imponen sobre los demás ni obstaculizan su propia libertad de identidad.

3) Seguridad emocional (auto concepción): sus sentimientos, aun cuando no siempre son agradables, no conducen a actos impulsivos o acciones que hieren a los demás. Están lo bastante seguros como para aceptarse a sí mismos y no desear ser alguien más.

4) Percepción, habilidades y asignaciones realistas: son solucionadores de problemas y han desarrollado habilidades apropiadas para completar sus tareas y labor asignadas. Más aun, su trabajo no es una carga para ellos, es una responsabilidad cuyo desafío puede ser aceptado sin sentir autocompasión.

5) Auto-objetivización (insight y humor): las personas maduras conocen sus verdaderas capacidades. • No necesitan engañarse o engañar a otras personas. • Un corolario importante del insight es un sentido del humor. Los individuos maduros son capaces de reírse de sí mismos en lugar de sentirse amenazados por sus debilidades humanas. • Dicho humor debe distinguirse del sentido ordinario de lo cómico. • El sentido del humor al que se refería Allport implica reconocer las conductas absurdas que compartimos con los demás debido a nuestra humanidad común.

6) Filosofía unificadora de la vida: en la persona madura, esta filosofía está presente con claridad y se enfoca de manera externa. Es influenciada en forma intensa por una serie de valores que pueden incluir sentimientos religiosos, pero que no los incluye de manera necesaria. Una filosofía unificadora de la vida es gobernada por una conciencia genérica. La conciencia del tener que hacer, característica de la infancia es reemplazada por la conciencia del deber hacer del adulto. Mientras que los valores del niño son introyectados de los demás, los del adulto surgen de un estilo de ser elegido y se basan en juicios propios

La madurez para Allport

• Es la expresión de las funciones propias en un alto grado y la liberación del propio pasado.

IV. Criterios de curación

En esta parte, abordaremos un interrogante que enfrentamos periódicamente en nuestra tarea: ¿cuándo damos terminado un tratamiento? Aquí tenemos que diferenciar a un primer nivel, que se refiere a las características de una terminación del tratamiento en general.

En el primer nivel señalado, tenemos en cuenta los conceptos de H. Segal con respecto al insight. Esta autora lo considera terapéutico "porque conduce a la recuperación y reintegración de aspectos perdidos del yo permitiendo así un crecimiento normal de la personalidad". Posibilita además el reemplazo de la omnipotencia por el conocimiento que capacita al individuo para manejar mejor sus propios sentimientos y su contacto con el mundo externo en términos más reales".

Agrega que "el tener un mejor conocimiento de sí mismo y del mundo no es de por sí garantía de felicidad y de éxito, pero lleva a un más pleno uso de las propias potencialidades internas y externas. Curar no significa así conformidad con un patrón estereotipado de normalidad, prejuizado por el psicoanalista; significa un cambio, restaurar el acceso a los recursos de la propia personalidad, incluidas las capacidades de aprehender las realidades externa e interna, condiciones éstas necesarias y suficientes para otros aspectos de la cura, especialmente mejores relaciones de objeto".

Podemos hacer nuestros los criterios que da esta autora:

- *El reemplazo de la negación por la aceptación de la realidad psíquica.*
- *Aceptación del conflicto.*
- *Ambivalencia y culpa.*
- *Reemplazo de la omnipotencia por una actitud realista.*
- *Disminución de la ansiedad persecutoria y la agresión.*
- *Acrecentamiento del amor y la confianza en sí mismo y en los otros.*
- *Reemplazo del acting-out por la simbolización.*
- *Reemplazo del síntoma por la sublimación.*
- *Aceptación y uso del pensamiento verbal y la comunicación.*

Agregamos a estos indicadores uno más dado por Rickman:

- Capacidad de tolerar frustraciones y privaciones libidinales sin utilizar defensas represivas y sin ansiedad.

En lo que se refiere al segundo nivel, la situación grupal, veremos que los índices mencionados no son (ni podrían ser) diferentes, sino que se expresan dentro de las características específicas de un grupo. Así, un miembro de aquél puede ser dado de alta cuándo:

a) Demuestra capacidad reflexiva, lo que indica una ampliación del campo de la conciencia (permeabilidad e insight).

Ejemplo: dice un varón de 12 años: "Todavía me cuesta no interrumpir cuando alguien toca esos temas, aunque me doy cuenta que no quiero porque me pone mal cuando se habla de padres separados, como si no quisiera oír"

b) Expresa de manera directa y concreta lo que piensa con respecto a sus problemas y a los de los demás.

Ejemplo: en un grupo, una niña de once años ha relatado una pelea con una camarada; ha llegado muy ansiosa, porque quiere a la amiga y se siente sola, pero con mucha rabia por lo que le ha hecho. Otra paciente le dice: "Vos tenés que llamarla y aclarar las cosas; si no te da bolilla, entonces sí enójate. Yo ahora hago así y me peleo mucho menos que antes."

c) Habla de sus problemas abordándolos con naturalidad. Esto incluye mencionar situaciones habitualmente vergonzantes, como la enuresis, masturbación, etcétera.

Ejemplo: en un grupo de púberes, una niña a punto de terminar le dice a otra, recién llegada al grupo: "Anímate a contarlo, yo antes tenía mucha vergüenza de hablar de mi necesidad de tocarme y lo que sentía. Mi problema empezó a mejorar cuando pude contarlo y pude oír lo que decían los otros chicos y María Rosa. Nada puede ser más vergonzoso que lo que me pasaba" (se refiere a - un problema de masturbación compulsiva, motivo por el que entró en el grupo)

En otro caso, un varón de 10 años: "Yo sé que cuando hablo mucho es para no dejar hablar a los demás y que me atiendas a mí solamente; pero tengo que aprender a aguantarme; y ahora puedo escuchar más que antes, ¿no?"

d) Puede escuchar a los demás sin interferir, no necesitando centrar la atención. Esto se ilustra con pacientes que en un momento dado del grupo dicen a alguien que interrumpe: "cállate, ¿no ves que él tiene algo importante que contar?", recibiendo lo que el aludido relata, sin necesidad de informar otra cosa de inmediato que desplace lo planteado.

5) Demuestra identificación y empatía para ayudar a otro. Esto implica un nivel difícil de acceder, ya que incluye el ponerse en el lugar del otro aunque se piense o sienta diferente.

6) Puede compartir la situación grupal con el resto, ya sea escuchando o participando en un juego o una dramatización o, lo contrario, puede tolerar quedarse solo mientras otros comparten un juego, sin paralizarse o tratar de atacarlos.

Ejemplo: en un grupo, tres integrantes de once años juegan al tutifruti; un cuarto llega y pide jugar; no lo rechazan del todo pero se quedan dudando, porque ya empezaron y tienen puntos anotados; el que llegó tarde lo soluciona diciendo: "Bueno, no se hagan tanto lío; yo me voy a hacer una carrera de autos y cuando terminan me avisan para jugar juntos."

7) Es libre de expresarse corporalmente de manera espontánea. En edades tempranas, esto se da más en el nivel de juego: cambios de lugar, expresiones faciales, no aferrarse a un sitio fijo ni a un rol determinado, espontaneidad en los juegos, libertad de movimientos, etcétera.

8) Hay una confrontación satisfactoria del comportamiento grupal con el informe de los padres. De hecho, incluye la supresión de los síntomas sin la aparición de equivalentes.

9) Puede mostrar su capacidad de reparación. Un ejemplo de esto se da con el ingreso de un nuevo miembro; el niño que ya accedió a esa capacidad tiene una conducta protectora y de inclusión diferente de aquella otra que está

motivada por el aplacamiento o una defensa reactiva; ambos indican momentos muy distintos en que se encuentra el individuo dentro de la evolución grupal.

10) Se adquiere permeabilidad en las defensas, como lo opuesto a la adaptación rígida a situaciones del medio. Desde nuestro punto de vista, lo vemos como la dotación del propio equipo para enfrentar dificultades presentes y futuras. Sabemos que muchas de las situaciones mencionadas tienen estrecha relación con lo evolutivo. Algunos de estos indicadores sólo pueden lograrse pasada la latencia. Sin embargo, su inclusión aquí se refiere a su logro vinculado al curso del tratamiento en relación con el proceso terapéutico, y no con momentos cronológicos. Luego hablaremos de estos logros en un nivel estrictamente lúdico.

El niño, cuando cree que está por finalizar su ciclo en el grupo, lo expresa de un modo directo y muy diferente de aquel que quiere irse por motivos distintos. Incluiremos dos expresiones que lo ejemplifican:

Dice una niña de 11 años: "Mira, yo pienso que estoy mejor, pero tendría que estarlo más. Si es porque mis padres no pueden pagar o algo así, podría terminar, si no, prefiero seguir un poco más."

Un niño de 12 años, frente a igual disyuntiva, plantea: "Ya resolví casi todos los problemas que tenía, pero como entro a primer año y me asusta un poco, me gustaría quedarme unos meses más hasta saber cómo es y después sí, despedirme."

Dentro de las acciones estrictamente lúdicas, podemos agregar algunos indicadores: posibilidad de simbolizar, de jugar integradamente con los demás, de emplear el "como si" en forma consistente sin caer en conductas regresivas por intolerancia a la frustración, capacidad de crear, de compartir los juguetes, de intercambiar el juego con verbalización, de mostrar la madurez del yo en los conflictos que surjan dentro del juego.

V. Evaluación de los mecanismos defensivos

Mecanismos de defensa

En la vida cotidiana, constantemente estamos utilizando distintos métodos, técnicas o mecanismos psíquicos que nos alivian la ansiedad y de las tensiones que nos producen las frustraciones y las amenazas tanto del mundo interno como externo.

Los mecanismos de defensa pueden ser tanto una manifestación normal (cuando dependiendo del estímulo o situación se recurre a uno de los mecanismos que más se acople a dicha situación) como patológica. Cuando el YO recurre compulsivamente a ellos (o a uno de ellos) para conjurar peligros irreales, como es el caso de la paranoia (proyección), estamos haciendo un uso patológico de los mismos.

Freud, los llamó mecanismos, porque son fenómenos psíquicos susceptibles de ser observados, al igual que los movimientos observables en cualquier dispositivo mecánico.

Freud llamo "mecanismo de defensa al rechazo de lo instintivo por parte del Yo, luego, a este rechazo prefirió llamarlo represión

Concepto.

Procedimientos que el yo pone en marcha para evitar la realización de impulsos internos o protegerse de estímulos externos que siente como amenaza.

La instancia yoica necesita realizar un trabajo permanente para mantener el control sobre el conjunto del aparato psíquico y su capacidad de acción. Con ese fin, las defensas actúan sobre los impulsos instintivos de naturaleza inconsciente procedentes del ello, modificándolos, así como sobre los afectos displacenteros resultantes del contacto con el mundo exterior.

Los mecanismos que el yo emplea pueden clasificarse en:

- a) **Defensas exitosas** (sublimación), que ocasionan la cesación (o suspensión) de lo reprimido, es decir, que consiguen el cese del impulso o afecto que se rechaza.
- b) **Defensas ineficaces o patógenas**, que deben actuar constante y repetidamente, con el objeto de evitar la irrupción (invasión o incursión) de lo reprimido (impulsos rechazados).

Las defensas ineficaces o patógenas son las que constituyen la base de las neurosis. Cada vez que hay impulsos opuestos que no pueden encontrar descarga y se mantienen en suspenso en el inconsciente, se crea un estado de tensión y puede producirse la irrupción (invasión o incursión).

En realidad, la línea de demarcación entre unas y otras es muy sutil. Mientras que en las primeras el impulso inconsciente es modificado por la acción del yo, en las segundas dicho impulso irrumpe bajo una forma deformada contra la voluntad del yo, por el cual no es reconocido. Las defensas patógenas constituyen la base de las neurosis. Sin embargo, conviene precisar que entre los mecanismos de defensa propios de un yo sano y los síntomas reactivos del neurótico no existe una separación tajante. Este último tipo de impulso producirá actitudes constreñidas (obligadas impuestas o exigidas), se repetirá una y otra vez, no permitirá nunca una relajación completa y producirá fatiga.

A.- Mecanismo de Defensa Eficaz o Sublimación

Las defensas exitosas reciben el nombre genérico de sublimaciones. Abarcan diversas fórmulas en las que, bajo la influencia yoica, el fin o el objeto del impulso se modifican sin producir por ello un bloqueo de la descarga impulsiva.

En la sublimación los impulsos sublimados encuentran por otras vías (artificiales) permanentemente salidas y el impulso originario (lo instintivo o impulso sexual) al ser sublimado, desaparece porque pierde su energía en beneficio de la carga o catexis de su sustituto.

La sublimación necesita constantemente un aporte de libido, por eso, solo es posible cuando no hay represión, sin duda alguna, entonces, solo los impulsos pre-genitales pueden ser sublimados.

Las pulsiones son movidas a desplazar las condiciones de su satisfacción, a dirigirse por otros caminos (canalizar una pulsión o energía sexual hacia otra acción tolerada o aceptada por la cultura). **La sublimación de las pulsiones** es un rasgo particularmente destacado del desarrollo cultural; posibilita que actividades psíquicas superiores (científicas, artísticas e ideológicas) desempeñen un papel característico en la vida cultural.

Así, la sublimación se caracteriza por:

- a) una inhibición del fin
- b) una desexualización
- c) una completa absorción del instinto por sus secuelas
- d) por una alteración dentro del yo.

Catexis. Concepto propio de las escuelas psicoanalíticas. Según **Freud**, el sujeto puede dirigir su energía pulsional hacia un objeto o una representación e impregnarlo, cargarlo o cubrirlo de parte de ella. Se llaman catexias a estas descargas de energía psíquica. A partir de la experiencia de catetización, el objeto cargado ya no le resulta indiferente al sujeto, más bien tendrá para él un halo o colorido peculiar. Si los objetos y personas nos resultan atractivos no es, para esta descripción, porque ellos mismos posean de forma objetiva el carácter de "deseable" o "atractivo", se trata más bien de una figuración consecuencia de nuestras proyecciones de energía libidinosa sobre ellos. La expresión más clara de las catexias es el enamoramiento. En la **segunda tópica**, Freud considera que el **Ello** es el origen de las catexias.

- Proceso postulado por Freud para explicar ciertas actividades humanas que aparentemente no guardan relación con la sexualidad, pero que hallarían su energía en la fuerza de la pulsión sexual (Diccionario de Psicoanálisis, Laplanche y Pontalis)

- Freud describió principalmente a las actividades artísticas y a la investigación intelectual como expresiones de la sublimación.
- Se dice que la pulsión se sublima, en la medida que se deriva hacia un mismo fin, no sexual, y apunta hacia objetos socialmente valorados. Utiliza el término sublime, tomado especialmente del ámbito de las bellas artes para designar una producción que sugiere grandeza y elevación. Dijo Freud: 'La pulsión sexual pone a disposición del trabajo cultural, cantidades de fuerzas extraordinariamente grandes, en virtud de la particularidad, singularmente marcada en dicha pulsión, de poder desplazar su fin, sin perder intensidad'. En la diversidad de profesiones y actividades laborales que encontramos en la actualidad, podríamos hallar algunas expresiones de sublimación, no solo de pulsiones sexuales, sino de las pulsiones agresivas, como por ejemplo en actividades deportivas o en actividades ligadas a las fuerzas de seguridad.

B.- Mecanismos de Defensa Ineficaces o Patógenos.

Por el contrario, en las defensas denominadas patógenas, la libido del impulso originario sólo puede ser mantenida a raya mediante una carga opuesta o contracatexis. En consecuencia, los instintos rechazados no se transforman en algo diferente, sino que su descarga es bloqueada, con lo que se mantienen en el inconsciente, inalterados y desconectados del resto de la personalidad.

Entre tales mecanismos de defensa cabe incluir la negación, la proyección, la introyección, la represión, la formación reactiva, la anulación, el aislamiento y la regresión.

Mecanismos de Defensas contra lo Instintivo

1) Negación.- Freud lo define, especialmente las percepciones internas o ideas intolerables que el sujeto no quiere dejar llegar a su conciencia. Por ejemplo: "Cuando alguien dice: "No sé a quién puede representar esta persona de mi sueño; seguramente no es mi madre" quiere decir, "sé que es mi madre pero, todavía, estoy en condiciones de negarlo".

La negación designa la tendencia a desconocer las realidades displacientes en virtud de la vigencia del principio del placer. Dicha tendencia encuentra como adversarios naturales las funciones normales (del yo) de la percepción y la memoria. Un ejemplo común son las afirmaciones tajantes del neurótico previniendo de antemano sobre lo que 'no' significa determinado síntoma.

Es el enfrentarse a los conflictos negando su existencia o su relación o relevancia con el sujeto. Negar la realidad misma, es decir, negar la realidad perceptual vinculada a una representación. Útil para superar vivencias traumáticas insoportables, "defectos", carencias, etc.

Procedimiento en virtud del cual el sujeto, a pesar de formular uno de sus deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos, niega que le pertenezcan. Así, 'jamás pensé tal cosa' será una expresión típica de la negación.

Freud proporciona un buen ejemplo de negación en su texto Análisis de un caso de neurosis obsesiva. Allí cuenta que un paciente, siendo niño, había pensado que conseguiría el amor de una niña a condición que le ocurriera una desgracia. Se le preguntó sobre si esta desgracia podría ser la muerte de su padre. Pero el paciente rechazó (negó) inmediatamente con toda energía tal idea. La prosecución del tratamiento vino a demostrar que existía ciertamente un deseo hostil hacia su padre.

2) Proyección.- En general, se llama así a la tendencia a atribuir (proyectar) ciertos procesos mentales reprimidos, cuyo origen personal no se quiere admitir, al mundo exterior. Como lógica consecuencia, esos procesos, no son admitidos como propios por el sujeto, sino como una percepción externa, Freud puntualizo que en su forma más común, la proyección consiste en atribuir a otras personas lo que el individuo experimenta.

Proyección, mecanismo de defensa que consiste en atribuir a otros, y en general al mundo exterior, motivaciones que se rechazan o no se reconocen en uno mismo.

Al comparar pensamientos, intenciones, afectos o conflictos internos con los demás, justificamos nuestros propios deseos. Considerar que los demás presentan un nivel ético deficiente nos lleva a aceptar nuestra propia conducta inmoral: el egoísta, el avaro o el mentiroso se escudan pensando que todos los demás son egoístas, avariciosos o que mienten.

La proyección como mecanismo de defensa, común en todos los individuos, es causa de errores de juicio que se corrigen mediante una sana autocrítica, aunque como patología mental está presente en los **delirios alucinatorios** y en las **paranoias**. Los métodos proyectivos para analizar la personalidad son muy utilizados. Uno de los más conocidos es el test de las manchas de tinta de Hermann Rorschach.

- Es el mecanismo por el cual la persona expulsa de sí y localiza en el otro y atribuye a otros (persona o cosa), cualidades, sentimientos, deseos, que no reconoce o incluso rechaza en sí mismo.
- Los ejemplos van desde las más leves de las proyecciones hasta las más graves. En el primero de los extremos tenemos al hombre de negocios que considera todo lo que ve desde el punto de vista de lo que puede comprarse o venderse. En el otro extremo tenemos la paranoia, como una patología grave donde la persona proyecta masivamente en el mundo exterior, sus propios miedos, voces, acusaciones, persecuciones, etc.
- Los celos pueden ser una expresión de este mecanismo de defensa: el sujeto se defiende de sus propios deseos de ser infiel, atribuyendo la infidelidad a su cónyuge; al hacerlo así, desvía su atención de sí mismo, y la desplaza sobre el otro.

En la mitología, en la superstición, en el animismo, aparecen muchos ejemplos de proyección, por ejemplo revestir a objetos o animales de características humanas. Se dice que el hombre primitivo 'proyectaba' sobre las fuerzas de la naturaleza las cualidades y pasiones humanas.

- La proyección puede ser estudiada a través de las llamadas técnicas proyectivas o los test proyectivos. Así el Rorschach (test de las manchas simétricas) o el T.A.T., o el simple dibujo de un niño, pueden estar expresando lo que el sujeto arroja fuera de sí, lo que no quiere ver o ser dentro de sí mismo.

3) Introyección – Identificación.- La introyección es el mecanismo por el cual se absorbe en el propio psiquismo, el ambiente o la personalidad de otros y se reacciona frente a determinados estímulos exteriores como si se produjeron en el propio ser. Como resultados, el sujeto se identifica con otras personas; La Identificación, es llevada a cabo mediante la introyección, es el tipo más primitivo de relación con los objetos. Todo tipo ulterior (posterior, siguiente) de relación con los objetos, por eso, cuando tropieza con dificultades puede regresar a la identificación y todo ulterior fin instintivo puede regresar a la introyección. La introyección es uno de los mecanismos de la psicosis maniaco depresiva y de la esquizofrenia; la identificación aparece depresiva y de la esquizofrenia; la identificación aparece en la paranoia aunque en sus formas más suaves puede constatarse en seres normales. La **introyección** consiste en la incorporación de algo exterior como si perteneciera al yo.

4) Represión – Borramiento.- Para la teoría freudiana la **represión** constituye el mecanismo clave de la estructura psíquica. Designa el olvido o la supresión de las representaciones ideacionales de impulsos internos o hechos externos asociados de modo simbólico a exigencias instintivas censurables.

Cabe destacar que, debido a los mecanismos asociativos inconscientes, el objeto de la censura represiva lo constituyen no sólo los impulsos indeseados (represión primaria que reprime lo pulsional), sino todo elemento psíquico susceptible de convertirse en una alusión a los mismos (represión secundaria).

Un ejemplo típico es el olvido tendencioso de un nombre o una intención. Para el paciente, excluir de la conciencia tales datos tiene el propósito de aminorar sus efectos reales, así como el dolor que supondría darse cuenta de ellos. No obstante, *lo reprimido continúa en vigor*, manteniendo su acción desde el inconsciente. Esto da origen a conflictos siempre que aparezcan experiencias nuevas que posean alguna vinculación con lo reprimido, generando, por un lado, ideas y sentimientos de carácter compensatorio a los que el neurótico se aferra con obsesión (recuerdos encubridores), o lagunas en la memoria por efecto de la represión. Como ésta sólo es posible mediante continuas contracatexis, disminuye las energías del sujeto para cualquier otra actividad; el neurótico consume sus fuerzas en mantener sus represiones (fatiga neurótica).

Freud la define como el proceso que relega a lo inconsciente aquello que angustia al Yo pero, que no quita a lo reprimido su fuerza dinámica. Este es el mecanismo, al que considera como el mecanismo de ajuste psicológico que relega todo impulso no aceptable para el Súper Yo a lo inconsciente. La represión es el mecanismo fundamental en la histeria.

Represión, proceso psíquico que consiste en renunciar a la satisfacción de un deseo, de forma consciente y voluntaria. La 'represión inconsciente' es un mecanismo de defensa del yo que el individuo utiliza cuando no quiere reconocer la existencia de una situación de frustración. Conocer las represiones inconscientes es clave a la hora de comprender las neurosis.

Sigmund Freud utilizó con frecuencia este concepto en el psicoanálisis. Según Freud, la represión es un mecanismo inconsciente que hace inaccesible a la mente consciente el recuerdo de hechos dolorosos o traumáticos, y postula que reprimir una respuesta no suprime el motivo que la inspiró. Las ideas o deseos reprimidos seguirán influyendo en la conducta del individuo y se manifestarán de una forma u otra a través de los sueños,

lapsus o determinados síntomas. Uno de los objetivos del psicoanálisis es reducir este proceso y llevar a la consciencia las tendencias reprimidas.

5) Formaciones Reactivas Caracterológicas.- Este mecanismo provoca formas de conducta que protegen algún aspecto de la personalidad o historia del individuo, de la auto investigación o de la investigación por parte de los demás; recurriendo con frecuencia a actos disfrazados.

Por ejemplo; obedecer ciegamente para ocultar rebeldía; ser exageradamente limpio para ocultar la suciedad inconsciente; etc. Vale decir, mediante este mecanismo, una tendencia determinada es sustituida por otra contraria.

*La **formación reactiva** designa ciertas actitudes constreñidas y rígidas que dominan el conjunto de la personalidad y que aparecen en oposición a impulsos contrarios cuya realización tratan de evitar. Como ejemplo, el afán compulsivo de limpieza y orden, cuya índole reactiva se delata tanto por su obsesividad como por la ocasional irrupción de episodios opuestos de desorden y suciedad.*

Algunas personas recurren a una actitud o conducta diametralmente opuesta a lo realmente deseado pero imposible de realizar, tener o ser. La formación reactiva se halla directamente en oposición con la realización del deseo. Cuando el YO tiene que enfrentarse con una representación penosa y que se halla en contradicción con el mundo exterior, y del cual solo recibirá sanciones y reproches en caso de actuarlas, recurre a la conducta o pensamiento exactamente opuesto. Por ejemplo una persona con tendencias a expresiones groseras, utilizará un lenguaje delicado o académico. Una persona con inclinaciones al exhibicionismo, recurrirá a conductas exageradamente escrupulosas y pudorosas. Una persona agresiva puede mostrarte extremadamente compasiva. El ama de casa apasionada por la limpieza ¿No centra su existencia en torno al polvo y a la suciedad?

6) Anulación o reparación.- consiste en hacer lo contrario que se hizo anteriormente para anular (o reparar) su significado. La anulación se distingue de la negación y de las formaciones reactivas en que, mientras que en la primera se niega lo que la consciencia no admite y en la segunda se adopta una actitud opuesta a la originaria, en la anulación va más lejos, se realiza un acto concreto contra algo que se hizo o pensó antes.

7) Aislamientos.- Este mecanismo destruye las conexiones existentes entre una causa y su consecuencia. Gracias al aislamiento el sujeto conoce las vivencias que han sido causa de sus trastornos, pero no sabe que aquellas son las que provocan sus síntomas; recuerda hechos recientes o pasados, pero **desprovistos (aislados) de tono afectivo y desconectados de otros hechos.**

El aislamiento se observa en casos especiales, tales como el del paciente que solo admite el análisis durante la sesión con el analista, pero, luego; lo aísla del resto de su vida. *En el mecanismo del **aislamiento**, el sujeto no ha olvidado sus traumas patógenos, pero ha perdido la huella de sus conexiones con el conjunto de la personalidad y su significado emocional.*

Cuando una idea se nos torna demasiado intolerable para ser aceptada en nuestro sistema de creencias, valores o sentimientos, tendemos a aislarla o excluirla del resto de la existencia.

'Quedar con la mente en blanco', 'Se me produjo una laguna', pueden ser una técnica que el YO utiliza para desembarazarse de un pensamiento indeseable. Algunas personas se defienden de una idea indeseable, aislándola del contexto, por pausas, o silencios prolongados que son síntomas, de que algo está siendo sustraído del pensamiento

8) Regresión.- la regresión como mecanismo de defensa es el retroceso de la libido a una organización libidinosa anterior (por ejemplo de la organización instintiva genital a la anal).

Para ser humano a añorar estados anteriores cuando los presentes son hostiles, se vea aumentada por dos factores que están íntimamente ligados entre sí: el grado de vacilación con que el sujeto adopta las nuevas formas de satisfacción y la intensidad de su fijación a las etapas anteriores.

La regresión y la fijación hacen referencia a la tendencia a retornar a fases del desarrollo psicosexual en apariencia superadas.

Cuando no alcanzamos un objetivo, cuando nos sentimos amenazados por alguna dificultad, el YO regresa a conductas infantiles exitosas, pero que ya habían sido superadas desde el punto de vista evolutivo. Por ejemplo, si el llanto era una conducta mediante la cual el niño lograba llamar la atención y satisfacer sus necesidades, ahora, el adulto frente a situaciones similares hará un retorno, volverá atrás, y repetirá aquella conducta que le hace sentir controlando la situación.

La posición fetal que adquieren muchas personas durante una enfermedad, sería una regresión, una forma de sentirse seguro, frente a la agresión del dolor o la enfermedad. El fumar un cigarrillo sería un mecanismo oral, mediante la cual el adulto regresa a la etapa de succión del pulgar, con lo cual el niño prolongaba el placer de la succión del pecho materno.

Mecanismos de Defensas Contra los Afectos

Todos los mecanismos hasta aquí estudiados se originan en el deseo del ser de no experimentar ninguna sensación angustiosa, por lo tanto, toda defensa es, en última instancia, una defensa contra los afectos, desde el momento que los instintos son rechazados no por ser instintivos sino por las reacciones de ansiedad, culpabilidad, etc. que provocan.

1) Represión o bloqueo de afectos.- En líneas generales, el bloqueo de afectos es la represión actuando contra determinadas cargas afectivas. Produce rigidez emocional, ciertas formas de despersonalización y se delata en sueños, síntomas y fonaciones sustitutivas. Estas últimas provocan inestabilidad afectiva.

2) Postergación.- El bloqueo afectivo retiene pero no anula los afectos, de aquí que consecuencia directa del bloqueo son las reacciones desproporcionadas al estímulo ya que estas son las reacciones desproporcionadas al estímulo ya que estas se nutren de los afectos reprimidos. La postergación es considerada un mecanismo de defensa desde el momento que la descarga postergada alivia las tensiones internas y no ocasiona mayor angustia al Yo, porque lo que ocasiona la descarga, en realidad, o contiene elementos para ello.

3) Desplazamiento.- la postergación no sería posible si los afectos no se desplazan. De aquí que la postergación no sea más que una formación de otro mecanismo: el desplazamiento, el cual además permite las descargas de tensiones por lo más diversos caminos. El mecanismo consiste en el desplazamiento del afecto de una idea a otra. Pudiendo la segunda ser sustituto de la primera. El afecto experimentado hacia un objeto determinado se vuelca sobre otros.

4) Equivalente de Afectos.- al estudiar las neurosis vimos que es posible la sustitución de las experiencias físicas y motoras específicas de un instinto. La excitación sexual, por ejemplo, puede ser sustituida por sensaciones localizadas en los distintos aparatos que integran al hombre.

5) Formaciones reactivas contra los afectos.- Finalmente se pueden adoptar las siguientes formaciones defensivas:

- **Cambio de cualidad del afecto.** Este mecanismo cambia la cualidad del afecto. Así por ejemplo, la excitación sexual puede convertirse en angustia.
- **Aislamiento de afectos.** Los afectos pueden ser aislados de sus conexiones psíquicas. Cuando esto ocurre, el sujeto puede recordar hechos, pero, desprovistos de las emociones que los acompañaron. Es una variación del bloqueo.

- **Proyección e Introyección.** Son los mecanismos ya estudiados en las defensas contra lo instintivo, pero que aquí actúan solamente con relación a los afectos.
- **Racionalización.** Por este mecanismo, el sujeto se convence razonando consigo mismo de los motivos que tuvo para actuar de una manera determinada o para explicarse las frustraciones provenientes del mundo externo, con lo que en ambos casos, "al darse la razón", elimina la angustia que tales hechos pueden provocarle. La racionalización se emplea constantemente. Las uvas están agrias' decía la zorra ante la imposibilidad de acceder a ellas. Como vemos en esta fábula, la zorra trataba de dar una explicación coherente, desde un punto de vista lógico a una actitud, acto, idea o sentimiento cuyos motivos verdaderos no percibía. La racionalización constituye un recurso muy corriente, que abarca un amplio territorio que se extiende desde el delirio hasta el pensamiento normal. Toda conducta puede admitir una explicación racional, el desafío consiste en diferenciar una justificación que coincide con la realidad de una compulsión defensiva. En la vida familiar con frecuencia encontramos racionalizaciones como mecanismos de defensa: el ceremonial alimentario que se explica, por ejemplo, por preocupaciones higiénicas, es uno de ellos.
- **Defensas contra sentimientos de culpa.** Contra estos sentimientos el sujeto emplea las distintas formas de defensas ya estudiadas: represión, racionalización, proyección, introyección, aislamiento, etc.
- **Identificación con el agresor** ¿Alguna vez nos hemos descubierto a nosotros mismos imitando física, gestual o moralmente a una persona temida? ¿No nos hemos sorprendido alguna vez adoptando una característica que está presente en el jefe, en el profesor, en un rival, o en la persona sospechosa que cruzamos una noche por la calle? Anna Freud (1936) describió este mecanismo, como el que adopta una persona que enfrenta un peligro exterior (representado típicamente por

una crítica procedente de una autoridad) imitando a su supuesto agresor. El comportamiento que se observa es el resultado de una inversión de roles: el agredido se identifica con el agresor, o se convierte en agresor. O se somete totalmente a la voluntad de agresor haciéndose como él, o lo enfrenta con sus mismas armas, con lo cual deja de ser temido.

- **Intelectualización.** Mecanismo defensivo descrito por Anna Freud en la adolescencia, consistente en una exageración de un mecanismo normal mediante el cual el yo intenta controlar las pulsiones asociándolas a ideas que puede manejar conscientemente. Intelectualizar es presentar los problemas en términos más generales y racionales, que personales y emocionales. No debe confundirse con la racionalización: ésta última no implica una evitación sistemática de los afectos aunque los racionaliza justificándolos de alguna forma. La intelectualización, en cambio, evita lo afectivo dándole forma discursiva.

G) El proceso del evaluador

- El clínico aporta a todo el proceso su propio sistema de categorías aprendidas, su modelo de lo que es normal-anormal, salud y enfermedad, etc.
- El enfermo aporta su propia información, tanto la subjetiva como la que es objetiva a través de pruebas o instrumentos. Con ello se activa y actualiza la información, conocimientos y saberes almacenados por el clínico.
- El clínico contrasta o aparea las características entre el indicio (síntomas expresados) y los prototipos que tiene almacenados (categorías de diagnóstico).
- El clínico recaba activamente la información que confirme o disconfirme, complete o matice, el modelo mental que se ha hecho del paciente.
- Y sacar conclusiones.

H) Condiciones que garantizan la limpieza del proceso evaluador

⊕ **Objetividad.-** Se debe medir, analizar y concluir sin que el pensamiento o los criterios personales del/la evaluador/a se mezclen con los resultados. La realidad no puede ser alterada.

⊕ **Validez.-** Deben utilizarse datos comparables, resultados que puedan compararse con situaciones externas y sin distorsiones durante el proceso evaluativo.

- **Tipos de validez.**

- a. **Externa:** Las puntuaciones correlacionan con los referentes externos.

- b. **De contenido:** todos los ítems muestran todos aspectos de la conducta propuesta.

- c. **De constructo:** la prueba explora aquello que desea de forma correcta. Mide aquello que realmente quiere.

⊕ **Oportunidad.-** Hacer las cosas cuando hay que hacerlas. Implica la adecuación del análisis evaluativo al momento elegido. Es preciso evitar las modificaciones del momento de la evaluación que puedan originar distorsiones valorativas.

⊕ **Confiabilidad.-** La evaluación debe estar basada en una medición objetiva y ser susceptible de tratamiento estadístico, de ser preciso. Así mismo, debe ser reproducible por otros evaluadores.

- **Motivos de la falta fiabilidad del diagnóstico psicológico:**

- a. Variación del sujeto.

- b. Variación de la ocasión.

- c. Variación de la información.

- d. Variación de la observación.

- e. Variación de los criterios.

- ✦ **Utilidad.-** La evaluación debe establecer la relación entre los objetivos y los resultados. Tiene que identificar y examinar lo positivo y lo negativo de las conclusiones. Los informes deben ser claros y oportunos, y en ellos pueden incluirse soluciones y sugerencias de mejoras.
- ✦ **Viabilidad.-** La evaluación debe ser realmente factible. Para ello, los instrumentos deben ser accesibles y utilizables. Deben tomarse en consideración y aplicarse controles razonables sobre aquellas fuerzas (políticos, por ej.) que puedan, de alguna forma, inmiscuirse en la evolución del proceso.
- ✦ **Propiedad.-** La evaluación debe ser ética. Referida a compromisos previamente explícitos, que garanticen los derechos de los implicados. La actuación ha de ser honradamente cooperadora. Sin que en el informe se oculten defectos ni bondades del programa o la persona evaluados.
- ✦ **Exactitud.-** La evaluación debe considerar y descubrir con claridad la evolución del proceso y el contexto en el que se desarrolla, los informes internos del proceso evaluador, los instrumentos, la implementación de los procedimientos, etc.

Las conclusiones siempre han de ser: validas, fiables y libres de influencias.

I) Proceso para una correcta evaluación

- **Simplificación.-** Necesidad de estar constantemente relacionado con los datos que se obtienen con el conjunto global del problema.
- **Generosidad.-** Tendencia a suponer, a calificar generosamente, a eludir temas o preguntas embarazosas, etc., o al revés.
- **Efecto halo.-** Opinión inconsciente que uno/a forma de alguien ante su simple visión y que, por no responder a criterios objetivos, puede entorpecer. Por ej.: los sujetos introvertidos tienden a parecer mejor dotados intelectualmente que los extravertidos.

- **Efecto fachada.**- Tendencia del sujeto a verse y/o mostrarse a sí mismo de una forma más acorde con sus aspiraciones que con la realidad para dar una imagen deseada.
- **Prejuicios y estereotipos.**- Tendencia a endosar y relacionar determinadas características con determinadas circunstancias que no están realmente relacionadas.

J) Conclusiones

Para finalizar, recordemos que...

Evaluar es el término más abarcativo que contiene, como una subcategoría, al psicodiagnóstico, el que debe ser entendido como una forma de evaluación que se concreta, generalmente, a nivel individual o grupal y básicamente en el campo de la clínica.

El proceso de evaluación en psicología clínica.

Entendemos a la evaluación psicológica como una rama específica del quehacer profesional del psicólogo, que puede desarrollarse en distintos campos: clínico, educacional, laboral, judicial, comunitario.

6.4.3. El Psicodiagnóstico

a. Definición

El psicodiagnóstico, conforma una subárea importante y específica dentro del campo de las Evaluaciones Psicológicas en Psicología Clínica, las que en sí misma lo trascienden.

La expresión psicodiagnóstico fue utilizada por primera vez por Rorschach al publicar en 1972 su test de manchas de tinta. La expresión psicodiagnóstico recibió muy buena acogida. En Europa, empezó a usarse como sinónimo de evaluación psicológica. En los países anglosajones el término comenzó a emplearse en un sentido más limitado, no ajeno a su origen, para referirse a

las evaluaciones en el campo clínico, más ligado a la tradición médica, centrada en la detección de aspectos deficitarios, patológicos.

Un psicodiagnóstico es un proceso en el cual se establece una relación bipersonal (psicólogo-paciente) de duración limitada (aproximadamente 5 o 6 sesiones de 50 minutos) con el objetivo de realizar una descripción, lo más profunda y completa que se pueda, de la personalidad del individuo (adulto, adolescente o niño).

El término diagnóstico tiene su raíz en la lengua griega: *diagnosis* es el sustantivo y *diagignóskein* el verbo, ambos muy relacionados con el quehacer médico. En ese círculo supone llegar a obtener un saber acerca de la enfermedad precisa que afecta a una persona sobre la base de examinar y observar signos y síntomas. Ello supone la existencia de redes nomológicas de categorías alternativas entre las que se ubicará la perturbación o patología encontrada que será estudiada.

Cuando se trata de trastornos psicológicos es posible verificar que hay elementos o indicadores objetivos y visibles y al mismo tiempo otros latentes, sólo accesibles mediante procesos de inferencia.

Diagnosticar implica formular un juicio diferencial entre patologías posibles y una determinación etiológica que intenta dar cuenta del trastorno o patología descrita. En general se denominan *síntomas* a los malestares reconocidos o relatados por el sujeto que los padece y *signos* a las manifestaciones observadas por el profesional que está elaborando el diagnóstico o quienes conviven con la persona que los sufre (familiares, docentes, compañeros de trabajo).

Diagnosticar supone admitir o reconocer que en el orden de los comportamientos humanos hay unidades de sentido con características diferenciales y estables. Es importante contar con nociones taxonómicas

organizadas que agrupen síntomas y signos estructurando síndromes que se revelen potentes o dejar de lado las concepciones taxonómicas y pensar la salud y la enfermedad en términos de una dimensión continua que permita analizar el tránsito posible desde uno de sus extremos (la salud) hacia el otro (la enfermedad), en determinados niveles o magnitudes sobre la base de formas paradigmáticas previas de estilos de personalidad sana.

La experiencia del psicodiagnóstico debe convertirse en un acontecimiento significativo en la vida de una persona, útil para descubrirse, reconocerse y salir de un discurso encubierto y fallido. El estudio tiene que aportar respuestas esclarecedoras a la situación de malestar que ha motivado la consulta, permitiendo una indicación terapéutica adecuada en caso de ser necesaria.

Psicodiagnosticar es un quehacer básico en el campo de la Psicología Clínica y responsabilidad central de los profesionales psicólogos. Supone conocimientos sólidos referidos a los indicadores o características de la presencia de salud psíquica así como sobre nosologías y semiología psicopatológicas. Un psicodiagnóstico es una evaluación psicológica centrada en el análisis de la dialéctica salud/enfermedad mental. *"Es el proceso por el que, utilizando distintos medios, alcanzamos un conocimiento de un sujeto que nos permite descubrir su personalidad"*.

Psicodiagnóstico es aquella disciplina psicológica que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto o un grupo de sujetos determinados, en su interacción recíproca con el ambiente y con el fin de descubrir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar su comportamiento".

Lo expresado supone que todo aquél que concrete tareas diagnósticas debe conocer y utilizar determinado sistema clasificatorio, debe estar informado sobre semiología y nosologías, pero, al mismo tiempo, para operar de manera eficiente, es necesario que complemente aquella información con nociones

medianamente claras acerca de las características o indicadores de la presencia de salud psíquica denominada por muchos salud mental.

¿Cuáles son las propiedades básicas de un comportamiento sano? No resulta una pregunta fácil de responder. La tendencia en el nuevo milenio revela cierta inclinación de los organismos internacionales asesores en temas de salud (OPS, OMS) a hablar de calidad de vida, reconociendo qué tiene sentido para el sujeto que vive su vida y significado para quien observa o analiza el hecho de vivir de una determinada manera.

Puede decirse que una vida psicológicamente sana supone, entre otras, las posibilidades siguientes: Gratificarse haciendo lo que se hace o sintiendo lo que se siente. Responder a necesidades propias y no ajenas, evitar la alienación que supone someterse a deseos y expectativas de otros.

- ✦ *Lograr adaptarse*, mediante procesos de asimilación y acomodación, a pautas y normas vigentes a fin de poder convivir.
- ✦ *Poder integrar lo que se piensa con lo que se hace*, poner de manifiesto coherencia entre las ideologías y sistemas de valores declamados y las conductas específicas que se concretan.
- ✦ *Lograr desarrollar una actitud positiva* hacia la vida presente y pasada, autoaceptarse.
- ✦ *Tener la capacidad para establecer vínculos psicosociales flexibles*, respetando diferencias en modos de pensar y sentir.
- ✦ Poder desarrollar ciertos afectos positivos mediante la presencia de relaciones emocionales significativas.
- ✦ Construir un proyecto de vida que tenga sentido subjetivo, sostenido en las posibilidades personales y socio históricas para poder lograrlo.
- ✦ Aceptar el desarrollo personal, el paso del tiempo, lograr sentimientos positivos hacia el crecimiento y la madurez.
- ✦ Ser capaz de vivir con autonomía, tener un mínimo sentido de autodeterminación.

b. Importancia de realizar un psicodiagnóstico

¿Por qué realizamos un psicodiagnóstico?

Porque hay una demanda de una persona (y/o su entorno) que sufre y que desea conocer por qué le pasa esto y cómo puede solucionarlo.

Más específicamente, las finalidades de un psicodiagnóstico pueden ser:

- Descripción y del funcionamiento de la personalidad para ayudar a determinar el diagnóstico (describir las características psicológicas de un sujeto).
- Explicación de los diversos trastornos o psicopatologías clínicas, los mecanismos defensivos con los cuales opera la persona, sus ansiedades, sus rasgos de carácter, etc.
- Estimar el pronóstico del caso.
- Clasificar.
- Determinar el tipo de rasgo clínico o estructura clínica que presenta el paciente: Neurótico, perverso, psicótico y sus síntomas: obsesivos, histéricos, etc.
- Elección de la estrategia terapéutica más adecuada.
- Evaluación del tratamiento: Para apreciar los avances terapéuticos con mayor objetividad, planificar un alta o averiguar el motivo de un "impasse" en el tratamiento.
- Como medio de comunicación: Hay sujetos a los que les resulta difícil hablar espontáneamente de sus problemas y a través de un proceso psicodiagnóstico se puede lograr que adquiera conciencia de su sufrimiento para aceptar colaborar en la consulta.

c. Información que se obtiene del psicodiagnóstico

¿Qué información nos proporciona un psicodiagnóstico sobre un sujeto?

Nos permite conocer, entre otros datos:

- La manera en que organiza y procesa la información del exterior.
- influencia de las emociones en sus decisiones.

- Auto percepción y relaciones con el otro.
- El tipo vivencial de las relaciones objetales.
- Recursos de los que dispone el paciente.
- Tolerancia a la frustración.
- Grado de ajuste a la realidad.
- Estrategias defensivas.
- Conflictos.
- Estilos de respuesta.

d. Beneficiarios del psicodiagnóstico

¿A quién va dirigido?

- A todo aquel que desee conocer en más profundidad su dinámica psicológica y sus características de personalidad.
- A aquellos profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, neurólogos, pediatras...) que deseen confirmar sus diagnósticos o recabar mayor información de sus pacientes para decidir la mejor estrategia a seguir en cada caso.

e. Proceso psicodiagnóstico

¿Cómo se realiza?

Es un proceso que comprende varias etapas:

- Primeras entrevistas con el paciente (y con los padres, en el caso de psicodiagnóstico infantil) que permite obtener el motivo de consulta y planificar la batería de test que se utilizará.
- Administración de test y técnicas proyectivas (test de Rorschach, test gráficos...)
- Cierre del proceso: Entrevista para la devolución de la información al paciente (y a los padres en el caso del psicodiagnóstico infantil)
- Informe (opcional) dirigido al solicitante del proceso psicodiagnóstico.

f. Objetivos y etapas del psicodiagnóstico

El Psicodiagnóstico es un proceso, que tiene diversos objetivos y etapas.

Objetivos:

- ✦ Lograr un acercamiento al examinado,
- ✦ Tener una visión más dinámica del examinado, comprendiendo e integrando los elementos parciales de éste.
- ✦ Describir al examinado, en algún aspecto específico (Ej.: capacidad intelectual, personalidad, habilidades específicas, etcétera) o en su totalidad, de acuerdo a un propósito inicial (Ej.: definición de adecuación a un cargo en caso de selección de personal, diagnóstico clínico diferencial, entrega de información con fines pedagógicos, etcétera).

Etapas:

- ✦ Contacto inicial: Puede ocurrir incluso antes de que el paciente acuda a la consulta (llamado telefónico u hojas de derivación o de interconsulta). Indica quién pide la consulta y a quién tiene que responder el psicodiagnóstico.
- ✦ Entrevista inicial: Permite obtener el motivo de consulta (manifiesto y latente), el rapport (relación entre entrevistador y entrevistado) y realizar la planificación de la evaluación, es decir, qué pruebas se van a aplicar al examinado y en qué orden. Esto último es importante ya que hay distintas evaluaciones para distintas áreas a evaluar. La confección de la batería de test a aplicar a un sujeto determinado debe realizarse de acuerdo a lo que se necesita saber de él, lo que va a estar estrechamente ligado a su motivo de consulta. También influye en esto la edad del examinado y el tiempo del que se dispone para realizar el proceso de psicodiagnóstico.
- ✦ Aplicación de la evaluación: Administración de tests y otras herramientas diagnósticas.
- ✦ Cierre del proceso y devolución de la información: A través de una breve entrevista con el examinado. Es una fase clave y muy necesaria. Lo mínimo que puede darse al examinado, que ha vivido un proceso de auto-exposición en el que ha depositado ansiedades y temores, es una respuesta. Consiste

en una explicación estratégica de lo que se encontró en el proceso de evaluación, limitándose a mencionar aquellos aspectos que son de utilidad para el proceso terapéutico. En Psicodiagnóstico Infantil, siempre se debe incluir al niño en la devolución, lo que obliga al psicólogo a adaptar su lenguaje para poder ser comprendido por éste. Este proceso de devolución implica la generación de insight y el manejo de la ansiedad del examinado.

- ✦ Análisis de los resultados.
- ✦ Confección y entrega del Informe Psicológico: Dirigido al solicitante del proceso de Psicodiagnóstico.

g. Tipos de psicodiagnóstico

- ***Patognomónico.***- Se basa en detectar la presencia – ausencia de los signos determinantes, específicos, concretos y característicos de un cuadro determinado.
- ***Estadístico.***- Se da la presencia de un número determinado de signos que son propios de un cuadro concreto, que no es probable que se puedan dar en otro.
- ***Sistemático o psicodinámico.***- La elaboración de un constructo explicativo hipotético permite integrar los resultados obtenidos en alguno de los cuadros concretos ya conocidos y establecidos.
- ***Comprensivo.***- La descripción completa de la personalidad del sujeto y de sus características personales, es comparada posteriormente con las específicas y propias de los cuadros clínicos establecidos.

h. Cuestiones previas al diagnóstico psicológico

- ¿Qué pretendemos conocer?
- ¿Cómo podemos saberlo?
- ¿De qué manera podemos lograr toda la información necesaria?

- ¿Qué pensamos hacer con ella cuando la tengamos?
- ¿Qué haremos finalmente con los resultados de la evaluación?

i. Análisis de la conducta sintomática

✦ *Analizar el síntoma individualizado*

Conlleva:

- Una descripción de la conducta sintomática.
- Condiciones estimulatorias y conductuales antecedentes y consecuentes.

Y hay:

- Variables del organismo.
- Autocontrol.
- Elaboración de un modelo funcional provisional.
- Génesis del síntoma y sus condiciones.
- Conclusiones del análisis genético sobre el modelo funcional.

✦ *Relaciones de los distintos síntomas.-* Habría que ver hasta qué punto una base común, una misma causa con distintas manifestaciones. Otra posición es la que tiene en cuenta síntomas con distintas causas y que pueden confluir. Por tanto existe:

- Causa común: génesis común para diferentes síntomas.
- Causa común con consecuencias primaria y/o secundaria.
- Sin causa común.
- Una sola causa: consecuencia que es causa de una segunda consecuencia (por ejemplo: dolor de cabeza = no poder dormir = nerviosismo = discusión).
- Síntomas sin nada que ver por causas. Las consecuencias pueden relacionarse, pero no las causas. Un depresivo, se muere el canario se deprime, no se ha muerto el canario porque sea depresivo, pero se deprime por ambas razones.

◆ *Análisis de los condicionantes ambientales.*

I. Condicionantes de vida (nivel S.E.)

II. Significado del síntoma.

◆ *Fijación de objetivos.*

- Conductas a modificar. Hay que determinar lo que es necesario realmente modificar, lo que está relacionado con el problema.
- Conducta final deseada: Topografía y frecuencia. Ej.: hábito compulsivo de suicidio con pastillas. Terapia □ no poder abrir el bote de pastillas pero generalizó a todos los botes...
- Condiciones en que debe aparecer la conducta final.
- Establecer consecuencias previsibles de la modificación. Efecto dominó: el cambio de una conducta puede crear otros problemas.

j. Cuestiones posteriores al diagnóstico

¿Qué fases se siguen en un psicodiagnóstico?

- I. Planificación de procedimientos de recogida de datos.
- II. Recopilación de datos para la evaluación.
- III. Procesamiento e interpretación de datos.
- IV. Comunicación de los resultados.

Estas 4 fases se solapan y no se mantienen obligatoriamente.

I. Planificación de procedimientos de recogida.

- ◆ *Aspectos a analizar.* Somático, psíquico, demográfico, conductual manifiesto, lo inconsciente o latente, cognitivo - intelectual, ambiental. Aspectos distintos, complementarios, no excluyentes. Es necesario sopesar la información previa, tanto sea de la fuente propia o de otra persona.

✦ Atención a los aspectos:

Determinar:

- Cuanta atención merece cada aspecto.
- Qué tipo de preguntas o instrumentos es más adecuado para cada aspecto.
- Técnicas de evaluación que son mejores en cada aspecto.
- Qué modelo teórico subyace a cada aspecto.
- Qué fiabilidad y validez ampara a cada teoría disponible.
- Qué información previa nos orienta.
- Grado de inferencia supone la decisión de pasar de la información previa a esta planificación.

II. Recopilación de datos para la evaluación.

✦ Entrevista: fuente principal de información, rica, económica e inmediata, versátil, bien aceptada por el paciente. Se basa en la lógica de preguntar lo que queremos saber.

- *Inconvenientes:* Carece de fiabilidad y validez, proporciona solo la versión del sujeto (Subjetiva), puede ser distorsionada (voluntariamente o no), está influenciada por las características del entrevistador, entrevistado, circunstancias, etc.

✦ Observación: Trata de trascender lo que se dice para descubrir lo que realmente se hace. La observación es directa (evitando interferencias e inferencias), pertinente (se centra en las conductas de interés), minuciosa (permite describir con mucho detalle las conductas de interés) y rigurosa (si se realiza con las debidas exigencias metodológicas).

- *Inconvenientes:* Errores y prejuicios del observador, influencia de la observación sobre el observado, influencia de factores situacionales.
- *Pueden ser utilizables técnicas de:* hetero observación (libre y sistemática) y auto-observación.

- Hay que tener en cuenta distintos aspectos:

- ✓ Marco o situación de observación.

- I) En situaciones concretas.
- II) En situaciones naturales.
- III) En situaciones planificadas.

- ✓ Instrumentos utilizados.

- I) Aparatos.
- II) Sistemas de codificación: a. Signos, b. Categorías, c. Escalas de calificación.

- ✓ Muestra de la conducta.

- I) Muestreo temporal.
- II) Muestreo de acontecimientos.

- ✓ El observador.

- I) Errores del observador.
- II) Participante o no participante.

- ✓ Atribuciones comportamentales.

- I) Grado de abstracción de la descripción de la conducta.
- II) Observación funcional de la conducta.
- III) Delimitación de la unidad de observación.

⊕ Pruebas complementarias: Instrumentos para obtener muestras normalizadas de la conducta y de los que se exige un elevado grado de fiabilidad y validez. Existen multitud de opciones según las respuestas que demos a las preguntas planteadas en la 1ª. Fase. Psicofisiológicas y testológicas (tradicionales: inteligencia, personalidad y comportamentales: observación, escalas).

III. Procesamiento e interpretación de datos.

Transformación de las informaciones obtenidas por diferentes medios en imágenes e hipótesis para relacionarlas posteriormente para llegar a un planteamiento diagnóstico. Un planteamiento diagnóstico que será ratificable por los mismos datos existentes o por otros que se elaboren para tal fin. Ello requiere saltar de los datos conocidos a aquello que se supone en base a ellos. Considerando que cuanto más grande sea el salto, mayor probabilidad de error habrá y que cuanto más objetivos sean los datos, menos riesgo correremos. A mayor número de suposiciones, mayor riesgo.

IV. Comunicación de los resultados.

A la vista de los datos obtenidos, es posible llegar a conclusiones. Basándose en ellas se podrán hacer distintas cosas, de entre las que destacan 2:

Por un lado se podrán realizar manifestaciones con respecto a:

- a. El pasado (etiología).
- b. El futuro (pronóstico).
- c. Las indicaciones posibles en relación a una intervención determinada.

Y por otro lado, presentar de forma adecuada tales conclusiones, junto a la información básica en que se apoyan. Todo ello siempre de forma:

- a. Clara (que no induzca a errores en su comprensión)
- b. Pertinente (auténtico motivo del proceso y no a cuestiones accesorias)
- c. Útil para el destinatario.

k. Validez del psicodiagnóstico

Un psicodiagnóstico es el proceso a través del cual los clínicos obtienen la necesaria comprensión del paciente para tomar decisiones de manera informada. Su propósito central es describir al individuo, sujeto, grupo o comunidad, de forma tan completa como sea posible, en todas sus facetas y niveles. Cuando la unidad de análisis de éste quehacer es una comunidad, hablamos de estudios epidemiológicos.

Un proceso psicodiagnóstico que pretenda ser **válido**, **confiable** y **útil**, debe integrar los siguientes aspectos:

- La presentación que el sujeto hace de los síntomas que lo aquejan (entrevista libre, observación)
- Valoración del estilo de las relaciones interpersonales; datos que se pueden obtener analizando los aspectos transferenciales y contratransferenciales.
- Evaluación del estilo cognitivo, la manera en que el sujeto procesa la información sobre su subjetividad y el mundo externo
- Información sobre la autopercepción conciente de un sujeto (autoconcepto).
- **Características de los mecanismos de defensa.**
- Plantear diagnósticos diferenciales pensar en factores neurobiológicos (DSMIV).
- Información sobre la etiopatogenia del malestar actual.
- Integración de la información revelada y posibilidad de plantear juicios clínicos basados en inferencia de bajo nivel.
- Brindar atención más respetuosa a los puntos de vista del paciente.
- Estudiar las redes de apoyo con que cuenta el paciente.
- Formular recomendaciones terapéuticas en base a la integración realizada.
- Exploración del psiquismo Debe realizarse por medio de la entrevista, en primer lugar con los padres, luego con el niño. Cuando se trata de adolescentes puede prescindirse de la información paterna (no siempre) con el propósito de obtener la información pertinente. La entrevista implica la observación directa durante períodos variables.
- Debe evaluarse: las conductas problema (quejas), el desarrollo global, la historia familiar, tanto en su organización y dinámica como en sus indicadores de patología; y, especialmente, lo que significa la conducta del niño para los padres. Al niño debe explorársele aparte, tratando de romper las barreras de la inhibición. Una buena técnica es a través del

juego y del dibujo libre, para después llegar al diálogo directo cuando el lenguaje del niño lo permita. Si el problema tiene relación con la vida escolar, debe establecerse comunicación con los profesores; cuando tenga relación con la salud física, la comunicación se hará con el pediatra. Todo esto con el conocimiento y consentimiento de los padres. Se tendrá siempre en cuenta el secreto profesional. Aislamiento, silencio, no interrupción, deben ser normas a cumplir estrictamente en la consulta.

I. Tipos de herramientas o instrumentos que se utilizan para realizar el psicodiagnóstico.

Son muy amplias y variadas. Algunas de ellas son:

- A) Entrevista (Historia Clínica).**- Datos que recogemos y organizamos, sistematizamos.
- B) Observación.**- Lo que obtenemos en la entrevista está supeditado a la observación.
- C) Test psicológicos:** Test psicométricos como los de inteligencia y test proyectivos como CAT, el dibujo infantil, la hora de juego diagnóstica, etc. Comportamentales: Observación (en situaciones controladas), Escalas e inventarios. Los Comportamentales y las escalas e inventarios van juntos pues no es idóneo pasar una entrevista sin que esté delante el terapeuta).

Pruebas Complementarias:

C) Psicobiología. – no tiene por qué realizarla el psicólogo, pero debe tenerla presente, pe.: si tiene o no gripe, que medicamentos está ingiriendo, exámenes neurológicos, disfunciones fisiológicas, etc.

Hablaremos a continuación de las entrevistas, la observación y los tests:

A) La entrevista clínica como herramienta para realizar un psicodiagnóstico

La entrevista psicológica como instrumento del método clínico.

Definición de entrevista clínica psicológica

La entrevista clínica es un interrogatorio sistemático del paciente con el fin de obtener información aplicable a la planificación de un tratamiento individualizado. Los datos que puede ofrecer el paciente al médico- psicólogo tienen, en ocasiones, más valor que una exploración para orientar un diagnóstico: los antecedentes de salud, la alimentación, la situación ambiental en que vive el paciente, los síntomas de su afección, etc., son informaciones que el terapeuta ha de conocer.

“Es una relación interpersonal de carácter profesional que se establece en el momento del encuentro del psicoterapeuta con su cliente, y cuya finalidad es poder orientar el diagnóstico y el tratamiento del paciente”. Hay diversos modelos de entrevista, como por ejemplo el modelo médico, el psicoanalítico y el conductista.

Definición.- Es un instrumento que permite describir la personalidad del sujeto, evaluar sus posibilidades de cambio (pronóstico) y el tipo de estrategia terapéutica adecuada a su caso. La entrevista clínica tiene fundamentos teóricos y por otro lado una serie de reglas para su ejecución.

La entrevista busca registrar el comportamiento total, incluyendo el no verbal. También debe considerarse si la pidió el mismo consultante o si la pidió el entrevistador (como parte de su práctica). En cualquier caso no hay nunca observaciones puras: siempre se las interpreta de una u otra forma. De hecho, el entrevistador con sus fobias, obsesiones, etc., influye también en el desarrollo de la entrevista, y debe darse cuenta de sus propios conflictos y modos de ser. Además, debe procurar escuchar, más que juzgar, dar la razón o disentir, y sus intervenciones han de ser oportunas.

La transferencia y la contratransferencia deben utilizarse sólo como instrumentos técnicos de observación y comprensión. La ansiedad debe ser atentamente seguida porque indica el curso de la entrevista, lo mismo que las

defensas montadas por el consultante frente a la primera ansiedad de la situación donde será investigado por el psicólogo. También las defensas que aparecen luego frente a la ansiedad de mantenimiento, de tipo depresivo (miedo a perder el vínculo establecido) y cerca del final la ansiedad de separación, de tipo paranoide (el peligro de separarse).

José Bleger: La entrevista Psicológica.

La entrevista es un instrumento o técnica fundamental del método clínico y es un procedimiento de investigación científica de la psicología. Tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con las cuales no sólo se amplían y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se aplica. Identifica o hace confluir en el psicólogo las funciones de investigador o de profesional, ya que la técnica es el punto de interacción entre las ciencias y las necesidades prácticas; es así que la entrevista logra la aplicación de conocimientos científicos y al mismo tiempo obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica. Se incluye la técnica y la teoría de la técnica en la entrevista psicológica.

Objetivos

Una entrevista es en esencia, una conversación con un propósito: obtener información de la persona que está siendo entrevistada. Las entrevistas se suelen utilizar en el escenario clínico para averiguar, por qué alguien está buscando tratamiento y para llegar a un fin el cual es el diagnóstico; también se utiliza para comprobar el progreso del cliente en la terapia.

La entrevista clínica tiene fines diagnóstico (no hay interpretaciones ni señalamientos) y terapéuticos (hay interpretaciones y señalamientos), se utiliza para determinar o identificar el problema.

Fundamentos teóricos

La entrevista clínica tiene los siguientes fundamentos teóricos:

- ✦ Psicoanálisis.- técnicas psicológicas; Inconsciente, transferencia, contratransferencia, resistencia, proyección, introyección, etc. El psicoanálisis ha influido con el conocimiento de la dimensión inconsciente de la conducta, de la transferencia y de la contratransferencia, de la resistencia y la represión, de la proyección y de la introyección, etc.
- ✦ Conductismo.- observación del comportamiento. El conductismo ha influido con la importancia de la observación del comportamiento
- ✦ Gestalt.- Percibir la entrevista como un todo (como un conjunto donde sus elementos se relacionan), percepción del todo. La Gestalt ha aportado la comprensión de la entrevista como un todo en el cual el entrevistador es uno de sus integrantes, y considera el comportamiento de éste como uno de los elementos de la totalidad.
- ✦ Lingüística.- Formas de entender la lengua: significación, metáfora, metonimia; herramientas que nos ayudan para hacer un análisis del discurso.
- ✦ Topología.- Nos sirve para hacer un análisis situacional. La topología ha conducido a plantear y reconocer el campo psicológico y sus leyes, tanto como el enfoque situacional.
- ✦ Psicología experimental.-Mediante la experimentación que esta ofrece.

Tipos de entrevista

1. **Las entrevistas pueden ser libres y normalizadas (dirigidas).** La entrevista libre es similar a la conversación corriente entre dos personas. En la entrevista normalizada se han fijado previamente una serie de cuestiones que deben plantearse sistemáticamente; de esta forma los entrevistadores se enfrentan con situaciones similares y pueden establecer con mayor facilidad comparaciones entre las actitudes y

respuestas de los sujetos que con la entrevista libre, cuya única ventaja estribaría en que, prosiguiendo la conversación en las direcciones que marque el rumbo de la misma, se tienen más oportunidades de descubrir hechos significativos e inesperados.

II. Recientemente se han descrito dos formas especiales de entrevistas. La (stress) interviú y la interviú exhaustiva.

- La (stress) interviú (Freeman y Manson), tiene por finalidad determinar hasta qué punto y en qué forma un individuo puede controlarse cuando se le excita emocionalmente y cómo y cuánto tarda en recobrase. En el curso de la entrevista el sujeto tiene que realizar varios tests, algunos de ellos bastante difíciles. A la vez los examinadores producen interferencias en las tareas que tiene que realizar el sujeto y modifican su actitud haciendo éstos al principio cordial y acogedora y paulatinamente más fría y distante, a fin de provocar determinadas reacciones en el sujeto. De hecho la (stress) interviú tiene muchos puntos de contacto con la observación experimental y con los tests de conducta objetivos.
- La interviú exhaustiva tiene por objeto captar los mecanismos de defensa del sujeto y sus puntos débiles. Generalmente es de larga duración y se realiza conviviendo algún día o algo más de tiempo con el sujeto. Se ha utilizado en ocasiones para la selección de altos mandos empresariales.

En general, las entrevistas libres tienen una fiabilidad baja. Ésta aumenta cuando varios entrevistadores observan la misma entrevista. La fiabilidad de la entrevista normalizada es mayor. Probablemente lo mejor es combinar los aspectos favorables de los dos tipos de entrevista. La (stress) interviú ha demostrado ser menos fiable que las otras entrevistas, probablemente a consecuencia de sus efectos disruptores.

III. Las entrevistas pueden ser: **Abiertas (no estructuradas) o cerradas (estructuradas), dirigidas y semidirigidas.**

◆ Entrevistas abiertas (no estructuradas).- El entrevistador es libre de preguntar acerca de cualquier material que surja y de emplear preguntas para obtener más detalles siempre que sea apropiada. De manera ideal, el entrevistador trata de dirigir la conversación hacia una variedad de temas y estimula a la persona a expresar libremente sus experiencias, sentimientos y aptitudes. El entrevistador también pone atención a la conducta de la persona, como la manera de hablar, la serenidad o la tensión sobre ciertos temas. Con mucha frecuencia, las entrevistas de esta clase se utilizan en combinación con tests de personalidad más objetivos. Características:

- Es aquella que no necesita tener por anticipado las palabras precisas de las preguntas.
- Se posee libertad para formular las preguntas y las respuestas. No se guían por un cuestionario o modelo rígido de interrogantes.
- Poseen la ventaja de permitir un diálogo más profundo y rico, de presentar los hechos en toda su complejidad captando no sólo las respuestas a los temas elegidos sino también actitudes, valores y formas de pensar.
- En este tipo de entrevista las preguntas planteadas son de tipo: Abiertas.- donde se permite al informante responder con sus propias palabras. Proporcionan una variedad más amplia de respuestas. Ejemplo: "¿Qué planes de futuro tiene?" "¿Qué opina del gobierno actual?"

◆ Entrevista cerradas (estructuradas).- También llamadas dirigidas, esta se lleva a cabo cuando se requiere una investigación sistemática de la personalidad; en ella, el orden y el contenido de la pregunta se definen previamente, y el entrevistador trata de no desviarse del formato. Esta clase de entrevistas es menos personal, pero hace más probable que se obtenga información comparable de cualquier entrevistado. También

resulta más probable obtener información sobre temas sensibles que podrían no tocarse en una entrevista no estructurada. Características:

- Esta se desarrollan en base a un listado fijo de preguntas, cuyo orden y redacción permanece invariable.
- Se predeterminan en mayor medida las respuestas por obtener, y se fijan de antemano los elementos a tratar o sus interrogantes en un marco o tema preestablecido.
- En este tipo de entrevista las preguntas planteadas son de tipo: **Cerradas**: Donde el entrevistado debe de escoger una opción entre las respuestas alternativas a la pregunta.
- Contienen categorías o alternativas de respuestas que ya han sido delimitadas. Es decir, se le presentan a las personas las posibilidades de respuestas y ellos deben acomodarse a ellas la información derivada u obtenida es insuficiente cuando se desea profundizar en opiniones o información. Ejemplo: "¿Usted fuma?" Respuesta/ Si ó No "¿Tiene hijos?" Respuesta/ Si ó No

En ambas clases de entrevistas la habilidad y la conducta del entrevistador son importantes. El entrevistador necesita establecer una relación de empatía con la persona que está siendo entrevistada pero no involucrarse emocionalmente.

Clasificación de las entrevistas

1. Las entrevistas clínicas pueden ser dirigidas, semidirigidas y libres.

- ✦ La entrevista dirigida es un cuestionario pues no se cambian ni el orden ni la forma de las preguntas, que están predeterminadas. Sirve para obtener datos de la historia personal (anamnesis).
- ✦ En la entrevista libre las preguntas se adaptan a la personalidad del entrevistado.
- ✦ La entrevista semidirigida tiene algo de las dos anteriores y es la empleada en Psicodiagnóstico.

II. Las entrevistas pueden ser individuales (un solo consultante) o grupales (más de uno), aunque en rigor la entrevista siempre es grupal porque intervienen también los personajes imaginarios (vínculos interiorizados).

Diferencias de la entrevista clínica con anamnesis y consulta

- **La consulta.**- consiste en la solicitud de asistencia técnica o profesional, la que puede ser prestada o satisfecha de múltiples formas, una de las cuales puede ser la entrevista. Consulta no es sinónimo de entrevista, porque esta última es sólo uno de los procedimientos con los que el profesional puede atender la consulta.

- **La anamnesis.**- La entrevista no es una anamnesis. La anamnesis implica recopilación de datos previstos, de tal extensión y detalle, que permita obtener una síntesis tanto de la situación presente como de la historia de un individuo, de su enfermedad y de su salud. La preocupación y la finalidad residen en la recopilación de datos y el paciente queda reducido a un mediador entre su enfermedad, su vida y sus datos por un lado y el médico por el otro.
 - Parte del examen clínico que reúne todos los datos personales y familiares del enfermo, anteriores a la enfermedad.
 - Datos de la historia clínica recogidos por interrogatorio del enfermo.

La psicología clínica adoptó el término, en el campo de la psicología sufre transformaciones, las preguntas se vuelven subjetivas, no se cree en la objetividad: La respuesta debe ser subjetiva a la historia del sujeto. En la anamnesis nos referimos a los datos del sujeto que creemos necesarios para la evaluación del sujeto (datos pasados). Sobre los datos de la anamnesis infantil:

Embarazo, si es deseado o no, las condiciones físicas y psíquicas en el embarazo. En condiciones físicas, caídas, vómitos, pérdidas, tratamientos médicos en el feto y alimentación de la madre en el embarazo, alcohol,

control y vuelta a aparecer el descontrol). Desacuerdo en cuando es la edad a la que debe considerarse como un trastorno, a los 5 años hay remisión espontánea, a partir de los 6 años puede durar hasta la adolescencia.

- Sueño; con quien duerme o ha dormido, diferentes cohabitaciones o cohecho, horas de sueño. Dificultades para dormirse o al despertarse, ritos para irse a dormir, perturbaciones durante el sueño, soliloquio, funambulismo, pesadillas y terrores nocturnos.

Relación psicosocial

- Familia; relación con cada miembro de la familia, relación entre los padres. Separaciones temporales o muertes.
- Pautas educativas; uso del premio y castigo, responsabilidad/libertad del niño.
- Amigos; edad de los amigos, características de los amigos (más importante en adolescencia), tipo de juegos, solo o acompañado, televisión y lectura (horas).
- Escolaridad; cuando se inicia la escolaridad y como se inició, cambios de escuela y que pasó con el cambio, rendimiento escolar, relaciones con los compañeros y profesores.

Datos socioculturales, profesión y estudios de los padres, tipo de vivienda, barrio donde se encuentra, ideología (escala de valores de la familia) y posible religión.

Antecedentes patológicos, enfermedades. Listado exhaustivo de todas las enfermedades (trastornos neurológicos, convulsiones, traumatismos,...) y las enfermedades psicosomáticas (alergias y asma). Accidentes (por características autodestructivas), intervenciones quirúrgicas importantes, hospitalizaciones (por separación del entorno familiar).

II. Las entrevistas pueden ser individuales (un solo consultante) o grupales (más de uno), aunque en rigor la entrevista siempre es grupal porque intervienen también los personajes imaginarios (vínculos interiorizados).

Diferencias de la entrevista clínica con anamnesis y consulta

- **La consulta.**- consiste en la solicitud de asistencia técnica o profesional, la que puede ser prestada o satisfecha de múltiples formas, una de las cuales puede ser la entrevista. Consulta no es sinónimo de entrevista, porque esta última es sólo uno de los procedimientos con los que el profesional puede atender la consulta.

- **La anamnesis.**- La entrevista no es una anamnesis. La anamnesis implica recopilación de datos previstos, de tal extensión y detalle, que permita obtener una síntesis tanto de la situación presente como de la historia de un individuo, de su enfermedad y de su salud. La preocupación y la finalidad residen en la recopilación de datos y el paciente queda reducido a un mediador entre su enfermedad, su vida y sus datos por un lado y el médico por el otro.
 - Parte del examen clínico que reúne todos los datos personales y familiares del enfermo, anteriores a la enfermedad.
 - Datos de la historia clínica recogidos por interrogatorio del enfermo.

La psicología clínica adoptó el término, en el campo de la psicología sufre transformaciones, las preguntas se vuelven subjetivas, no se cree en la objetividad: La respuesta debe ser subjetiva a la historia del sujeto. En la anamnesis nos referimos a los datos del sujeto que creemos necesarios para la evaluación del sujeto (datos pasados). Sobre los datos de la anamnesis infantil:

Embarazo, si es deseado o no, las condiciones físicas y psíquicas en el embarazo. En condiciones físicas, caídas, vómitos, pérdidas, tratamientos médicos en el feto y alimentación de la madre en el embarazo, alcohol,

drogas, tabaco. En condiciones psíquicas, relación de pareja, experiencias traumáticas, ideas y fantasías sobre el embarazo.

Parto, si es a término (de 9 meses), la forma en que se presenta el bebé (de cabeza o no), duración del parto (las horas normales suelen ser 6-8 horas) y expulsión dura unos 30 minutos más o menos, sino más tiempo puede afectar al feto. Parto natural, sin dolor, etc. Complicaciones en general como cesáreas, fórceps, ventosas, hemorragias, etc. Estado anímico respecto al parto.

Neonatal, evaluación por el test de Apgar, resume los datos relevantes del estado del bebé (del año 1953), tiene en cuenta 5 variables, color de la piel, respiración, actividad cardíaca, tono muscular y excitabilidad refleja. Variables puntuables con 2(óptimo), 0(problemas). El puntaje máximo es de 10 y se practica al minuto y a los 5 minutos. Analizando las variables:

- Color de la piel: 2 rosado, 1 cianosis distal (extremidades), 0 cianosis y palidez
- Respiración: 2 llanto, 1 lenta y regular pero llanto débil que indica hipo ventilación, 0 ausente
- Actividad cardíaca: 2 más de 100, 1 menos de 100, 0 ausente
- Tono muscular: 2 movimientos activos y buen tono de flexión, 1 ligero tono en flexión de las extremidades, 0 hipotonismo.
- Excitabilidad refleja: 2 tos estornudo y llanto, 1 muecas, 0 no hay respuesta.

En un puntaje entre 8-10 se considera correcto, en puntuación de 6-8 se requiere de observación y repetir el test a los 5 minutos, la puntuación de 4-6 reanimación por sonda nasal, respirador o ventilación; puntuación de 2-4 incubadora. Posible retraso mental profundo.

Lactancia, materna, artificial o mixta. Si ocurre adecuadamente, duración e intervalos entre las mamadas, reacción de la madre, cuando termina la lactancia.

Desarrollo, distintos niveles:

- Motriz, aguantar la cabeza (ayudado estando en brazos 3-4 meses), sentado (6), gateo (6-7 se sostiene, 8-10 se desplaza), mantenerse de pie (10-11), deambulaci3n (al a1o). Primordial saber la edad de la deambulaci3n, si es correcto esto, lo anterior tambi3n lo ser3. Si no se recuerda esto es que pasa algo.
- Lenguaje, primeras palabras (12-15 meses) esencial, primeras frases (2-3 a1os). Saber que lengua hay en la familia o si hay bilingüismo. Perturbaciones, tartamudeo, mala pronunciaci3n o dificultad en comprender o expresar.
- Sexual; la curiosidad del ni1o (preguntar diferencias entre ni1o-ni1a y sobre el parto, las preguntas sobre el acto sexual no las suelen plantear a los padres, 7-8 a1os). Masturbaci3n en ni1os peque1os, si el ni1o ha visto o ha sido objeto de abusos en lo referente a lo sexual.
- Dentici3n; a veces no sale en anamnesis, sobre el primer diente, la segunda dentici3n o los ritos familiares a prop3sito de la segunda dentici3n.

H3bitos

- Alimentaci3n; al nacer cada 3 horas y de 6-7 comidas, segundo mes 5 comidas, cuarto mes 4 comidas. Paso de l3quidos a semil3quidos y a s3lidos, y del dulce al salado. Lo que hacen los ni1os frente al cambio nos dice mucho de 3l. El sano disfruta con los cambios, los patol3gicos tienen una actitud muy conservadora. Los apoyos a la hora de comer, si come solo, apetito o trastornos del apetito, v3mitos f3sicos o psicol3gicos, comer tierra o yeso...
- Control de los esf3nteres; preguntar sobre el control vesical y anal nocturno y diurno. A los 18-21 mese limpio de d3a con accidentes, 24 meses control d3a y noche, lo 3ltimo en adquirir es el control vesical nocturno. Enuresis: no control vesical. Encopresis: no control anal. Los trastornos anteriores pueden ser primarios (trastorno siempre presente), secundario (per3odo de

control y vuelta a aparecer el descontrol). Desacuerdo en cuando es la edad a la que debe considerarse como un trastorno, a los 5 años hay remisión espontánea, a partir de los 6 años puede durar hasta la adolescencia.

- Sueño; con quien duerme o ha dormido, diferentes cohabitaciones o cohecho, horas de sueño. Dificultades para dormirse o al despertarse, ritos para irse a dormir, perturbaciones durante el sueño, soliloquio, funambulismo, pesadillas y terrores nocturnos.

Relación psicosocial

- Familia; relación con cada miembro de la familia, relación entre los padres. Separaciones temporales o muertes.
- Pautas educativas; uso del premio y castigo, responsabilidad/libertad del niño.
- Amigos; edad de los amigos, características de los amigos (más importante en adolescencia), tipo de juegos, solo o acompañado, televisión y lectura (horas).
- Escolaridad; cuando se inicia la escolaridad y como se inició, cambios de escuela y que pasó con el cambio, rendimiento escolar, relaciones con los compañeros y profesores.

Datos socioculturales, profesión y estudios de los padres, tipo de vivienda, barrio donde se encuentra, ideología (escala de valores de la familia) y posible religión.

Antecedentes patológicos, enfermedades. Listado exhaustivo de todas las enfermedades (trastornos neurológicos, convulsiones, traumatismos,...) y las enfermedades psicosomáticas (alergias y asma). Accidentes (por características autodestructivas), intervenciones quirúrgicas importantes, hospitalizaciones (por separación del entorno familiar).

Antecedentes patológicos familiares, enfermedades relevantes en la familia, enfermedades mentales, físicas y aquellas que son similares a las del niño.

- **La entrevista psicológica.-** es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico de esta relación es que uno de los integrantes es un técnico de la psicología que debe actuar ese rol, y el otro necesita de su intervención técnica. Consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber qué es lo que está pasando en la misma y debe actuar según este conocimiento. La regla básica ya no consiste en obtener datos completos de la vida total de una persona, sino de su comportamiento total en el curso de la entrevista. Este comportamiento total incluye lo que recogeremos escuchando, vivenciando y observando, de tal manera que quedan incluidas las 3 áreas del comportamiento del entrevistado.

La entrevista como campo

En la entrevista tenemos configurado un campo, es decir que entre los participantes se estructura una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece. Se podría decir que el entrevistador controla la entrevista, pero que quien la dirige es el entrevistado. La relación entre ambos delimita, determina el campo de la entrevista y todo lo que en ella acontece, pero el entrevistador debe permitir que el campo de la relación interpersonal sea predominantemente establecido y configurado por él.

Ninguna situación puede lograr la emergencia de la totalidad de conductas de una persona, y por lo tanto, ninguna entrevista puede agotar la personalidad del paciente, sino solo un segmento de la misma.

Para obtener el campo particular de la entrevista que hemos reseñado, debemos contar con un encuadre fijo, que consista en una transformación de cierto conjunto de variables en constantes. Dentro de este encuadre se incluyen, no sólo la actitud técnica y el rol del entrevistador sino también los objetivos y el lugar y el tiempo de la entrevista. El encuadre funciona como una

especie de estandarización de la situación, estímulo que ofrecemos al entrevistado pretendiendo, no que deje de actuar como estímulo para él, sino que deje de oscilar como variable para el entrevistador. Si el encuadre se modifica (p.ej: porque la entrevista se realiza en un sitio diferente), esta modificación tiene que ser considerada como una variable sujeta a la observación tanto como lo es el mismo entrevistado.

Caracterización de la entrevista psicológica

El observador participante

En la entrevista el entrevistador forma parte del campo, es decir, en cierta medida condiciona los fenómenos que él mismo va a registrar. Se plantea entonces el interrogante de la validez que pueden tener los datos recogidos en estas condiciones.

La máxima objetividad que podemos lograr, sólo se alcanza cuando se incorpora al sujeto observador como una de las variables del campo. Si el observador está condicionando el fenómeno que observa, se puede objetar que en tal caso no estamos estudiando el fenómeno tal cual es, sino en relación con nuestra presencia, con lo cual ya no se hace una observación en condiciones naturales.

Pero las condiciones naturales de la conducta humana son las condiciones humanas, toda la conducta se da siempre en un contexto de vínculos y relaciones humanas y la entrevista no es una distorsión de las pretendidas condiciones naturales, sino todo lo contrario: la entrevista es la situación "natural" en que se da el fenómeno que nos interesa justamente estudiar: el fenómeno psicológico.

Entrevista e investigación

La entrevista es un campo de trabajo en el cual investiga la conducta y la personalidad de seres humanos. Una entrevista tiene su clave fundamental en la investigación que se realiza en su decurso. Las observaciones que se

registran en la misma, lo son siempre en función de hipótesis que va emitiendo el observador. La forma de observar bien es la de ir formulando la hipótesis mientras se observa, y en el curso de de la entrevista verificar y rectificar las hipótesis durante su transcurso mismo en función de las observaciones subsiguientes, que a su vez se enriquecen con las hipótesis previas.

El pensar sobre lo que se está haciendo debe intervenir en todas las acciones humanas, y cuando esto se realiza sistemáticamente en un campo de trabajo definido, sometido a verificación lo que se ha pensado, se está realizando una investigación.

El grupo en la entrevista

Entrevistador y entrevistado constituyen un grupo. Se diferencia de otros grupos más generales, en que uno de sus integrantes asume un rol específico y tiende a cumplir determinados objetivos.

La interdependencia e interrelación, el condicionamiento recíproco de sus respectivas conductas, se realiza a través del proceso de la comunicación, entendiéndose por tal, el hecho de que la conducta de uno (consciente o no) actúa (en forma intencionada o no) con estímulo para la conducta del otro, y a su vez, ésta re-actúa en calidad de estímulo para las manifestaciones del primero.

En este proceso a palabra juega un rol de enorme gravitación, pero interviene también activamente la comunicación pre-verbal: gestos, actitudes, timbre, y tonalidad afectiva de la voz, etc. El tipo de comunicación que se establece es altamente significativo de la personalidad del entrevistado, especialmente el carácter de sus relaciones interpersonales, es decir de su modalidad para relacionarse con sus semejantes.

Transferencia y contratransferencia.

La transferencia es la actualización de sentimientos actitudes y conductas inconscientes, por parte del entrevistado; que corresponden a pautas que éste ha establecido en el curso de su desarrollo, especialmente en la relación

interpersonal con su medio familiar. La observación de estos fenómenos nos pone en contacto con aspectos de la conducta y de la personalidad del entrevistado que no entran entre los elementos que él puede referir o aportar voluntaria o conscientemente, pero agregan una dimensión importante al conocimiento de la estructura de su personalidad y al carácter de sus conflictos.

En la transferencia el entrevistado asigna roles al entrevistador y se compone en función de las mismas. Con la transferencia el entrevistado aporta aspectos irracionales o inmaduros de su personalidad, su grado de dependencia, su omnipotencia y su pensamiento mágico. En ellos es donde el entrevistador podrá encontrar lo que el entrevistado espera de él.

En la contratransferencia se incluyen todos los fenómenos que aparecen en el entrevistador, como emergentes del campo psicológico que se configura en la entrevista; son las respuestas del entrevistador a las manifestaciones del entrevistado, el efecto que tiene sobre él. Dependen de alto grado de la historia personal del entrevistador, pero si aparecen o se actualizan en un momento dado en la entrevista es porque en ese momento hay factores que se operan para que ellos sucedan así.

Transferencia y contratransferencia son fenómenos que aparecen en toda relación interpersonal y por eso mismo también se dan en la entrevista. La diferencia reside en que en ésta última deben ser utilizados como instrumentos técnicos de observación y comprensión.

Ansiedad en la entrevista

Entrevistado y entrevistador se enfrentan con una situación desconocida, ante la cual no tienen todavía estabilizadas pautas reaccionales adecuadas, y la situación no organizada implica una cierta desorganización de la personalidad de cada uno de los participantes; esa desorganización es la ansiedad.

interpersonal con su medio familiar. La observación de estos fenómenos nos pone en contacto con aspectos de la conducta y de la personalidad del entrevistado que no entran entre los elementos que él puede referir o aportar voluntaria o conscientemente, pero agregan una dimensión importante al conocimiento de la estructura de su personalidad y al carácter de sus conflictos.

En la transferencia el entrevistado asigna roles al entrevistador y se compone en función de las mismas. Con la transferencia el entrevistado aporta aspectos irracionales o inmaduros de su personalidad, su grado de dependencia, su omnipotencia y su pensamiento mágico. En ellos es donde el entrevistador podrá encontrar lo que el entrevistado espera de él.

En la contratransferencia se incluyen todos los fenómenos que aparecen en el entrevistador, como emergentes del campo psicológico que se configura en la entrevista; son las respuestas del entrevistador a las manifestaciones del entrevistado, el efecto que tiene sobre él. Dependen de alto grado de la historia personal del entrevistador, pero si aparecen o se actualizan en un momento dado en la entrevista es porque en ese momento hay factores que se operan para que ellos sucedan así.

Transferencia y contratransferencia son fenómenos que aparecen en toda relación interpersonal y por eso mismo también se dan en la entrevista. La diferencia reside en que en ésta última deben ser utilizados como instrumentos técnicos de observación y comprensión.

Ansiedad en la entrevista

Entrevistado y entrevistador se enfrentan con una situación desconocida, ante la cual no tienen todavía estabilizadas pautas reaccionales adecuadas, y la situación no organizada implica una cierta desorganización de la personalidad de cada uno de los participantes; esa desorganización es la ansiedad.

interpersonal con su medio familiar. La observación de estos fenómenos nos pone en contacto con aspectos de la conducta y de la personalidad del entrevistado que no entran entre los elementos que él puede referir o aportar voluntaria o conscientemente, pero agregan una dimensión importante al conocimiento de la estructura de su personalidad y al carácter de sus conflictos.

En la transferencia el entrevistado asigna roles al entrevistador y se compone en función de las mismas. Con la transferencia el entrevistado aporta aspectos irracionales o inmaduros de su personalidad, su grado de dependencia, su omnipotencia y su pensamiento mágico. En ellos es donde el entrevistador podrá encontrar lo que el entrevistado espera de él.

En la contratransferencia se incluyen todos los fenómenos que aparecen en el entrevistador, como emergentes del campo psicológico que se configura en la entrevista; son las respuestas del entrevistador a las manifestaciones del entrevistado, el efecto que tiene sobre él. Dependen de alto grado de la historia personal del entrevistador, pero si aparecen o se actualizan en un momento dado en la entrevista es porque en ese momento hay factores que se operan para que ellos sucedan así.

Transferencia y contratransferencia son fenómenos que aparecen en toda relación interpersonal y por eso mismo también se dan en la entrevista. La diferencia reside en que en ésta última deben ser utilizados como instrumentos técnicos de observación y comprensión.

Ansiedad en la entrevista

Entrevistado y entrevistador se enfrentan con una situación desconocida, ante la cual no tienen todavía estabilizadas pautas reaccionales adecuadas, y la situación no organizada implica una cierta desorganización de la personalidad de cada uno de los participantes; esa desorganización es la ansiedad.

El entrevistado solicita ayuda técnica o profesional cuando experimenta ansiedad o se ve perturbado por los mecanismos defensivos frente a la misma. Frente a la entrevista y durante la misma se pueden incrementar tanto su ansiedad como sus mecanismos defensivos, porque lo desconocido que se enfrenta no es solo una situación externa nueva, sino también el peligro de lo que desconoce de su propia personalidad.

La ansiedad del entrevistador es uno de los factores más difíciles de manejar, porque ella es el motor del interés en la investigación y del interés en penetrar lo desconocido. Toda investigación requiere la presencia de ansiedad frente a lo desconocido y el investigador tiene que poseer la capacidad para tolerarla y poder instrumentarla, sin lo cual se cierra la posibilidad de una investigación eficaz; esto último ocurre también cuando el investigador se ve abrumado por la ansiedad o recurre a mecanismos defensivos frente a la misma (racionalización, formalismo, etc.).

Variables del entrevistador (psicólogo)

El instrumento de trabajo del entrevistador es él mismo, su propia personalidad, que entra si o si en juego en la relación interpersonal; con el agravante de que el objeto que debe estudiar es otro ser humano; el contacto directo con seres humanos enfrenta así al técnico con su propia vida, su propia salud o enfermedad, sus propios conflictos y frustraciones. Si no gradúa este impacto su tarea se hace imposible: o tiene mucha ansiedad y entonces no puede actuar, o bien bloquea la ansiedad y la tarea es estéril.

El entrevistador debe operar disociado: en parte actuando con una identificación proyectiva con el entrevistado y en parte permaneciendo fuera de esta identificación, observando y controlando lo que ocurre, de manera de graduar así el impacto emocional y la desorganización ansiosa. Esta disociación con la que tiene que operar el entrevistador es a su vez funcional o dinámica, en el sentido que tiene que actuar permanentemente la proyección e introyección, y tiene que ser lo suficientemente plástica o "porosa" para que pueda permanecer en los límites de una actitud profesional.

Una mala disociación con intensa y permanente ansiedad, hace que el psicólogo desarrolle conductas fóbicas u obsesivas frente a sus entrevistas, y entonces evita hacer entrevistas o interpone instrumentos y test para evitar el contacto personal y la ansiedad consiguiente. La defensa obsesiva se manifiesta en cambio en entrevistas estereotipadas en que todo está arreglado y previsto, en la elaboración rutinaria de historias clínicas; la entrevista se transforma en un ritual. Otro riesgo es el de la proyección de los propios conflictos sobre el entrevistado y una cierta compulsión a ocuparse, indagar o hallar perturbaciones en la esfera en que las está negando en sí mismo.

El entrevistador tiene que jugar los roles que le son promovidos por el entrevistado, pero sin asumirlos en totalidad. Jugar el rol significa percibir el rechazo, comprender; hallar los elementos que lo promueven, las motivaciones del entrevistado para que ello ocurra y utilizar esta información para esclarecer el problema o para promover su modificación en el entrevistado. Cuanto más psicópata el entrevistado, tanto más fácil se posibilita que el entrevistador asuma y actúe los roles. Asumir el rol implica la ruptura del encuadre de la entrevista. Fastidio, ira, bloqueo, lástima, cariño, rechazo, seducción, etc., son todos los indicios contratransferenciales que el entrevistador debe percibir como tales en la medida en que se producen y tiene que resolverlos analizándolos para sí mismo en función de la personalidad del entrevistado, de la suya propia y en función del contexto y el momento en que aparecen en la comunicación.

Variables del entrevistado (paciente)

En términos generales, para que una persona concurra a una consulta, debe haber llegado a una cierta percepción o insight que algo no anda bien, de que algo ha cambiado o modificado o bien, se percibe a sí mismo, con ansiedad y temores. Schilder ha reunido en cinco grupos los individuos que concurren al médico ellos son: 1) lo que concurren por quejas corporales; 2) por quejas mentales; 3) por quejas debidas a la falta de éxito; 4) por quejas referentes a dificultades en la vida diaria; 5) por quejas de otras personas.

Siguiendo en cambio la división de P. Riviere de las áreas de conducta, podemos considerar tres grupos, según que el predominio recaiga sobre los síntomas, quejas o problemas en el área de la mente, del cuerpo o del mundo externo. El paciente puede tener quejas o acusaciones, en el primer caso predomina la ansiedad depresiva mientras que en el segundo la ansiedad paranoide.

Podemos reconocer y diferencia entre el entrevistado que viene a la consulta del que traen o aquel que "lo han mandado". El que viene, tiene u cierto insight de su enfermedad y corresponde al paciente neurótico; mientras que el psicótico, en cambio, es traído. El que no tiene motivos para venir pero viene porque lo han mandado, corresponde a la psicopatía: es aquél que hace actuar a otros y delega en otro sus preocupaciones y malestares.

El que viene a la consulta es siempre un emergente de los conflictos grupales de la familia; diferenciamos además entre el que viene solo y el que viene acompañado, que representan distintos grupos familiares.

El que viene solo es un representante de un grupo familiar esquizoide, en el que la comunicación entre sus miembros es precaria, vienen dispersos o separados, con un grado acentuado de bloqueo afectivo. Otro grupo familiar es aquél en el cual vienen varios a la consulta y el técnico tiene la necesidad de preguntar quién es el entrevistado o por quién vienen; es el grupo epileptoide, con un alto grado de simbiosis o interdependencia.

Otro tipo es el que viene acompañado por una persona, familiar o amigo, que es el caso del fóbico que necesita acompañante.

En los grupos que concurren a la consulta, el psicólogo no tiene por qué aceptar el criterio de la familia sobre quién es el enfermo, sino que debe actuar considerando a todos sus miembros implicados y al grupo como enfermo. En estos casos, el estudio de interjuego de roles y de la dinámica del grupo son los elementos que sirven de orientación para hacer tomar insight de la situación a todo el grupo.

Funcionamiento de la entrevista (variables constitutivas del encuadre)

Lo que ofrece en entrevistador debe ser lo suficientemente ambiguo como para permitir la mayor puesta en juego de la personalidad del entrevistado.

Existe un límite donde la ambigüedad no debe existir, éste cubre todos los factores que intervienen en el encuadre de la entrevista: tiempo, lugar y rol técnico del profesional:

El tiempo se refiere a un horario y un límite en la extensión de la entrevista;

El espacio abarca el marco o el terreno ambiental en el cual se realiza la entrevista.

El rol técnico significa que en ningún caso el entrevistador debe permitir ser presentado como un amigo en un encuentro fortuito. Tampoco debe el entrevistador entrar con sus reacciones ni con el relato de su vida, tampoco entrar en relaciones comerciales o de amistad, ni pretender ningún beneficio de la entrevista que no sean sus honorarios y su interés científico o profesional. Tampoco debe ser utilizada como una gratificación narcisista en la que se juega de mago con un despliegue de omnipotencia. La curiosidad debe limitarse a lo necesario para el beneficio del entrevistado.

Todo lo que sienta como reacción contra transferencial debe ser considerado como un dato de la entrevista, no debiendo responder ni actuar frente al rechazo, la rivalidad o la envidia del entrevistado. La petulancia o actitud arrogante o agresiva del entrevistado no debe ser ni cómoda ni sometida; no se trata ni de triunfar ni de imponerse al entrevistado. Lo que nos corresponde es averiguar a qué se deben, como funcionan y qué efectos acarrea al entrevistado. El entrevistado tiene derecho, aunque tomemos nota de ello e inclusive advirtamos al mismo entrevistado sobre su represión o su desconfianza.

La apertura de la entrevista tampoco debe ser ambigua, pronunciando frases generales o de doble sentido. El entrevistado debe ser recibido cortésmente

pero no efusivamente; si se tiene datos del entrevistado proporcionada por otra persona, se le debe informar tanto como anticipar al informante, al comienzo de la entrevista que estos datos serán mantenidos en reserva. La reserva del entrevistador para con los datos que proporciona el entrevistado se halla implícita en la entrevista, y si de la misma se eleva un informe a la institución, esto debe también conocerlo el entrevistado. La reserva y el secreto profesional rigen también para los enfermos sicóticos y para el material de las entrevistas con los niños; en este último caso, no debemos sentirnos autorizados para relatarle a los padre detalles de la entrevista con sus hijos.

El fin de la entrevista debe ser respetado como todo el encuadre, y la reacción a la separación es un dato de gran importancia, tanto como la evaluación de cómo se va el entrevistado y cómo quedamos nosotros contra transferencialmente con él.

Empatía terapéutica.

Como técnica cognitiva, el objetivo de la empatía es para dar al paciente la oportunidad de manifestar las emociones y sentirse comprendido. Se realiza muy poco o ningún esfuerzo en retar o refutar cualquier cosa que este diciendo el paciente. Más bien, el objetivo es proveer aporte emocional e intentar ver el mundo a través de los ojos del paciente. Intentar mostrar al paciente que se es su aliado y que puede apoyarse - a un nivel intelectual y emocional- en uno para lo que tenga que afrontar.

El terapeuta puede usar tres poderosas habilidades de escucha para conseguir estos objetivos. Estas son:

- ✓ La Técnica del Desarme: el terapeuta se introduce en lo que dice el paciente. El terapeuta encuentra parte de verdad en lo que afirma el paciente, incluso si esas afirmaciones parecen ilógicas y poco razonables.
- ✓ Empatía de Pensamientos y Emociones: el terapeuta se muestra comprensivo en lo que dice el paciente parafraseando las palabras (Empatía de pensamiento); el terapeuta también se muestra comprensivo

de como el paciente se siente, mostrándose como se expresa el paciente (empatía de sentimientos)

- ✓ Exploración: El terapeuta también, de forma amable, usa dos poderosas habilidades de auto-expresión cuando empatiza con el paciente. Estas son:

Afirmaciones "Me siento": El terapeuta expresa con tacto sus sentimientos desde un nivel de lenguaje apropiado y profesional.

- ✓ Apoyo: El terapeuta expresa respeto por el paciente, incluso si el paciente y terapeuta se sienten frustrados o disgustados entre sí.

Dominar de forma apropiada estos cinco métodos supone un gran reto que requiere un considerable entrenamiento. Incluso aunque puedan parecer muy normales sobre el papel, pueden ser increíblemente difíciles de aplicar en las situaciones de la vida real, especialmente cuando el terapeuta se siente atacado por la ira del paciente o cuando las afirmaciones del paciente parecen completamente irrazonables desde la perspectiva del terapeuta.

La empatía es particularmente importante en tres fases cruciales de la terapia:

- 1) Al comienzo del tratamiento, cuando el paciente tiene que contar su historia. La catarsis emocional puede proporcionar una importante unión entre terapeuta y paciente.
- 2) En cualquier momento de las sesiones de terapia cuando el paciente repentinamente se siente abrumado por una emoción -tal como miedo, pánico, ira, o desesperación- El terapeuta debería inmediatamente poner todas las técnicas cognitivas-conductuales a un lado y ofrecer apoyo emocional. Una vez que el paciente ha expresado esos sentimientos y verse entendido y aceptado, se puede volver a la intervención terapéutica de nuevo.

- 3) En cualquier momento que haya una ruptura de la alianza terapéutica debido a que el paciente se siente disgustado con el terapeuta. Esto puede ser debido a que el paciente se siente herido, airado, desconfiado, no comprendido, juzgado, rechazado o criticado por el terapeuta.

La interpretación

Un interrogante frecuente e importante es el de sí se debe interpretar en las entrevistas realizadas con fines diagnósticos. En este sentido hay posiciones muy variadas, entre las que se cuenta, por ejemplo, la de Rogers, quien no sólo no interpreta sino que tampoco pregunta, alentando al entrevistado a proseguir recurriendo a distintas técnicas.

En la entrevista diagnóstica se debe interpretar por sobre todo cada vez que la comunicación tienda a interrumpirse o distorsionarse. Otro caso muy frecuente en el que tenemos que intervenir es para relacionar lo que el mismo entrevistado ha estado comunicando. Para interpretar, nos debemos guiar por el monto de ansiedad que estamos resolviendo y por el monto de ansiedad que creamos, teniendo en cuenta también si se va a dar otras oportunidades para que el entrevistado pueda resolver ansiedades que vamos a movilizar. En todos los casos, debemos interpretar sólo sobre emergentes, sobre lo que realmente está operando en el aquí y ahora de la entrevista.

Además, siempre que se interprete, se debe saber que la interpretación es una hipótesis que debe ser verificada o rectificada en el mismo campo de trabajo por la respuesta que movilizamos o condicionamos al poner en juego dicha hipótesis.

El óptimo alcance de una entrevista es el de la entrevista operativa, en la cual se tiende a comprender y esclarecer un problema o una situación que el entrevistado aporta como centro o motivo de la entrevista.

Partes de una entrevista clínica

Entrevista inicial (análisis de datos)

- ✦ Quien hace la demanda
- ✦ Datos de identificación socio-familiar
- ✦ Motivo de consulta: síntomas principales, factores desencadenantes
 - √ Aparición del problema
 - √ Causa o acontecimientos paralelos a la aparición de los síntomas
 - √ Desarrollo o evolución
 - √ Tratamientos
 - √ Antecedentes en familia
 - √ Vivencias de los síntomas
 - √ Situación actual: frecuencia, intensidad, duración, antecedentes consecuentes
- ✦ Otros problemas que aparecen
- ✦ Área de funcionamiento positivo
- ✦ Datos biográficos relevantes
 - √ Familia y ambiente
 - √ Saludos
 - √ Educación
 - √ Trabajo
 - √ Tiempo libre
 - √ Alimentación
 - √ Sueño
- ✦ Comportamiento en las entrevistas
- ✦ Hipótesis diagnósticas
- ✦ Selección de variables e instrumentos de evaluación

GUÍA O EJEMPLO DE CÓMO LLEVAR UNA ENTREVISTA CLÍNICA

1. ¿Cómo se presentó el paciente? ¿Qué aspecto tenía? ¿Cuál fue su actitud corporal, su forma de mirar –directa, evasiva–, de dar la mano, etc.? Tipo de discurso: fluido, entrecortado, etc. ¿Cómo hablaba – con malhumor o rabia, por ejemplo? ¿Hubo hipercontrol, desborde emocional?
2. ¿Cómo se relacionó con el terapeuta? Ejemplos: sumiso, pasivo, autoritario/dominante, desconectado afectivamente, sobre involucrando emocionalmente al terapeuta, desafiante, atemorizado, confiado, suspicaz, desbordante en su discurso, desvalorizante, idealizante, exhibicionista, etc.
3. Motivo manifiesto que presentó como causa de la consulta: síntomas, rasgos de carácter que le resultan insatisfactorios, relaciones interpersonales que considera conflictivas.
4. ¿Los distintos personajes que fue introduciendo en su relato, tendieron a ser vistos bajo la misma perspectiva? ¿Fue variando los personajes de su relato pero todos ellos fueron considerados como atacantes o traicioneros o inadecuados o egoístas o maravillosos o salvadores o abandonantes? ¿Se puede ir construyendo un molde o patrón que trasciende a los personajes?
5. ¿Cómo fue encadenando los distintos temas de los que habló? La secuencia del desarrollo de la entrevista es esencial, pues lo que sigue a algo puede ser la forma de defenderse, de evadir, de compensar lo anterior. El relato se puede ver como un proceso en que sus partes resultan ser consecuencia de cómo el paciente va reaccionando a lo que él mismo dice y, muy especialmente, a lo que piensa que será la reacción del terapeuta.
6. Pese a la importancia que tiene el relato, el riesgo es quedar atrapado en la historia: resulta necesario conectarse con la intención del relato –qué desea el paciente que sienta el terapeuta, bajo qué imagen desea que le vea–.
7. Identidad desde la que actúa, habla, desde la que construye su relato; ¿desde la identidad de sufriente, de abnegado, de perseguido, de personaje maravilloso, de hallarse en peligro, del que siente que no tiene control sobre su mente o cuerpo?
8. ¿Qué relación hubo entre aquello de lo que hablaba y la forma de hacerlo, entre el contenido temático de su discurso y la forma de vincularse con el terapeuta? ¿Reproduce en su forma de relacionarse las conductas que en su relato atribuye a otros?
9. ¿Cómo evolucionó el paciente a lo largo de la entrevista? Variaciones especialmente en sus estados afectivos, en el tipo de contacto con el terapeuta. ¿Las imágenes que fue presentando de sí mismo y de los otros fueron estables a lo largo de la entrevista o pasaba, sin notar las contradicciones, de representaciones idealizadas a otras totalmente negativas? ¿El relato era caótico, confuso, o excesivamente ordenado y meticuloso, apegado a la realidad, sin que emergieran fantasías, deseos?

10. Datos de la historia del paciente surgidos en la entrevista: sucesos significativos, recuerdos infantiles. Experiencias traumáticas, desamparo, pérdidas, separaciones, humillaciones, agresiones físicas, emocionales, sexuales, enfermedades, etc.-. La representación que tiene de sus padres, la forma en que recuerda episodios o los omite. También, lo que los padres decían –sus discursos, sus mitos, sus concepciones e ideales-.
11. Lo que el paciente omite y que el terapeuta siente como un hueco en el relato, es decir, algo que tendría que estar presente por lo que el paciente va diciendo, pero que no es explicitado –sexualidad, por ejemplo.
12. Contratransferencia: ¿cómo se sintió el terapeuta? ¿cómodo, valorizado, denigrado, exigido, ansioso, asustado, impotente, eufórico, grandioso, redentor, alegre, abrumado, desbordado, sorprendido, confundido, manipulado, indignado, etc.? ¿Qué conducta del paciente, qué sentimientos, qué fantasías, qué forma de presentar las cosas pueden haber contribuido a activar en el terapeuta los estados de ánimo mencionados? ¿Qué conflictos del terapeuta, qué aspecto de su historia es activado por este paciente en particular? ¿Los sentimientos que tuvo frente a este paciente, los experimentó ese día frente a otros pacientes o los suele tener con cierto tipo de gente?
13. Rol que el paciente tendió a inducir en el terapeuta. ¿El rol del que escucha debiendo estar pasivo, del que debe ser un aliado en sus peleas con otros, del que discute, del que se debe compadecer, del que debe aconsejar y orientar en la vida, del que debe fijar límites y ocuparse del sentido de realidad, del que se debe encargar de proteger el tratamiento, del que todo lo puede arreglar?
14. ¿Cómo respondió, corporalmente –expresión facial, movimiento de las manos, cambios de posición y en el discurso verbal, ante las intervenciones del terapeuta? ¿Cómo reaccionó el paciente si el terapeuta se apartó del rol asignado? ¿Con depresión, pasividad, rabia, amenazas abiertas o encubiertas de retirarse o de actuación auto agresiva? En este sentido, ¿el terapeuta se sintió libre para explorar temas, para hacer algún comentario que creyó pertinente? ¿El paciente recibió las intervenciones del terapeuta como omnipotentes, como regalos, como ofensas narcisistas, como mandatos superyoicos a cumplir, como amenazantes, como dotadas de segundas intenciones –seducción, manipulación, etc.?
15. ¿El paciente colaboró? ¿La colaboración fue excesiva, se hiper-adaptó al marco terapéutico, se detectó hostilidad encubierta, racionalizó sus resistencias, apareció motivado para una alianza terapéutica?
16. ¿Demostró penetración psicológica, capacidad de introspección, capacidad para detectar el efecto que pudiera estar creando en el otro, riqueza en su vida de fantasía y nivel simbólico-verbal? ¿Se le ve como un paciente apto para la psicoterapia de insight, para tolerar la angustia, o requiere medidas inmediatas para contener la angustia o sus síntomas?
17. ¿Pudo obtener el terapeuta algún indicio, a manera de primera hipótesis tentativa, sobre deseos inconscientes importantes para el paciente? ¿Sobre la forma en que reacciona ante sus deseos? ¿Sobre cómo espera que sus deseos sean tomados por el terapeuta? ¿Sobre cómo se ubica frente al deseo del terapeuta o de otros personajes a los que introdujo en la entrevista?

Entrevista Psicológica- Historia Clínica

○ Anamnesis

Es donde se recogen datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, historia de la enfermedad actual. Sin embargo, este esquema varía de acuerdo con las diferentes instituciones psicológicas e incluso con las distintas modalidades del terapeuta según sea conductista, psicoanalista o biólogo.

Datos de filiación e identificación del paciente

Nombre, edad, sexo, estado civil, lugar de origen y de residencia, estudios realizados, profesión, situación laboral y socioeconómica, religión, previsión. (Importante consignar la fecha de la entrevista):

- **Datos personales o filiales:**
- **Nombres y apellidos:** Nos indica la procedencia, los padres son conocidos por los hijos, si tienen familia, si son hijos naturales o reconocidos. Hay nombres típicos de ciertas regiones.
- **Instrucción (analfabeto-primaria-secundaria-superior):** Para determinar el estado socio-económico.
- **Ocupación:** Capacidad física y mental; estrato social.
- **Estado civil:**
- **Número de hijos:** Capacidad de salud reproductiva.
- **Religión:** Preparación espiritual-inquietud de interés por su formación espiritual.
- **Lugar y fecha de nacimiento:** Sitio urbano o suburbano y tiempo de vida.
- **Edad:** Compatibilidad entre el tiempo cronológico y maduracional. Hay enfermedades que son características en determinada edad.
- **Dirección domiciliaria:** Ambiente que lo rodea y sus influencias en la formación de su personalidad.
- **Teléfonos:**

Preguntas Sesión inicial:

Adultos

- 1.- ¿Podría decirme que lo trajo aquí?
- 2.- ¿Cuándo consideró por primera vez buscar algún tipo de ayuda?
- 3.- ¿Por qué en ese momento?
- 4.- ¿Qué sucedió ese día particular o el día anterior?
- 5.- ¿Dónde exactamente se encontraba exactamente Ud. cuando decidió venir aquí?

Niños

- Descripción del problema por los adultos consultantes
- Preguntarle al niño si sabe por qué le traen hasta aquí

⊖ Fecha y motivo de consulta:

Conocer la causa por la que el paciente ha sido ingresado. Lo que en realidad ha ocasionado que el paciente haya acudido a nuestro servicio. Si se rellena con las palabras del propio paciente sabremos cómo ha percibido los acontecimientos ya que su familia puede considerar el problema de forma diferente.

También deben valorarse las circunstancias del envío, quiénes han sido los personajes implicados: El propio paciente voluntariamente, la familia, el médico de cabecera, etc., y si se ha efectuado en contra a los deseos del paciente; en este último caso es evidente que el enfermo no estará en condiciones de ofrecernos información por lo que deben transcribirse las anotaciones ofrecidas que el profesional correspondiente suele remitir en una interconsulta.

○ Enfermedad actual

Desde el momento en que aparecieron los primeros síntomas actuales, especificando la tipología, duración e intensidad de los mismos y cómo han evolucionado con el paso del tiempo, si cursaron con mejoría espontánea, si ha precisado o no asistencia psiquiátrica previa, si ha recibido tratamiento psicofarmacológico (anotar el tipo de psicofármacos) y el efecto producido (tanto terapéutico como secundarios o indeseables).

Hay que intentar precisar cuándo fue la última vez que el paciente se sintió medianamente estable y duración aproximada de este periodo asintomático.

También debe indagarse sobre la personalidad previa a la aparición de la enfermedad, de qué forma se han visto afectadas sus actividades cotidianas y sus relaciones personales, en definitiva, valorar si ha habido o no ruptura en su psicobiografía.

En el caso de que hubiera episodios anteriores, evaluar si fueron o no similares al actual.

Preguntas

Adultos

Evolución del síntoma

- 1.- ¿Cuál considera Ud. que es su principal problema?
- 2.- ¿Cuándo comenzó?
- 3.- ¿Qué estaba haciendo en ese momento, cómo era el lugar en donde se encontraba?
- 4.- ¿Alguna vez había presentado ese mismo problema (ansiedades, depresión, etc.)? ¿Cuándo?
- 5.- ¿Cuándo fue la primera vez que se sintió así?
- 6.- ¿Qué estaba sucediendo en su vida en esa época?
- 7.- ¿Hubo algún cambio en su vida (familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.)

Síntomas secundarios

- 1.- ¿Qué otra cosa diría Ud. que le preocupa?
- 2.- ¿Cuándo comenzó a preocuparle?
- 3.- ¿En qué circunstancias?
- 4.- ¿Qué tanto interfiere con su vida?

Niños

- ¿Cuándo comenzó este problema?
- ¿A qué lo atribuyen los familiares y el mismo niño?
- ¿Cómo ha ido evolucionando?
- ¿Cómo han intentado solucionarlo cada familiar?

⊕ Antecedentes personales:

Además de estudiar la enfermedad actual del paciente y su situación vital actual, es necesario conocer lo acaecido desde su nacimiento hasta la actualidad. La historia personal se suele dividir en tres grandes partes: Período del desarrollo, primera infancia, infancia media e infancia tardía y vida adulta:

Biológicos (cirugías previas, forma de nacimiento, etc.): Salud-estado mental normal o con secuelas.

Patológicos: Patologías anteriores o enfermedades de él o sus familiares, que puedan influir en su conducta.

Hábitos (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, etc.): La forma de vida y consecuencias en su vida actual, comportamiento, salud mental y biológica. Usos de fármacos que alteran su fisiología.

⊕ Historia familiar y Período del desarrollo

Para conocer su **problemática general** es importante realizar un proceso indagatorio que abarque desde sus experiencias más arcaicas hasta las recientes. Las experiencias tempranas se entienden como fundamentales, de tal forma que la personalidad se conforma en base a los procesos de relación interpersonal referidos en última instancia a la relación con la madre como relación estructurante de dichos patrones de relación interpersonal, incorporando los desarrollos teóricos derivados de la teoría del apego.

Desde un punto de vista técnico, entendemos que la carga afectiva de las experiencias es la que les confiere una auténtica importancia individual y que toda intervención, para ser efectiva, ha de estar mediada emocionalmente. Para ello, la relación terapéutica es el mejor laboratorio experimental de los procesos de relación interpersonal, de tal forma que los modelos actuales de relación son una reedición de patrones antiguos y éstos se evidencian y se pueden modificar en el aquí y ahora de la relación terapéutica. De ahí la importancia que se le da a la dialéctica transferencia-contratransferencia y a la necesidad de una formación exigente que incluye una terapia personal y supervisión de los terapeutas en entrenamiento.

⊕ **Historia prenatal y peri natal:** Se analiza la situación familiar en que nació el paciente, si el embarazo fue deseado y planeado, el estado emocional de la madre durante el embarazo, si hubo patología materna o fetal durante la gestación, tipo de parto, condición del niño al nacer (si se puede, consignar el APGAR).

⊕ **Primera infancia** (desde el nacimiento hasta los tres años): Se debe investigar sobre la calidad de la interacción madre-hijo durante el desarrollo psicomotor del niño (durante el aprendizaje del comer, control de esfínteres, etc.), y la existencia de problemas en esta área. Debe analizarse sobre el entorno familiar del infante, condiciones socioeconómicas, relación con sus padres y hermanos, etc. La personalidad emergente del niño es de crucial importancia, deben recopilarse datos además de su capacidad de concentración, de tolerancia a la frustración o de posponer gratificaciones, etc. En resumen, deben explorarse fundamentalmente las áreas de: Hábitos de alimentación, desarrollo temprano, síntomas de problemas de comportamiento, personalidad infantil, fantasías o sueños primeros o recurrentes.

Infancia media (de 3 a 11 años): Se deben evaluar factores tan importantes como identificación del sexo, los castigos habituales en casa y las personas que ejercían la disciplina e influyeron en la formación de la conciencia temprana. Se deben consignar las primeras experiencias escolares, cómo le afectó la separación con la madre. Preguntar sobre las primeras amistades y relaciones personales. Dentro de la relación escolar se deben describir los patrones tempranos de asertividad, impulsividad, agresividad, pasividad, ansiedad o conducta antisocial. También es importante la historia del aprendizaje de la lectura y del desarrollo de otras habilidades intelectuales y motoras. Debe explorarse a la vez la presencia de pesadillas, fobias, enuresis, masturbación excesiva.

Infancia Tardía En esta etapa el individuo empieza a desarrollar la independencia de los padres mediante otras relaciones con amigos. Se deben establecer los valores de los grupos sociales del paciente y determinar si los padres eran o no figuras idealizadas. Debe explorarse la vida escolar del paciente, su participación en actividades de grupo, relaciones con compañeros y profesores. Debe preguntarse por hobbies, áreas de interés, etc. También es importante averiguar sobre el desarrollo de la identidad y de la vida sexual del sujeto. En resumen no se pueden pasar por alto las siguientes áreas: *Relaciones sociales, historia escolar, desarrollo cognoscitivo y motor, problemas físicos y emocionales* y sexualidad.

Edad adulta Debe consignarse la historia ocupacional del paciente, la formación y prácticas requeridas, los conflictos relacionados con el trabajo, y las ambiciones y objetivos a largo plazo. Se debe explorar los sentimientos que tiene con respecto a su trabajo actual, las relaciones con compañeros, jefes o empleados, y describir la historia laboral (número y duración de los trabajos que ha tenido).

Antecedentes personales - historia familiar

Adultos

- 1.- ¿Podría relatarme su vida? Comience por el principio.
- 2.- ¿Dónde nació?
- 3.- ¿Cómo fue la llegada suya a la familia? Fue un hijo deseado o no
- 4.- ¿Quién le dio de lactar?
- 5.- ¿Recibió afecto de sus padres?
- 6.- ¿Cómo lo fueron educando?
- 7.- ¿Cómo estaba integrada la familia, cómo era su cultura, cómo se ejercía la disciplina en su casa? ¿Quién le inculcó las leyes y normas?
- 8.- Relación con su padre: ¿Podría describirme a su padre con tres adjetivos o tres rasgos distintivos?
- 9.- Relación con su madre: ¿Podría describirme a su madre con tres adjetivos o tres rasgos distintivos?
- 10.- ¿Sus padres siempre han estado con Ud.? ¿Hubo ausencia prolongada de sus padres?
- 11.- ¿Tubo hermanos?, ¿Cuál era la diferencia en edades?, ¿Tubo abortos su madre?, ¿Hermanos muertos?
- 12.- ¿Cómo se llevaba con sus hermanos?
- 13.- ¿Dónde dormía?, ¿Dónde dormía el resto de la familia?
- 14.- ¿Cuál era la atmósfera familiar en general?
- 15.- Estilos de comunicación.
- 16.- ¿Quién más tubo en su vida un papel de importancia?
- 17.- ¿Cuál fue su desempeño en la escuela?
- 18.- ¿Tubo dificultades escolares?
- 19.- ¿Tubo algún problema específico de aprendizaje?
- 20.- ¿Cómo se desarrolló socialmente?
- 21.- ¿Tenía amigos?, ¿Fue un niño vergonzoso?, ¿Era hiperactivo?
- 22.- ¿Termino la secundaria?
- 23.- ¿Qué tipo de Enfermedades médicas tiene? ¿Ha estado hospitalizado?
- 24.- ¿Qué tipo de enfermedades médicas tubo durante la infancia?
- 25.- ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? ¿Qué tipo de intervención?
- 26.- ¿Sufrió en la niñez de fiebres elevadas? ¿Convulsiones? ¿Qué le ha contado a su madre respecto a su infancia y niñez?
- 27.- ¿Toma actualmente algún fármaco bajo prescripción médica?
- 28.- ¿Cuándo fue su última cita?
- 29.- ¿Ingiere algún tipo de droga? ¿LSD? ¿Speed? ¿Crack? ¿Coca? ¿Marihuana? ¿Alcohol?
- 30.- ¿Cómo fue la experiencia en su primera relación sexual? También es importante preguntarle por las relaciones de pareja, su historia marital, la religión que posee, sus actividades sociales, su situación vital actual, la historia legal, sexual y familiar, y finalmente sobre sus proyecciones futuras en todos los ámbitos, sus sueños y fantasías.

Niños

Estado somático del niño actual y enfermedades pasadas relevantes

Otros problemas emocionales anteriores del niño

Hábitos de salud: comida, sueño, esfínteres, ejercicio...Problemas

Datos de embarazo y parto: complicaciones antes o después del parto tales como: Parto distócico (parto o alumbramiento normal o difícil, puede ser por contracciones uterinas incoordinadas, o de una posición anormal del feto, o una pelvis muy chica en relación al niño). Anoxia (falta casi total de oxígeno en un tejido) por preclampsia (hipertensión arterial en algunas embarazadas) o desprendimiento de placenta (placenta se despega de la pared del útero) Parte de la placenta deja de aportar oxígeno al bebé.

• Quién lo amamantó (lactancia)

Cómo fue el destete

Desarrollo psicomotor (gateos, primeros pasos, primeras palabras...)

Desarrollo intelectual (nivel de lenguaje y conocimientos)

Desarrollo socioafectivo (relaciones con otros niños y adultos)

Preguntas Antecedentes Familiares

Adultos

- 1.- ¿De dónde son originarios sus padres? ¿Cuál fue su medio? ¿Cómo se llevaban?
- 2.- ¿A qué se dedicaban laboralmente?
- 3.- ¿Tenían algún problema emocional particular?
- 4.- ¿De qué tipo?
- 5.- ¿Alguno de sus hermanos tiene algún problema emocional particular?
- 6.- ¿Qué hacen sus hermanos actualmente? ¿Están casados?
- 7.- ¿Tuvieron algún problema escolar?
- 8.- ¿Es zurdo alguno de ellos?
- 9.- ¿Hay algún otro miembro de su familia (tíos, primos, abuelos, etc.) con problemas emocionales particulares? ¿Se deprime alguno de ellos? ¿Son hiperactivos en ocasiones?
- 10.- ¿Algún miembro de su familia explota iracundamente?
- 11.- ¿Algún miembro de su familia ha sido hospitalizado psiquiátricamente?

Niño

Composición familiar: componentes, parentesco, edades y profesión
Antecedentes somáticos actuales y pasados
Antecedentes psíquicos actuales y pasados
Problemas socioeconómicos
Problemas familiares y conyugales

Perfil multimodal con el niño y familiares

Nota: Permite ampliar la información anterior. Tiene subáreas para los familiares y el niño. A menudo, excepto en casos de grave retraso en el desarrollo, es deseable la entrevista conjunta niño-adultos, y si es posible con el niño a solas después. Es importante explicar al niño que tiene derecho a la confidencialidad de sus datos respecto a los adultos (p.e los padres), e informar a los padres previamente de ello.

1. Área cognitiva:

-Padres:

- . Como describen el carácter del niño, su manera de ser
- . Con qué padre le identifican más (¿a quién se le parece más?)
- . A qué causa atribuyen los problemas cada padre
- . Que normas exigen cumplir al niño (p.e estudios, aseo...)
- . Cuales considera cada padre, que son las mayores virtudes y defectos de su hijo/a
- . Preguntar si tienen proyectos sobre su hijo en el futuro
- . Preguntar sobre si le observan algún retraso del lenguaje, intelectual o psicomotor o dificultad escolar
- . Preguntar si el niño refiere preocupaciones-temores y de qué tipo

-Niño/a:

- . Preguntarle que nos diga qué tipo de niño/a es, que nos diga cómo es su manera de ser
- . Proyectos del niño: ¿Que te gustaría ser de mayor? ¿Qué edad te gustaría tener?
- . ¿Qué clase de cosas te gusta soñar o imaginar ?
- . Sexualidad: ¿Si volvieras a nacer te gustaría ser niño o niña. ? ¿Puedes explicarme en que se diferencia un niño de una niña ?
- . Contar algún sueño o pesadilla
- . Dibujar un niño y pedirle que nos cuente-invente una historia sobre él/ella

2. Área afectiva:

-Padres:

- . Que cosas han observado que le dan más miedo, alegría, enfado y tristeza al niño/a
- . Como expresan su alegría y disgusto al niño (alabanzas, regalos, actividades conjuntas, etc.)

-Niño/a:

- . Pedirle que nos cuente que cosas le dan más miedo, alegría, enfado y tristeza
- . Pedirle que nos haga un dibujo sobre los sentimientos ("dibuja un niño que está alegre, triste, asustado o enfadado") y cuéntame que le pasa, como se siente

4. Área interpersonal:

-Padres:

.Problemas familiares, conyugales, laborales y económicos
.Como se relaciona el niño con cada padre y hermanos, otros familiares cercanos, amigos y profesores.
.Con quién se lleva peor y mejor. ¿Que sucede en eso?

-Niño/a:

.Pedirle que nos hable de su familia, padres, hermanos...
.¿Que te gustaría que cambiara de (cada padre, hermano...)?
.¿Tienes amigos/as? ¿Como se llaman? ¿Que te gusta hacer con ellos?
.¿Cuales son tus juegos preferidos? ¿Juegas con tus padres, hermanos...?
.¿Celebran tus cumpleaños? ¿Como? ¿Quienes participan?
.Pedirle que dibuje a su familia y cuente una historia sobre ella. Después lo mismo con un amigo y el colegio.

5. Área conductual:

-Padres:

.Qué conductas agradan mas y menos a los padres de su hijo/a y como actúan ante las mismas (castigos y premios)
.Actividades, juegos y personas preferidas del niño, según cada padre

-Niño/a:

.Colegio: Pedirle que nos diga que le gusta/disgusta mas del colegio y que asignaturas se le dan mejor/peor, así como se lleva o le parece su profesores
.Pedirle que nos cuente que actividades ,juegos y personas se los pasa mejor
.Pedirle que nos diga cuales personajes de los dibujos, cuentos, y tele son sus preferidos y que les gusta de ellos
.Como y con quién celebra su santo y cumpleaños y si se lo pasa bien
.Posibilidad de si tenemos juguetes a mano pedirle al niño que seleccione los
Que desee y se invente una historia con ellos y nos la cuente (preguntarle por los personajes, que ocurre, que siente y piensa cada uno, y como terminará la historia).

○ Antecedentes mórbidos personales

Se reflejarán las enfermedades médicas y/o psiquiátricas previas y la psicobiografía del paciente.

El conocimiento de la historia natural de las afecciones psiquiátricas y su relación con la edad y los posibles síntomas es importante, dado que ciertos trastornos suelen iniciarse solapadamente antes de que manifiesten la sintomatología clásica que los clasifique como auténtica enfermedad psiquiátrica.

Los episodios previos, en especial los relacionados con acontecimientos vitales, pueden ser considerados por el paciente de escasa importancia, por lo que debe insistirse en ellos de forma más directiva debido a que difícilmente nos los relatará de forma espontánea; la frecuencia y duración de estos episodios, la edad a la que el paciente fue visto por primera vez por un psiquiatra, lugar de asistencia (urgencias, consulta, hospitalización), intervalo mayor entre los episodios en que el paciente se mantuvo estable con o sin tratamiento, nos ayudarán para la posterior elaboración del diagnóstico y tratamiento.

Del mismo modo debe investigarse respecto a enfermedades físicas, intervenciones quirúrgicas, accidentes, o bien si ha precisado hospitalización por cualquier otra causa, ya que pueden constituir acontecimientos vitales desencadenantes de alteraciones psiquiátricas (trastornos adaptativos, depresiones reactivas, somatizaciones, etc.).

○ Hábitos:

Se deben dejar consignado claramente los medicamentos que consume el paciente, hallan sido prescritos o no por algún facultativo y su forma de administración, por su posible repercusión en la sintomatología psiquiátrica (antihipertensivos, anticonceptivos, analgésicos, etc.).

También es de vital importancia interrogar sobre el uso y abuso de sustancias, tales como tabaco, alcohol y drogas de toda índole, consignando cantidad, tiempo de uso y efectos que le producen.

○ Antecedentes familiares

Se recogen los datos de parentesco referidos a su origen familiar y núcleo familiar actual. Así mismo, es de considerable importancia indagar sobre historia de suicidios anteriores, motivo y consumación o no de los mismos, y la posible existencia de trastornos psiquiátricos (alteraciones afectivas, retraso mental, comportamientos extraños, etc.) en alguno de los miembros de la familia.

Se debe tener en cuenta que reconocer el padecimiento de una enfermedad psiquiátrica o el suicidio de algún familiar supone una carga emocional intensa para el paciente e incluso para la propia familia que pueden motivar encubrir el evento y expresarse de formas similares a las siguientes: "no sabemos bien como fue", "murió en circunstancias extrañas", con el objetivo de eludir la respuesta.

⊕ Antecedentes mórbidos familiares

Se debe constatar las patologías mórbidas y psiquiátricas de familiares cercanos y además si ha habido historia de ingresos o institucionalización de alguno de ellos.

Se debe preguntar sobre existencia de problemática alcohólica o de consumo de otras sustancias tóxicas en el ámbito familiar.

☞ Exploración psicopatológica

También conocida como examen mental, es la parte de la valoración clínica que describe la suma total de observaciones e impresiones del médico acerca del paciente, en el momento preciso de la entrevista, ya que se debe considerar que el estado mental del sujeto puede variar de un momento a otro.

Se debe describir el estado mental del paciente, y para ello es importante tener un esquema ordenado, que se ajusta de acuerdo a las condiciones de la entrevista, pero que de todas formas debe ser completo:

I.- Descripción general

- a. **Aspecto:** Se debe describir el aspecto general del paciente y la impresión física general, postura, porte, vestimenta y aseo.
- b. **Conducta explícita y actividad psicomotora:** Se refiere tanto a aspectos cuantitativos como cualitativos de la conducta motora, así como los signos físicos de ansiedad.
- c. **Actitud:** La actitud del paciente hacia el examinador se describe en términos de: Cooperador, amable, hostil, interesado, franco, o cualquier otro adjetivo que pueda ser útil. Se debe consignar el nivel de contacto que se consigue establecer.

II.- Humor y afectividad

- a. **Humor:** Se define como la emoción persistente y constante que exhibe la percepción del mundo del paciente
- b. **Afecto:** Es la respuesta emocional del paciente en el momento presente, incluida la cantidad y el rango de conducta expresiva.
- c. **Grado de adecuación al afecto:** Es el grado de adecuación de las respuestas emocionales del paciente en el contexto del tema que se está comentando.

III.- Características del lenguaje

Se describen las características físicas del lenguaje, en cuanto a cantidad, tasa de producción y calidad.

IV.- Percepción

Se debe consignar cualquier alteración sensorio-perceptiva, describiendo cuál es el sentido afectado y el contenido de la experiencia alucinatoria o ilusoria. También son importantes las circunstancias que ocurren en la experiencia alucinatoria y el momento preciso en que ocurren.

V.- Contenido del pensamiento y tendencias mentales

- a. **Proceso del pensamiento:** Se refiere a la forma del pensar, puede mostrar sobreabundancia como pobreza de ideas, deben consignarse las asociaciones de ideas y la continuidad de ellas.
- b. **Contenido del pensamiento:** Se deben pesquisar alteraciones de contenido, como delirios, obsesiones, fobias, planes, intenciones, ideas recurrentes, etc.
- c. **Control del pensamiento.**

VI.- Sensorio y cognición

Busca valorar la función orgánica cerebral del paciente.

- a. **Conciencia:** Se refiere a la capacidad de darse cuenta de sí mismo y del entorno. Es muy importante su exploración porque influye considerablemente en el resto del examen mental.
- b. **Orientación y memoria:** Se debe explorar la orientación temporal, espacial, la orientación auto y alopsíquica. Se debe investigar sobre la memoria remota, reciente, de fijación y sus alteraciones.
- c. **Concentración y atención:** Se refiere al esfuerzo en centrarse en una determinada parte de la experiencia y la concentración.
- d. **Lectura y escritura**
- e. **Capacidad visoespacial**
- f. **Pensamiento abstracto:** Capacidad para manejar conceptos, se utilizan test de similitudes, diferencias y refranes.
- g. **Información e inteligencia:** Se utiliza test como el Mini Mental para objetivar este punto.

VII.- Impulsividad

Se evalúa el control de los impulsos, para asegurarse de que reconoce las conductas sociales básicas.

VIII.- Juicio e introspección

El juicio se refiere a la capacidad del paciente de medir las consecuencias de sus actos y la introspección es el grado de conciencia y de comprensión del paciente sobre el hecho de sentirse enfermo.

IX.- Fiabilidad

El psicólogo debe consignar su impresión sobre la veracidad y la sinceridad del paciente durante la entrevista.

Con la valoración del estado mental obtenemos entonces una imagen precisa del estado emocional, funcionamiento y capacidad mental del paciente.

⊕ Exploración física y neurológico

Es muy importante para descartar posibles causas orgánicas enmascaradas por síntomas psiquiátricos e concomitantes, en ningún caso debería omitirse

⊕ Pruebas complementarias

Físicas y psicométricas: Test psicológicos, neurológicos o de laboratorio según estén indicadas: Electroencefalograma, imagen de tomografía computada, resonancia magnética, test para establecer e descartar otras enfermedades, test de escritura y de comprensión de la lectura, test de afasia, test de proyección psicológica, test de supresión de desametaxona, análisis de orina por probable intoxicación, etc.

⊕ Pre-diagnóstico

Determinación de la psicopatología. Diagnóstico o nominación de la enfermedad al que se llega presuntivamente sólo por el examen clínico. Interrogatorio en cuanto a los signos y síntomas del momento.

⊕ Impresión diagnóstica

Una vez recogida y ordenada la exhaustiva información aportada por la anamnesis, las pruebas psicológicas y somáticas y por la exploración psicopatológica, debemos "comprender, explicar, analizar e interpretar" para establecer un diagnóstico inicial; de ahí que no seamos concluyentes, puesto que dependiendo de la evolución posterior del paciente se podrá modificar para encaminarnos a la elaboración de un diagnóstico definitivo.

Asimismo, en ocasiones nos enfrentamos a la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial entre dos o tres orientaciones diagnósticas debido a la complejidad de la sintomatología, que se confirmarán con el paso del tiempo y las posteriores revisiones.

En el caso de que haya habido hospitalizaciones previas, no debemos circunscribirnos exclusivamente al diagnóstico inicial sino que se debe analizar cuidadosamente el episodio actual para evaluar si se trata o no de la misma sintomatología o bien corresponde a un nuevo diagnóstico al que debemos realizar una modificación en su tratamiento de base.

⊕ Diagnóstico Final

Determinación de la estructura clínica o rasgos sintomáticos con sus modalidades defensivas características, tipos de ansiedades, etc. en forma absoluta.

⊕ Tratamiento y evolución

Se reflejará el tratamiento administrado al paciente y el consecuente proceso evolutivo. En las sucesivas entrevistas debe valorarse si la respuesta terapéutica es favorable o no, si precisa sustitución de fármacos, si aparecen o no efectos secundarios o desfavorables y la intensidad de los mismos. Tiempo de la enfermedad desde el inicio hasta el tiempo actual, signos y síntomas del padecimiento, disminución o aumento de la enfermedad en cuanto a su patología. Evaluar mediante los criterios de curación.

⊕ Pronóstico

No en todas las historias clínicas se hace alusión a este apartado, sobre todo si es de poco tiempo. En algunas situaciones es importante hacerlo constar cuando el paciente lleva largo tiempo bajo nuestra supervisión, lo conocemos a fondo, ya que dependerá entre otras cosas de la intensidad y evolución de la enfermedad y del apoyo socio-familiar que dispone el paciente.

⊕ Epicrisis

Cuando se trate de un paciente hospitalizado que sea dado de alta para continuar una supervisión ambulatoria, o bien deba derivarse a otro Centro de Salud Mental, se debe realizar una valoración general de la evolución del caso, donde se anotará de forma resumida y concreta los aspectos más importantes de su historia clínica, las disquisiciones diagnósticas, el pronóstico, los diferentes tratamientos empleados, así como las conclusiones definitivas. De esta forma el nuevo profesional que atienda al paciente tendrá una visión objetiva, general y concisa del proceso patológico.

Entrevista Psicológica Infantil

➤ **Desarrollo del rapport**

Acercarse a un niño pequeño que ha sufrido maltrato requiere de una buena capacidad de empatía y comprensión por parte del profesional, y de cierta experiencia en el trato con los niños. Conocer la manera como se expresan, utilizar su vocabulario, o al menos, saber comprenderlo. Desde lo postural el entrevistador ya estará dando al niño confianza o no para hablar.

En general, se aconseja comenzar conversando sobre temas generales, neutros, apropiados para la edad del niño, con lo cual se puede evaluar sus habilidades verbales y le permite al entrevistado practicar para responder a preguntas abiertas no inductivas. Por ejemplo: indagar sobre sucesos conocidos como su última fiesta de cumpleaños o una salida con amigos, la última película que vio en el cine.

➤ **Explicación de la necesidad de decir la verdad, aunque no de un modo amenazante.**

Es importante saber si el niño conoce la diferencia entre decir la verdad y mentir. Algún simple ejemplo que pueda construirse entre ambos servirá para evaluar esta capacidad. "Si digo que mis zapatos son blancos ¿estoy diciendo la verdad?".

En ningún momento el niño tiene que sentirse incómodo como si sospecháramos que pudiese estar mintiendo, pero sí debe entender que es importante que los relatos sean ciertos. El secreto que le obligaron a mantener o sobre lo que no se animó a hablar, seguramente será un tema difícil de abordar, por eso debemos ser pacientes al encarar con el niño este proceso de develamiento.

• **Introducción del tema objeto de la entrevista**

Una vez que hemos logrado cierto grado de rapport con el niño, que nos presentamos y ya conocemos algo de él, cuando lo observamos más relajado y cómodo, podremos encarar el tema concreto de su posible victimización. En

esto radica una diferencia respecto de otras entrevistas libres. En este caso hay que ir al encuentro de la situación traumática con la profesionalidad que esto requiere, esto es, indagar sin inducir ni revictimizar. La manera de hacerla y el timing nos lo dará el niño y nuestra intuición y capacidad como terapeutas. Hasta dónde seguir profundizando lo evaluaremos en cada encuentro. Siempre puede quedar para otra entrevista algún detalle sobre el que el niño se angustia o se muestra renuente a hablar, que por supuesto quedará registrado en nuestro informe y tenido en cuenta en la evaluación.

Pero, una vez más debemos considerar que de lo que se trata es de informar de una situación traumática de la que el niño dará cuenta recurriendo a la memoria de hechos que seguramente fueron confusos para él y aún lo siguen siendo y que comprometen a alguien de su entorno tal vez querido y temido al mismo tiempo y con consecuencias legales difíciles de aceptar para él y su familia.

- **Estimulación de una narración libre**

La entrevista no puede ser sólo un cuestionario que el niño conteste bajo presión. Por el contrario, contribuirá mucho más a la veracidad de la misma el que el niño logre un relato lo más espontáneo posible. Por eso insistimos que realice una narración libre sin interrupciones ni interpretaciones del profesional, el cual estará atento registrando tanto el lenguaje verbal como el no verbal para luego confeccionar las preguntas que le formulará más tarde para un mejor esclarecimiento.

- **Planteo de preguntas generales**

Siempre en orden a lograr una entrevista que utilice la mayor cantidad de medios de expresión y comunicación al servicio del niño que sean adecuados a su nivel evolutivo es útil plantear preguntas generales que, en determinados casos, son más fáciles de contestar, antes de recurrir a preguntas más específicas que requerirán más elaboración y confianza por Parte del niño.

La elección de las mismas y su ubicación dentro de la entrevista será, una vez más; un trabajo del profesional para adecuar su necesidad de indagar a las posibilidades del niño y sus necesidades.

- **Planteo de preguntas específicas**

Las preguntas específicas darán sustento a los hechos relatados o las emociones asociadas, a elementos que serán clave en la evaluación del daño sufrido y el riesgo en que se encuentra el niño. Por ejemplo: si el abusador utilizó el castigo o la amenaza, si usó la fuerza, si tenía o no la ropa puesta, si hubo testigos del hecho, si pudo contárselo a alguien con anterioridad y qué consecuencias tuvo esto, etc.

No sólo no hay que dar nada por supuesto, sino que es fundamental que sea el niño el que aporte los detalles. No es lo mismo el caso de una víctima que sólo puede repetir una y otra vez que su papá "le hizo cosas feas" sin agregar a pesar de los diferentes intentos por parte del perito ningún detalle, que aquel niño que nos habla del color o el olor del semen, por ejemplo.

En todos los casos, ya sean preguntas generales o específicas, siempre es preferible que sean abiertas, es decir, que el niño no sólo deba contestar por sí o por no, pues en ocasiones nos quedará la duda si el niño se muestra complaciente con nosotros creyendo que estamos esperando un sí, o si se distrajo y no está tan atento a lo que le preguntamos.

Nunca el niño debe percibir ningún tipo de presión por parte del profesional para afirmar talo cual cosa, menos aún ningún juicio de valor o interpretación de su conducta.

La clave es que se sienta protegido para develar lo sufrido en un ambiente de confianza que lo contenga afectivamente en este doloroso proceso.

- **Utilización de instrumentos de ayuda en la entrevista, diferentes juguetes o juegos.**

La situación de sentarse a hablar con una persona desconocida, no es el ámbito en el que un niño se sienta más cómodo y relajado. Por eso, es útil contar con elementos de juego y otros de expresión artística, tales como hojas, lápices de colores, plastilina. Es evidente que, lo que a veces, un niño no se anima a contar con palabras puede ser graficado moldeado. Los juguetes, en especial los bebés sexuados, parejas de adultos varón y mujer, los títeres y hasta las familias de animales pueden colaborar para que un niño inhibido o muy pequeño nos cuente qué le pasó y con quien.

En todos los casos habrá que indagar al niño si aquello que dibujó o escenificó en el juego tiene alguna relación con lo que a él le pasó. El juego, como el dibujo, siempre requiere de una descripción del niño para no incurrir en falsas interpretaciones o señalamientos que no se corresponden con el sentido que el niño quiso otorgarle.

- **Conclusión**

Por último, la entrevista requiere de una conclusión en la que el entrevistador se ofrece para responder a las preguntas del niño si las hubiera, y a contactarse con él en otra oportunidad, si así lo requiriese.

En ocasiones, ésta ha sido la primera y Única oportunidad de compartir estos temas con alguien que comprende y escucha sin juzgar. Es importante, entonces, no desaprovecharla en pos de iniciar en el niño un proceso de sanación y en la necesaria interrupción de un abuso crónico a un menor indefenso.

El psicodiagnóstico infantil

En el caso de los niños el objetivo del Psicodiagnóstico infantil será el conocimiento de los aspectos evolutivos, madurativos, de desarrollo, intelectuales, cognitivos, emocionales y afectivos, y disposiciones potenciales

del niño. Comprende entonces las edades de la primera y la segunda infancia, esto es entre los dos y los 11 años.

Dentro del campo de evaluación podemos incluir también desde los niños recién nacidos hasta los de dos años, pero aquí la forma de evaluación sería en base a la integración de otro tipo de métodos tales como la evaluación de la psicomotricidad y las observaciones pediátricas y psicológicas que se realizan durante el primer año de vida donde las sintomatologías se expresan más a través del cuerpo, pensemos que estamos en los albores del psiquismo por lo cual será el cuerpo el que hable de aquellos malestares del niño.

Nuestro trabajo consiste en el aprendizaje teórico, técnico y práctico de Test y Pruebas psicológicas y pedagógicas que nos permitan comprender al niño en toda su dimensión personal.

El proceso integra las distintas áreas de exploración de la **personalidad infantil**, así para abordar el **área evolutiva** como **madurativa** se estudiará:

- El test del Garabato,
- El Test de Bender Infantil,
- El Test de Fay,
- el Test de la Bicicleta y del automóvil.

Para abordar **el área emocional** e **interaccional del niño** se verán las siguientes técnicas:

- Psicología del dibujo libre infantil,
- Psicología del Color,
- Indicadores emocionales en el test de Bender y en el H.T.P.
- El Test de la Casa y del autoconcepto.

Para explorar el **área familiar** se estudiará:

- El Test de la Familia,
- Cuestionarios de autopercepción familiar,

- El plano de la casa,
- El CAT. Este último Test permite determinar también la estructura psicológica y psicopatológica si la hubiera y enriquecer la percepción y modalidades vinculares que tiene el niño con su entorno.

Hora de juego diagnóstica o entrevista Diagnóstica exploratoria infantil.

El medio más adecuado que facilita al psicoterapeuta llegar a establecer un diagnóstico en el niño es la hora de Juego infantil o entrevista diagnóstica exploratoria. Debido a que el niño es un ser en formación y como tal aún no dispone de los medios o mecanismos adecuados para comunicar con claridad algo, mediante el uso de la palabra, este medio ayuda a explotar en su máxima expresión la mejor herramienta con la que cuenta el niño y ésta la constituye el aspecto lúdico, es decir, su comunicación está determinada especialmente por la gesticulación, el juego, el dibujo, la fantasía, etc., en donde proyecta sus vivencias, sus alegrías o tristezas de una manera abierta y sin restricciones. Es por esta sencilla razón que a continuación hablaremos a breves rasgos de este instrumento que constituye una analogía a la entrevista diagnóstica en el adulto: La hora de Juego infantil o entrevista diagnóstica exploratoria.

El Juego Infantil.

Como sabemos, jugar conforma la expresión de comunicación mas ligada al mundo infantil, al igual que los garabatos son los primeros vehículos de exteriorización de la personalidad que el niño va construyendo.

Desarrollaremos la hora de juego diagnóstica, la hora de juego terapéutica y la Terapia del juego.

La Hora de juego diagnóstica la podemos llamar también como entrevista de juego, constituye la primera forma de acercamiento terapéutico entre el psicólogo o evaluador y el niño. Es nuestro primer contacto con el niño, al igual que la entrevista a padres, lo es con los padres del niño.

Lo que tienen en común estas tres formas de abordaje terapéutico es que el juego y el jugar serán la vía regia privilegiada para ir evaluando al niño, en el caso de la segunda también nos permitirá ver progresos a través del seguimiento de las secuencias del juego que el niño va creando y finalmente la tercera es una forma de ir trabajando con el niño los contenidos que vayan emergiendo en la segunda y establecer direcciones de tratamiento según ello. Luego solo hay diferencias, pero las tres son un continuo y una secuencia lógica y organizada de trabajo en clínica de niños.

Desarrollemos estos 3 momentos terapéuticos.

La hora de juego diagnóstica, debería conformar la técnica inicial de administración en una batería de niños. Para recordar una batería básica y confiable para niños la secuencia sería la siguiente:

- Hora de juego diagnóstica
- Test de los colores (opcional)
- Test del garabato en sus 3 modalidades técnicas (garabato libre acromático, cromático y con nombre en el centro de la hoja.
- Test de la casa
- Test del árbol
- Test de la persona (DFH)
- Bender infantil
- Test de la familia
- CAT-A

Esta es la batería base, a la que podríamos sumarle otros test específicos, según el motivo de consulta y diagnóstico y/o otros elementos que necesitemos explorar con más profundidad para construir o ampliar hipótesis. Por Ej. Un test de atención- concentración, pruebas psicométricas ej test de autoconcepto infantil, otros test de inteligencia (Raven), FAY, test de las dos personas, pareja educativa, Test de ansiedad, etc.

Para organizar la hora de juego diagnóstica, se requiere que el evaluador arme una caja de juego con un conjunto de elementos tales como lápices, hojas de distinto tamaño, tijera, goma de pegar, plastilina, crayones, etc.

La consigna que se le da al niño es que con esos materiales juegue y los utilice como quiera. El psicólogo o evaluador ira tomando cuenta de las secuencias que el niño va creando cuando va utilizando los materiales (es un registro tanto de lo lúdico como de los comentarios, gestos etc....

La hora de juego terapéutica, es aquel acto de jugar que se da no ya en una entrevista inicial, sino dentro del proceso terapéutico en si mismo una vez que concluyó el proceso psicodiagnóstico la devolución a los padres y al mismo niño y el acuerdo de un nuevo contrato terapéutico para iniciar el tratamiento psicológico del niño. En estas a lo largo del tratamiento el terapeuta podrá intervenir, señalar o interpretar al niño según lo que se vaya generando en la terapia y el vínculo entre ambos. Es el espacio de trabajo clínico propiamente dicho.

Y ahora finalmente en la terapia del juego, también llamada terapia lúdica, consiste en formas específicas de trabajo entre terapeuta (o terapeutas) y niño a través de consignas pautadas desde el entrevistador con el fin de o bien provocar alguna movilización para que el niño pueda ir comunicando lo que le pasa, y como vía simbólica de elaboración. Utilizar alguna terapia de juego (son muchísimas las técnicas) es un recurso opcional del profesional.

Las terapias del juego o terapias lúdicas tienen la siguiente ventaja o aporte: Crea entre el terapeuta y el niño un contexto motivacional que hace que el niño establezca, una concesión emocional más intensa con el proceso terapéutico, este afecto que se pone en juego es positivo en general, ya que en jugar es una experiencia agradable o al menos afín al niño. El "como si" del juego le permite explorar al niño de forma simbólica, distintas formas de abordar la resolución de problemas. En síntesis toda terapia lúdica podemos definirla como un

proceso interpersonal a través del cual un terapeuta entrenado aplica el poder curativo del juego y el jugar con la finalidad de ayudar al niño –paciente a resolver sus conflictivas o dificultades psicológicas.

Por supuesto hay problemáticas y trastornos graves que exigen también recursos específicos que habrá que instrumentar (Ej. consultas por autismo, episodios psicóticos, debilidad mental, abuso o maltrato. Enfermedades incapacitantes (niños transplantados, con diálisis permanente, etc.).

Ahora como reflexiones finales, podemos recordar el maravilloso poder curativo del juego y el poder jugar, así el juego como actividad espontánea o como actividad terapéutica dentro de una terapia aporta los siguientes beneficios:

- Un medio o puente activo de comunicación en el sentido que permite al niño expresar sus pensamientos, su sentir, sus preocupaciones, angustias. Facilita entonces al niño la expresión tanto de aspectos conscientes e inconscientes.
- Es un regulador emocional, favorece la liberación de afectos (abreacción o catarsis) por Ej. a través de los juegos de rol, cuando asume o adjudica personajes, así el niño puede conectarse con los afectos positivos como negativos que se encuentran en su interior y medir simbólicamente el efecto de ponerlos en acto. Pensemos que este proceso dentro de una terapia será regulado y estimulado y acompañado por las intervenciones del terapeuta que le ayudaran a una mejor y mayor comprensión de sus problemas y la forma de pensar distintas formas de resolverlos.
- Fortalecimiento y enriquecimiento de la modalidad de contacto interpersonal. así a través del jugar se aprende a disfrutar y construir experiencias interpersonales positivas, a desarrollar habilidades sociales como la empatía, la solidaridad, la camaradería, el compromiso, la confianza.
- Una fuente de aprendizaje que mejorara su calidad de vida ya que a través del juego de roles con su terapeuta o con sus objetos, el niño va aprendiendo comportamientos alternativos valiosos.

La hora de juego diagnóstica constituye un recurso o instrumento técnico que utiliza el psicólogo dentro del proceso psicodiagnóstico con el fin de conocer la realidad del niño que traen a consulta. La actividad lúdica es su forma de expresión propia, así como el lenguaje verbal lo es del adulto. Se trata entonces de instrumentalizar sus posibilidades comunicacionales con el fin de conceptualizar luego la realidad que nos presenta.

La conflictiva aparece igualmente por algún lado, no necesariamente tiene que ser evidente. Al ofrecerle al niño la posibilidad de jugar en un contexto particular, con un encuadre dado que incluye espacio, tiempo, explicitación de roles y finalidad, se crea un campo que será estructurado básicamente en función de las variables internas de su personalidad.

Cada hora de juego diagnóstica significa una experiencia nueva, tanto para el entrevistador como para el entrevistado. Implica, en nuestro criterio, el establecimiento de un vínculo transferencial breve cuyo objetivo es el conocimiento y la comprensión del niño.

Diferencia básica entre la hora de juego diagnóstica y la hora de juego terapéutica.

Hora de juego diagnóstica	Hora de juego terapéutica
Proceso que tiene comienzo, desarrollo y fin en sí misma, opera como una unidad.	Eslabón más en un amplio continuo, en el que van surgiendo aspectos nuevos y modificaciones estructurales por la intervención activa del terapeuta.
Caja común a todos los niños	Caja particular a cada niño
Caja abierta: para no generar tanta ansiedad.	Caja cerrada: no se tocan los juguetes se dan tal cual como el terapeuta la entrega.
Rol del psicólogo pasivo: sin intervención. El niño debe dirigir la actividad. Solo se interviene si el niño pide ayuda.	Rol del psicólogo activo: el terapeuta hace intervenciones, observaciones

Sala de juegos y materiales

Consideramos que los aspectos formales de la hora de juego diagnóstica hacen al contenido de la misma, ya que el encuadre y las condiciones del ámbito de trabajo configuran una Gestalt que responde a nuestro marco referencias teórico.

Condiciones generales en las que debe desarrollarse tal proceso:

Sala de juego

- Cuarto no demasiado pequeño, con mobiliario (una mesa, dos o tres sillas y pizarra) para la libertad de movimientos.
- Es conveniente brindar al niño la posibilidad de jugar con agua, si lo desea, permitiéndole tener un fácil acceso a la misma.
- Los elementos deben estar expuestos sobre la mesa, al lado de la caja abierta. Conviene que estén distribuidos sin responder a ningún agrupamiento de clases, dando al paciente la posibilidad de una ordenación que responda a sus variables internas. No obstante, debe evitarse dar un panorama caótico a través de un amontonamiento indiscriminado de juguetes.
- La caja o canasto debe estar presente, porque puede funcionar como un elemento lúdico y porque será el continente depositario de la producción que el entrevistado desee dejar al final de la hora.
- La presentación de los juguetes sobre la mesa, fuera de la caja, evita el incremento de la ansiedad persecutoria que puede surgir en un primer contacto frente a un continente-caja desconocido, cerrado.
- Estimamos que una cantidad excesiva de material distrae y confunde al entrevistado.

Materiales

Se brinda al niño material de distinto tipo, tanto estructurado como inestructurado, posibilitando la expresión, sin que la experiencia resulte invasora.

Materiales estructurados:

- Artículos escolares:
- papel tamaño carta
- lápices negros y de colores crayones
- tijera de punta roma
- goma de borrar
- goma de pegar
- sacapuntas
- papel glacé
- dos o tres muñequitos (articulados y de distintos tamaños)
- familia de animales salvajes
- familia de animales domésticos
- dos o tres autitos de distintos tamaños que puedan funcionar e continentes
- dos o tres avioncitos con las mismas propiedades
- dos o tres tacitas con sus respectivos platitos
- cucharitas
- algunos cubos (aproximadamente seis) de tamaño intermedio
- tizas
- pelota

Materiales inestructurados:

- Trapitos
- hilo
- plastilina de distintos colores

Es importante que el material sea de buena calidad para evitar su fácil deterioro, situación que puede crear culpa, en el niño y hacerle sentir que el entrevistador puede ser fácilmente destruido por sus impulsos agresivos, que tiene poca capacidad para contenerlos y manejarlos. Debe evitarse la inclusión de material o para la integridad física del ps o del niño.

Consigna

El psicólogo debe poner de manifiesto en forma breve y en lenguaje aprehensible una serie de informaciones que configuran la consigna:

- definición de roles
- limitación de tiempo y espacio
- material a utilizar
- objetivos perseguidos

Esto significa que se le aclara que el material que está sobre la mesa puede utilizarlo como desee, que observaremos su juego con el propósito de conocerlo y comprender sus dificultades para una ayuda posterior, todo esto en un tiempo determinado y en ese lugar.

Se expresan los límites generales en cuanto a la realización de acciones que resulten peligrosas para la integridad física, tanto del entrevistador como del entrevistado.

Rol del Psicólogo

El rol que cumple el psicólogo durante el proceso psicodiagnóstico es un rol pasivo, en tanto funciona como observador, y activo en la medida en que su actitud atenta y abierta le permite la comprensión y formulación de hipótesis sobre la problemática del entrevistado.

Toda participación del entrevistador tiene como objetivo crear las condiciones óptimas para que el niño pueda desarrollar su juego con la mayor espontaneidad posible, puesto que ésta, como cualquier otra situación nueva, provoca ansiedad. La función específica consiste en observar, comprender y cooperar con el niño.

Transferencia y Contratransferencia

El establecimiento de un vínculo transferencial.

Antes del primer contacto existe ya una imagen mutua, resultado de la información que los padres transmiten. Esto condiciona determinadas expectativas que deben readecuarse en la primera entrevista, a través del vínculo real y concreto con el niño.

La contratransferencia es un elemento que puede ayudar a la comprensión del niño si es integrada conscientemente por el psicólogo. Este debe discriminar sus propias motivaciones e impulsos a fin de que no interfieran en el análisis comprensivo de la conducta lúdica del niño

Indicadores de la hora de juego diagnostica

Guía de pautas que ofrezcan un criterio sistematizado y coherente para orientar el análisis, comparar diversos materiales dentro del proceso psico-diagnóstico y obtener inferencias generalizadoras. Con ella no se pretende agotar toda la riqueza y complejidad de las posibilidades a tener en cuenta en la hora de juego, sino que se consideran los items más importantes a los fines del diagnóstico y pronóstico, apuntando tanto a lo dinámico como a lo estructural y económico.

Análisis de los indicadores

Elección de los juguetes y juegos

Se grafica que tipo de juguetes utilizó y que jugó en relación a sus juguetes. De acuerdo con las características individuales, la modalidad de aproximación a los juguetes puede asumir estas formas: (ver si espera o si entra y se abalanza)

- de observación a distancia
- dependiente
- evitativa
- dubitativa
- de irrupción brusca de los materiales
- de irrupción caótica e impulsivo
- de acercamiento, previo tiempo de reacción para estructurar el campo y luego
- desarrollar una actividad

Hay que tener en cuenta:

- El tipo de juguete elegido para establecer el primer contacto, según el momento evolutivo y el conflicto que se trata de vehicular.
- El tipo de juego, es necesario ver si tiene principio, desarrollo y fin, si es una unidad coherente en sí misma y si los juegos organizados corresponden al estadio de desarrollo intelectual correspondiente a su edad cronológica.

Modalidad del juego

Es la forma en que el yo pone de manifiesto la función simbólica. Cada sujeto estructura su juego de acuerdo con una modalidad que le es propia y que implica un rasgo caracterológico.

Entre dichas modalidades podemos detectar:

1. **Plasticidad:** Se utilizan más materiales con mayor creatividad: cuando el niño puede apelar a cierta riqueza de recursos yoicos para expresar distintas situaciones con un criterio económico, a través de la vía del menor esfuerzo, nos muestra plásticamente su mundo interno.

Esta plasticidad puede manifestarse de distintas maneras: expresando la misma fantasía o defensa a través de distintos mediatizadores; varias fantasías con varios mediatizadores, o una gran riqueza interna por medio de pocos elementos que cumplen diversas funciones. La plasticidad se convertiría en labilidad patológica si el cambio fuera hasta tal, punto brusco y constante que los objetos no conservaran ni por un momento los atributos adjudicados.

2. **Rigidez:** es utilizada frente a ansiedades muy primitivas para evitar la confusión. En este caso el niño se adhiere a mediatizadores en forma exclusiva y predominante para expresar la misma fantasía. Es una modalidad no adaptativa que se ve fundamentalmente en niños neuróticos.

3. Estereotipia y perseveración: modalidad más patológica de funcionamiento yoico. En ella se manifiesta una desconexión con el mundo externo cuya única finalidad es la desearla; se repite una y otra vez la misma conducta y no hay fines comunicacionales. Este juego es típico de los niños psicóticos y con lesiones orgánicas.

Personificación

Capacidad de asumir y adjudicar roles en forma dramática. La personificación como elemento común a todos los períodos evolutivos normales posibilita la elaboración de situaciones traumáticas, el aprendizaje de roles sociales, la comprensión del rol del otro y el ajuste de su conducta en función de ello, lo cual favorece el proceso de socialización e individuación.

Motricidad

Nos permite ver la adecuación de la motricidad del niño con la etapa evolutiva que atraviesa. En cada período hay pautas esperables que responden por y por otro a factores psicológicos y ambientales. El manejo adecuado de las posibilidades motoras permite el dominio de los objetos del mundo externo y la posibilidad de satisfacer sus necesidades con autonomía relativa, en tanto las dificultades provocan frustraciones e incrementan tensiones a nivel intra e interpersonal.

Algunos aspectos dignos de observar dentro de este indicador son:

- Desplazamiento geográfico.
- Posibilidad de encaje.
- Prensión y manejo.
- Alternancia de miembros.
- Lateralidad.
- Movimientos voluntarios e involuntarios.
- Movimientos bizarros.
- Ritmo del movimiento.
- Hiperquinesia.
- Hipoquinesia.
- Ductilidad.

Creatividad

Crear es unir o relacionar elementos dispersos en un elemento nuevo y distinto. Ello exige un yo plástico capaz de la apertura a experiencias nuevas, tolerante a la inestructuración del campo.

La tolerancia a la frustración permite que se forme la representación mental del objeto, en ausencia de éste. Redunda en el incremento de la función simbólica y anticipa su conexión con el mismo.

La alteración de esta función puede darse en dos direcciones opuestas:

- un extremo sometimiento a la realidad desagradable, indicador de elementos altamente destructivos y masoquistas. La excesiva tolerancia determina pobreza interna y falta de logros adecuados en el mundo externo;
- una absoluta intolerancia a la frustración y el afecto concomitante que ésta despierta, característica de un yo inmaduro que no puede postergar los deseos insatisfechos.

Tolerancia a la frustración

Posibilidad de aceptar la consigna con las limitaciones que ésta propone: la puesta de límites, la finalización de la tarea y en el desarrollo del juego, en la manera de enfrentarse con las dificultades inherentes a la actividad que se propone realizar.

Capacidad simbólica

El juego es una forma de expresión de la capacidad simbólica y la vía de acceso a las fantasías inconscientes. El niño logra mediante el juego la emergencia de estas fantasías a través de objetos suficientemente alejados del conflicto primitivo y que cumplen el rol de mediatizadores.

Adecuación a la realidad

En un primer momento se manifiesta a través de la posibilidad de desprenderse de la madre y de actuar en forma acorde a su edad cronológica, demostrando la comprensión y aceptación de la consigna.

En el comienzo de la hora: de juego pueden aparecer conductas poco adecuadas, por ser el primer contacto que establece con el psicólogo; necesitará entonces un tiempo de adaptación, que será diferente para cada individuo. La capacidad de reorganizarse es un elemento fundamental para el pronóstico, así como lo es la capacidad de readaptarse frente a las nuevas pruebas del proceso diagnóstico. Si el niño, una vez que se adaptó a la situación de juego, no puede aceptar las nuevas consignas e insiste en la conducta lúdica, nos está proporcionando material importante para su interpretación.

B) La observación

Es el registro visual de lo que ocurre en una situación real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto y según el problema que se estudia. Es un método que permite obtener datos tanto cuantitativos como cualitativos. La determinación de qué se va a observar estará determinado por lo que se está investigando, pero "generalmente se observan características y condiciones de los individuos, conductas, actividades y características o factores ambientales".

La observación tiene un campo de aplicación muy amplio, pudiendo ser utilizada prácticamente en cualquier tipo de investigación y en cualquier área del saber. *Polit/Hungler* plantean que uno de los motivos principales para utilizar este método es que pudiera ser imposible obtener la información deseada de otra manera. Además, tiene la ventaja de no depender de terceros o de registros lo que ayuda a eliminar los sesgos o distorsiones de los informantes; la observación es de hechos o acontecimientos tal como ocurren.

A la vez, la observación tiene desventajas importantes tales como: se requiere de mucha habilidad y agudeza para "ver" los fenómenos o la realidad tal como son; en general toma mayor tiempo que otras técnicas; la observación es selectiva, pues usualmente el humano "ve" lo que quiere, o sea que el ser objetivo al observar debe ser un acto consciente e intencionado; existe el

riesgo en el momento de la interpretación de distorsionar los hechos, de ir más allá de lo que "vimos" en la realidad.

Al igual que con otros métodos y técnicas, previamente a la ejecución de la observación el investigador debe definir los objetivos que persigue determinar su unidad de observación, las condiciones en que asumirá la observación y las conductas que deberán registrarse. Cuando se decide utilizarla, hay que tomar en cuenta ciertas consideraciones. Como método de recolección de datos, debe ser planificada cuidadosamente para que reúna los requisitos de validez y confiabilidad. Se le debe conducir de manera hábil y sistemática y tener destreza en el registro de los datos, diferenciando los aspectos significativos de la situación y los que no tienen importancia.

Posibles errores con el uso del método de la observación: Sobre el uso del método de la observación Quinteros comenta que las condiciones de una investigación pueden ser seriamente objetables si en el diseño de la misma no se han tomado en cuenta posibles errores de observación. Estos errores están relacionados con:

- Los observadores.
- El instrumento utilizado para la observación.
- El fenómeno observado.

Respecto a los errores relacionados con el observador, la teoría expresa que la percepción humana es altamente selectiva. Al observar un mismo fenómeno cada persona lo mirará de diferente manera, dependiendo de sus intereses, experiencias, conocimientos y prejuicios. Estos errores también se asocian al hecho de la participación de otras personas, además del investigador, en el proceso de la observación de los hechos o fenómenos en estudio. Esta situación puede conducir a una falta de consistencia en los resultados, ya que los observadores pueden diferir en la cuantificación y registro que se haga de los aspectos observados.

El problema se suscite o agrava por la falta de una definición operacional y precisa de la manera en que será medida y observada la variable y el registro de tales observaciones, siendo necesario tomar precauciones para asegurar no solo que la observación sea correcta, sino también que el registro de los hechos reúna esas condiciones. Conviene que haya instrucciones escritas y verbales que orienten al observador sobre cómo se llevará a cabo todo el proceso y que haya demostración y práctica de las observaciones que se realizarán. Según el papel que asuma el observador se pueden incurrir en mayores o menores errores; este papel puede ser el de observador participante o no participante.

La observación participante implica que el investigador o el responsable de recolectar los datos o la información se involucre directamente con la actividad objeto de la investigación, lo que puede variar desde la integración total al grupo o ser parte de éste durante un período. La observación se realiza desde el interior del grupo, por lo que el que la realiza debe ser parte del mismo y someterse a sus normas. Algunos errores que suelen cometerse están relacionados con las emociones del observador, ya que al involucrarse en la situación puede perder la objetividad en la observación y en el registro, análisis e interpretación de los hechos o fenómenos. Por su contribución a la búsqueda de información de fondo, que permite penetrar en los fenómenos estudiados, es una técnica muy utilizada en la investigación cualitativa.

La observación no participante ocurre cuando el investigador no tiene ningún tipo de relaciones con los sujetos que serán observados ni forma parte de la situación en que se dan los fenómenos en estudio. En esta modalidad, al no involucrarse el investigador, los datos recogidos pueden ser más objetivos, aunque, por otro lado, al no integrarse al grupo puede afectar el comportamiento de los sujetos en estudio y los datos que se observen podrían no ser tan reales y veraces.

Los errores referentes al instrumento de observación se relacionan con los desaciertos en que se incurre en su elaboración y lo que se desea medir. Esto se evita con una definición operacional y libre de ambigüedades e imprecisiones de las variables en estudio, especificando en el instrumento los criterios o indicadores de la medición de dichas variables.

La especificidad de ese instrumento está relacionada con el problema, objetivos y forma en que se va a hacer la observación. Una de esas formas es la denominada observación simple, no estructurada, no regulada o no controlada, en la que se utiliza un instrumento con lineamientos generales para la observación sobre los aspectos del fenómeno que el investigador tiene interés en conocer. Es decir, este es poco estructurado; tiene el riesgo de que el observador vea e interprete algo diferente a la realidad. Es por esto que siempre es necesario definir la intención: "por lo menos hay que saber en líneas generales qué se quiere observar y a partir de ahí el observador tiene amplia libertad para escoger lo que estima relevante a los efectos de la investigación propuesta".

La otra forma es la sistemática, estructurada, regulada o controlada, en la que se dispone de un instrumento estandarizado o estructurado para medir las variables en estudio de una manera uniforme. De antemano se ha tomado la decisión sobre lo que debe observarse y se elabora un instrumento, el cual puede ser un listado de cotejo, una escala, un cuadro, dispositivos mecánicos como cámaras, grabadoras o filmadoras de video, entre otros. La primera se usa más para estudios exploratorios y la segunda está dirigida a quienes desean probar hipótesis en que debe especificarse claramente qué se observará, cómo se observará y cómo se hará el registro de la información.

Los errores relacionados con el objeto que se observa se dan cuando los aspectos que deben ser conocidos de las unidades o fenómenos de observación no se presentan en igualdad de condiciones para todos ellos, ya sea porque varíen las circunstancias en que se observa el fenómeno o la

propia variabilidad del sujeto de estudio. A manera de ejemplo, se puede citar que si existe interés en evaluar el desempeño de un agente de salud en las zonas rurales de las regiones sanitarias, puede, ser que la situación donde labore un agente sea diferente en una u otra región, ya sea por carencia o disposición de equipos y materiales u otros factores. La variación de circunstancias de las regiones sanitarias puede conducir a errores de medición, de análisis o interpretación de los hechos observados.

La variabilidad en el sujeto se daría ante la situación de que unos agentes de salud tengan mayor experiencia que otros o que hayan egresado recientemente de un programa educativo; estos últimos probablemente tendrán menos destreza en el desempeño de su labor. Por lo tanto, es necesario buscar mecanismos para que las unidades en estudio estén en igualdad de condiciones durante esa medición y que se definan las características del fenómeno que se pretende observar, procurando que en la muestra esos elementos reúnan características similares.

En general, la observación es sumamente útil en todo tipo de investigación cuantitativa y cualitativa. En el área de investigación educacional, social y psicológica, es de mucho beneficio, en particular cuando se desea conocer aspectos del comportamiento: relaciones maestro-alumno, el desempeño de los agentes de salud, relación del uso de ciertas tecnologías educativas y grado de aprendizaje cognoscitivo y práctico del personal de salud.

C) Los tests psicológicos

Definición:

“Instrumento de rutina que elicitaba una muestra definida de conductas en forma sistemática y estandarizada (“tipificada”) arrojando resultados categoriales o cuantitativos los cuales, en base a investigaciones teóricas y empíricas (no puede existir un test sólo en base a investigaciones teóricas, ni tampoco un test sólo en base a investigaciones empíricas) y en función de comparaciones interindividuales y/o intraindividuales, permiten sacar conclusiones más o

menos probables (siempre las conclusiones de los tests son probabilísticas, nunca son dados en términos absolutos) acerca de conceptos psicológicos y/o acerca de comportamientos de los sujetos en contextos más amplios que la situación de prueba (un test que sólo nos da información sobre la situación de prueba es irrelevante)".

Factores que miden los test:

Intentan evaluar el éxito en una situación global.

- × **Personalidad.**- Conjunto total de las características de un sujeto, que reflejan su ajuste al ambiente e incluye carácter, temperamento y a veces aptitudes e intereses. Es importante en personalidad la conducta que se tiene en relación a los otros.
- × **Actitudes.**- forma en que una persona mira el mundo circundante. Es la organización de procesos preceptuales cognitivos y motivacionales, que resultan de la experiencia.
- × **Intereses.**- Organización de motivos que predisponen a un sujeto a prestarle atención a ciertos hechos de su ambiente más que a otros y necesariamente incluyen predisposiciones heredadas y experiencias pasadas.
- × **Habilidad.**- Potencialidad del individuo para responder.
- × **Eficiencia.**- Lo que el sujeto puede hacer en cada momento, sin preparación previa.
- × **Potencialidad.**- Reacciones que el sujeto puede aprender a hacer, si se le da la experiencia y entrenamiento necesario, pero que no es capaz de hacer en el momento.
- × **Capacidad.**- Más alto nivel de habilidad de un sujeto, que puede esperarse después de un amplio entrenamiento y experiencia. Cuánto promete la persona.
- × **Aptitudes.**- término más amplio que potencialidad, en tanto incluye la habilidad potencial, como factores de eficiencia, personalidad, temperamento e intereses.

Clasificación de los test de acuerdo al aspecto conductual que miden:

- *Inteligencia.*
- *Personalidad.*
- *Intereses y aptitudes.*

Clasificación de los test según el método que utilizan.

- *Directos o psicométricos.*- Las pruebas psicométricas evalúan una parte situacional de la personalidad, el aquí y el ahora.
- *Proyektivos.*- permiten analizar y conocer lo intrínseco, lo subyacente de la personalidad, las tendencias del individuo y, por tanto, la proyección de comportamiento a largo plazo.

Clasificación de los test según la edad de aplicación

- *Infantiles*
- *Adolescentes*
- *Adultos*

Clasificación de los test según la forma de aplicación.

- *Individuales.*- Estos test tiene la ventaja de darle al psicólogo la posibilidad de observar de cerca al sujeto y a veces estas pruebas son más sensibles para evaluar las características especiales y se utilizan cuando la motivación del sujeto es dudosa. Sin embargo, son más costosos, porque requieren a veces de mayor tiempo para recolectar datos en una gran cantidad de sujetos y de un administrador altamente entrenado.
- *Colectivos o grupales.*- Se usan para recolectar rápidamente datos de una gran cantidad de personas, se aplican a un número alto de personas al mismo tiempo y en forma rápida, tienen la ventaja de permitir que gran cantidad de datos se recojan en forma rápida, son menos costosos y generalmente no requieren tanta habilidad para ser administrados. Estos tests funcionan bien, pero es difícil darse cuenta exacta del esfuerzo o motivación de cada sujeto. Estas pruebas se usan preferentemente en el área laboral.

Clasificación de los test según el material que se utiliza

- Verbales
- Papel y lápiz.- existe una alta variedad de ellos. El sujeto recibe simplemente una prueba de papel o un folleto impreso que contiene las preguntas y marca sus respuestas de alguna manera escrita en la hoja de respuestas que se le proporciona.
- Ejecución o desempeño (Cubos, Ensamblaje).- En ellos las personas a ser evaluadas deben hacer alguna actividad de manipulación, como el manejo de bloques, pinzas, manillas, montaje o ensamblaje de objetos mecánicos.

En nuestras praxis fueron de mucha utilidad el empleo de los siguientes tipos de test:

Las Técnicas Psicométricas:

Existen pruebas psicométricas que miden inteligencia, aptitudes, actitudes, intereses, grado de maduración, etc.

- **Test Raven:** Mide inteligencia.
- **Test de Dominó:** Mide la inteligencia general y la capacidad de abstracción.
- **Test Wais:** Consiste en 12 pruebas de habilidades mentales primarias verbales y de ejecución. Se usa para evaluación de la inteligencia.
- **Test Mac-Quarrie:** Mide aptitudes mecánicas, evalúa aspectos de inteligencia técnica y habilidades relacionadas con precisión y rapidez manual.

Las Técnicas Proyectivas:

Aquí el sujeto expresará su personalidad, mostrando su conducta total consciente e inconsciente. Podemos utilizar test de diferentes niveles de estructuración. Hay test escasamente estructurados y test semi-estructurados, como el Phillipson o Test TRO y el test TAT, que consisten en relatos verbales o historias sobre imágenes visuales. El Test de Zulliger y el Test de Rorschach

se encuentran entre los menos estructurados y consisten en estímulos visuales de manchas fortuitas.

Test Gráficos:

Son numerosos y bastante útiles.

- **H.T.P.** (Casa, Árbol, Persona). Este tipo de prueba se utiliza ampliamente en población infanto-juvenil complementado con el Test de la Familia y otros para evaluar diferentes aspectos emocionales, conductuales y también intelectuales de los niños. En población adulta puede formar parte de un conjunto más amplio de pruebas para averiguar la personalidad de los individuos y su idoneidad para ciertos puestos de trabajo.
- **D.F.H** (Dibujo de la figura humana; El dibujo de la **figura humana** vehiculiza a través de su dibujo aspectos de la personalidad ligados al **autoconcepto, a la imagen corporal** que es la idea y el sentimiento que cada persona tiene respecto a su propio cuerpo).
- **El Test de la persona bajo la lluvia.** En la interpretación del dibujo buscamos obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el elemento perturbador. Resulta muy útil su comparación con el dibujo de la persona (Machover), en el mismo individuo, ya que en éste falta dicho elemento estresante, esto nos permite comparar sus defensas frente a situaciones relajadas o de tensión. El ambiente desagradable hace propicia la aparición de defensas que suelen no mostrarse en el test de la persona. En este último, existen defensas que se mantienen ocultas, a veces tan solo insinuadas, precisamente porque la persona no tiene que hacer frente a una situación desagradable. La persona bajo la lluvia, agrega una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener su fachada habitual, sintiéndose forzado a recurrir a defensas antes latentes. Es decir, el dibujo de la persona es una situación no estresante, en tanto si lo es la persona bajo la lluvia.

- **El Test de Warteg** (en donde el estímulo es gráfico y la respuesta es gráfica y verbal; El de la Psicología Conductista en donde lo básico es que cada estímulo provoca en el individuo una respuesta. Esta respuesta es la conducta o comportamiento externo y visible del individuo).
- **Test del dibujo de la familia** (explora las vivencias conflictivas del niño relacionadas con su familia. el niño debe dibujar su propia familia).

Test Verbales:

- **El Cuestionario Desiderativo** (en donde el estímulo es verbal y se espera una respuesta verbal).
- **El Test de Relaciones Objetales (TRO) y El Test de Apercepción Temática (TAT)** en donde el estímulo es verbal y visual y la respuesta es verbal. **T.A.T. Test de apercepción temática** (El Objetivo de la técnica según Murray, (1958) "...Es un método eficaz para el descubrimiento de determinadas tendencias, emociones, sentimientos, complejos y conflictos dominantes de una personalidad. Su valor especial reside en su poder de revelación de las tendencias subyacentes inhibidas que el sujeto no quiere o no puede admitir a causa de su índole inconsciente").

Inventarios:

Son cuestionarios autoadministrados de aplicación individual y colectiva.

- MBTI (Inventario tipológico de evaluación de la personalidad, disposiciones y preferencias).
- DISC (El análisis DISC mide el potencial de conductas laborales).
- NEGO (Inventario para evaluar habilidades de negociación y ventas).
- 16 PF-5 (Cuestionario factorial de personalidad).

6.4.3. El proceso de tratamiento.

I. Qué es el tratamiento psicológico

Un tratamiento psicológico es una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etcétera). En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana. Ejemplos de esto son ayudar a una persona a superar su depresión o reducir sus obsesiones, trabajar con una familia con conflictos entre sus miembros para que sepan comunicarse mejor, o enseñar a un adolescente a relacionarse con otros compañeros de modo más sociable y menos agresivo.

Un tratamiento psicológico implica, entre otras cosas, escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar qué aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema. También supone informar al paciente sobre cómo puede resolver los problemas planteados y emplear técnicas psicológicas específicas tales como, por ejemplo, el entrenamiento en respiración o relajación, la resolución de problemas interpersonales, el cuestionamiento de creencias erróneas, el entrenamiento en habilidades sociales, etc. El empleo de fármacos no es parte del tratamiento psicológico, aunque pueden combinarse ambos tipos de terapia cuando se considera oportuno.

En resumen, los tratamientos psicológicos son aplicados por psicólogos clínicos, que son los especialistas en los problemas del comportamiento humano y que utilizan técnicas especializadas de evaluación (una entrevista, una historia clínica, test y cuestionarios, etcétera), y de tratamiento, cuya eficacia ha sido contrastada en diversas investigaciones científicas.

El tratamiento psicológico puede llevarse a cabo con personas (una sola persona), parejas, familias y grupos. Es posible combinar, según los casos y

necesidades, el formato de tratamiento; así, puede realizarse un tratamiento en grupo junto con sesiones de asistencia individual. La intervención puede durar desde una o unas pocas sesiones (p.ej., en situaciones de crisis o asesoramiento) hasta varios años (en el caso del psicoanálisis). Lo más frecuente es que se extienda de 5 a 50 sesiones de alrededor de 1 hora y de frecuencia semanal. El número de sesiones depende del tipo o número de problemas y de la gravedad de éstos.

La forma habitual de tratamiento psicológico supone un contacto personal con el psicólogo. No obstante, también pueden utilizarse medios complementarios para cubrir algunos aspectos del tratamiento: teléfono, correo o internet (e-mail, videoconferencia, chat). El uso de estos medios, con las garantías clínicas y éticas precisas, es útil cuando el paciente: tiene dificultades físicas o geográficas para acudir a la consulta del profesional o su problema se lo impide (p.ej., agorafobia o fobia social severas); quiere seguir la terapia con el mismo terapeuta, pero debe ausentarse por traslado u otras causas; desea un anonimato mayor o total; es capaz de comunicarse eficazmente a través de los medios técnicos citados; posee los recursos para manejar sus problemas con el apoyo no presencial; presenta un trastorno no muy grave o desea simplemente hacer una consulta o solicitar la opinión profesional del psicólogo.

II. ¿Cuándo es conveniente o necesario un tratamiento psicológico?

Un tratamiento psicológico debe aplicarse cuando se tiene un problema que desborda a la persona, es decir, que le dificulta o impide vivir de la forma deseada o que le produce gran malestar y sufrimiento.

Es preciso diferenciar entre un problema digamos natural o normal y una alteración clínicamente significativa. Son muchos los problemas con los que nos enfrentamos en el día a día, (la muerte de un ser querido, una mala relación de pareja, dificultades en el trabajo, contratiempos en la educación de los hijos, etcétera), pero frecuentemente nos valemos de nosotros mismos y

de las ayudas que tenemos (la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, etcétera) para superarlos. Sin embargo, cuando las dificultades son excesivas - duran más de lo normal, son muy fuertes e incapacitantes en el quehacer diario y provocan un malestar emocional considerable- es cuando resulta necesario acudir a un tratamiento psicológico.

Otras veces la propia persona no se da cuenta de que necesita tratamiento psicológico. Son quienes conviven con él quienes se percatan de sus dificultades. Puede ser el caso de los niños, los ancianos con demencia, o de quienes no tienen conciencia del problema (las psicosis) o lo niegan explícitamente (la anorexia, el alcoholismo, el juego patológico, etcétera).

III. ¿Qué tipo de tratamiento psicológico utilizamos en psicoterapia breve?

Nosotros empleamos un tratamiento integrador. Nos basamos en tratamientos psicológicos existentes en la actualidad, y estos son: la terapia cognitivo-conductual (basada en el modo de aprender nuevas formas de pensar, actuar y sentir), las psicoterapias psicoanalíticas y dinámicas (centradas en el estudio introspectivo del ser humano), las terapias de corte existencial-humanista (basadas en gran parte en la relación terapeuta-paciente) y las terapias sistémicas (que consideran los problemas de una persona como la expresión de que algo funciona mal en su sistema familiar o de pareja, lo que implica hacer cambios en dicho sistema).

IV. Los pasos previos al tratamiento

Primera sesión

De los primeros contactos con el paciente depende en buena medida el destino de la relación de éste con su terapeuta; será beneficioso si puede mostrarse interesado por los problemas del paciente, dispuesto a brindarle su ayuda y confiado en su método terapéutico; además, si desde un primer momento es claro y explícito en su comunicación con el paciente.

Lo más importante es establecer el rapport y la alianza terapéutica. Se intenta de este modo disminuir resistencias ocasionadas por malentendidos o temores respecto del tratamiento, todo lo cual puede fácilmente conducir a la deserción; si hay una buena relación terapéutica, el paciente creerá y obedecerá en la terapia.

Siempre hay que centrarse en la persona; debe sentirse aceptada, acogida, escuchada. Lo más importante es acoger al paciente y que sienta que lo están entendiendo. Para establecer un tratamiento es necesario basarse en el proceso evaluatorio y diagnóstico (entrevista clínica).

Según Fiorini, la entrevista tiene varias fases:

- a) **Diagnóstico aproximativo:** a partir de los datos que da el paciente. Clínico y psicodinámico, en función de los síntomas principales, el grupo familiar, relación éxito fracaso en la conducta del paciente, relación establecida en la entrevista, actitudes del paciente frente a la terapia.
- b) **Diagnóstico de las condiciones de vida:** el lugar geográfico, nivel económico, horarios de trabajo, etc.
- c) **Clarificación inicial del terapeuta sobre la problemática:** aclarar sobre qué se está trabajando.
- d) **Confrontación entre las expectativas del paciente y terapeuta.**
- e) **Proposición del contrato terapéutico,** hablar de la anticipación de la tarea.

El empleo de las interpretaciones en las entrevistas iniciales debe quedar limitado principalmente a:

- Clarificar y encauzar la relación transferencial cuando surgen obstáculos.
- Efectuar una devolución diagnóstico - pronóstica, en la que puede recurrirse a las interpretaciones panorámicas.
- Detectar la capacidad del paciente para efectuar una psicoterapia de insight empleando aislada y prudentemente las interpretaciones de ensayo.

Ha de tenerse en cuenta que la posibilidad de manejar la entrevista con un enfoque interpretativo enfrenta el riesgo de una reacción negativa del paciente, quien puede sentirse invadido en exceso, o descalificado en sus ideas sobre su propia situación, antes de haber conocido y aceptado las reglas del juego.

Historia clínica: es importante que tengamos la mayor información del paciente antes de iniciar la psicoterapia. Es esencial saber su motivo de consulta y cómo llega a eso, su historia vital, la relación con la familia actual y de origen y otras áreas importantes.

Respecto de la metodología a emplear, cabe recomendar un modelo de anamnesis a manera de guía, aunque ello no implica que tenga que seguirse un orden rígido cuando se interroga a un paciente. Es una entrevista inicialmente libre que después se torna estructurada.

Evaluación diagnóstica - pronóstica:

- ✦ **Diagnóstico nosográfico - dinámico:** diagnóstico del episodio actual, de la enfermedad y de la personalidad.
- ✦ **Diagnóstico de la familia de origen:** como ha incidido en la problemática actual.
- ✦ **Ambiente:** condiciones que rodean al paciente, que tan patológico es, cuántas redes de apoyo hay, etc.
- ✦ **Evaluación de condiciones yoicas:** básicas, de relaciones objetales, control de impulsos, mecanismos defensivos, tolerancia a la ansiedad y la frustración y regulación de la autoestima. Para ver con qué contamos del paciente.
- ✦ **Evaluación del grado de motivación al tratamiento y aptitudes de insight:** que tanta conciencia de enfermedad hay. Si quiere recibir ayuda. Sus respuestas a las interpretaciones de ensayo y señalamientos nos darán la pauta de su capacidad de auto observación, su resistencia o su permeabilidad ante las intervenciones del terapeuta.

- ✦ **Determinar el foco:** para saber dónde intervenir. La determinación del foco y el ahondamiento en su conflictiva engloba el diagnóstico del punto de urgencia y a su vez se halla comprendida dentro de la formulación psicodinámica temprana, ya que esta última no es otra cosa que una hipótesis diagnóstica integral.

Para esto, el psicodiagnóstico contribuye a obtener información. La batería de test a emplear puede constar del Test de Rorschach (por excelencia), el Test de Relaciones Objetales de Phillipson o el Test de Apercepción Temática de Murray, y completarse con el de Bender, dibujo libre, figura humana, desiderativo, etc. Los test de inteligencia se aplican sólo hay dudas sobre su capacidad de abstracción o cuando el propio paciente tiene dudas sobre su capacidad intelectual.

Los test, en general, hay que aplicarlos al principio y se cobran como una sesión más.

Devolución diagnóstica - pronóstica

En este segundo momento la tarea pasa por el suministro de información que el terapeuta pueda ofrecer, por su capacidad de respuesta a las interrogantes del paciente. Esta reciprocidad de derechos necesita funcionar con la mayor simetría posible.

Se devuelve la información colectada en los test y las hipótesis del terapeuta respecto a su problema, se lleva a cabo en la última sesión diagnóstica. El entrevistador transmitirá oralmente al paciente, con un lenguaje sencillo y claro, impresiones generales acerca de su problemática, con el fin de hacer sentir al paciente que se le presta atención, brindarle cierta clarificación preliminar de su problemática, reforzar su motivación para entender y resolver sus dificultades y facilitar la elección de las metas terapéuticas. El papel del terapeuta es alentar aquí al paciente a que cuestione, plantee dudas y objeciones a todo lo expuesto; porque el problema no consiste sólo en ver qué necesita hacer el

paciente sino en considerar, además, que está dispuesto él a hacer, cuáles son sus disposiciones y sus dificultades para tratarse.

Se le explica la duración del tratamiento, poniendo en claro que ésta puede variar o no. El tiempo depende de la problemática, de aspectos externos, etc. Después de efectuada la devolución diagnóstica, paciente y entrevistador intercambiarán opiniones acerca de los posibles objetivos de la terapia a realizar, hasta llegar a establecerlos claramente y de común acuerdo.

El terapeuta se referirá a los objetivos del modo más claro y sencillo posible; es preciso que se propongan como presuntivamente alcanzables, clasificándose en primordiales y secundarios, inmediatos y mediatos y en explícitos e implícitos. La duración del tratamiento breve varía según las circunstancias determinadas por las modalidades institucionales, situaciones propias del paciente y lo que el terapeuta y paciente resuelvan.

El momento final de la entrevista consiste en indagar qué información tiene el paciente sobre el funcionamiento de la relación terapéutica (entrevista inductora del rol del paciente), específicamente sobre cuatro aspectos: la visión general de la psicoterapia como método de aprendizaje, la caracterización de los respectivos roles, la anticipación del surgimiento de fenómenos resistenciales y la formulación realista de las expectativas sobre los resultados.

Se explica el método de trabajo y las normas contractuales, la modalidad de trabajo (horario, tiempo, honorarios), las técnicas a utilizar, la confidencialidad, etc.

En lo que respecta a las funciones del paciente, deberá hacerse hincapié en explicarle cuidadosa y detalladamente lo que será su regla básica de funcionamiento a lo largo de la terapia y el papel del terapeuta. También conviene informar al paciente si se piensa emplear otros recursos terapéuticos

(psicofármacos, familiares, etc.), ilustrándolo aunque sea en forma mínima acerca de su sentido y alcances. Por último deben fijarse las distintas condiciones del contrato terapéutico, en especial las correspondientes a los aspectos espaciotemporales del encuadre.

V. La singularidad en la terapia

Cada sujeto presenta características únicas, es por eso que cada caso, aún en el marco de tecnologías clínicas eficaces, requiere una evaluación funcional donde comulgan las características del paciente, su problemática y las técnicas que provienen de la investigación actual en psicoterapia. Quien requiere tratamiento asume poseer un padecimiento que genera malestar anímico y que no ha podido resolver, por eso adquirirá recursos nuevos que permitan el afrontamiento eficaz del problema.

El pasado atraviesa el aquí y ahora. Aprendimos a pensar, sentir y a manejarnos de una manera determinada que muchas veces puede producirnos malestar. Es decir, lo aprendido o no aprendido (falta de herramientas, por ejemplo, para resolver una situación) es la capacidad de cambio que tenemos. Todo esto, por más historia que tenga, ocurre ahora y es ahora que podemos plantear objetivos de modificación. **La historia singular del problema nos dará información sobre la fuerza de un síntoma, y la potencialidad de cambios-en ella se basa el trabajo clínico.**

Si bien se utilizan técnicas basadas en la investigación se llega a ellas a partir de que se especifica un problema y se conocen las características de quien lo padece mediante la evaluación clínica. Detectar todas las variables que intervienen en el conflicto es la forma de empezar a modificar aquello que nos resulta indeseable. De manera que resolver un problema implica trabajar con todo el universo de un sujeto: sus vínculos, su salud física, el trabajo, son el marco de referencia indispensable para trazar objetivos terapéuticos en función de la personalidad y el contexto del consultante.

bien las respuestas se orientan hacia el cambio, no toda explicación de un problema es útil o aceptable. La comprensión objetiva de la conducta humana y sus leyes, no resulta de la mera interpretación, sino de las ciencias del comportamiento. Muchas veces los pacientes llegan con diversas hipótesis sobre las causas del problema y luego, al ser informados de la evaluación funcional/diagnóstico, al brindárseles otras hipótesis, acuerdan y flexibilizan la interpretación inicial. Como el trabajo clínico es en equipo, resulta importantísimo que la información clínica sobre las causas sea compartida con el paciente. Pero no nos detenemos allí, necesitamos que todo el volumen de información que tenemos nos permita intervenir para cambiar en el presente y maximizar el desarrollo del sujeto, muchas veces impedido por el motivo de consulta y sus secuelas.

VI. El tratamiento combinado:

En forma adicional, en muchas ocasiones resulta beneficioso agregar otras herramientas a la psicoterapia individual y breve, por ejemplo: psicodrogas, intervención de familiares y/o allegados del paciente, dramatización, psicoterapia grupal, terapia ocupacional, comunidad terapéutica, hipnosis, servicio social, internación breve, etc.

Psicoterapia y psicofármacos

En algunos casos, la psicoterapia manifiesta ser más eficaz que la medicación. En otros, es factible que algunos pacientes la necesiten (como paso necesario previo para la atención psicoterapéutica) para aliviar el sufrimiento y poder trabajar fuera de la urgencia anímica (personas con depresión mayor, en estados de shock, etc.; en donde existe una imposibilidad para que el sujeto logre comprender o asimilar el proceso terapéutico ya que se encuentran en un estado de inhibición cognoscitiva). Sin embargo, es la evaluación psicológica individual quien determina la implementación de un tratamiento combinado. *En estos casos, se trabaja en forma interdisciplinaria para maximizar los efectos positivos de la medicación y que ésta sea ingerida por el menor tiempo posible, en la menor dosis.*

Cuando el malestar emocional es muy grande hay que generar las condiciones para que la psicoterapia comience ser un espacio de trabajo y resolución.

Algunos diagnósticos clínicos, como la esquizofrenia, justifican la medicación al punto de que sin ella no es posible dar curso a la terapia. Veamos qué ocurre con las herramientas que las disciplinas de la salud mental pueden brindar. “¿Qué diferencia hay entre un psicólogo clínico y un psiquiatra? El psiquiatra se diferencia del psicólogo clínico en diversos aspectos. El primero, es que el psiquiatra es un licenciado en medicina y el psicólogo clínico es un licenciado en psicología. Por ello, el psiquiatra considera los problemas del paciente como resultado de que algo no funciona bien en el organismo (en el cuerpo); por el contrario el psicólogo clínico se centra en aspectos psicológicos (cómo influyen en el problema las relaciones y situaciones sociales, familiares, las emociones propias y de los demás, la opinión y visión personal que se tiene sobre los problemas, etc.).

Esto no quiere decir que el psicólogo excluya en su tratamiento los aspectos orgánicos, o que el psiquiatra haga lo propio con los factores psicológicos. Sin embargo, sí debe quedar claro que ambos se diferencian en la mayor importancia que dan a lo psicológico (psicólogo clínico) o a lo orgánico (psiquiatra). En consonancia con esto la segunda diferencia está en qué hacen ambos profesionales. El psiquiatra se ocupa, habitualmente, de diagnosticar y recetar un fármaco; y el psicólogo clínico, junto con el diagnóstico, busca analizar las dificultades específicas del paciente en su día a día y hace un plan ajustado a éstas para superarlas”.

En la práctica clínica psicólogos y psiquiatras trabajamos en forma conjunta muchas veces, conformando un equipo con el paciente. Sin embargo, antes de considerar la herramienta farmacológica (salvo que el diagnóstico lo haga imprescindible) los cognitivo conductuales preferimos prescindir de ella y agotamos nuestras herramientas para evitarla. La herramienta farmacológica

es muy poderosa y sus beneficios son incuestionables, pero por sí sola puede resultar una pseudo-solución. Por la dependencia que genera y por no garantizar un cambio sostenible en el tiempo. Muchos pacientes rechazan la medicación por diferentes creencias: en estos casos resulta útil explicar qué pasa en el sistema nervioso, cuáles son los compromisos biológicos del problema para que se evalúe nuevamente la negativa.

Otros, llegan ya medicados, o bien esperan cambios milagrosos solicitando aumento de dosis o prescripción de fármacos, aún cuando no es necesario. En ambos casos, intervenimos en los preconceptos incrementando el volumen de información que la persona posee al momento de sostener sus argumentos. No se trata de lo que a uno le parece, sino de lo que las cosas son; por eso la información objetiva suele modificar algunas percepciones erróneas en su discusión. La combinación de ambos tratamientos, cuando es necesaria, reporta gran eficacia.

VII. Elementos del proceso terapéutico

⇒ Rapport: se traduce en sintonía, armonía, concordancia, con respecto a la relación interpersonal entre individuos. Si existe Rapport, la comunicación fluye, tanto su cuerpo como sus palabras están en armonía. La sintonía es un puente hacia la otra persona, lo que permite guiarlos a otra dirección estableciendo una buena relación. Esto se llama compartir y dirigir. Compartir es una habilidad general de la sintonía con el objetivo de discutir sobre temas de intereses comunes.

El psicólogo que conoce las técnicas dirige para que sus pacientes entren en sintonía. Una de las bases que tiene el rapport para que la comunicación llegue a ser excelente es que el psicólogo debe colocarse en lugar del paciente (sin imitar), sintonizando los ritmos del cuerpo: respiración, velocidad, gestos, postura, macro y micro comportamientos, entre otros.

⇒ Empatía: está en relación con el rapport.

- ⇒ Transferencia y contratransferencia: Es necesario establecer rápidamente la **alianza terapéutica** a través de la acción explícita entre paciente y terapeuta para colaborar en el trabajo de resolver los problemas del primero. Se basa en acciones y negociaciones sobre las metas de la terapia y en enganches emocionales que hacen que la confianza crezca y aumente la transferencia positiva. Si los modelos no adaptativos de transferencia y contratransferencia llegan a interferir el desarrollo de la alianza terapéutica se puede interpretar que son repeticiones de los problemas interpersonales generales que constituyen el foco del trabajo terapéutico.
- ⇒ La cooperación: Hay que tratar de involucrar al paciente de manera que coopere en todo el proceso terapéutico con el fin de que el este sea más eficaz y rápido posible
- ⇒ Los recursos: El paciente posee todos los recursos necesarios para resolver el problema, en consecuencia el terapeuta sirve de facilitador para que estos fluyan.
- ⇒ Sobre las soluciones: Los problemas se generan por los intentos inadecuados de resolverlos, en consecuencia la solución errónea del pasado

VIII. Formas de tratamiento

Nosotros ponemos en práctica el enfoque psicoterapéutico integrador y flexible. Este modelo entiende que hay muchas maneras de enfocar una problemática, por tanto ninguna terapia es mejor que otra y que la eficacia de una psicoterapia se mide por los resultados, en consecuencia, si en algún momento no funciona alguna técnica terapéutica aplicada se puede sustituir por la de otra corriente (acorde a las necesidades y a los niveles de respuesta del paciente, ya que cada sujeto reacciona de diferente manera); o puede existir el caso en el que sea necesario integrar otra corriente a la ya establecida y trabajar de manera mixta o combinada para potencializar del trabajo.

Por tales motivos, nos basamos en aspectos psicodinámicos y cognitivos conductuales, siendo así, nuestra forma de tratamiento el siguiente:

a. Desde una postura psicodinámica.

Aunque existen ciertas diferencias o posiciones antagónicas o contrastantes en relación a algunos conceptos manejados en terapias psicoanalíticas, la psicoterapia breve también incorpora ciertos semblantes del psicoanálisis, claro está, adecuándolo a sus objetivos y tendencias metodológicas. A continuación se describirán tales aspectos:

En la psicoterapia breve, el vínculo que se establece con el paciente es más realista y definido, ya que la ambigüedad es aquí un inconveniente. Hay de parte del terapeuta una mayor proximidad afectiva que se espera que obre positivamente sobre el proceso terapéutico. Es que en principio será necesario que se establezca un buen rapport, sobre todo si se trata de una terapia cuyo tiempo será limitado; habrá que fomentar el rápido desarrollo de una alianza terapéutica, condición básica para aspirar al éxito.

Al paciente se le debe permitir cierto grado de gratificación de necesidades emocionales, propendiendo al mantenimiento de una relación transferencial positiva sublimada a lo largo de toda la terapia. La relación será finalmente menos asimétrica que en tratamiento psicoanalítico.

La posición frente a frente actúa contraponiéndose a las tendencias del paciente al desarrollo de la regresión y de la neurosis de transferencia. Es preciso señalar la función activa que tiene que ejercer el terapeuta y que será decisiva para el logro de buenos resultados, debido a que favorece la gestión de focalización de la labor terapéutica; el terapeuta intenta agilizar el intercambio, procurando producir un efecto catalizador en el proceso terapéutico.

Las Interpretaciones

En cuanto a las interpretaciones, en psicoterapia breve, han de ser dirigidas fundamentalmente a aclarar la conflictiva focal, por medio de las cuales el terapeuta encauza la exploración en una determinada dirección, escogiendo entre el material aquello atingente al foco y descartando lo extrafocal.

Por lo general, se evita la prolongación excesiva de los silencios no sólo porque incrementa la ansiedad y la regresión consiguiente, sino porque se trata de utilizar operativamente el tiempo disponible. En particular los silencios prolongados del terapeuta pueden provocar hostilidad transferencial debido a la frustración ocasionada. Wolberg recomienda que el terapeuta de "juego libre a su expresión facial", que serán beneficiosas en tanto sean espontáneas y no estudiadas.

Aunque no en forma exclusiva, la interpretación en psicoterapia breve sigue siendo una herramienta fundamental en la terapia si ésta pretende lograr un grado de insight en el paciente. Sin embargo, es deseable que el tratamiento no se reduzca a un empleo sostenido o exclusivo de interpretaciones, al ser éstas inductoras de la dependencia regresiva.

La profundidad de las interpretaciones está limitada por las mismas características del encuadre, al considerar que las interpretaciones profundas pueden inducir a estados regresivos de consideración.

En psicoterapia breve existen criterios dispares en cuanto al uso de interpretaciones "transferenciales", aunque parece haber un acuerdo generalizado en hacer uso de ellas en forma prudente y limitada, para no fomentar la neurosis de transferencia. El paciente acude para resolver problemas vitales actuales que lo afectan, concurre sólo una o dos veces por semana a tratarse y si, a pesar de tal situación seguimos instándolo a que se concentre en su relación con nosotros, podemos generar considerables resistencias a la tarea que reducirán nuestras posibilidades de alcanzar el éxito terapéutico de insight.

Es válido considerar como norma la regla freudiana de no interpretar la transferencia positiva sublimada, que en cambio deberá ser estimulada y utilizada para hacer posible la labor terapéutica. Se recomienda hacer uso de este tipo de interpretaciones cuando surgen resistencias transferenciales (quiebres del encuadre, por ejemplo) y cuando pueden constituir para el paciente un elemento demostrativo de determinados aspectos de su problemática focal (como modelo clarificador).

Tanto en las etapas iniciales como en las finales de la terapia suele producirse una mayor necesidad de recurrir a las intervenciones transferenciales. Durante las primeras sesiones porque es preciso despejar el panorama de resistencias transferenciales dadas por el surgimiento natural de ansiedades paranoides y en los estados finales porque la terminación de la terapia y el duelo de la separación requieren también ser trabajados. El uso diestro de las interpretaciones es el medio más eficaz de que dispone el terapeuta para regular el tipo y la intensidad de la relación.

La intención es incluir siempre la realidad que está más allá del consultorio, hacia la cual se ha de orientar continuamente el paciente, disminuyendo de esta manera la concentración excesiva de la exploración psicológica en el vínculo con el terapeuta. Entre la emergencia de la transferencia y su resolución debe transcurrir el menor tiempo posible. Conviene tener ciertas precauciones al interpretarla:

1. Que el paciente demuestre estar capacitado para recibir y aprovechar estas interpretaciones,
2. Que las condiciones del encuadre, principalmente las temporales, sean propicias,
3. Que los componentes histórico - genéticos a incluir sean pertinentes a la estructura focal,
4. Que al trabajar sobre un conflicto infantil derivado no se debe aspirar a eliminar la amnesia infantil

5. Que al formular las interpretaciones se debe facilitar la comprensión de los determinantes históricos del conflicto, en vez de hacer revivir al paciente sus conflictos infantiles. Para esto es útil presentar las interpretaciones en forma de preguntas o sugerencias.

Los sueños

La interpretación de los sueños, practicada del mismo modo que en el psicoanálisis, entrañaría un riesgo básico, dado por la posibilidad de estimular excesivamente la producción de fenómenos regresivos en el paciente. Frente a los sueños, el terapeuta debe asumir la misma actitud que frente a cualquier otro producto de la actividad mental, es decir, interpretar en la medida que lo considere útil para clarificar la conflictiva focal.

Por lo general se ha de evitar la referencia a deseos infantiles inconscientes, para remitirse primariamente a las ideas latentes preconscientes. Por otra parte, deberán interpretarse más que nada aquellos contenidos que parecen más claros para el paciente.

La asociación libre

Aunque no se recomienda el uso generalizado de la asociación libre, en algunos casos presenta ciertas ventajas, que estarían dadas, desde ya, por la facilitación del acceso a los contenidos inconscientes. Su aplicación podría ser especialmente útil cuando se trata de pacientes con excesiva tendencia a la intelectualización.

Sin embargo, la utilización de la regla fundamental psicoanalítica podría dar lugar tanto en algunos momentos al ahondamiento en la estructura focal, como en otros, al alejamiento de la misma. La flexibilidad de la que el terapeuta deberá hacer gala ha de posibilitarle la opción de utilizar este recurso técnico cuando lo considere oportuno y ante pacientes capaces de responder positivamente al mismo.

En Psicoterapia Breve, puede que el papel activo del terapeuta se interponga reduciendo o hasta dejando sin efecto la asociación libre espontánea del paciente. El terapeuta, con sus continuas intervenciones, gracias a las cuales promueve la activación y/oica del paciente, estimulará asociaciones intencionalmente guiadas.

La atención flotante

Se ha dicho que en psicoterapia breve el terapeuta debe emplear una atención selectiva, en virtud de la cual tiende a conservar mentalmente un foco. Sin embargo, resulta útil en muchos momentos recuperar la atención flotante a fin de explorar el inconsciente del paciente y no transformar el tratamiento en una terapia de lo preconsciente, estereotipando excesivamente el intercambio verbal entre terapeuta y paciente.

Las intervenciones verbales

Además de las interpretaciones, el terapeuta cuenta con diversos instrumentos en la terapia verbal: los señalamientos, las preguntas, el suministro de información, las sugerencias, los comentarios, las intervenciones de reaseguramiento o refuerzo, las indicaciones y los consejos.

En la psicoterapia breve, las intervenciones verbales del terapeuta deben reunir tres condiciones básicas:

1. Mantener una coherencia interna, no es admisible que haya contradicciones en el empleo de las distintas intervenciones del terapeuta, las cuales deben responder a una estrategia terapéutica elaborada según cada caso.
2. Constar de una proporción elevada de intervenciones no interpretativas, con el fin de contrarrestar los efectos de estimulación de la dependencia que significaría el uso casi exclusivo de interpretaciones. También constituye una clara expresión del papel activo y focalizador del terapeuta.
3. Estar focalizadas, de esta manera, son también focalizadoras en sus efectos.

Tipos de intervención verbal del terapeuta

Básicamente un inventario de intervenciones verbales del terapeuta que son herramientas en las psicoterapias incluye necesariamente los siguientes (Héctor J. Fiorini):

1.- Interrogar:

- ✦ Preguntar es continuamente consultar a la conciencia del paciente, sondear las limitaciones y distorsiones de esa conciencia, transmitir asimismo un "estilo interrogativo" frente a los fenómenos humanos. Revela un terapeuta no omnipotente (contiene un vínculo con roles) y puede transmitir, al paciente, un respeto por parte del terapeuta sobre el carácter estrictamente singular de su experiencia.
- ✦ Es necesario trabajar en psicoterapia mucho más sobre las situaciones de realidad del paciente; es una forma de indagar en la perspectiva que el paciente hace de su situación.
- ✦ Simplemente con preguntar, dramatizando o no, el terapeuta pone en acción varios estímulos de cambio: uno primordial es que ejercita con el paciente una constante ampliación del campo perceptivo y el otro es el papel reforzador del yo de la experiencia de escucharse hablar.
- ✦ Todo estímulo para la explicitación apunta a romper las limitaciones y el encubrimiento contenido en el uso cotidiano del lenguaje convencional.
- ✦ En psicoterapia es esencial pasar de los datos iniciales de la experiencia subjetiva al análisis minucioso de las situaciones.
- ✦ La indagación contiene estímulos terapéuticos de particular jerarquía.
- ✦ *Abreacción*: el paciente expresa lo más abiertamente sus emociones y pensamientos y relata sus conductas. Esta capacidad de estar allí y aceptar del terapeuta, es un elemento básico para desarrollar una alianza positiva y para promover otros avances en el tratamiento.

2.- Informar:

- ✦ El terapeuta es el vehículo de una cultura humanista y psicológica, que cumple con un rol cultural.
- ✦ En psicoterapias es altamente pertinente aclarar al paciente elementos de higiene sexual, perspectivas de la cultura adolescente actual, o problemática social de la mujer, para que el paciente deje de ver como algo estrictamente individual que "sólo a él" le pasa; ya que la falta de este marco de referencia cultural implica en el superyó (sensación de ser el único con tales problemas).
- ✦ También explicarle ciertos aspectos de la dinámica de los conflictos. La experiencia muestra que el mensaje que el paciente haga de esas lecturas, su experiencia global frente a la bibliografía, es sumamente rica para esclarecer conflictos de toda índole; crea una perspectiva desde la cual los problemas del paciente, con toda su singularidad, dejan de ser vistos como algo estrictamente individual que "sólo le pasa a él".
- ✦ Al no informar constituye un falseamiento de la óptica social que no permite comprender los dinamismos psicológicos.

Tipos de intervención verbal del terapeuta

3.- Confirmar o rectificar enunciados del paciente:

- ✦ Enunciados del Paciente: Este tipo de intervención inherente al ejercicio del rol activo del terapeuta.
- ✦ La rectificación permite poner de relieve las lagunas en el discurso (escotomas del discurso), las limitaciones en el campo de la conciencia y el papel de las defensas en ese estrechamiento, contribuyendo a enriquecer ese campo. Es rico observar en detalle como manipula el paciente al aporte rectificador del terapeuta.
- ✦ La confirmación contribuye a consolidar en el paciente la confianza en sus propios recursos yoicos; significa que el terapeuta en toda ocasión puede estar de acuerdo con la interpretación del paciente es oportuna para estimular el potencial de crecimiento.
- ✦ La capacidad del terapeuta de actuar flexiblemente con rectificaciones y confirmaciones de los enunciados del paciente es fundamental para crear un clima de ecuanimidad, propio de una relación "madura".
- ✦ La falta de esta ecuanimidad reflejada en quejas del paciente acerca a que la sesión solo sirve para mostrar defecto y errores.

4.- Clarificaciones:

- ✦ Intervención que apunta a lograr un despeje de la maraña del relato del paciente a fin de recortar elementos significativos del mismo.
- ✦ A menudo se clarifica mediante una reformulación sintética del relato.
- ✦ Estas intervenciones preparan el campo para penetrar en sus aspectos psicológicamente más ricos y comprensibles, lo cual se hará mediante señalamientos e interpretaciones.
- ✦ Enseñan un modo de percibir la propia experiencia: donde el paciente aprende observar selectivamente y correr la masa de sus vivencias e incorporar para poder discriminar para comprenderse.
- ✦ Las clarificaciones juegan durante la gran parte del proceso terapéutico el papel de instrumentos primordiales, en cuanto sientan las premisas para que algún momento otras intervenciones, de tipo interpretativo, por ejemplo, puedan ser activamente elaboradas.
- ✦ Las funciones yoicas debilitadas afectadas por una delimitación precaria del ego (la confusión).
- ✦ Las clarificaciones juegan gran parte del proceso terapéutico de instrumentos primordiales.
- ✦ En esta maniobra se intenta dilucidar ambigüedades o confusiones en el discurso del paciente, ayudándolo así a definir una situación. Una forma especial de clarificaciones son las confrontaciones; en ellas, el terapeuta enfoca la atención del paciente hacia una conducta o tema del que ambos han tomado conocimiento, pero que el paciente ha evitado tratar espontáneamente. Una forma extrema de este tipo de intervención es la notificación, en la cual se informa al paciente de un cambio en el sistema de tratamiento, o de la suspensión de éste, en el caso de reiterar conductas que a pesar de haber sido analizadas, no han disminuido.

Tipos de intervención verbal del terapeuta

5.- Recapitulaciones:

- ✦ Como en las clarificaciones, esta intervención estimula el desarrollo de una capacidad de síntesis, que es fundamental en el proceso terapéutico para producir recortes y cierres provisionales, en conjunto con las interpretaciones panorámicas.
- ✦ Una simple hipertrofia del trabajo analítico conduce al terapeuta a descuidar el momento sintético.
- ✦ Siempre que no se distorsione, como inductora de cierres estáticos de la actividad de síntesis que es fundamental en el proceso terapéutico, para producir cortes y cierres provisionales.
- ✦ Sin asentar las continuas síntesis provisionales, el proceso de pensamiento no avanza.
- ✦ Sartre dice: "la dialéctica del conocimiento opera por un movimiento continuo de totalización-desdotalización-retotalizaciones, esto apunta a una autodefinición sintética progresiva."
- ✦ Las recapitulaciones como interpretaciones paranoicas con instrumentos esenciales para el proceso.

6.- Señalamientos:

- ✦ Son intervenciones de uso constante en psicoterapia, actúan estimulando en el paciente el desarrollo de una nueva manera de percibir la propia experiencia.
- ✦ Recortan los eslabones de una secuencia, llaman la atención sobre componentes significativos de esa experiencia habitualmente pasados por alto y muestran relaciones particulares.
- ✦ En psicoterapias tal vez constituya una regla técnica general la conveniencia de señalar siempre antes de interpretar. El fundamento de esta regla está en que el señalamiento estimula al paciente a interpretarse a partir de los elementos recortados, es un llamado a su capacidad de auto comprensión.
- ✦ Es sumamente útil que esta capacidad se ensaye en toda ocasión (entrenamiento reforzador del Yo), y particularmente con el terapeuta quien puede ir guiando el desarrollo de estas capacidades.
- ✦ En las respuestas del paciente a cada uno de estos señalamientos se revelan con gran nitidez su capacidad de insight, sus recursos intelectuales, el papel de los mecanismos defensivos y la situación transferencial.

Tipos de intervención verbal del terapeuta

7.- Interpretaciones:

- ✦ En las Psicoterapias de esclarecimiento la interpretación es un instrumento primordial como agente de cambio: Introduce una racionalidad posible allí donde hasta entonces había datos sueltos, inconexos, ilógicos y contradictorios para la lógica habitual. Es importante recordar que toda interpretación es, desde el punto de vista metodológico, una hipótesis.
- ✦ La interpretación propone un modelo para comprender secuencias de hechos en la intervención humana. Intenta descubrir con el paciente el mundo de sus motivaciones y sus sistemas internos de transformación de las mismas ("mecanismos internos" del individuo), así como sus modalidades de expresión y los sistemas de interacción que se establecen dadas ciertas peculiaridades de sus mensajes ("mecanismos grupales").
- ✦ Es importante recordar que toda interpretación es, desde el punto de vista metodológico, una hipótesis. Su verificación se cumple, como un proceso abierto y jamás terminable, en base a la copia de datos que resultan compatibles con el modelo teórico contenido en la hipótesis y, fundamentalmente, por la ausencia de datos que pueda refutar aquella hipótesis.
- ✦ En una Psicoterapia es esencial que el conocimiento sea vivido como una praxis, es decir como la tarea a realizar entre dos o más personas concertadas en una relación de trabajo.
- ✦ El carácter hipotético de la interpretación se pone de relieve en la construcción de su discurso. Formulaciones que destaquen su carácter condicional, como por ejemplo: "es probable que...", "habrá que ver, como una posibilidad, sí...", "una mirada posible sobre el problema consiste en pensar que..."; subrayan netamente aquel carácter. Su ausencia tiende visiblemente a oscurecerlo.
- ✦ **Las interpretaciones en terapia deben cubrir un amplio espectro:**
 - a. Proporcionar hipótesis sobre conflictos actuales en la vida del paciente, es decir, sobre motivaciones y defensas.
 - b. Reconstruir determinadas constelaciones históricas significativas.
 - c. Explicitar situaciones transferenciales de peso en el proceso.
 - d. Rescatar capacidades del paciente negadas o no cultivadas.
 - e. Hacer comprensible la conducta de los otros en función de nuevos comportamientos del paciente.
 - f. Destacar las consecuencias que se derivarán de encontrar el paciente alternativas capaces de sustituir estereotipos personales o grupales.
- ✦ Por contraste con la técnica Psicoanalítica, donde un tipo de interpretación (transferencial) resulta privilegiada como agente de cambio, en las Psicoterapias, dado que se trabaja simultánea o alternativamente sobre varios niveles y mecanismos del cambio, no existen interpretaciones jerarquizables: todos son instrumentos igualmente esenciales dentro del proceso.
- ✦ Pueden realizarse interpretaciones dinámicas, referidas a fuerzas y conflictos, o genéticas, referidas a aspectos biográficos. También pueden referirse a aspectos transferenciales o extratransferenciales.

Tipos de intervención verbal del terapeuta

8.- Sugerencias:

- ⊕ Vienen a insertarse sobre desarrollos del proceso terapéutico en base a los demás tipos de intervención.
- ⊕ Con estas intervenciones el **terapeuta propone al paciente conductas alternativas**, lo **orienta hacia ensayos originales**. Pero el sentido de las mismas no es meramente promover la acción en direcciones diferentes, sino **proporcionar insights** de nuevos ángulos; operan haciendo resaltar contrastes entre lo vivido y lo posible, y estos contrastes no se comentan en un discurso de ideas sino que se muestran gracias a un lenguaje de acción.
- ⊕ Las sugerencias en psicoterapia por lo común vienen a insertarse sobre desarrollos del proceso terapéutico en base a los demás tipos de intervención. Son oportunas cuando las condiciones del paciente para asumirlas y las del vínculo interpersonal en juego, han llegado a un momento de su evolución que las hace fértiles, receptivas para este tipo de estímulo.
- ⊕ Apela al papel revelador del acto, a la riqueza vivencial del hecho de que muchas veces no tiene el discurso reflexivo.
- ⊕ *Sugerencia y manipulación ambiental*: en la primera, se le plantean abiertamente al paciente, ideas o conductas alternativas a las que está desarrollando y en la segunda, se le ayuda a que cambie el medio ambiente que le rodea.

9.- Intervenciones directivas:

- ⊕ Las intervenciones directivas que surgen en psicoterapia aluden tanto a **necesidades propias del proceso terapéutico como a actitudes claves a evitar o ensayar fuera de la relación terapeuta- paciente**. Si el paciente se enfrenta a una decisión importante, la intervención puede jugar **un rol preventivo, jerarquizable no en términos de dinamismos sino en términos de existencia**; otro nivel de acción está en el insight que puede lograrse después de la acción.
- ⊕ En general, se hace necesaria una intervención directiva en aquellas ocasiones en las que el paciente se encuentre **sin los necesarios recursos voicos**, sólo hasta el preciso instante en que el paciente los adquiera o los recupere y logre una necesaria autonomía y capacidad de elaboración.
- ⊕ Realizamos intervenciones directivas cuando existen problemas de castigo físico por parte de los padres, en esos casos actuamos con indicaciones directivas y señalar que no se debe llegar al castigo físico puesto que esto repercute de manera negativa en el sujeto.

Tipos de intervención verbal del terapeuta

10.- Operaciones de encuadre:

- ⊕ Estas intervenciones comprenden todas las especificaciones relativas a la normalidad espacial y temporal que habrá de asumir la relación terapéutica: lugar, ubicación de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, retribuciones, etc. Una distinción importante es la que reside entre aquellas intervenciones que establecen un encuadre y otras en las que se propone un encuadre a reajustar y elaborar juntamente con el paciente.
- ⊕ El trabajo de elaboración conjunto del encuadre a adoptar constituye en la experiencia clínica una instancia mucho más rica desde el punto de vista de los datos que arroja sobre la problemática del paciente.
- ⊕ Por otro lado, si lo que se pretende es cultivar las tendencias pasivas y regresivas del paciente y la correlativa omnipotencia del terapeuta, no hay duda que la imposición del encuadre será el método de elección.

11.- Meta - intervenciones:

- ⊕ Son todas aquellas intervenciones del terapeuta **cuyo objeto son sus propias intervenciones**. Pueden dirigirse a aclarar el significado de haber realizado en ese momento de la sesión o de esa etapa del tratamiento determinada intervención. Esta aclaración sobre la propia intervención es fundamental, ya que el aprendizaje esencial está en los métodos y no en los productos.
- ⊕ Una variante de **meta – intervención** radica en el **cuestionamiento por el terapeuta de su propia intervención**, señalando el carácter parcial de sus fundamentos, o el carácter aún hipotético de alguna de sus premisas.
- ⊕ Otra variante consiste en la explicitación por el terapeuta de la ideología subyacente a algunos supuestos de su propia intervención.
- ⊕ Para concluir, la posibilidad de distinguir los diferentes tipos de intervención terapéutica abre un camino para la investigación microscópica de las técnicas.

b. Desde una postura cognitivo-conductual

Basada en el modo de aprender nuevas formas de pensar, actuar y sentir.

Fases Generales del Proceso Terapéutico

Con ello nos referimos a cómo desarrollar la psicoterapia para la consecución de sus objetivos. Como modelo general escogeremos la C.T de Beck (1976) por contar esta modalidad de terapia cognitiva con un respaldo científico y metodológico lo bastante suficiente y relevante para servir de modelo general. El proceso de la psicoterapia cognitiva supone recorrer tres etapas diferenciadas:

1. Primera etapa: conceptualización del proceso y la observación.

- **Finalidad:** Entrenar al paciente para ser un mejor observador de su conducta.
- **Medios:**
 - a) **Redefinir el problema presente:** En términos de relación pensamiento-afecto-conducta (P-A-C).
 - b) **Re-conceptualizar el proceso de intervención:**
 - a. Modificar los círculos viciosos P-A-C que mantienen el problema.
 - b. Hacer el sujeto menos vulnerable a ciertas situaciones y disminuir las recaídas.
 - c) **Recogida de datos y auto-observación:**
 - Conceptualizar los problemas cognitivamente.
 - Definir etapas y objetivos graduales de intervención.
 - Elegir un problema para la auto-observación: explicar al sujeto los auto-registros.

2. Segunda etapa: generar alternativas.

- **Finalidad:** Ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas adaptativas incompatibles con los círculos viciosos P-A-C anteriores y problemáticos.

- **Medios:**

- a) Cambio de conductas manifiestas: técnicas conductuales y cognitivas.
- b) Cambio de la actividad auto-reguladora (pensamientos y emociones): técnicas conductuales y cognitivas.
- c) Cambio de estructuras cognitivas o creencias tácitas sobre el sí mismo y el mundo: técnicas conductuales y cognitivas.

3. Tercera etapa: mantenimiento, generalización y prevención de recaídas.

- **Finalidad:** Consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas.
- **Medios:**
 - a) Atribuir los logros terapéuticos al trabajo del paciente, sobre la base de sus tareas para casa. (Atribución interna de los cambios).
 - b) Identificar con antelación situaciones de alto riesgo futuro y desarrollar habilidades preventivas de tipo cognitivo-conductual.

Primera fase: evaluación, conceptualización y socialización terapéutica

Objetivos generales de la evaluación:

1. Elicitar los pensamientos automáticos y significados asociados idiosincráticos.
2. Buscar evidencias para los pensamientos automáticos y significados personales.
3. Diseñar experimentos conductuales para probar la validez de los pensamientos automáticos y significados personales.

Dentro del contexto de objetivos, el primer paso consiste en evaluar los problemas que el paciente trae a consulta y conceptualizarlos en términos cognitivos-conductuales. Los objetivos generales de la evaluación y conceptualización serían:

- 1) Determinar las áreas problemáticas del sujeto en términos de componentes conductuales (Conductuales, Emocionales, Cognitivos, Motivaciones y Físicos). Ello supone traducir las expresiones de malestar "sintomática" a términos conductuales. Esto se ha denominado en el campo de la modificación de conducta con el término de "Análisis topográfico".
- 2) Determinar qué áreas relacionales afectan y se ven afectadas por los "síntomas" del sujeto, y el cómo están afectadas. Esto se suele hacer mediante el llamado "Análisis funcional conductual".
- 3) Recogida de datos sobre la Historia del problema (Desarrollo, Factores precipitantes, tratamientos anteriores) y otros datos socio-familiares (antecedentes familiares).
- 4) Conceptualización cognitiva de los problemas. Los problemas se agrupan y clasifican en categorías "inferenciales" cognitivas; fundamentalmente en términos de hipótesis sobre distorsiones cognitivas y supuestos personales.

Métodos generales de la evaluación:

Los métodos de evaluación empleados son diversos. Los más empleados suelen ser la historia clínica (cognitiva-conductual), los auto-registros y los cuestionarios (tanto de tipo cognitivo-conductual como psicométricos). La primacía de emplear estos métodos (p.e en vez de la observación directa) viene dada por la relevancia de los aspectos subjetivos (cognitivos, emocionales) en este enfoque.

La historia clínica suele tener el siguiente formato: (A. Maldonado, 1990; Karataos, 1991).

- Historia clínica -

1. DATOS DE FILIACIÓN (Nombre, edad, trabajo... etc.)

2. ENUMERACIÓN DE LOS SÍNTOMAS:

- Nivel cognitivo
- Nivel afectivo
- Nivel conductual
- Nivel motivacional
- Nivel físico

.Datos objetivos

.Diagnostico (p.e DSM-IV/CIE-10)

3. ÁREAS AFECTADAS EN LA VIDA DEL SUJETO (Trabajo, familia..)

4. HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL Y EPISODIOS PREVIOS:

- Atribución sobre los problemas.
- Historia del problema.
- Episodios previos similares.
- Tratamientos anteriores y otros tratamientos actuales.

5. OTROS PROBLEMAS (Trabajo, matrimonio..)

6. HISTORIA FAMILIAR:

- Antecedentes psíquicos y físicos. Tratamientos seguidos.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo...).

7. HISTORIA PERSONAL:

- Conceptualizaciones del paciente (p.e atribuciones, categorizaciones).
- Historia familiar, social, laboral, educacional y sexual-afectiva.

En cuanto a los auto-registros, estos deben ser adaptados al nivel de comprensión del paciente y su nivel evolutivo (p.e: niños). Aquí presentamos una adaptación del auto-registro formulado por Beck (1976). También es frecuente que los clínicos adapten los auto-registros al tipo de problema tratado (p.e: obsesiones, fobias, etc.).

SITUACIÓN Y ACONTECIMIENTO	ESTADO EMOCIONAL .Intensidad (0-10)	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO .Grado de creencia (0-10)	CONDUCTA Y RESULTADO	CAMBIO DE PENSAMIENTO AUTOMÁTICO .Grado de creencia (0-10)	CAMBIO DE CONDUCTA	NUEVO ESTADO EMOCIONAL .Intensidad (0-10)

Los cuestionarios utilizados van dirigidos a recoger información de los círculos interactivos o vicious entre pensamientos- afectos y conductas, la intensidad de estos componentes y las distorsiones y supuestos cognitivos subyacentes.

A nivel conductual se utilizan escalas como las de evaluación de la asertividad, habilidades sociales o autonomía personal, según el caso. A nivel emocional se utilizan escalas para la medición de estados emocionales (como el inventario de depresión de Beck, la escala de ansiedad de Zung, etc).

A nivel cognitivo son frecuentes los inventarios de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y Supuestos o creencias. Nosotros vamos a referir algunas escalas o cuestionarios cognitivos generales usados con frecuencia.

- ✦ *Cuestionario de creencias irracionales de Ellis (adaptación de Davis, Mackay y Eshelman, 1982).* Consiste en 100 ítems que formulan creencias racionales e irracionales, organizadas al azar y que el sujeto puntúa en función del grado de acuerdo con los mismos. El clínico puntúa las agrupaciones en las 10 creencias irracionales prototípicas referidas por Ellis (1962), detectando las más relevantes.
- ✦ *Escala de actitudes disfuncionales de Weisman.* Consiste en 35 ítems que agrupan 7 tipos de creencias disfuncionales o supuestos personales, a semejanza de las referidas por Beck. El paciente puntúa el grado de acuerdo

de los distintos ítems. El clínico agrupa las puntuaciones en función de la puntuación total para cada creencia.

- ✦ Cuestionario de pensamientos negativos (ATQ. Hollon y Kendall, 1980). Consiste en 30 ítems donde el paciente puntúa la frecuencia en que lo piensa en la actualidad. El clínico los agrupa por los contenidos tipos de pensamientos automáticos puntuados.
- ✦ En cuanto a las escalas o cuestionarios psicométricos el más usado es el M.M.P.I y versiones del mismo (p.e Beck, 1976, Cottraux, 1991). Este cuestionario puede ser usado para inferencias psicopatológicas y para determinar áreas problemáticas que pueden ser evaluadas más precisamente tras su detección (p.e utilizando escalas conductuales).
- ✦ Actualmente los test proyectivos (T.A.T) están siendo reconsiderados como procedimientos útiles para la recogida de datos cognitivos-conductuales, al permitir que el sujeto utilice más libremente sus significados personales que en pruebas más estandarizadas..

El formato de conceptualización de Beck:

Una vez evaluados los problemas, el clínico cognitivo puede agruparlos en una especie de taxonomía cognitiva, que le va a permitir diseñar intervenciones precisas. Beck, utiliza el siguiente formato de conceptualización de los problemas:

-CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS-

- 1. evaluaciones inadecuadas de los hechos:** se refiere al tipo de distorsiones cognitivas que aparecen en el sujeto-problema en cuestión.
- 2. atribuciones inadecuadas:** se refiere a atribuciones causales erróneas que mantiene el sujeto sobre su conducta, la de los demás y los eventos. Creencias causales erróneas.
- 3. autoevaluaciones inadecuadas:** se refiere a los conceptos, imágenes y autovaloraciones erróneas que mantiene el sujeto al describirse así mismo.
- 4. expectativas irrealistas:** se refiere a las predicciones erróneas o inadecuadas que mantiene el sujeto sobre lo que puede esperar de los demás, el terapeuta o la terapia.
- 5. conductas mal adaptativas:** se refiere a las estrategias de acción inadecuadas o deficientes usadas o deficientes usadas por el sujeto para resolver sus problemas (p.e evitación).
- 6. necesidades de resolución de problemas reales:** se refiere a condiciones reales de deficiencia o inadecuación (p.e problemas legales o económicos y que el terapeuta puede orientar para su resolución (p.e derivación a servicios sociales, policía, etc).
- 7. supuestos personales:** se refiere a las creencias tácitas, asunciones o reglas que el sujeto utiliza para conceptualizar su realidad y así mismo, y que constituye el factor nuclear de vulnerabilidad personal.

La programación de las sesiones:

La preparación de las llamadas "Agendas" (p.e Harrison, 1981) permite al terapeuta planificar cada sesión y al proceso terapéutico. Se debe tener en cuenta que la duración media es de 10 a 20 sesiones de aproximadamente 45 minutos cada una.

Estas sesiones suelen tener una frecuencia semanal de media. La confección de la "agenda del día" suele ser comentada con el paciente en los primeros minutos de la sesión, estableciendo ambos un contenido apropiado para el tiempo disponible (Beck, 1979; Harrison y Beck, 1982). Vamos a presentar uno de los registros de "Notas terapéuticas" usados para la recogida de información de cada sesión.

También presentamos una adaptación de la estructura general de una sesión y de la programación general de las sesiones (una a una) de una C.T de 10 sesiones:

NOTAS TERAPÉUTICAS

Paciente:
FECHA:
SESIÓN N°

Datos objetivos (BDI, EAZ, etc...):

Plan para esta sesión:

Agenda:

Sumario narrativo (Continuar por detrás si es necesario):

Tareas para casa:

Otros datos (Medicación, contactos telefónicos, contactos colaterales, etc):

ESTRUCTURA TÍPICA DE UNA SESIÓN

I. Fase inicial:

- 1- Establecer el rapport: empezar y acabar positivamente.
- 2- Establecer la agenda de trabajo con el paciente.
- 3- Valorar la evolución de los problemas (p.e BDI)
- 4- Programar número de sesiones (generalmente 10; si quedan problemas por tratar se pueden programar hasta 20).
- 5- Objetivo: No son las mejorías transitorias, sino el aumento de los intervalos de recaídas.

II. Fase de desarrollo:

- 1- Explicar tareas para casa. Demostración de las mismas.
- 2- Educación en conceptos cognitivos aplicados a los problemas.
- 3- Discusión de 2 problemas como máximo por sesión (focalización).

III. Fase terminal:

- 1- Programar trabajo para casa: tareas como "pruebas de realidad" para los pensamientos automáticos y los significados asociados.
- 2- Resumen de la sesión: Se pide al paciente que lo haga. Se le da feedback al respecto.

PROGRAMACIÓN POR SESIONES

Nº1:

- 1- Explicación al paciente de la relación pensamiento-afecto-conducta. Feedback.
- 2- Aprendizaje de la hoja de auto observación por el paciente.
- 3- Explicación al paciente del proceso y objetivos terapéuticos. Feedback.
- 4- Trabajo para casa: aplicación de la hoja de auto registro a un problema.
- 5- Feedback de comprensión de la sesión.

Nº2:

- 1- A través de la hoja de auto observación introducir la diferencia entre pensamiento y realidad: pruebas de realidad.
- 2- Explicación de la focalización gradual de los problemas.
- 3- Tareas para casa: Añadir en el auto registro "Correcto-Incorrecto para el pensamiento automático y tarea conductual graduada. Feedback resumen de la sesión.

Nº3:

- 1- Analizar con el paciente los problemas entre sesiones y programar con él la agenda. Focalización en 2 problemas por sesión como máximo.
- 2- Pedir evidencias para pensamientos automáticos analizados.
- 3- Revisión de tarea conductual. Feedback y ensayo conductual. Relación de la tarea conductual con la modificación de los pensamientos automáticos.
- 4- Tareas para casa: Añadir a las pruebas de realidad para los pensamientos automáticos "Correcto-Incorrectos, ahora o siempre" y nuevas tareas conductuales graduadas. Feedback resumen de la sesión.

Nº4

- 1- Finalizar con el paciente problemas entre sesiones y programar la agenda.
- 2- Introducir la "técnica de la doble columna" en el autorregistro (alternativas a los pensamientos automáticos). Se escogen 2 pensamientos automáticos de los registrados por el paciente (preferentemente los dos aparentemente más fáciles de modificar inicialmente).
- 3- Revisión de tarea conductual. Relación con la modificación de los pensamientos automáticos.
- 4- Tareas para casa: Doble columna y nueva tarea conductual graduada. Feedback resumen de la sesión.

Nº5, 6 Y 7: Similar a la Nº4.

Nº8, 9 Y 10:

- 1- Análisis de los Supuestos personales.
- 2- Tareas para casa: "Experimentos personales" para comprobar el grado de realidad de los supuestos personales. Tareas cognitivas conductuales. Revisión y feedback.

Nº11, 12 y 13: Sesiones de seguimiento. Se programan con intervalos crecientes de tiempo (p.e 3 meses, 6 meses y 1 año). Se revisa la evolución, recaídas y prevención.

Socialización terapéutica:

Es frecuente utilizar la primera sesión para introducir al paciente en el modelo de trabajo a utilizar en esta terapia. A esta tarea aludimos con la "socialización terapéutica". Sobre esta actividad se va a construir la base del "empirismo colaborativo" entre el paciente y el terapeuta. La agenda de la primera sesión contiene los siguientes puntos:

- ✦ Explicar la relación pensamiento-afecto-conducta. Pedir feedback de comprensión.
- ✦ Utilizar una secuencia personal del paciente de pensamiento/afecto/conducta de una situación anterior vivida con malestar por el paciente. Utilizarla para apoyar la relación pensamiento-afecto-conducta y como primera hipótesis sobre distorsiones cognitivas y supuestos asociados (significados personales). Pedir feedback de comprensión.
- ✦ Explicar la hoja de auto-registro: A partir de la situación actual de consulta se le pide al paciente que genere sus pensamientos-afectos-conductas presentes, "aquí y ahora". Esta información suele ser relevante como "información transferencial".
- ✦ Explicar el proceso terapéutico: Afrontamiento o aprendizaje de resolución de problemas. Explicar el proceso normal de las "fluctuaciones" o recaídas y el progreso terapéutico como un aumento de los intervalos de recaída. Pedir feedback de comprensión.
- ✦ Explicar tareas para casa: Focalizar un problema y registrar su presentación con la hoja de auto-registro. Incluir un ejemplo.
- ✦ Finalizar la sesión: Opiniones, Dudas. Comprensión. Pedir al paciente que resuma la sesión. Feedback.

Problemas frecuentes durante la primera sesión. Manejo:

Durante la primera sesión es frecuente que se presenten uno o más de los tres problemas reseñados a continuación. Exponemos estos problemas y algunas estrategias para su manejo:

- ✦ El paciente no identifica los pensamientos automáticos ("Yo no pienso nada cuando me siento así") El terapeuta puede usar un listado de pensamientos típicos para ese tipo de problemas (p.e "Algunas personas que he tratado, en situaciones similares suelen pensar.", o un listado por escrito, cuestionario, etc.) y preguntar al paciente a cuales se parece sus pensamientos.
- ✦ El paciente dice no poder identificar los pensamientos automáticos porque está muy trastornado ("Estoy muy mal y ahora no puedo pensar en nada") El terapeuta puede utilizar la distracción cognitiva (p.e relajación, concentrarse en un estímulo de la habitación durante un rato, etc.) y cuando el paciente esté más calmado pedirle de nuevo esa información.
- ✦ El paciente manifiesta que el registrar los pensamientos automáticos le trastornará aun más ("Si yo tomo nota de esas cosas me pondré peor"). El terapeuta puede usar alguna de las siguientes opciones:
 - ✦ Cuestionar: "¿Por qué se va a poner peor? Antes no los recogía y ¿no le daba vueltas?"
 - ✦ Cuestionar: "Puede que ocurra lo que usted dice. ¿Podemos comprobar si usted es un paciente de los que al hacer esta tarea empeora o no lo hace?"
 - ✦ Indicar: "Podría usted recoger sus pensamientos 1 o 2 veces al día y el resto cuando le asalte alguno usar alguna técnica de distracción (p.e relajación, parada y alternativas de pensamientos, etc.)".

Segunda fase del proceso terapéutico: alternativas cognitivas y conductuales a los círculos viciosos interactivos y los supuestos personales:

Una vez que el paciente ha entendido la base del procedimiento de auto-registro y la relación pensamiento-afecto-conducta, el terapeuta puede comenzar a trabajar con éste la búsqueda de alternativas cognitivas-conductuales a las interacciones problemas, las distorsiones cognitivas y los significados personales subyacentes.

Nosotros vamos a exponer en este apartado una clasificación de las estrategias básicas para la generación de alternativas cognitivas- conductuales.

Estrategias cognitivas:

Métodos que utiliza el repertorio cognitivo del paciente:

- Distinguir pensamiento de realidad (situación):
 - I. *Uso de situaciones imaginarias:* "p.e vas por la calle, ves a un conocido y no te saluda. ¿Qué pensarías? ¿Qué otras cosas podrías haber pensado?". También puede utilizarse un listado de situaciones imaginarias con distintas interpretaciones a las mismas y preguntar después por las consecuencias emocionales y conductuales de cada interpretación.
 - II. *Uso de situaciones personales:* Pensar en situaciones similares a las analizadas pero con distinta respuesta emocional y conductual. Preguntar por pensamientos asociados. "p.e ¿Te ha ocurrido antes algo parecido a esto, y sin embargo te sentiste y actuaste de una manera más tranquila?. Si responde que si, preguntarle: ¿Y qué pensaste entonces?".
 - III. *Uso de situaciones personales pero pensando en otra persona actuando ante ella con una respuesta emocional y conductual mas adaptativa:* "p.e piensa por un momento en una persona que ante esta situación se sintiera y actuara de la forma X. ¿Qué podría pensar para lograr eso?". También el terapeuta puede plantearle al paciente si algún conocido ha pasado por una situación similar y reaccionó de una manera más adaptativa, o realizar un rol-playing con el paciente (P.e "Yo voy a hacer de un amigo suyo, p.e Antonio, Bien, yo he vivido una situación parecida a la suya (se describe) y me he sentido X y actuando de la forma X; y ahora le pregunto, ¿Qué me aconsejas para superar esta situación?").

- IV. *Uso de situaciones personales induciendo verbalmente o por escrito un listado de pensamientos diferentes a los mantenidos por el sujeto ante esa situación; y preguntando por sus efectos posibles, emocionales y conductuales.*

Después de usar una o varias de estas estrategias el terapeuta puede referirle al paciente como conclusión: "Lo que quiero que vea es lo siguiente: La situación es exactamente la misma, pero cuando te vienen los pensamientos X, tú te sientes X y actúas de la forma X; y cuando te vienen los pensamientos Y, piensas de la forma Y, tú te sientes Y actúas de la forma Y. La diferencia está en el pensamiento, la situación, la realidad sigue siendo la misma. Además el tipo de pensamiento que viene a la cabeza condiciona tanto la forma en que tú te sientes y actúas, en uno y otro caso" (A. Maldonado, 1990).

- Identificar el proceso de error o distorsión cognitiva: Se usan tanto situaciones personales como imaginarias:
 - I. Presentamos al sujeto una lista de pensamientos típicos en esas situaciones ("depresivas, ansiógenas."). Le pedimos al paciente que elija en esas situaciones imaginarias los pensamientos más adaptativos en función de sus consecuencias emocionales y conductuales, y le preguntamos por qué ha seleccionado esos y no otros.
 - II. Sobre el auto-registro del sujeto intentamos ir elicitando una lista de pensamientos a la misma situación, y entre ellos le pedimos al sujeto que seleccione los más adaptativos en función de sus consecuencias emocionales y conductuales, y le preguntamos por qué eligió esos y no otros.

Después de usar estas estrategias, y si la selección ha sido realmente adaptativa lo contrastamos con su pensamiento automático original y sus consecuencias emocionales y conductuales. Esto nos será de gran ayuda para programar las tareas para casa.

- Generar pensamientos y conductas alternativas.

Métodos centrados en las preguntas empíricas:

- ✓ Petición de pruebas para mantener los pensamientos automáticos o supuestos personales (p.e "¿Qué pruebas tiene para creer que...? ¿Hay alguna prueba de lo contrario?").
- ✓ Petición de alternativas interpretativas a los pensamientos automáticos o supuestos personales (p.e "¿Podría haber otra interpretación distinta para ese suceso?" "¿Podría haber otra forma de ver esa situación?").
- ✓ Consecuencias emocionales de mantener un pensamiento automático o supuesto personal (p.e "¿A qué le lleva pensar eso? ¿Le ayuda en algo?").
- ✓ Comprobar la gravedad de las predicciones negativas (p.e "¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso? Suponiendo que ocurriese ¿cuánto durarían sus efectos? ¿Podría hacerse algo?").
- ✓ Conceptualizar pensamientos o supuestos vagos en su formulación: (p.e "¿Qué quiere decir con...?").

Insight cognitivo

Paciente y terapeuta identifican conjuntamente los modelos interpersonales de comportamiento no funcional, que causan problemas, y construyen un mapa de temas a tratar. Para ello es necesaria la adquisición de un conocimiento declarativo que incluye tantos datos autobiográficos y sucesos de la vida, como principios y reglas sobre el mundo. Sin embargo este conocimiento debe transformarse en conocimiento procedimental para servir como agente de cambio. El conocimiento procedimental indica cuándo aplicar el conocimiento declarativo a las situaciones del mundo real: experiencias concretas, estrategias y acciones así como aceptar sus consecuencias, y contribuyen a formar un modelo de relación interpersonal que es el que hay que trabajar.

Estas son algunas de las preguntas que resultan útiles para desarrollar al máximo los objetivos:

Si el cliente habla...	El terapeuta pregunta
...en términos de queja	¿Cómo va a cambiar eso?
...en negativo (dejar de)	¿Qué es lo que harán en vez de...?
...en términos poco concretos	¿En qué va a notar que...? ¿Cuál será la primera cosa que...?
....en términos individuales	¿Cómo va reaccionar Ud. cuando él....? ¿Cómo va a responder él cuando Ud....?
Si se agota un "tema"	¿Qué más va a cambiar?

Estrategias conductuales:

Se utilizan las estrategias conductuales que se han mostrado efectivas para cada tipo de trastorno (p.e exposición en las fobias) y como vía de contraste de hipótesis de pensamientos automáticos y supuestos personales (experimentos personales), así como las técnicas de relajación.

Evolución del tratamiento:

1. Evolución del vínculo con el terapeuta, desde la entrevista hasta el presente, teniendo en cuenta, entre otros parámetros:

- a) Representaciones que el paciente fue haciendo del terapeuta y de sí mismo. Vicisitudes de estas representaciones y con qué pueden estar relacionadas.

- b) Cómo se fue ubicando el paciente frente a los deseos del terapeuta, y cómo lo hizo éste frente a los deseos del paciente.
- c) Reacciones frente a las separaciones – depresión, sentimientos de impotencia, hostilidad, desconexión afectiva, etc.
- d) Evolución del grado de tolerancia al acercamiento afectivo con el terapeuta, de intimidad. Lo mismo para el terapeuta.
- e) Roles que el paciente tendió a inducir en el terapeuta.
- f) Evolución de la contratransferencia.

2. *Evaluar como ciertos aspectos de intervención, rasgos de personalidad, técnicas habituales, comentarios, etc. del terapeuta repercuten de manera favorable o desfavorable en el paciente:*

- ¿Qué conductas e intervenciones del terapeuta en la relación con el paciente se fueron mostrando como inadecuadas y generaron reacciones patológicas de éste?
- ¿Qué rasgos de personalidad del terapeuta, o de su técnica habitual, pueden incidir en ese paciente para reforzar su patología?
- ¿Qué tendría que cambiar, en la forma habitual de comportarse el terapeuta, para adaptarse a los objetivos específicos del tratamiento con ese paciente?
- ¿Qué rasgos del terapeuta y de su técnica reproducen o se asemejan a rasgos de los personajes significativos del paciente, y que no son nueva repetición transferencial o proyecciones por parte del paciente sino elementos reales de la persona y técnica de crianza que el terapeuta emplea?
- ¿Qué comentarios puede hacer el terapeuta de la pareja que forma con su paciente, de la configuración que crean los rasgos de uno y otro al interactuar?

3. Dificultades que se fueron encontrando en el tratamiento (Obstáculos que se oponen al cambio terapéutico)

- Desacuerdo paciente-terapeuta: puede haber desacuerdo sobre los fines terapéuticos y el trabajo para conseguir esos fines. La alternativa a esto es la negociación y el compromiso o la disolución de la relación terapéutica. Si no se descubren las causas de esta mala relación, o algo que altere estos sentimientos, la relación se termina.
- Transferencia y contratransferencia negativa: si los modelos no adaptativos de transferencia y contratransferencia llegan a interferir el desarrollo de la alianza terapéutica se puede interpretar que son repeticiones de los problemas interpersonales generales que constituyen el foco del trabajo terapéutico.
- Restricciones temporales: la duración de la terapia puede determinar que no haya suficiente tiempo para encarar metas terapéuticas básicas.

4. Evolución de los síntomas, de las relaciones interpersonales, de las condiciones de vida del paciente.

- Los síntomas de la paciente fueron evolucionando favorablemente (ha ido desapareciendo o disminuyendo; por ejemplo estados de angustia, síntomas fóbicos u obsesivos), o se mantienen y se exacerban. En toda práctica clínica es importante tener presente los criterios de curación, los cuales constituyen los más fieles y acertados indicadores de que ese proceso se está realizando o se ha realizado.

Así, por ejemplo, tenemos a los criterios clásicos de ausencia de síntomas, vida sexual satisfactoria, buenas relaciones interpersonales, capacidad de trabajo, posibilidades de sublimación o dicho de otro modo, de creatividad.

- Respecto a las relaciones interpersonales, si existen o no avances, especialmente significativos (por ejemplo: siguen las malas relaciones con su hijo y con su nuera; existe mejora en sus relaciones sentimentales, la relación de pareja es fructífera, buenas relaciones interpersonales, etc.).
 - Sobre las condiciones de vida del paciente, durante el tratamiento: evaluar si ocurre o no, una mejora sustancial que repercuta favorablemente en el estado de ánimo del paciente.
- 5. Evolución de los temas que preocupan conscientemente al paciente.** Los principales temas que preocupan conscientemente a los pacientes, por ejemplo, serían los siguientes:
- El estado físico (síntomas somáticos): El paciente sufre de dolores de cabeza, abdominales, gastrointestinales, etc. Determinar si en el curso del tratamiento, el paciente va mejorando en diferentes aspectos; principalmente, en si sus molestias psicósomáticas han ido desapareciendo con el paso de las semanas.
 - Relaciones interpersonales (con hijos, padres, esposo, esposa, suegros, nueras, etc. Evaluar si durante el tratamiento han habido mejoras significativas.
 - Aspecto económico.
 - Seguridad personal.
 - Pensamientos dicotómicos (de todo o nada).
- 6. Evolución de las fantasías inconscientes, de las ansiedades y defensas en juego.** Si las fantasías profundas, falsas creencias o pensamientos mágicos han ido desapareciendo (por ejemplo: falsas creencias como: brujerías, cábalas, leyendas culturales que inspiran temor al paciente) mediante nuestras intervenciones verbales de información y clarificaciones. Sí se ha podido constatar la presencia de mecanismos disociativos importantes, tendencias a la manipulación a través de inspirar lástima, etc.

7. **Desarrollos yoicos, sublimaciones, logros en la realidad.** Funciones yoicas fortalecidas, capacidad para canalizar las pulsiones, apropiación de recursos satisfactorios que le permiten al paciente operar mejor en la vida, etc.
8. **Historia de la vida del paciente** que va siendo reconstruida a lo largo del tratamiento. Acontecimientos significativos y experiencias traumáticas. Caracterología / psicopatología de los padres.

Ideas Para Estructurar una Sesión terapéutica

En diversos casos, mucho de nosotros al comenzar a hacer prácticas o propiamente al ejercer, no sabemos cómo llevar a cabo una adecuada sesión terapéutica, esta debe tener determinados pasos y lineamientos flexibles para en primer lugar ayudar de mejor manera al paciente y desempeñarnos adecuadamente como psicólogos.

Como sabemos, existen diferentes enfoques que usan diversas técnicas en el momento de la intervención terapéutica. Si bien es cierto todos tenemos un determinado método, existen lineamientos básicos a través de los cuales nos podemos guiar para generar nosotros mismos una adecuada estructura que nos permita trabajar mejor, a continuación explicaremos en la medida de lo posible cada punto de referencia importante.

En primer lugar luego de haber establecido el **encuadre terapéutico** que es en donde tratamos y llegamos a un acuerdo acerca de los horarios, nuestros honorarios y la privacidad que se tendrá durante las terapias se debe proceder a generar una agenda personal tanto para nosotros como para la persona a quienes estamos brindando el servicio; esto es en primer lugar hacer una adecuada recolección de información personal, de su desempeño y las cosas que le atañen, procederemos a que en cada sesión se establezca una agenda con el tema a tocar ese día y el objetivo a lograr, esto lo deberá identificar la persona a quien se le brinda el servicio psicológico, debido a que la meta a

cumplir es por ella, generalmente después de la segunda sesión se comienzan a dejar trabajos o a llegar a acuerdos con esta persona (similar a las tareas) para que en el transcurso de una sesión y otra las vaya cumpliendo, cosa que así cada sesión se ve enlazada y no al azar, esto ayudará a que la persona tome conciencia de la preocupación y el interés de nosotros hacia él/ella y la labor terapéutica sea más factible y los resultados más óptimos.

Luego de haber revisado lo pendiente en la agenda se puede proceder a **chequear el estado de ánimo actual de la persona**, esto es importante debido a que teniendo en cuenta esto la sesión a realizar a cabo puede tener éxito o no, los estados emocionales de las personas pueden variar en forma brusca de una sesión a otra, es por ello que se recomienda tomarse un tiempo para volver a establecer el rapport y la empatía con cada intervención y nunca darla por ya establecida, recordemos que son personas con necesidades y en muchas ocasiones el no poder identificar estas son las que generan los problemas; es por ello que el identificar una determinada emoción o el ánimo de esa persona y haciéndoselo saber será capaz de captar y aceptar de mejor manera lo visto en la terapia.

El paso que sigue luego de haber revisado lo anterior visto, y chequear el ánimo de la persona, **es hacer que ella misma identifique el nuevo punto a tratar**, esto debe guardar correlación con lo anteriormente tratado y/o con un nuevo suceso que nos quiera y desee comentar, esto le debe brindar beneficio a la persona para ayudar a solucionar su problema, poniendo un ejemplo si viene a terapia alguien con problemas de depresión ese es el problema en sí, y no se debe olvidar que el problema a solucionar es la depresión que padece, los problemas en la casa con la familia, con la pareja son aquellos que esta depresión se mantenga; en numerosos casos, muchos psicólogos terminan olvidando el verdadero problema de la persona ayudando solo al problema con la pareja o familia, esto es solo solucionar el síntoma, que es manifiesto de un problema; tampoco hay que caer en el error de que al solucionar todos los

síntomas se soluciona el problema, debido que en la realidad existen muchas ocasiones y situaciones que pueden generar nuevos síntomas, por lo contrario se debe trabajar con la persona para desarrollar habilidades y capacidades que no sabía que tenía o que no usaba para estar preparadas para futuras situaciones que puedan reactivar el problema de trasfondo.

Luego de haber establecido el tema a tratar en la terapia, viene **la intervención propiamente dicha**, esto depende mucho del enfoque que se utilice, las herramientas son varias y es ahí en donde depende de cada terapeuta encontrar su mejor herramienta y ponerla en uso, ya sea cognitivo-conductual, psicoanalista, gestáltico, etc.

Terminando lo anterior, es importante que la **persona intervenida realice un insight**, esto se puede lograr de diferentes formas, una de las más clásicas es hacer que la persona haga un resumen de la sesión, otra es que con sus propias palabras te diga lo que entendió y de que se dio cuenta, es importante no darle alternativas sino a lo que el explique todo aquello que entendió y que lo relacione con lo que se encuentra viviendo, esto hará que entienda y que se dé cuenta de lo que antes no veía o encubría por el sufrimiento que le causaba. Claro está que no necesariamente esto se verá en una sesión puede tardar muchas, esto dependerá de los mecanismos de defensa que tenga la persona y de cuan fuerte sea el problema.

Por último es muy recomendable la **asignación de actividades entre sesiones**, esto ayudará el compromiso de la persona para consigo mismo y será un indicador para nosotros para saber cuan efectiva esta siendo nuestra terapia.

Esta estructura es la que en forma personal usamos en la mayoría de las intervenciones que realizamos, claro está que hay que tener en consideración la flexibilidad que se debe tener frente a nuevas ideas o si la persona plantea otro esquema, el lograr un avance no solo depende de lo que sabemos sino del

como empatizamos con la persona a quien ayudamos, esto se ve sumergido en muchos conceptos y métodos, pero nunca recordemos que a quienes vemos y tratamos son al igual que nosotros personas que tiene un problema y que buscan ayuda, que en forma equivocada buscan respuestas, teniéndolas ellas mismas, es labor y deber de nosotros brindar una ayuda terapéutica, no parametrando pero si especificando el rol y función que cumple cada uno.

Esperamos que esta pequeña estructura, aunque simple pero bastante útil para iniciarse en las terapias, sea de su agrado y los ayude a ser mejores psicólogos y terapeutas.

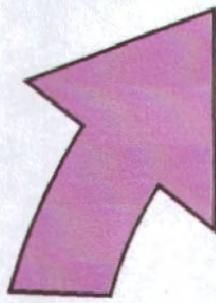
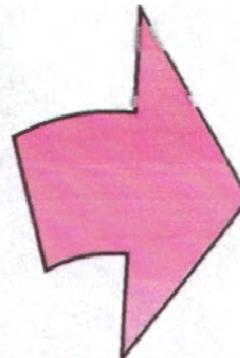
Exploración

Proceso de Evaluación clínica o de indagación

Primeras apreciaciones del estado general del paciente: examen mental, evaluación de las funciones yóicas, etc.

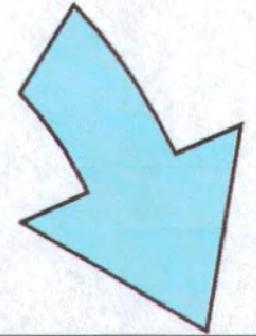
Proceso Diagnóstico

Mediante la información obtenida de la entrevista clínica, la observación y los test procedemos a elaborar una hipótesis diagnóstica



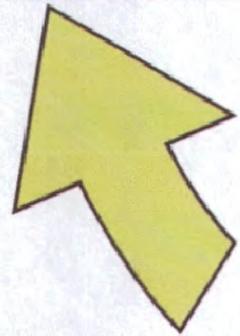
Seguimiento

En caso de que sea necesario. Si el paciente lo solicita o si el psicoterapeuta mediante el proceso de evaluación (criterios de curación) lo considera necesario.



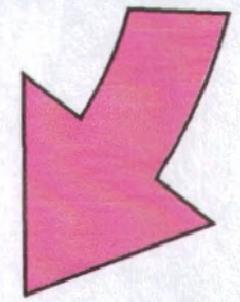
Acuerdo o alianza Terapéutica

Se basa en acciones y negociaciones sobre las metas-objetivos de la terapia y en enganches emocionales que hacen que la confianza crezca y aumente la transferencia positiva. Debemos otorgarle al paciente una guía o directriz de la terapia a realizar. Se aceptan o modifican los objetivos (en base al paciente y su entorno)



P
R
O
C
E
S
O

P
S
I
C
O
T
E
R
A
P
É
U
T
I
C
O

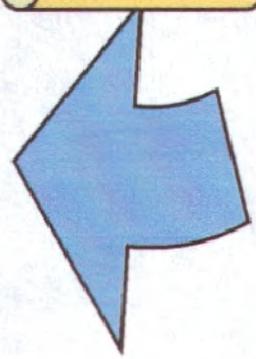


Evolución y evaluación del tratamiento

Evaluar el proceso a partir de los objetivos alcanzados.

Tratamiento

Trabaja sobre los objetivos. La meta constituye alcanzar los objetivos planteados



El informe clínico psicológico

El informe psicológico es una exposición escrita, minuciosa e histórica de los hechos referidos a una evaluación psicológica, con el objetivo de transmitir a un destinatario, los resultados, conclusiones y pronóstico en base a los datos obtenidos y analizados a la luz de instrumentos técnicos: entrevista, observación, test, todos consustanciados en el marco referencial teórico, técnico y científico adoptado por el psicólogo.

El informe psicológico supone entonces ordenar los datos en función de las variables que propone un marco teórico. Así un informe psicológico puede entenderse, como la traducción a un juicio de índices producidos a partir de la organización de hechos o datos.

Los informes psicológicos se redactan con una gran variedad de propósitos y están dirigidos a diferentes personas (psicólogos, psicoterapeutas, médicos, maestros, etc.) y diversas instituciones. Siempre debe redactarse considerando el funcionamiento cognitivo, emocional y social del individuo.

El estilo y la extensión puede variar dependiendo a quien se dirija, en función de la atención que se brindara al paciente.

Tipos de informes

Existen dos tipos de informes dependiendo del uso y del destinatario:

1. Informe psicológico para la institución educativa (y para el paciente)
2. Informe psicológico clínico (para el propio psicólogo)

1.- Informe psicológico para la institución educativa.

Debemos distinguir dos tipos de informes psicológicos, según su forma de llegada a la institución educativa:

- a) el informe es traído por los padres;
- b) el informe es emitido por el psicólogo de la institución.

a. Cuando los informes psicológicos son aportados por los padres

Situación analizada:

- En este caso, ellos traen dichos informes porque otros profesionales (psicólogos, psiquiatras, médicos, asistentes sociales, ministros religiosos) se los han entregado a ellos, como los legítimos responsables del desarrollo psicoafectivo de sus hijos.

- Los padres por propia iniciativa entregan ese informe al Director/a de la Institución o a las maestras, porque tienen alguna motivación válida para hacerlo.

- Los informes profesionales suelen contener dos tipos de datos concernientes a los hijos:
 - Datos relevantes para la intervención psicopedagógica de “ese” niño en “esa” escuela.
 - Datos que no son relevantes para la intervención psicopedagógica de “ese” niño en “esa” escuela y que, en ocasiones, involucran a otros integrantes de la familia o a hechos sucedidos en el pasado.

Criterios éticos:

- Los padres son los que ejercen la patria potestad de sus hijos. En consecuencia, son quienes deciden a quien revelan u ocultan, datos referidos a sus hijos o a ellos mismos. En la situación aludida, son los padres los que libre y voluntariamente deciden mostrar los informes psicopedagógicos al director/a, a las maestras, al psicólogo o al ministro religioso de la institución.

- Si bien algunos informes psicológicos o psiquiátricos son difíciles de entender, también lo son todos los informes médicos que suelen hacerse con las nuevas tecnologías de diagnóstico. Las personas que reciben informes médicos complejos tienen derecho a acceder a dichos informes porque son datos que les pertenece. La dificultad para entender ciertos

pasajes de un informe clínico complejo concerniente a la salud mental o física de una persona se subsana cuando la persona que no entiende, pregunta al profesional y éste, le aclara sus dudas con las categorías cognitivas apropiadas.

- Los pacientes que reciben un informe diagnóstico médico han aprendido – en la relación médico-paciente- que el resultado diagnóstico del día de “hoy”, puede no ser válido para el día de “mañana”; cualquier paciente sabe que un análisis de sangre de hoy puede ser muy diferente al que me hago dentro de 15 días o dentro de tres meses. Este mismo aprendizaje es el que deben realizar las personas cuando reciben un informe psicodiagnóstico. Y esta misma educación (que los médicos han hecho desde siempre) es la que tienen que hacer los psicólogos cuando emiten un determinado informe psicodiagnóstico: estos son válidos para un momento del tiempo pero no por tiempo indefinido.
- Es correcto desde el punto de vista ético, que un psicólogo (de fuera o de dentro de la institución) le dé a los padres los informes psicopedagógicos concernientes a sus hijos porque es derecho de los padres estar enterados –sin excepción- de todo lo que concierne a sus hijos (salvo que hubiese en los padres, un impedimento demostrado para entender). En ese caso habría que recurrir a informar a un tutor sustituto de la familia u otra fórmula alternativa sobre la que no me detengo en este momento.
- En ese sentido, no es éticamente correcto que un profesional de la psicología o un psiquiatra dirija un informe a otro profesional o a cualquier integrante de una institución, en sobre cerrado, impidiendo que los padres conozcan lo que concierne a sus hijos. Salvo que los padres así se lo hayan autorizado y hayan solicitado que se proceda de esa manera. Lo éticamente correcto es que los informes sean entregados a sus destinatarios: los padres, como legítimos cuidadores de sus hijos. Si en la práctica de ciertos profesionales del Uruguay

sucede lo contrario es porque hay una "costumbre" éticamente reprobable por parte de dichos profesionales, que merecería ser cambiada radicalmente. Por otra parte, hay una aceptación tácita, por parte de los ciudadanos, de esa forma de proceder. Eso podría deberse a que no han tomado suficiente conciencia de la forma de ejercer sus derechos como legítimos educadores de sus hijos.

- Dados que los informes psicológicos o psiquiátricos emitidos por profesionales de fuera de la institución no siempre son capaces de diferenciar los datos relevantes para la intervención psicopedagógica del niño en una determinada escuela, puede ser conveniente que el director/a – en trabajo conjunto con el psicólogo- pueda seleccionar de los informes psicológicos o psiquiátricos recibidos de fuera de la institución, aquellos datos concernientes al niño que son relevantes para la intervención pedagógica de ese niño en el transcurso de su evolución en "esa" escuela. Estos datos, y no todos, son los que podrían dejarse en la carpeta personal del niño, con libre acceso de las maestras, del director/a, la asistente social o el asistente pastoral del colegio o escuela. Los demás datos que no son relevantes para la intervención psicopedagógica de ese niño, en esa escuela, deberían ser reservados de forma confidencial en el archivo correspondiente donde sólo tenga acceso la director/a o el psicólogo. Si en ciertos ámbitos educativos se tiene la "costumbre" de proceder de otra manera, dicha conducta merecería ser valorada como éticamente reprobable y debería ser eliminada como procedimiento habitual.
- Es derecho de los padres tener acceso a la carpeta educativa de sus hijos en todo momento que así lo soliciten. Los datos que conciernen a sus hijos son datos que les pertenece a ellos, tanto como a la institución. Si bien la propiedad de esos datos es compartida, la institución (maestra o director/a) no tiene derecho a impedir que los padres puedan volver a ver los datos que conciernen a sus hijos puesto que ellos son los legítimos poseedores de la responsabilidad de educarlos. Cuando un padre encomienda a una

Institución, la educación de sus hijos, no renuncia a estar informado de todo lo que concierne al desarrollo psico-emocional, social y cultural de sus hijos. La copia de determinados informes deberá ser a costa de los padres, no de la institución.

b. Informes emitidos por el psicólogo de la Institución

Situación analizada:

- ✦ El informe psicológico es emitido por el psicólogo de la institución a partir de una o varias entrevistas que el psicólogo de la institución ha tenido con el niño o con la familia.
- ✦ En esas entrevistas, el psicólogo accede a una serie de datos concernientes al niño y a su familia que pueden distinguirse:
 - Datos relevantes para la intervención psicopedagógica de “ese” niño en “esa” escuela.
 - Datos que no son relevantes para la intervención psicopedagógica de “ese” niño en “esa” escuela y que, en ocasiones, involucran a otros integrantes de la familia o a hechos sucedidos en el pasado.

Criterios éticos a tener en cuenta:

- ✦ Es deber del psicólogo guardar de forma confidencial los datos, concernientes al niño y a su familia, que le han sido proporcionados como profesional, en el ejercicio de su actividad profesional, y de los cuales es responsable de custodiar.
- ✦ El psicólogo que trabaja en una institución deberá advertir a los padres, (antes de empezar la entrevista) que aquellos datos que son relevantes para la intervención psicopedagógica de su hijo en “esa” escuela, serán transmitidos al director/a o a la maestra educadora del niño.
- ✦ El psicólogo tiene derecho a reservar para sí, sin revelar a nadie, aquellos datos que, en conciencia, considera que no son relevantes para la intervención psicopedagógica de “ese” niño en “esa” escuela.

- El psicólogo podrá seleccionar aquellos datos relevantes para la intervención psicopedagógica de “ese” niño en “esa” escuela y elaborar con ellos un informe sistemático que podrá ser incluido en la carpeta escolar del niño. (Como es sabido la carpeta permanece en custodia de la institución y pasa luego a la enseñanza secundaria que recibe al niño cuando éste egresa de la escuela primaria.)
- Los demás datos podrán:
 - No quedar documentados (para la institución pero sí para uso personal)
 - Quedar documentados pero con acceso restringido única y exclusivamente al director/a de la institución. Los datos que no son relevantes para la intervención psicopedagógica de “ese” niño en “esa” escuela, son confidenciales y no deben quedar al libre escrutinio de quien no sea el psicólogo o el “tutor” delegado (director/a) en la institución. Estos datos jamás deberán integrar la carpeta personal del niño a la que accederán las maestras u otros miembros de la institución.

Estructura del Informe institucional

- Descripción de la labor realizada.
- Detallar los horarios de atención al alumnado.
- Informar sobre el plan estratégico llevado a cabo:
 - Describir la labor institucional
 - Comunitaria
 - Clínica (no de forma detallada si no a breves rasgos: Descripción general de las problemáticas tratadas con los alumnos)
- Informe estadístico de las asistencias a las terapias por parte de los alumnos.
- Intervención ante las necesidades educativas de los alumnos
- Funciones ligadas a la orientación y asesoramiento profesional y vocacional.
- Descripción de las pruebas realizadas y tipos de intervención.
- Elaboración de un cuadro de actividades concernientes a la práctica clínica en donde se detallan las derivaciones, peticiones particulares de atención

psicoterapéutica, los motivos de consulta, el curso, paralelo, nombres y apellidos de los pacientes.

En Resumen:

La confidencialidad es un deber de todo profesional que es la contrapartida del derecho a preservar la intimidad que tienen todas las personas. La responsabilidad de la custodia de la intimidad de los niños corresponde, en primer lugar, a los padres, en segundo lugar al tutor delegado (director/a) de la institución y a todo profesional que accede a esos datos.

El psicólogo (por su particular rol profesional) accede a ciertos datos que pertenecen a la intimidad del niño y de su familia, que pueden ser relevantes para el desarrollo educativo y emocional del niño. Esos datos son los que podrían figurar en la carpeta del niño, una vez que el padre consienta en tal hecho, luego de ser adecuadamente informado de ese procedimiento y antes que revele datos de la intimidad del niño o de la familia, a algún miembro de la institución o a algún profesional que trabaja en ella.

Los demás datos relativos a la intimidad del niño y de su familia, que no son relevantes para el desarrollo educativo y emocional del niño, deberán ser custodiados de forma confidencial. Si se trata de datos concernientes a la intimidad del niño, surgidos por la intervención del psicólogo de la institución, estos deberán ser custodiados por el psicólogo. Si los padres solicitan que se revelen a terceras personas, deberán ser revelados. Por su parte, la dirección de la institución no puede disponer de esos datos sin el consentimiento de los padres y del psicólogo.

A continuación presentaremos un modelo de informe psicológico para la institución educativa:



Informe Final de actividades realizadas por el

Departamento de Psicología

Consideramos fundamental la presentación del informe final del plan de trabajo llevado a cabo durante el período 2009 en el Centro Educativo Amazonas, puesto que a través de él damos a conocer las metas y objetivos que buscamos alcanzar a partir de actividades especialmente diseñadas para la Institución; además marcamos un camino para conocer la labor realizada por la misma (Institución) y así mismo para que conozcan nuestro procedimiento de trabajo.

Nuestras labores se llevaron a cabo en los siguientes días: lunes, miércoles y viernes; en el horario de 8:00 a 12:00 p.m; tiempo durante el cual nosotros brindamos atención psicológica a partir de terapias de urgencia y técnicas de psicoterapia. Durante estas sesiones se trataron diferentes aspectos, tales como: problemas individuales, interpersonales y comunitarios que se dan en todos los niveles, lo que influye directamente en el desempeño de los jóvenes y en su entorno. Por lo que nuestra labor apuntó a la disminución o eliminación de aquello que los afecta y que lleva a los sujetos a la necesidad de consulta.

Plan estratégico de trabajo

El plan lo ejecutamos a través de tareas que serán detalladas a continuación:

1.- Institucional:

La labor realizada dentro de la Institución tuvo como objetivos, los siguientes aspectos:

- Conocer la institución, al personal y sus objetivos.
- Brindar asistencia psicológica a los adolescentes y adultos.
- Disminuir los problemas que se presenten mediante la prevención primaria, la cual se la manejó a través de charlas y entrevistas individuales.

2.- Comunitaria:

Se circunscribe alrededor de la prevención primaria, la cual abarca la psicohigiene y la psicoprofilaxis.

- **Psicohigiene.-** Se desarrollaron temas que están en relación con lo sano, 'lo normal', como por ejemplo las características evolutivas del desarrollo, la importancia de la familia en el crecimiento del niño, cómo manejar los cambios normales, qué es la adolescencia, el enamorarse, características de la familia, etc.
- **Psicoprofilaxis.-** Al contrario de lo anterior, abordamos temas de las dificultades que se presentan en los individuos tales como: el maltrato, el divorcio, la enuresis, los hijos de padres migrantes, los problemas escolares, la agresividad, las disfunciones sexuales, los divorcios, el alcoholismo, las pandillas, entre otros.

3.- Clínica:

Dentro de esta tarea (la cual se fundamenta en la teoría psicoanalítica y en conceptos de la teoría del aprendizaje social), se utilizan, como referencias, los modelos de Psicoterapia Breve de Bellak, Braier, Siquier de Ocampo y otros, para la atención al adolescente y al adulto. Esta actividad se desarrolló a lo largo de 12 entrevistas, aproximadamente, las cuales tuvieron las siguientes características:

- **Pre-entrevista:** información y datos a recoger antes de la primera cita, esto lo realizamos consultando la ficha, informaciones indirectas de otros miembros de la institución o de lo que el consultante nos dice.
- **Entrevista inicial:** se recogen datos de filiación, motivo de consulta, derivación, plantear metas, objetivos, el rol del psicólogo, honorarios, número y tiempo de sesiones (encuadre). Se realizarán alrededor de tres a cuatro sesiones para esta etapa diagnóstica y de contrato.
- **Entrevista de tratamiento:** se realizará la terapia que se acordó en el contrato, ajustada a las necesidades de cada paciente. Serían de cinco a seis sesiones para la fase terapéutica.
- **Entrevista de cierre y evaluación:** en esta entrevista se procederá a evaluar con el paciente los logros alcanzados a lo largo del tratamiento y se realizará el cierre; es posible, en caso necesario, realizar un nuevo contrato.
- **Entrevista de control o seguimiento:** en caso de que el paciente lo requiera, lo demande o si el psicólogo lo cree necesario se realizará una entrevista de seguimiento.

- La duración de las entrevistas con los jóvenes tuvieron una duración de cincuenta minutos aproximadamente; este tiempo variaba de acuerdo la situación o necesidad que el sujeto demandaba. Es importante mencionar también, que estas sesiones se llevaron a cabo dos veces por semana y su modalidad varió entre una entrevista dirigida y semi-dirigida.

4.- Intervención ante las necesidades educativas de los alumnos.

Participamos en la atención educativa al desarrollo, para detectar y prevenir efectos socio-educativos y algún tipo de inhabilidades e inadaptaciones funcionales, psíquicas y sociales.

Realizamos la evaluación psico-educativa referida a la valoración de las capacidades personales, grupales e Institucionales en relación a los objetivos de la educación y también al análisis del funcionamiento de las situaciones educativas. Para ello tratamos de determinar la relación más adecuada entre las necesidades individuales, grupales o colectivas y los recursos del entorno inmediato, Institucional o socio-comunitario requeridos para satisfacer dichas necesidades.

También y ligado al proceso de evaluación realizamos intervenciones que se refirieron a la mejora de las competencias educativas de los alumnos, de las condiciones educativas y al desarrollo de soluciones a las posibles dificultades detectadas en la evaluación.

Recordemos que el colegio es un elemento clave para la formación psicológica del joven; al pensar de esta manera se está admitiendo que el colegio en ningún modo puede circunscribirse a la mera adquisición de conocimientos, sino, que sus alcances y repercusiones en el área emocional de los jóvenes son de un valor trascendental. Es por eso que el análisis y la discusión de todas aquellas manifestaciones conductuales anormales que se desarrollan en su seno, bien merecen nuestra atención.

5.- Funciones ligadas a la orientación, asesoramiento profesional y vocacional.

Se promovió y participó en la organización, planificación, desarrollo y evaluación de los procesos de orientación, y en el asesoramiento profesional y vocacional, tanto en lo que tienen de información, instrucción y orientación a los alumnos ante las opciones que deban tomar frente a las distintas posibilidades educativas o profesionales; así como en la elaboración de técnicas de ayuda para la elección, de técnicas de aprendizaje y de toma de decisión vocacional.

El objetivo general de estos procesos es colaborar en el desarrollo de las competencias de las personas, en la clarificación de sus proyectos personales, vocacionales y profesionales de modo que puedan dirigir su propia formación y su toma de decisiones. Se realizó esta actividad con los alumnos que cursan el Décimo año de educación básica de Belleza paralelos "A", "B" y Corte.

Objetivos de la Orientación Vocacional

- En primer lugar, al conocimiento del alumno; es decir, a describir sus propias capacidades o habilidades (aptitudes físicas e intelectuales), su rendimiento, sus motivaciones e intereses (lo que le gustaría ser), sus tipos de inteligencia y su personalidad. A partir de aquí, se le mostraron las posibilidades reales que le ofrece el mundo académico y profesional, para que descubra o redirija su propia vocación, y tome una decisión libre y acorde con sus características y las del entorno.
- Hacia la escuela, la cual debe prestar a sus alumnos un verdadero servicio de orientación y asesoramiento permanente, preparándolos para la diversidad y movilidad de empleos e informándoles sobre el seguimiento de nuevas tecnologías, la demanda laboral, etc., lo que le permitirá adaptarse a las nuevas formas de empleo o a las ya existentes. Se buscaron estrategias que posibiliten el paso de la escuela al trabajo, pues existente un gran desfase entre el mundo educativo y el laboral.
- El último objetivo fue el brindarle al joven instrumentos que le permitan tomar una decisión adecuada sobre su futuro profesional.

Técnicas de Orientación Vocacional empleadas:

Se emplearon cuatro técnicas:

- A. Las pruebas o tests vocacionales.
- B. La técnica de reflejo.
- C. Charlas grupales.
- D. La entrevista información y devolución.

A. Pruebas de orientación vocacional (p.o.v).

Explora los factores internos que influyen en la toma de decisión de una profesión.

- **TEST DE VIDAL:** Aptitudes, "lo que pueden estudiar", características físicas e intelectuales.
- **TEST DE HEREFORD:** intereses profesionales "lo que quieren estudiar".
- **TEST CARACTEROLÓGICO DE GEX:** rasgos característicos de personalidad, "lo que somos". Se transcribe la teoría de Holland, la cual afirma que la personalidad del individuo es de gran importancia, pues debido a ella decidirá su vocación y gracias a esto, el joven podrá discriminar si el tipo de carácter o temperamento que tiene es pertinente, si se acopla no con la posible vocación que elegirá; por ejemplo si el sujeto tiene un carácter impulsivo, enérgico, baja tolerancia a la frustración o es impaciente, lo aconsejable es que no siga la carrera de psicología en la cual el debe estar presto a una escucha íntegra, donde no se deben imponer sus prejuicios, debe despersonalizarse, debe ser tolerante, tranquilo, reflexivo, etc.; por esta razón es importante la toma de test de carácter como lo es el de Gex.
- **TEST DE INTELIGENCIA ABSTRACTA MIRA Y LÓPEZ:** razonamiento lógico-abstracto.

B. Técnica reflejo.

Pretende que el sujeto se auto-comprenda y resuelva sus problemas. No es directiva y se dirige a la raíz emocional de la conducta y las actitudes, puesto que, clarificados los sentimientos, se esclarecen ideas y experiencias.

Consiste en que el sujeto exprese lo que piensa sobre una situación (reflejo inmediato), sintetice sus sentimientos y actitudes (reflejo sumario), elaborando un mensaje, discerniendo entre lo esencial y lo accesorio (reflejo terminal).

C. Charlas grupales.

Trata de clarificar la imagen distorsionada sobre un trabajo o profesión, ya sea por falta de información, factores internos, etc.

El objetivo es elaborar y transmitir información realista, favorecer la comunicación, esclarecer y fomentar la búsqueda de información. Se emplearon recursos tecnológicos tales presentaciones visuales (diapositivas).

D. La entrevista de información.

La entrevista en orientación vocacional es individual; operativa en la medida en que el objetivo es que el individuo sea capaz después del proceso de elegir una carrera y focalizada alrededor de qué profesión y/o estudios quiere hacer. Tiene un valor terapéutico pues debe permitir **resolver conflictos**, **esclarecer motivos** y **fantasías inconscientes**, **fortalecer funciones yoicas**, etc., que impiden elegir.

6.- Formación y asesoramiento familiar.

Se promovió y organizó la información y formación a madres y padres en una línea de apoyo al desarrollo integral del hijo/a. Realizamos la intervención para la mejora de las relaciones sociales y familiares, así como la colaboración efectiva entre familias y educadores, promoviendo la participación familiar en la comunidad educativa así como en los programas, proyectos y actuaciones que el profesional de la psicología educativa desarrolle.

7.-Métodos, técnicas, tareas y actividades

El procedimiento general de intervención engloba los siguientes pasos: evaluación inicial y diagnóstico, intervención, seguimiento y evaluación final, y valoración, con la toma de decisiones que se deriva de la misma. Las tareas pudieron dividirse en dos grandes bloques:

- A) Las relacionadas con la Evaluación.
- B) Las que se refieren a la Intervención.

A) Las relacionadas con la Evaluación.

La evaluación se efectuó sobre las distintas áreas en función de la demanda, la problemática y las necesidades, priorizando su funcionalidad y operatividad, y se analizó detalladamente las variables psicológicas que influyen en el comportamiento humano dentro del contexto educativo, llegando a la determinación de un diagnóstico en la situación educativa. Ello incluye la descripción e identificación de dicha situación, la formulación de hipótesis explicativas y la emisión de hipótesis de mejora.

La técnica utilizada para la evaluación fue la entrevista psicológica, la observación en sus diferentes modalidades (no estructurada, sistemática, auto observación), los informes y los test psicológicos, seleccionando las más adecuadas al objeto (individuos, grupos, instituciones) y al tipo de evaluación (normativa, criterial, curricular).

B) Las que se refieren a la Intervención.

La intervención se efectuó en los diferentes ámbitos y sobre las diferentes variables psicológicas que influyen o incluyen en el acto educativo. Se prestó atención a los aspectos deontológicos (con este término se hace referencia a la rama de la ética: cuyo objeto de estudio son los fundamentos del deber y las normas morales. Representa a un conjunto ordenado de deberes y obligaciones morales que tienen los profesionales de una determinada materia) en todas las fases de su actuación, tanto en la selección de pruebas y técnicas para la evaluación y la intervención (rigor, validez) como en la toma de decisiones que se derivan de su trabajo y en la transmisión de la información (informes orales y/o escritos) al propio sujeto y a terceras personas, considerando que en muchas ocasiones el destinatario o receptor del informe no es el propio sujeto evaluado y que este no acude por propia iniciativa.

Casos derivados por Profesores de la Institución

Curso	Paralelo	Nombre del /la joven	Motivo de derivación
Octavo	Belleza	Srta. M	<ul style="list-style-type: none"> Problemas de conducta: abandono momentáneo de las clases (fuga), indisciplina.
Octavo	Belleza	Srta. J	<ul style="list-style-type: none"> Problemas disciplinarios: incumplimiento de las normas del colegio, ausentismo.
Octavo	Belleza	Srta. O	<ul style="list-style-type: none"> Problemas de comportamiento, abandono momentáneo de las clases (fuga)
Octavo	Corte/decorado	Srta. A	<ul style="list-style-type: none"> Timidez, inseguridad, no hay desarrollo en clases. Bajo rendimiento escolar. Déficit de atención, Conducta retraída. Temor por posible viaje a España y enfrentarse a situaciones desconocidas e inseguras.
Octavo		Sr. D	<ul style="list-style-type: none"> Bajo rendimiento escolar No sigue las normas Se distrae Pasando por un proceso de duelo Depresión Reactiva: por posible muerte de la madre.
Octavo		Sr. C	<ul style="list-style-type: none"> Ausentismo escolar Indisciplina Expansividad o hiperactividad No justificación de faltas
Octavo		Srta. Ci	<ul style="list-style-type: none"> Desinterés Académico y Posible problemática familiar Ausentismo escolar No justificación de faltas
Octavo		Sr. B	<ul style="list-style-type: none"> Problemas académicos: retraso en comparación con los demás alumnos Su edad cronológica no corresponde con su edad de maduración (E.C.17años- E.M 10 años.

Casos a petición del consultante (voluntad propia):

Nombre del joven	Sr. A	Escolaridad: Segundo de Pastillaje
Número de Sesiones	Sesiones con el joven	10 sesiones
Motivo de Consulta	<ul style="list-style-type: none">• Problemas de depresión• Debilidades yoicas: crisis de valores, problemas de desvalorización de sí mismo, función del juicio.- no mide consecuencias de sus actos, no da cuenta de peligros.• Desinterés académico	
Observaciones	<ul style="list-style-type: none">• Se está trabajando sobre sus temores/inseguridades que constituyen su estructura.• Fortalecimiento de sus recursos debilitados mediante charlas, muestras de folletos, aplicación de tests y dinámicas.• Sobre la ausencia de la madre en sus primeros años de vida, la estructura familiar, maltratos y falta de límites en casa.• Sentimientos ambivalentes con respecto a su padre y madre.	
Recursos empleados	<ul style="list-style-type: none">• Folletos• Aplicación del cuestionario de depresión de Beck• Entrevistas individuales con el alumno.• Trabajo con los puntos de urgencia: proceso de duelo por pérdidas sentimentales significativas.• Se trabajó siguiendo el modelo de Psicoterapia Breve.	

Casos derivados por Padres de familia:

Curso	Paralelo	Nombre del /la joven	Motivo de derivación
Segundo año	Pastillaje	Srta. P	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo rendimiento escolar. • Déficit de atención, • Conducta retraída.
Segundo año	Belleza	Srta. J	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo rendimiento escolar • No sigue las normas • Se distrae

Casos derivados por la directora del plantel

Curso	Paralelo	Nombre del /la joven	Motivo de derivación
Octavo	Pastillaje	Sr. H	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo rendimiento escolar. • Déficit de atención, • Conducta retraída. • Ausentismo • Depresión Reactiva: madre ingiere drogas
Segundo año	Belleza	Srta. J	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo rendimiento escolar • No sigue las normas, se distrae fácilmente.

2.- Informe psicológico clínico

Antes de comenzar a elaborar el informe hemos de considerar las siguientes pautas, que incluyen recomendaciones de redacción, conforme a la normativa deontológica:

- El/la Psicólogo/a debe rechazar llevar a cabo la prestación de sus servicios cuando haya certeza de que puedan ser mal utilizados o utilizados en contra de los legítimos intereses de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades.
- Los informes psicológicos habrán de ser claros, precisos, rigurosos e inteligibles para su destinatario. Deberán expresar su alcance y limitaciones, el grado de certidumbre que acerca de sus varios contenidos posea el informante, su carácter actual o temporal.
- Habrá de ser sumamente cauto, prudente y crítico, frente a nociones que fácilmente degeneran en etiquetas devaluadoras y discriminatorias, del género de normal/anormal, adaptado/inadaptado, o inteligente/deficiente.
- Sin perjuicio de la crítica científica que estime oportuna, en el ejercicio de la profesión, el/la Psicólogo/a no desacreditará a colegas u otros profesionales que trabajan con sus mismos o diferentes métodos, y tratará con respeto a las escuelas y tipos de intervención que gozan de credibilidad científica y profesional.

Objetivo Informe Psicológico

Sistematizar y ordenar información obtenida en:

Resume conclusiones referentes al objeto de estudio.

- Entrevista Clínica con Padres y Educadores (en el caso de ser niño el paciente), acá se obtienen los antecedentes relevantes o anamnesis.
- Entrevista Clínica con el paciente (en caso de ser un adulto)
- Observación clínica.
- Instrumentos aplicados (pueden ser psicométricos o proyectivos).

Estructura Informe Psicológico

Datos de filiación (o datos biográficos)

Nombre:

Edad: (años, meses, días)

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Escolaridad:

Dirección:

Fecha de evaluación: (incluir todas las fechas si se realizó más de una evaluación).

Nombre de la madre:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Nombre del padre:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Hermanos:

Cont. Datos biográficos: (opcionales)

Estado civil:

Ocupación:

Religión:

Si el paciente viene por voluntad propia:

Si es referido:

Se obtiene un retrato en miniatura de las características potencialmente importantes que pueden afectar al diagnóstico, al pronóstico, al Tx y al grado de colaboración.

Procedimientos utilizados:

Constituyen los métodos de evaluación

- Entrevistas realizadas en cada momento del proceso (número y frecuencia de las mismas). Lugar en que se llevaron a cabo. Por ejemplo: Hemos realizado 5 entrevistas libres o 1 o 2 entrevistas semidirigidas. Estas deben realizarse a:
 - ➔ El o los tutores del alumno(a).
 - ➔ Profesor(a) jefe.
 - ➔ Profesores claves u otros miembros de la comunidad escolar de alta relevancia para la situación escolar del alumno (a)
 - ➔ Al alumno(a)
 - Observación en Aula. Las técnicas de observación en la sala de clases del alumno(a) estarán sujetas a criterio del profesional psicólogo(a)
 - Se deben incluir los test aplicados: Se sugieren las siguientes pruebas:
 - ➔ Niños:
 - ✓ Test Gráficos.
 - ✓ Casa-árbol-persona (H.T.P)
 - ✓ Familia
 - ✓ Figura Humana.
 - ✓ CAT-A
 - ✓ CDI (Cuestionario de depresión infantil).
 - ✓ Test de Roberto y María.
 - ✓ Test de Conners
 - ✓ Bender adaptación Koppitz.
 - ✓ Test de las relaciones objetales
 - ➔ Adolescentes.
 - ✓ Test gráficos.
 - ✓ Casa-árbol-persona
 - ✓ Familia
 - ✓ Figura Humana

- ✓ Hombre bajo la lluvia.
- ✓ Bender Bip.
- ✓ MMPI
- ✓ 16PF.
- ✓ Roscharch.

- ➔ *Actitud ante la evaluación:* Conductas expresadas por el alumno(a), durante la aplicación de las distintas técnicas aplicadas.
- ➔ *Análisis Cuantitativo:* En este ítem se especifican los puntajes brutos en cada subtest y test total, con su respectiva estandarización y clasificación según la norma. En este ítem sólo se mencionan los puntajes.
- ➔ *Análisis Cualitativo:* Descripción del rendimiento en las pruebas, en especial los logros. Analizar cada subtest (las 3 áreas), indicando cual es el motivo de la clasificación en el ítem anterior, etc.

Motivo de consulta

- Constituye la queja principal: El paciente formula con sus propias palabras el motivo principal de la consulta. ¿Qué lo trae a buscar ayuda? Se puede utilizar el Verbo: "me siento deprimido" "todo me sale mal y no puedo seguir viviendo así".
- Señalar los motivos por los cuales ha sido derivado a evaluación psicológico (por ejemplo, conductas disruptivas en la sala de clases, bajo rendimiento, problemas de aprendizaje, etc.) y quien señala tales motivos.
- Debe apuntarse, el momento en que apareció el síntoma, además, el tiempo por el cual se ha mantenido esa conducta. Es de vital importancia determinar el tiempo de aparición del síntoma para delimitar o circunscribir la problemática (recordemos que trabajamos focalizando la problemática), es decir, qué aspectos o circunstancias repercutieron para el advenimiento del síntoma (circunstancias desencadenantes). Por ejemplo, en los casos de enuresis debemos saber, cuando el control de esfínteres constituye una problemática vital y cuando no; en el caso de la enuresis

debemos determinar de qué manera los padres lograron ayudar al hijo a canalizar la agresividad, recordando que las conversiones pregenitales corresponden a puntos de fijación cuando el sujeto no ha logrado asimilar la frustración y por ende reacciona con agresividad pero de manera indirecta, es decir, a nivel fisiológico. La enuresis simbolizaría lo corrosivo, lo dañino, lo agresivo en el niño al no saber resolver su problemática;

En resumen, se debe incluir:

Incluir el porqué ha sido derivado el paciente

- × Demanda: se debe trabajar con la demanda del paciente.
- × Quién lo derivó y el motivo.
- × Demanda de la institución y el motivo del paciente en sí.
- × El porqué asistió a la consulta (estará incluido aquí el motivo de derivación). Se deberá trabajar en la demanda, para lograr un mejor nivel de compromiso y colaboración (esto durante todo el proceso).

Antecedentes familiares y personales relevantes

Descripción de la estructura y dinámica familiar:

- nombres, edades, ocupaciones y relación con el alumno o alumna
- disciplina, hábitos, reglas familiares u otros
- eventos o crisis vitales del alumno(a) y/o de la familia.
- Situación escolar de la alumna o alumno.
- Establecer confidencialidad respecto de la información entregada por la familia.

a.- Antecedentes de Morbilidad Personales y Familiares.

Información asociada a patologías de tipo orgánicas y psicológicas, que sufre o ha sufrido el alumno(a) y su familia, así como tratamientos realizados:

- Físicos y psiquiátricos.
- Tipo de tratamiento.
- Duración de las enfermedades.
- Hospitalizaciones.

- Grado de cumplimiento terapéutico.
- Historial médico y psiquiátrico familiar.

b.- Antecedentes del Desarrollo (en los casos que sea pertinente).

Debe considerarse, los aspectos referidos a:

✚ *Historial personal: Períodos de desarrollo*

✚ *Historial prenatal y peri natal:*

- *Situación familiar en la que nació el paciente.*
- *Fue deseado o no*
- *¿hubo problemas en el embarazo o el parto?*
- *¿hubo alguna prueba de lesiones o defectos del nacimiento?*
- *¿Cómo era el estado emocional y físico de la madre cuando nació el paciente?*

✚ *Desarrollo post natal.*

- Desarrollo Psicomotor.
- Desarrollo del Lenguaje
- Desarrollo Social.
- otros.

✚ *La primera infancia (nacimiento – 3 años):*

- *Interacción madre e hijo durante los hitos de desarrollo.*
- *Desarrollo temprano.*
- *Entrenamiento higiénico.*
- *Trastornos precoces del sueño y síntomas de necesidades no atendidas.*
- *Hábitos de alimentación.*
- *Fantasías o sueños primeros o recurrentes.*
- *Cuidadores primarios.*
- *Relación con padre y hermanos.*
- *La personalidad emergente del paciente.*
- *Juegos o intereses favoritos.*

✚ Infancia media (3 a 11 años)

- Identificación de sexos
- Castigos habituales en casa y otros lugares.
- Primeras experiencias escolares
- Primeras amistades y relaciones interpersonales.
- Número y grado de intimidad de los amigos.
- Reacción ante las normas sociales
- Problemas de aprendizaje

✚ Infancia tardía (pubertad a la adolescencia)

- Valores de grupos sociales.
- Independencia
- Auto imagen
- Relaciones interpersonales
- Participación en las actividades sociales
- Consumo de alcohol y drogas
- Actividad sexual
- Relaciones amorosas
- Reacción ante las normas sociales
- Historia escolar
- Desarrollo cognoscitivo y motor

✚ Vida adulta

Historial ocupacional:

- Formación y práctica.
- Conflictos
- Ambiciones
- Relaciones interpersonales
- Sentimientos hacia su trabajo

Historia laboral (# y duración de los trabajos)

- Historial marital y de relaciones
- Relaciones legales o de hecho

- La evolución de las relaciones
- Areas de acuerdos o desacuerdos
- ¿Cómo percibe su historial de relaciones?
- ¿Qué busca en una pareja?

c.- Antecedentes Escolares.

+ Adaptación Escolar.

- Relación con los adultos.
- Relación con sus pares.
- Autoconcepto escolar, percepción del propio desempeño
- Preguntas: ¿Cuánto asistió a la escuela?, ¿Cuál fue su grado obtenido?, ¿Qué le gustaba estudiar?, ¿Cuáles eran los resultados académicos?, ¿Cuánto ha estudiando su familia?, ¿Cuál es su sentir ante su historial académico?

+ Rendimiento Escolar.

- Subsectores con mayores dificultades.
- Subsectores con menores dificultades
- Reprobaciones; motivos posibles que la expliquen

+ Religión:

- Bagaje religioso
- Actitud de su familia hacia lo religioso
- Conflictos

+ Actividad social:

- Relaciones amistosas
- Duración, profundidad y calidad de las relaciones.
- Conflictos

+ Situación vital actual:

- Vecindario y zona de residencia
- Composición del grupo familiar

- Manejo de relaciones en la familia nuclear
- Fuentes de ingreso, estatus económico

✚ Fantasías y sueños:

- Sueños recurrentes
- Fantasías sobre el futuro
- Sistema de valores del paciente.

Problemática vital:

- Inferido del propio discurso del paciente
- Referencia de su vida y de sus conflictos actuales, de su desarrollo, adquisiciones, pérdidas, cambios, temores, aspiraciones, inhibiciones y forma de enfrentarlos o sufrirlos.
- Diferenciar entre lo afirmado por el paciente y por otras personas de su medio con lo inferido por el psicólogo.
- Constituye la historia de la enfermedad actual
- Proporciona una imagen completa y cronológica de los acontecimientos que han conducido al momento actual en la vida del paciente.
- Es la más útil para poder establecer un diagnóstico.
- Se deben determinar y resumir la evolución de los síntomas del paciente, organizándolos de modo sistemático.
- Se deben observar la existencia de ganancias secundarias.
- Preguntas: ¿Cómo empezó todo?, ¿Cuál fue la primera manifestación de la enfermedad y cuáles fueron los factores inmediatos de precipitación?, ¿Por qué buscar ayuda ahora?, ¿De qué manera ha afectado la enfermedad del paciente a sus actividades cotidianas?, ¿Cómo trata el paciente de controlar sus síntomas?

Historia del síntoma

- a) Localización de todos los síntomas, rasgos de carácter, modalidades defensivas, tipos de ansiedades, las cuales ayudarán a dar un diagnóstico presuntivo. Esto implica localizar al síntoma central del paciente o al síntoma eje.

¿Cuál es el síntoma que se va a privilegiar?

Respuesta: Se va a privilegiar al síntoma que apunta a su obstáculo con la relación con el Otro. Ejemplo: Problema en relación a la metáfora paterna: Fobia: "Tengo miedo a hablar con las mujeres, también a hablar en público, a relacionarme socialmente".

Debemos ver la historia del paciente y ubicar las fortalezas y debilidades yoicas, las modalidades defensivas, los tipos de ansiedades, etc..

b) Organización del síntoma

Organizar los síntomas, localizar el síntoma y cuando apareció el punto desencadenante.

Diagnóstico fenomenológico

Se describen aspectos tales como:

- Examen del estado mental: apariencia: aspecto del paciente y la impresión física general; postura, porte, vestimenta y aseo.
- Conducta explícita y actividad psicomotora: manierismos, tics, gestos, guiños, conducta estereotipada, ecopraxia, hiperactividad, agitación, combatividad, flexibilidad, rigidez, marcha y agilidad.
- Actitud hacia el examinador: cooperadora, amistosa, atenta, interesada, franca, seductora, defensiva, desdeñosa, perpleja, apática, hostil, juguetona, zalamera, evasiva, cautelosa, etc.
- Describir las distintas entrevistas del paciente y cómo fue armando la historia (palabras textuales del paciente).

Diagnóstico dinámico

Plantear con nuestras palabras o términos psicológicos de qué se trata; descripción del problema a nivel psicológico; por ejemplo: "El paciente usa conductas evitativas, tiene problemas de inhibición, síntomas obsesivos y sus modalidades defensivas son... etc."

Diagnóstico estructural

En base a lo planteado (es un tipo de diagnóstico presuntivo):

- Este diagnóstico debe ratificar lo descrito en el diagnóstico dinámico; aquí se da la estructura o los rasgos clínicos del paciente, en el dinámico se describe tal estructura.
- Cómo son sus objetos, su ambivalencia, los ritos, etc.
- Una vez obtenido el diagnóstico se trabaja con el planteamiento de objetivos para el tratamiento.
- Descripción de Estructura de conducta: Diferenciando entre las predominantes y las accesorias. Cambios observados.
- Descripción de Rasgos de carácter y de la personalidad: Se incluye la demanda psicológica (ansiedad, defensa). Se incluye una apreciación del grado de madurez de la personalidad. Características emocionales e intelectuales (manejo del lenguaje, nivel de conceptualización, emisión de juicios, anticipación y planeamiento de situaciones, grado de de atención y concentración.

Planificación

Debemos trabaja con los objetivos:

- Objetivos intrapsíquicos por ejemplo: Disminuir el monto de ansiedad de N. mediante la dialectización de su queja (sobre la conducta de su padre), promover la comunicación de la paciente con el padre, etc.
- Objetivos relacionados a su entorno (Estrategias familiares), por ejemplo: asesorar: Una vez que hemos explicado a los familiares la problemática de la personalidad neurótica debemos asesorarlos sobre qué actitudes deben

evitarse y cuales pueden favorecer la mejoría de su hijo y por ende de la relación familiar.

Evolución del tratamiento

Recomendaciones

Señalar la forma posible de aliviar u orientar al entrevistado, según el motivo de consulta, o según las necesidades de la institución que ha solicitado el informe. Por ejemplo se puede poner: "Este paciente debería..." Se pone lo que nosotros recomendamos.

CAPÍTULO V

INFORMES DE LOS CASOS CLÍNICOS

Informe Psicológico

Fecha: 2010-01-24

Profesional: Alen Velásquez Grau

Datos de filiación

Nombre: N.

Edad: 15 años

Escolaridad: 8vo de básico

Nombre de la madre: M

Edad: 50 años

Escolaridad: Primaria

Ocupación: ama de casa

Nombre del padre: P

Edad: 44 años

Escolaridad: secundaria

Ocupación: albañil

Hermanos: 4 hermanos

Procedimiento

Se realizaron 9 entrevistas semi-dirigidas, cada entrevista tuvo una duración de 30 minutos:

La primera entrevista que se realizó con la alumna tuvo como objetivo la recopilación de datos personales (anamnesis), y la explicación del motivo de su consulta.

La segunda entrevista fue de contrato, esclarecimiento de los roles que cada uno debe de ejercer con sus respectivos objetivos, la cual tuvo una duración de 30 minutos.

Desde la tercera a la octava entrevista, se establecieron las entrevistas de tratamiento, acopladas a los esclarecimientos de las problemáticas y necesidades de la paciente.

La novena entrevista fue la de cierre y evaluación: en esta, se procedió a evaluar con la paciente los logros alcanzados a lo largo del tratamiento y se realizó el cierre.

Motivo de consulta

La estudiante consulta porque siente ansiedad con sus estudios de matemáticas, se considera incapaz. Duerme poco, llora con facilidad ante situaciones circunstanciales e indica que sus relaciones amorosas y familiares son nefastas puesto que para todo se siente insegura. Decía que estaba "alocada", que no controlaba sus reacciones y que llevaba un largo tiempo así, pero que ahora se encontraba en el límite.

Antecedentes familiares y personales relevantes

Es la mayor de cuatro hermanos (dos varones y una mujer). Señala que su madre siempre estuvo muy cerca, y sigue estándolo, pero su padre es un hombre difícil, muy problemático, siempre angustiado por nimiedades y agresivo. Ella cree que su forma de ser se la debe a su padre, menciona que él la hizo así, que ella aprendió conductas de él y por consiguiente ella no es la culpable de todo.

Un tiempo después de que su familia se trasladara a Guayaquil, teniendo ella 10 años, se fue a vivir por un corto periodo de tiempo con su abuela. Cuando volvió a casa de sus padres, lo vivió como un "retroceso" debido a que su rendimiento escolar había disminuido notablemente. Señala que no se lleva bien con casi nadie en su familia, solamente su madre es la que la estimula y brinda amor, sin embargo cuando su padre la castiga, la madre no hace nada por defenderla, N. entiende la postura de la madre pues colige que no le queda de otra, si no ella también será castigada. Con sus hermanos no se lleva bien, se siente excluida y además indica que siempre abusan de ella y deduce que todo esto es producto de su mala relación con el padre, además N. se auto culpa e implica en la problemática al señalar que ella ha contribuido a que se asiente y progrese esta mala relación que mantiene con sus hermanos ya que

ella es muy severa con ellos y también los castiga de forma enérgica, pero posteriormente ella se siente mal por lo sucedido.

Lo que ahora la tiene especialmente angustiada, es la relación con J. Lo dice y pone una expresión de tragedia, no la vive como algo bueno. Con él ha reencontrado la comprensión y la ternura, pero parece que la culpa lo opaca todo por la manera en que ella lleva la relación, considera que no es muy amorosa, que siempre se encuentra a la defensiva y que esto impide que crezca la relación; tiene temor de que él la deje y refiere que sería una lástima porque él hasta el momento ha sido bueno, pero que igual ella sabe que lo perderá.

Problemática vital

El nódulo del problema radica en el hecho de que la paciente tiene dificultades en cuanto a la relación con los otros, no puede controlar sus emociones, su temperamento es exacerbado (se irrita fácilmente por situaciones que no lo ameritan), lo cual lo ha tomado como referencia de su época infantil, puesto que proviene de un hogar en el cual todo lo que le inculcaban lo hacían de manera muy estricta; además, tiene el temor de que exista una inhibición intelectual a causa de sus conflictos personales.

N. refleja una imagen de fragilidad, una necesidad de protección y atención, pero al mismo tiempo tiene dificultades para aceptarla. Parece que hay una gran necesidad de apego, a la vez mucha dificultad para conseguirlo, puesto que tiene temores al respecto. Además, pude notar en ella un gran nivel de auto exigencia, muy culposa.

N. no regula esas ansiedades que la desbordan, y la manera de calmarse es a través de los otros significativos, volcando en ellos su malestar. Le pasa con los padres (por ejemplo cuando algo de su casa no funciona, ella grita y pierde la compostura ante sus padres que intentan ayudarla) y le pasa con J. Es presa de una ambivalencia: necesita del otro, pero no acepta esa necesidad.

Expresión de desborde emocional en que obliga al otro por pena, a veces con reproches, a atenderla. Hay ansiedad por enfrentarse sola ante cualquier problema.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico fenomenológico (descriptivo)

Apariencia general (Biotipo morfológico del paciente): N. tiene 15 años; estudia corte y confección, es una chica alta, de contextura delgada, piel trigueña, cabello negro, ojos café oscuro e impecable en su arreglo personal. De mirada directa, habla en tono alto, su discurso es fluido, detallista y coherente, gesticula todo el tiempo, manifiesta inquietud y abatimiento. En general, mantuvo un estado de ánimo estable aunque en ciertos momentos se preocupaba por su estado actual exaltándose, llorando o manteniendo posturas hiperactivas.

En las sesiones siguientes continúa manteniendo una actitud cordial y colaboradora, comenta sobre su etapa infantil, menciona que en su hogar la disciplina era muy estricta con normas y leyes que debían acatar todos. Además indica que el más estricto era el padre, quien al dar las órdenes, todos debían cumplirla inmediatamente: *“Mi padre siempre quería que cumpliéramos con las actividades que él nos designaba y en especial con su horario, además quería que hiciéramos las cosas de manera rápida sino se disgustaba”*. Inmediatamente refiere que por este motivo ella es así, por eso desea que su relación amorosa sea impecable sin ninguna falla esto es lo que desea inculcarle a su novio.

En las siguientes sesiones habla sobre aspectos de su vida colegial señalando que gusta relacionarse con hombres más que con mujeres pero que el cuadro afectuoso cambia radicalmente cuando se trata de llevar una relación amorosa, ella se siente demasiado insegura y por eso agrede por nimiedades a su pareja. Además destaca que todo debe hacerse como ella quiere y dispone:

"Siempre quiero que todo se haga como yo quiero, si no es así entonces yo me enojo y ya no quiero hacer nada".

Posteriormente da cuenta de la aparición de cierto tipo de manías (temas que adopta), a lo que ella refiere que esto la incomodaba ya que termina siempre exhausta: *"Siempre fui estricta con mis trabajos, los revisaba y lo volvía a hacer incluso cuando me decían que ya estaba bien, pero yo tenía que estar segura y a veces los hacía nuevamente hasta estar completamente segura, esto es algo que lo sigo haciendo y la verdad es que termino bien cansada, yo para todo tengo que estar siempre segura es por eso que hago las cosas de manera repetida, pero igual todo me sale mal, soy mala para los números, no sé qué pasa yo reviso una y otra vez pero igual siempre fallo o en sumar, restar, o multiplicar, nunca me sale la respuesta y además temo depender de mi mamá y peor de mi papá para pedir ayuda."*

Luego habla un poco de su relación amorosa; cuenta que lleva un año de relación y la cataloga como agri dulce: *"Hay algo que me impide progresar con él, no es él, pero hay algo que me frena a que sea cariñosa, que sea recíproca; quisiera darle a entender que él es muy especial, pero no puedo".* Además se considera celosa, no se siente segura (llora mientras cuenta esto, se la ve tensa, sufriendo, lo cual puede indicar la manifestación de comportamientos regresivos, de inseguridad y mal manejo de frustración, es decir existe un debilitamiento yoico). Dice que se pone muy agresiva, por celos o por inseguridad, la ansiedad no la deja vivir; le pasan cosas que no le pasan con los amigos, es *"menos buena persona"*. Desde hace un año, la ansiedad la desborda. No puede dormir, está como alerta, especialmente cuando duerme.

Comenta que quiere cambiar su carácter y gozar de más libertades, es decir, tomarse la vida más a la ligera y ser menos temperamental. A veces se irrita por nada, y empieza a insultar; es consciente de que su modo de vida es agobiante pero refiere que no sabe qué hacer, le es imposible cambiar por cuenta propia y por eso pide ayuda.

Advierte que lamentablemente todos están en su contra, que igual de nada sirve que esté bien con su novio si sabe que él va a cambiar radicalmente cuando estén casados, señala que ella siempre será víctima de abusos y maltratos.

Finalmente, en cuanto a sus temores debido a su inestabilidad emocional lo cual repercute directamente en su desenvolvimiento escolar comenta que tiene el temor que este cuadro la límite por completo, tiene miedo de quedarse "inhibida mentalmente" y especialmente a no poder mantener relaciones sentimentales duraderas.

Diagnóstico clínico dinámico

El cuadro clínico que muestra la paciente, se caracteriza por presentar los siguientes signos y síntomas: conversivos (hipocondríacos): dolores de cabeza, dolores gastrointestinal, estado catatónico, voluntad débil; pensamiento rígido, ansiedades y estados de angustia (la paciente presenta miedos diversos en intensidad y presentación; la inseguridad, las dudas, el llorar con facilidad o la presencia de quejas somáticas, que a menudo exagera, son otros síntomas de esta personalidad atormentada por el hecho de vivir muy preocupada por su seguridad personal), distrés, inseguridades (por existencia de privación afectiva por parte de miembros familiares, es decir vivió experiencias de abandono y rechazo), inquietud motora o psicomotriz (el síntoma más expuesto en la consulta, el "sujeto nervioso" acostumbra a estar presente en la exposición del problema, la paciente tiene necesidad de moverse, no puede estar quieta y además pasa rápidamente a la acción por ser en extremo impulsiva), egocentrismo (aspectos egoístas de la paciente: a veces, se manifiesta a través de un protagonismo excesivo y da la sensación de que ella es "lo único importante"), llamadas de atención de lo más histriónicas (teatralidad, exageraciones, un afán posesivo a menudo "acaparador" y una tremenda dificultad para pensar en los demás), insatisfacción (malestar que produce el vivir insatisfecho; la paciente no valora las cosas que tiene -el novio-, no acaba de estar contenta, éste es un síntoma fundamental, muy a tener en cuenta a la hora

del tratamiento: es una baja autoestima), distimia (constituye para la paciente uno de los síntomas más molestos para la convivencia diaria; se refiere a los frecuentes cambios de humor con tendencia al malhumor; se trata de una paciente quejumbrosa -se queja con poco motivo o por hábito- se lamenta de lo que le pasa: protesta y realiza una constante crítica de lo que acontece a su alrededor; es una paciente muy negativa y se desenvuelve con una actitud de oposición), intolerancia a las frustraciones (aunque se implica en su problemática, también exagera en echarle la culpa a los demás, es decir, la proyecta: la culpa siempre es de los demás; la fragilidad personal la hace caprichosa e intolerante a las frustraciones.

Fácilmente se revela o llora si se le lleva la contraria), agresividad (se presentan conductas en las que la paciente se muestra desafiante, irrespetuosa y opresora del novio y hermanos; hay presencia de la agresividad verbal y no verbal e incluso la agresividad en el juego), justificaciones diáfanas ("si yo soy así, que se le va a hacer", son los demás los que tendrán que aguantarme; se trata del síntoma definitivo, que sirve de justificación a su conducta) y sueño alterado (problemas de insomnio por altos niveles de ansiedad). Los signos básicos que ostenta la paciente comprenden aspectos que son inherentes a mecanismos neuróticos, los cuales aparecen en cierta medida en los individuos normales. Son individuos con un comportamiento excéntrico (curioso) e inestable.

Las neurosis son episodios de desequilibrio psicológico que se presentan en personas que han alcanzado una función mental relativamente adecuada. Constituye una estructura psicológica que no tiene base orgánica demostrable, en los cuales el paciente puede tener un considerable poder de auto observación y una sensación adecuada de la realidad; en ellos lo más común es que no se confundan las experiencias patológicas subjetivas y sus fantasías, con la realidad externa. La conducta puede ser afectada seriamente, aunque es común que se mantenga dentro de límites sociales aceptables; pues la personalidad no está desorganizada.

Típicamente, la conducta neurótica es repetitiva, conduce a una mala adaptación y es insatisfactoria. Funcionalmente, las neurosis son reacciones inadecuadas a las causas de estrés.

N. sufre una serie de reacciones nerviosas muchas veces silenciosas, suscitadas por el ambiente que la rodea. La influencia del ambiente familiar y la educación recibida han sido factores determinantes. En este terreno, se valora como la seguridad que proporcionan las figuras paternas: estamos hablando del afecto gratificante, la tolerancia tranquilizante, la coherencia que proporciona un ambiente estable y el toque firme e imprescindible de la autoridad parental.

Con estos ingredientes, que funcionan como cuatro pilares en los que se sostiene la llamada "mesa de la seguridad" (más otros estímulos educativos), el sujeto avanza, progresa en su autoestima, se desprende, se tranquiliza, aprende, se responsabiliza, etc., en resumen, se adapta. Lamentablemente, en el caso de N. esta experiencia no ha sido gratificante; todo lo contrario ha sufrido carencias afectivas en un entorno familiar donde prevalece el autoritarismo, es decir, se imparten los límites de manera violenta, no hay flexibilidad, existe rigidez; la madre es la fuente del cariño que N. necesita, sin embargo también falla debido a que el factor represor que es el padre fragmenta esta fuente de cariño y seguridad.

De esta manera se puede inferir que la paciente presenta neurosis de angustia (histeria de angustia) con síntomas fóbicos, depresivos, obsesivos y neurasténicos.

En la paciente se muestran en forma transitoria otras manifestaciones neuróticas como las obsesiones, fobias y las quejas de tipo hipocondríaco (síntomas conversivos), es decir, trastornos de tipo fisiológico como palpitaciones, hiperventilación, sudoración excesiva, temblores, insomnio, problemas intestinales, neuralgia (dolores de cabeza). El episodio de angustia la vive como una experiencia dolorosa y debilitante; además la paciente sufre de fatiga, debilidad e irritabilidad.

su novio, claro guardando sus distancias respectivas ya que son circunstancias claramente diferentes pero que guardan una equivalencia: el tratar con prepotencia, egocentrismo, autoritarismo y agresión a personas significativas, en el caso de N. tratar así a su novio, hermanos y madre.

- ✚ Era necesario hablar sobre esto para esclarecer las dudas que tiene la paciente en cuanto a su estado emocional (lo que le sucede); debemos señalar que la incuestionable responsabilidad de la familia en la formación de hijos neuróticos no solamente es ignorado por aquélla, sino también por algunos profesionales de la salud mental, que están sujetos a diversos intereses sociales e ideológicos y, además, ellos mismos tampoco han concienciado y resuelto sus propios dramas familiares. De este modo, las responsabilidades parentales quedan siempre en la sombra (excepto en los casos más graves), sin que la mayoría de psicoterapias vigentes quieran ocuparse del problema.
- ✚ Debemos asumir, además, que la personalidad, los comportamientos, la salud psicológica están también condicionados por la clase de trato psicofísico recibido por el sujeto a lo largo de sus años de crianza. *Según nos trataron, así somos y actuamos*, a veces de modos terriblemente compulsivos, agresivos, hipomaniacos, etc. Y quienes nos trataron (bien o mal) no son personas desconocidas, sino nuestros propios padres, hermanos, abuelos, parientes, profesores, amigos, etc., que a menudo siguen ejerciendo su nociva influencia sobre el neurótico hasta el fin de sus días. Si la sociedad se empeña en ocultar al neurótico los verdaderos autores inconscientes de su mal (es decir, los encubre y absuelve), entonces ¿qué entendemos exactamente por "curación"?
- ✚ Psicodinámicamente, la curación del neurótico exige recorrer el camino inverso al que causó el problema, es decir, descubrir las emociones ocultas que subyacen a los síntomas, asociarlas a sus verdaderas causas (los maltratos y conflictos familiares, el desamor, etc.) y, reviviéndolas en el presente con coraje y sin culpa (no sirve su mero conocimiento intelectual), superarlas poco a poco con la ayuda del terapeuta. Esto implica un largo proceso de autoconocimiento, duelo y liberación que ayudará al sujeto a madurar, asumir el presente y

Típicamente, la conducta neurótica es repetitiva, conduce a una mala adaptación y es insatisfactoria. Funcionalmente, las neurosis son reacciones inadecuadas a las causas de estrés.

N. sufre una serie de reacciones nerviosas muchas veces silenciosas, suscitadas por el ambiente que la rodea. La influencia del ambiente familiar y la educación recibida han sido factores determinantes. En este terreno, se valora como la seguridad que proporcionan las figuras paternas: estamos hablando del afecto gratificante, la tolerancia tranquilizante, la coherencia que proporciona un ambiente estable y el toque firme e imprescindible de la autoridad parental.

Con estos ingredientes, que funcionan como cuatro pilares en los que se sostiene la llamada "mesa de la seguridad" (más otros estímulos educativos), el sujeto avanza, progresa en su autoestima, se desprende, se tranquiliza, aprende, se responsabiliza, etc., en resumen, se adapta. Lamentablemente, en el caso de N. esta experiencia no ha sido gratificante; todo lo contrario ha sufrido carencias afectivas en un entorno familiar donde prevalece el autoritarismo, es decir, se imparten los límites de manera violenta, no hay flexibilidad, existe rigidez; la madre es la fuente del cariño que N. necesita, sin embargo también falla debido a que el factor represor que es el padre fragmenta esta fuente de cariño y seguridad.

De esta manera se puede inferir que la paciente presenta neurosis de angustia (histeria de angustia) con síntomas fóbicos, depresivos, obsesivos y neurasténicos.

En la paciente se muestran en forma transitoria otras manifestaciones neuróticas como las obsesiones, fobias y las quejas de tipo hipocondríaco (síntomas conversivos), es decir, trastornos de tipo fisiológico como palpitaciones, hiperventilación, sudoración excesiva, temblores, insomnio, problemas intestinales, neuralgia (dolores de cabeza). El episodio de angustia la vive como una experiencia dolorosa y debilitante; además la paciente sufre de fatiga, debilidad e irritabilidad.

Estados de angustia.

La angustia es el síntoma esencial de las neurosis y cumple una función defensiva como de descarga. Está caracterizado por sensaciones de inquietud, incertidumbre y desamparo que no guardan relación con un peligro real externo o interno. Está acompañada por manifestaciones fisiológicas: temblores, ahogo, transpiración, mareos y aceleración de los ritmos vitales, que expresan la hiperactividad del sistema simpático que esta emoción manifiesta y reaviva un hecho de la historia del sujeto.

En la paciente N. hay presencia de sensaciones de angustia: puesto que existe una frustración continua. Por una parte ella quiere actuar como un adulto (en sociedad, responsabilidad) y por otra adopta posturas infantiles.

Esta angustia es la manifestación de la tensión que la paciente soporta y que se manifiesta por:

a) Agresividad: como respuesta a dicha frustración, la agresividad es su mecanismo habitual. La cólera de la adolescente ante la negativa a sus exigencias, la irritabilidad, la propensión a la violencia, que de momento le supone una baja de tensión pero que por supuesto es sólo momentánea, las malas contestaciones, los portazos, las reacciones desmedidas en las peleas con los hermanos, etc.... son claros ejemplos.

b) Miedo al ridículo: se encuentra exageradamente presente. Es un sentimiento social de vergüenza y tiene manifestaciones físicas: taquicardia, trastornos gastrointestinales, etc....

c) Angustia expresada de modo indirecto: el miedo al examen, (quedarse en blanco), timidez extrema, miedo a desagradar, reacción de rechazo cuando se le dan muestras de cariño, tanto en público como en privado.

Estado de ansiedad.

Se trata de un foco permanente de inquietud y desasosiego sin que los

compromisos orgánicos sean intensos ni que la vivencia subjetiva inunda e invada la personalidad. La desorganización y alteración a la que lleva se va produciendo de manera progresiva, incompleta y de larga duración, y se realiza a través de estados sucesivos, dando lugar a la aparición de comportamientos automáticos, más o menos complejos.

En cuanto a la distinción entre ansiedad y angustia, que son expresiones equivalentes, la ansiedad está muy mediatizada por la aprehensión, la preocupación y la anticipación, mientras que la angustia es más física, más drástica y aguda.

En la paciente N. existe la presencia de un tipo específico: **Ansiedad confusional**, la cual es una mezcla de dos tipos de ansiedades: **ansiedad depresiva**, la que implica pérdidas o carencias afectivas; y **ansiedad paranoide** porque la paciente proyecta en su novio aspectos negativos como el autoritarismo.

Síntomas depresivos (distímicos).

Se presenta de diferente manera en la paciente; a veces reacciona con tristeza y abatimiento (lloraba en casi toda la sesión) y en otras ocasiones reacciona con expansividad o hipomanía, es decir, se muestra inquieta o hiperactiva, agresiva, con gesticulaciones exageradas.

La paciente indica que a veces tiene la necesidad de estar sola, se siente abatida y con tristeza pero esto también se contrasta con estados de verdadera euforia, expansividad y agresividad.

Las reacciones se caracterizan por una pérdida de auto estimación, aparición de impulsos inhibitorios o de agresividad y distanciamiento de las personas significativas.

La **culpa depresiva** que presenta N. se manifiesta por la necesidad de auto punci3n, es decir, se siente culpable por lo que le pasa y quiere ser castigada;

aunque contradictoriamente proyecta la culpa hacia los demás y de manera latente o implícitamente ella se siente culpable.

Síntomas neurasténicos.

Al referir debilidad, fatigabilidad y sensaciones de encontrarse exhausta. Cabe recalcar que en la paciente también existen sentimientos de auto desprecio. (La neurosis neurasténica es frecuente en la adolescencia tardía. Feldman, R, 1998, pp. 406).

Síntomas obsesivos.

El sentido del orden, el esquematismo y la superstición son aspectos que están presentes en la paciente: surgen de los conflictos sádico-anales. Hay resistencias a las fantasías incestuosas y criminosas que se perciben como amenaza si se pierde el control y la rigidez de su pensamiento. El orden está conectado respecto a las actividades escolares, de casa y al tiempo, siendo un reflejo del manejo de los conflictos sádico-anales. La superstición en cuanto a como se debe manejar la relación amorosa, bajo aspectos represivos, inequívocos, rígidos y estandarizados (relación fantásica).

El sentido de la tenacidad (perseverancia), la obstinación (intransigencia) y la terquedad: comprenden rasgos que van desde la firmeza y el empeño hasta la terquedad. La obstinación (ser intransigente con sus otros significativos) la conlleva al intento de utilizar a otras personas como una tentativa de la lucha contra el superyó, mientras que la terquedad (tipo pasivo de agresividad) representa una superioridad de carácter mágico y una especie de superioridad moral con el fin de acrecentar su autoestima. La terquedad es un recurso usado como defensa ante la fantasía de ser atrapado, de ser objeto de abuso y de burla.

El sentido de la rigidez y el bloqueo emocional: la rigidez se refleja desde el aspecto corporal, comportamental hasta la afectividad e intelectualidad en la paciente. En el carácter obsesivo, el sentido de la rigidez toma gran fuerza debido a la angustia e inseguridad que le provocan las situaciones

espontáneas o fuera de su control (como en el caso de N., de llevar una relación sentimental en la cual, nada es seguro, no hay estereotipos o esquematizaciones, la relación debe ser flexible, presta a cambios desarrollándola y modificándola con el tiempo, pero esto es lo que angustia a N). La situación está dominada por el control y el bloqueo de las emociones y afectos, ya que la idea esta manifiesta y el afecto está reprimido porque tiene la necesidad de control.

El sentido de la percepción focalizada y la cosmovisión rígida: Hay deterioro de la movilidad de la atención debido a la necesidad de control y que su percepción está limitada en la tarea específica. La cosmovisión está pautada por el "yo debo" sin sentir o tener placer por la acción como consecuencia de su relación con el superyó. Al tener un carácter rígido no da cabida a la improvisación, novedad y creatividad (básicos en una relación).

El sentido de la realidad limitado: esta distorsionado por la forma de interpretar los hechos y las situaciones. Busca el control a través del esquematismo (En el caso de N. expectativas irracionales o fantasiosas como una relación basada en la rigidez, sin dar lugar a la equivocación, etc. producto de sus vivencias disfuncionales familiares) y la ritualización de su mundo sin embargo subyacen en el fondo la duda, la ambivalencia y la dispersión. Debido a otras características como la obstinación, la rigidez entre otras tratan de controlar el medio sin aceptar cambios logrando únicamente la visión limitada de la realidad

Síntomas Fóbicos

Antes que nada es necesario señalar lo siguiente: La relación entre neurosis de angustia y neurosis fóbica es evidente. La diferencia estriba en que en la neurosis de angustia, la reacción de temor aparece espontáneamente, en cambio en la fóbica la angustia brota ante un determinado estímulo, siempre el mismo.

Es pertinente acotar esto debido a que claramente en la paciente N. se puede hablar de neurosis de angustia pero no de neurosis fóbica, aunque pueden

estar presentes ciertos rasgos fóbicos debido a situaciones traumáticas que se desarrollan en su entorno familiar (padre castigador, discusiones violentas, etc.), las cuales crean reacciones emocionales de miedo desproporcionadas ante estímulos (por ejemplo, temor excesivo a quedar en ridículo), o personas (por ejemplo, al padre que es la persona que simboliza poder y autoritarismo al cual N. le teme).

Tales reacciones emocionales incontrolables y a la vez irracionales la conducen a vivir momentos desagradables o a un deseo impulsivo de evitar la situación, como ocurre en la llamada fobia social, en la cual la persona se ve expuesta a la posible observación de los demás.

En conclusión, en la paciente aparecen temores con mucha frecuencia, pero no alcanza la especificidad propia de las fobias, son variables, imprecisos con la única excepción de los miedos a lo "por venir". Por otra parte, en esta forma clínica la angustia forma parte de la personalidad básica, lábil e hiperemotiva, circunstancia que habrá de surgir en la historia vital del sujeto.

De esta manera en el caso de N. a modo de síntesis se puede señalar que los factores ambientales (entorno familiar) no ha afianzado la base del depósito afectivo, y N. vive con un nivel de satisfacción emocional a todas luces insuficiente por lo cual queda potentado una permanente búsqueda de fuentes afectivas, egocéntricas, impropia de su edad, y su sufrimiento se traduce en una conducta inadaptada inequívocamente neurótica.

Cabe señalar que una persona neurótica es, simplemente, una persona que sufre. Que sufre *mucho*. El concepto "neurosis" es sinónimo de "dolor emocional excesivo", con las secuelas psicoconductuales correspondientes. Estas secuelas pueden ser de muchos tipos (ansiedades, fobias, depresión, agresividad, hiperactividad, adicciones, obsesiones, miedos, problemas de personalidad, etc.), pero, en general, todas ellas comparten una misma naturaleza, un solo significado.

La paciente tiene un persistente conflicto con su entorno, si no recibe la ayuda necesaria (diagnóstico y tratamiento adecuado) provocará la cristalización de su funcionamiento neurótico (yo soy así y no puedo remediarlo), con el que llegara con carencias y debilitamientos yoicos a la adultez, lo cual generará problemas en su convivencia con los demás.

Mecanismos defensivos

En la vida cotidiana, constantemente estamos utilizando distintos métodos, técnicas o mecanismos psíquicos que nos alivian la ansiedad y de las tensiones que nos producen las frustraciones y las amenazas tanto del mundo interno como externo.

Los mecanismos de defensa pueden ser tanto una manifestación normal (cuando dependiendo del estímulo o situación se recurre a uno de los mecanismos que más se acople a dicha situación) como patológica que es cuando el yo recurre compulsivamente a ellos (o a uno de ellos) para conjurar peligros irreales, como es el caso de la paranoia (proyección), estamos haciendo un uso patológico de los mismos.

Freud afirma que la defensa emana del yo y se levanta contra agresiones internas de tipo pulsional, contra las representaciones inconciliables con el yo, displacenteras o penosas. Tiene en cuenta no sólo el destino de dichas representaciones sino también el afecto al que están ligadas. Muy tempranamente se da cuenta que cada una de las neurosis usa un tipo de defensa particular, o sea, que la manera en que el yo se desembaraza de una representación inconciliable condiciona el tipo de perturbación neurótica.

En el caso de N. los mecanismos defensivos usados por el Yo son los siguientes:

✦ *Represión o bloqueo de afectos.*

En líneas generales, el bloqueo de afectos es la represión actuando contra determinadas cargas afectivas. Produce rigidez emocional, ciertas formas de

despersonalización y se delata en sueños y síntomas. Estas últimas provocan inestabilidad afectiva.

Como mecanismo defensivo central en la histeria. Dicho mecanismo consiste en transformar la representación fuerte de la penosa experiencia infantil en una representación debilitada y en desviar el afecto (suma de excitación) de su fuente verdadera; Freud la define como el proceso que relega a lo inconsciente aquello que angustia al Yo pero, que no quita a lo reprimido su fuerza dinámica. Evidentemente, este mecanismo, al que considera como el mecanismo de ajuste psicológico que relega todo impulso no aceptable para el Súper Yo a lo inconsciente. La represión implica un verdadero borramiento de ciertos fenómenos.

En el caso de N reprime todo aspecto emocional para con otros significativos, esto provoca un monto de angustia, no logra elaborar su problemática vital con el padre y hace que exista una extinción o borramiento de cualquier muestra de carácter afectivo.

➤ ***El histrionismo (Mitomanía, teatralidad, el llamar la atención).***

El histérico por sus comedias, por sus mentiras, sus fabulaciones, no cesa de falsificar su vida y sus relaciones con los demás. Se ofrece siempre como espectáculo, ya que su exigencia es a sus propios ojos una serie discontinua de escenas y de aventuras imaginarias.

El producir impacto en los demás, son rasgos constantes en la personalidad histérica. La paciente tiene una verdadera adicción al otro y sus vínculos son frecuentemente pasionales. Se exalta, llora, lo vive como un drama la relación que ella mismo la ha catalogado como nefasta con J. sin embargo señala que no puede vivir sin él puesto que es la única fuente de amor y comprensión que ella recibe.

✦ **Proyección.**

La paciente se enfrenta atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos o pensamientos propios que le resultan inaceptables. Ella mismo se queja de su prepotencia, egoísmo e impulsividad, pero proyecta en los otros significativos dichas características; en el caso de su relación con J. señala que ella lo trata mal porque (se anticipa) según ella conoce bien a todos los hombres y proyecta en él características que le son propias a ella y las cuales considera negativas (proyecta cualidades negativas del padre y de ella al novio).

✦ **Anticipación**

La paciente ante amenazas interna, externas o conflictos, anticipa las consecuencias pero las vive de un modo negativo, sin hallar soluciones.

✦ **Regresión.**

Mecanismo de defensa que consiste en regresar a períodos anteriores del desarrollo o a comportamientos antiguos, que eran más satisfactorios.

La paciente adopta actitudes o conductas inherentes a etapas posteriores o infantiles, por ejemplo existe mal manejo de frustración y ante problemas o discusiones, ella no elabora o procesa el problema sino que realiza actings es decir es impulsiva, pasa a la acción, a la agresión.

✦ **Identificación introyectiva**

Según M. Klein. "El resultado de la introyección del objeto en el yo, el cual se identifica entonces con algunas de sus características, o con todas". En el caso de N. ha introyectado características o posturas del padre que irónicamente ella detesta.

✦ **Conversión**

Transformación de un conflicto inconsciente en manifestaciones somáticas, sensoriales o motoras. La energía libidinal desprendida se traslada a lo corporal. La representación sucumbe a la represión y el afecto (aspecto

cuantitativo de la pulsión) pasa a inervar un órgano somático. Pero los síntomas somáticos de conversión no obedecen a ninguna ley de la fisiología ni de la anatomía.

Fenómeno típico de la histeria o neurosis de conversión; es decir, se canaliza la ansiedad hacia signos y síntomas corporales: temblores, ahogo, transpiración, mareos, aceleración de los ritmos vitales, neuralgias (dolores de cabeza), dolores gastrointestinal, estado catatónico, voluntad débil.

◆ ***Desplazamiento***

Redirigir la energías hacia otra persona u objeto. La paciente N. se encuentra furiosa con la actitud del padre, con las carencias afectivas, pero descarga su agresividad sobre su comprensivo novio evitando la ansiedad que surgiría si confrontase al padre.

◆ ***Formaciones reactivas caracterológicas.***

Este mecanismo provoca formas de conducta que protegen algún aspecto de la personalidad o historia del individuo, de la auto investigación o de la investigación por parte de los demás; recurriendo con frecuencia a actos disfrazados. Por ejemplo; en el caso de N. la paciente obedece ciegamente al padre para así ocultar su rebeldía; además es exageradamente limpia para ocultar la "suciedad inconsciente". Vale decir, mediante este mecanismo, una tendencia determinada es sustituida por otra contraria.

◆ ***Racionalización.***

Por este mecanismo, la paciente se convence razonando consigo mismo de los motivos que tuvo para actuar de una manera determinada o para explicarse las frustraciones provenientes del mundo externo, con lo que en ambos casos, "al darse la razón", elimina la angustia que tales hechos pueden provocarle. La racionalización se emplea constantemente en su caso.

Planificación

Objetivos intrapsíquicos

- ❖ Disminuir el monto de ansiedad de N. mediante la dialectización de su queja (sobre la conducta de su padre).
- ❖ Promover la comunicación de la paciente con el padre.
- ❖ Trabajar con el problema del perfeccionismo y la autoestima (crisis de valores): enfatizar la importancia de remodelar el ideal del yo para adaptarlo con las capacidades de la paciente.
- ❖ Trabajar el aspecto la relación ambivalente que lleva con su novio.
- ❖ Procesar el aspecto de los esclarecimientos de problemáticas existenciales (angustia existencial): La adolescencia es una etapa muy importante y crítica en el proceso de formación de la identidad, de modo que una tarea esencial para el adolescente es responder a la pregunta "¿De dónde vengo?" "¿Para qué estoy aquí?", "¿Adónde voy?", "¿Quién soy?".
- ❖ Poner énfasis en uno de los principios básicos para la salud mental, cuando se habla de "errores" de los que se puede aprender y no de "culpas", pues este último genera un círculo vicioso de vergüenza y depresión en el sujeto, que a la larga repercute en toda la familia.
- ❖ Trabajar sobre el aspecto de rigidez mental. "Yo soy así".
- ❖ Promover el insight es decir el "darse cuenta" o tomar conciencia. Se refiere a la comprensión de la propia conducta. La capacidad de insight es de tremenda importancia en psicología, pues determina hasta qué punto una persona tiene capacidad de comprenderse mejor a sí misma, de hacer conexiones entre su vida interior, su cuerpo y las circunstancias de su vida. Reconocer y aceptar las propias debilidades permitirá romper el antiguo, erróneo o equívoco aprendizaje y emprender nuevos caminos. Constituye a la vez un reconocimiento de síntomas

Objetivos relacionados a su entorno (Estrategias familiares)

- ❖ Asesorar: Una vez que hemos explicado a los familiares la problemática de la personalidad neurótica debemos asesorarlos sobre qué actitudes deben evitarse y cuales pueden favorecer la mejoría de su hijo y por ende de la relación familiar.

Evolución del tratamiento

Tercera sesión

En la tercera entrevista, N. cuenta un sueño:

"Mi casa (la de ahora, con sus padres, aunque no parece igual) se inundaba. Yo llegaba y me la encontraba inundada".

"Otro día soñé que me regalaban un patito chico y se me olvidaba. Llegaba a casa asustada de encontrarme el animal sin comer", luego salía al cole y cuando volvía a casa la veía inundada de nuevo, y el pato grande, negro, bebiendo agua por la casa. Me daba miedo, me asusté mucho, pero pensé "por lo menos está bebiendo agua, no se ha muerto".

Hace una semana tuvo dos sueños la misma noche:

"Iba G (un novio pandillero que tuvo) conduciendo, muy rápido, de noche, yo muerta de miedo "ten cuidado". Cuando íbamos despacio porque ya llegábamos, chocamos. Luego soñé en la ciudad un nuevo choque. Inevitable, a cámara lenta, que te chocas y lo ves".

El contexto de sus asociaciones en la consulta, y de los problemas que la preocupan en el momento de los sueños, me hacen entender estos sueños como expresión de cómo se siente. La inundación la entiendo como expresión de su desbordamiento emocional –su queja de no controlar sus emociones, cualquier cosa la pone fatal y se descarga con su madre, hermanos o con J, se pone agresiva. Asocia el pato con ella misma, que no ha podido crecer –se la ve, y se ve ella misma, como una niña desprotegida, muy frágil.

El ver al pato negro y grande, ella misma lo relaciona con su agresividad hacia el hombre con el que está: "saco la peor parte de mi con él", se vuelve celosa y agresiva, también su agresividad con su madre, su descarga emocional. Todo eso la hace sentir culpable. Pero el pato sobrevive por eso. En el segundo sueño de choques se expresa su sentimiento de alerta constante, ante la angustia de que algo malo puede pasar en cualquier momento y esto lo asocia con el autoritarismo del padre.

Cuarta Sesión

Cuenta que está nerviosa, que en la clase de matemáticas no le fue bien. El profesor le plantea los fallos, intenta ayudarla, pero no sabe cómo orientarla. Ella piensa que el profesor no se ha librado de ella. Ella se ve mucho peor que otros que también tienen problemas con los números.

Se atribuye a sí misma una identidad de inoperancia, se considera "bruta" para las matemáticas, además hace una extraña conexión: asocia esta inutilidad en las matemáticas con su incapacidad para saber llevar una relación "*Si ve, por más que intento hacerlo bien no me sale, lo mismo me pasa con J., el pobrecito paga todos los platos rotos, bueno pero igual por algo pasan las cosas, creo que en este mundo todo se paga y a lo mejor creo que él está pagando por algo que hizo o que hará*". Inmediatamente le sugerí que explicara su afirmación, a lo que respondió "*Pues claro, yo creo que el ya está pagando por lo que me va hacer, Ud. que cree; él se porta bonito porque quiere algo, ya Ud. sabe, pero apenas nos casemos él se va a volver malo, como mi padre ya verá, por eso si lo pierdo por algo ha de ser, no necesito de nadie y para eso me estoy preparando y si tengo fallas en matemáticas no importa, ya las entenderé pero por mi propia cuenta sin la ayuda de nadie*".

En ese momento me pareció pertinente elaborar algunos de los objetivos planteados. Se realizaron esclarecimientos, clarificaciones y trabajamos en los siguientes puntos:

- ❖ Promover la comunicación de la paciente con el padre.
- ❖ Trabajar con el problema del perfeccionismo y la autoestima (crisis de valores): enfatizar la importancia de remodelar el ideal del yo para adaptarlo con las capacidades de la paciente.

Promover la comunicación de la paciente con el padre.

Inicialmente señalé que era importante conseguir que ella hable con su papá; pero rápidamente me refirió que eso es imposible, que ella sabía que era perder tiempo, que nunca había hablado con él y por eso se le hacía difícil.

Luego intenté persuadirla, animándola, tratando de enfatizar los aspectos positivos (todo lo que podía ganar y que ya nada podía perder); le dí unos tips. En primer lugar le dije que para que la comunicación sea adecuada era necesario modular el tono de voz, no exaltarse, mantener la calma, expresar sus ideas claramente, y si es que el receptor refutaba, ella debía mantener la misma postura, es decir tranquila y relajada. Ella escuchaba atentamente.

En segundo lugar le indiqué que para que la comunicación sea factible era necesario que ella tome en cuenta dos aspectos: Saber escoger el momento adecuado (la disponibilidad tanto de ella como de él para entablar una comunicación; hay que procurar elegir un momento adecuado para tratar temas delicados), y escoger el lugar adecuado (fuera de ruidos). Detallé que ella más que nadie sabe cuando su padre está dispuesto a escuchar y cuándo no, le expliqué que era necesario tratar de anticiparse a eso y colegir el momento oportuno, es decir, saber cuando el padre estará disponible para dar apertura al diálogo; le aclaré que como todo ser humano, su padre tiene sus problemas, sus conflictos laborales, a lo mejor tuvo un mal día en el trabajo y tal como le pasa a ella, que al tener problemas en el colegio, con los amigos, etc., no tiene ganas de hablar con nadie.

También se habló sobre el comportamiento opresivo del padre, y comparé la actitud del padre y la de ella. Le expliqué que lamentablemente el padre a introyectado patrones erróneos de conducta e hice hincapié en que no justifico su comportamiento y de igual manera no busco que ella lo justifique, sino que simplemente vamos a tratar de entender la conducta del papá. De ésta manera llegamos a la siguiente conclusión: que él fue educado con "métodos erróneos", por demás desacertados, que en su época infantil sus padres lo castigaban de la misma manera que él lo hace con ella, pero que lamentablemente éste es el producto de su aprendizaje, que esa es su herramienta para impartir disciplina, lo cual está totalmente mal. Además le indiqué que ella también corre el riesgo de caer en lo mismo y que no se da cuenta del todo; enfatiqué e hice una analogía de la actitud del padre para con ella y la actitud que ella mantiene con

su novio, claro guardando sus distancias respectivas ya que son circunstancias claramente diferentes pero que guardan una equivalencia: el tratar con prepotencia, egocentrismo, autoritarismo y agresión a personas significativas, en el caso de N. tratar así a su novio, hermanos y madre.

- ✚ Era necesario hablar sobre esto para esclarecer las dudas que tiene la paciente en cuanto a su estado emocional (lo que le sucede); debemos señalar que la incuestionable responsabilidad de la familia en la formación de hijos neuróticos no solamente es ignorado por aquélla, sino también por algunos profesionales de la salud mental, que están sujetos a diversos intereses sociales e ideológicos y, además, ellos mismos tampoco han concienciado y resuelto sus propios dramas familiares. De este modo, las responsabilidades parentales quedan siempre en la sombra (excepto en los casos más graves), sin que la mayoría de psicoterapias vigentes quieran ocuparse del problema.
- ✚ Debemos asumir, además, que la personalidad, los comportamientos, la salud psicológica están también condicionados por la clase de trato psicofísico recibido por el sujeto a lo largo de sus años de crianza. *Según nos trataron, así somos y actuamos*, a veces de modos terriblemente compulsivos, agresivos, hipomaniacos, etc. Y quienes nos trataron (bien o mal) no son personas desconocidas, sino nuestros propios padres, hermanos, abuelos, parientes, profesores, amigos, etc., que a menudo siguen ejerciendo su nociva influencia sobre el neurótico hasta el fin de sus días. Si la sociedad se empeña en ocultar al neurótico los verdaderos autores inconscientes de su mal (es decir, los encubre y absuelve), entonces ¿qué entendemos exactamente por "curación"?
- ✚ Psicodinámicamente, la curación del neurótico exige recorrer el camino inverso al que causó el problema, es decir, descubrir las emociones ocultas que subyacen a los síntomas, asociarlas a sus verdaderas causas (los maltratos y conflictos familiares, el desamor, etc.) y, reviviéndolas en el presente con coraje y sin culpa (no sirve su mero conocimiento intelectual), superarlas poco a poco con la ayuda del terapeuta. Esto implica un largo proceso de autoconocimiento, duelo y liberación que ayudará al sujeto a madurar, asumir el presente y

superar definitivamente el pasado. Sólo entonces, no siendo ya necesarios, la mayoría de sus síntomas desaparecerán por sí mismos y el auténtico perdón sobrevendrá espontáneamente.

Trabajar con el problema del perfeccionismo y la autoestima (crisis de valores).

Se trabajó con el problema del perfeccionismo: Se enfatizó la importancia de remodelar el ideal del yo para adaptarlo con las capacidades de la paciente. Este aspecto característico de la adolescencia: la incapacidad para hacer una evaluación certera de las propias fuerzas y limitaciones, con el consiguiente mantenimiento de objetivos y ambiciones poco realistas.

Se le explicó las características del perfeccionista. Ella dijo: *"Bueno, pero como Ud. puede ver, yo no soy perfecta"*; señalé, *"si es verdad, nadie es perfecto, el problema no es ese puntualicé, el problema es el amargarse por no serlo"*; ella escuchó y no dijo nada, bajó la mirada. Proseguí con la explicación: *por lo general, los perfeccionistas han aprendido desde su infancia que los demás los valoran por sus logros, y no por sus cualidades personales. Pueden haber vivido en un ambiente en el que los fallos no son aceptados o tolerados, o en el que el fracaso es considerado como algo terrible, que traerá consecuencias muy negativas (castigo, rechazo, humillación, etc.).* Esto se le explicó detalladamente a la paciente. Ella dijo *"ese es mi caso y ¿qué más, que hago?"*

Antes de seguir con la explicación le pregunté de donde puede venir esa tremenda auto exigencia. Ella lo asocia con lo siguiente: *"cuando era pequeña y tenía mucho temor a ir a la escuela, mi padre me decía que tenía que ir"*. Ella iba, aunque lo pasaba fatal. N. fue creando así un "súper yo" fuerte basado en la auto imposición de tareas difíciles, sin ninguna elaboración que hiciera que ganara seguridad interna. Tenía miedo a separarse, algo iba mal en el vínculo, no se sentía segura y no podía volcarse en el mundo de fuera, en la tarea. Pero tenía que ser una niña muy buena y cumplir, a la vez, para ser querida por su padre.

4 El psicoanálisis nos revela de inmediato que la mayoría de éstos síntomas neuróticos (inseguridades, temores, represiones) no son sino la manifestación de determinadas heridas y conflictos conscientes o inconscientes que, a su vez, son el fruto de un determinado grado de **maltrato en la infancia**. Dicho maltrato no hay que entenderlo exclusivamente en sentido físico, sino de un modo mucho más amplio, profundo y sutil. Psicodinámicamente hablando, es maltrato *cualquier tipo y grado de frustración de las necesidades intrínsecas del niño*. Las cuales podemos resumir del siguiente modo:

1. necesidades de seguridad (protección y cuidados físicos y emocionales)
2. necesidades de afecto (cariño, empatía, contacto físico y psíquico)
3. necesidades de respeto (a los sentimientos, espontaneidad y forma de ser del niño/a)

Se le indicó: *"Como consecuencia, puedes haber aprendido a valorarte a ti mismo en función de la aprobación de los demás. De este modo, tu autoestima estará basada en hechos externos. Esto puede hacer que seas demasiado sensible a las críticas y opiniones de los demás, pues tu autoestima depende de ellas. Para protegerte de dichas críticas y mantener tu autoestima alta, intentarás hacer perfecto todo aquello que pueda ser objeto de crítica por parte de los demás, todo aquello en lo que los demás puedan observarte y juzgarte"*. Después mencioné dos características relevantes del perfeccionista y que encajaban con la personalidad de la paciente:

1.- Pensamiento dicotómico (de todo o nada). Es decir, se van de un extremo a otro sin tener en cuenta los términos medios, de modo que si no hacen las cosas perfectas, consideran que no valen nada, que son estúpidos, etc. Así, si un estudiante que suele sacar la nota más alta, recibe una nota que es sólo un poco más baja, considera que ha fracasado. Le señalé que lo mismo pasa con ella, y le dije: *"sé que eres buena estudiante y que sólo presentas problemas en matemática, no hay porqué preocuparse demasiado, le indiqué que todos somos diferentes en diversos aspectos tales como en el tamaño,*

peso, color de piel, cabello, etc.; del mismo modo somos diferentes en cuanto a nuestras capacidades, habilidades e intereses. De esta manera, mientras tu destacas en ciencias naturales e inglés, a lo mejor es porque constituyen materias que son de tu agrado ya sea porque te sientes a gusto, segura y has logrado desarrollar esas habilidades innatas; sin embargo no lo eres tanto para las matemáticas, puede ser que no tienes una habilidad innata en este aspecto, a lo mejor el razonamiento abstracto no es tu fuerte, lo cual no indica para nada que seas incapaz, lograrás aprender pero te llevara un poquito más de tiempo y esto es algo normal que le pasa a todo el mundo, no hay porque frustrarse. Tu tarea será la de conocer un poco mas de ti, es decir, saber para que eres buena y para que no tanto, que te gusta y que te desagrada, que es lo que se te hace más fácil realizar y que no, etc. ”.

Cabe señalar que a la semana siguiente ella se sintió más tranquila y no se auto exigía como antes, también logró dialogar con su padre y me dijo: *“gracias psicólogo ya me siento mejor, es como si me hubiera quitado un pesote de encima, ya sé que es algo normal no ser buena en todo, eso le dije a mi papi y mami, también pude conversar con mi papi, aunque todavía sigue siendo enojón por lo menos ya me escuchó y me dijo que me tranquilice”.*

2.- Reglas rígidas basadas en "deberías". Los perfeccionistas están llenos de reglas rígidas que les dicen cómo deberían vivir sus vidas (debería estar ganando más dinero, debería tener un trabajo mejor, debería estar siempre a la altura, debería saber qué decir en todo momento, etc.). Con este énfasis excesivo en lo que deberían o no deberían hacer, dejan poco espacio a sus verdaderos deseos y necesidades (aquí hice otro aclaramiento y le mencioné a la paciente que si esta aseveración concuerda con el pensamiento de ella, porque en las primeras entrevistas ella me dijo que quería gozar de libertades, ser ella misma sin imposiciones; a lo que ella contesto ¡si es verdad!). Además, sus *deberías* están dominados por el miedo al rechazo y las opiniones de los demás, Por tanto, si piensa, "debería hacer la tarea de mejor manera", tal vez sólo esté teniendo en cuenta lo que la sociedad o las personas que lo

rodean considera una mejor tarea, pero no sus verdaderos deseos respecto al tipo de trabajo que quiere hacer.

Luego aprovechando el contenido, hablé del perfeccionismo en las relaciones sentimentales, es decir, como este aspecto repercute en las relaciones de pareja; cuáles son sus pros o contras y que se puede hacer (la paciente se interesó por éste tópico). Empecé con la explicación: *“Los perfeccionistas tienden a anticipar o a temer el rechazo y la desaprobación de los demás. Debido a este miedo, tienden a reaccionar de un modo exagerado a las críticas y, al hacer esto, frustran a los demás y los alejan de ellos. Además, con frecuencia tienden a exigir a los demás unos estándares tan altos como se exigen a sí mismos, de manera que pueden resultar poco tolerantes y demasiado críticos con los demás”*.

Acto seguido la paciente mencionó: *“Es que todo me cae, es verdad, es como si me describiera, bueno aparte ya se lo había dicho y bueno sabía que eso es una de las cosas que estaban mal, pero no me imaginaba que era tan malo, obviamente no voy a cambiar de la noche a la mañana pero definitivamente ayuda mucho hablar de estos temas en especial con personas especialistas. Así me porto con mi pelado, le exijo demasiado”*.

Proseguí: *“en sus relaciones con otras personas también intentarán ser perfectos en todo momento (decir siempre lo correcto, actuar del modo apropiado, nunca quedar mal, no cometer errores, ser conversadores perfectos, etc.), lo cual puede producirles una gran ansiedad, pues cuanto más se exija una persona a sí misma, más probabilidades tendrá de fracasar y mayor será su miedo al fracaso; además no disfrutan para nada de la relación, y en condiciones normales, cuando estamos con nuestra pareja sentimental es para pasar bien, sentirse a gusto. Esto puede dar lugar a problemas de ansiedad social o fobia social”*. Le expliqué a qué me refería con fobia social y me dijo: creo que yo tengo un poco de eso.

Los perfeccionistas intentarán evitar que los demás vean sus errores, para no ser criticados y rechazados, de modo que no se abrirán a los demás, sin darse cuenta que el hecho de abrirse a otras personas hace que sean percibidos como más cercanos y más humanos.

Por todo esto, los perfeccionistas suelen tener problemas en sus relaciones con los demás, pueden tener ansiedad social y relaciones más superficiales e insatisfactorias. A continuación le mencioné algunos tópicos que le servirán de ayuda para superar este aspecto.

Qué puedes hacer si eres demasiado perfeccionista

Lo más importante es darse cuenta de que el perfeccionismo es un rasgo indeseable que hay que cambiar, pues conlleva plantearte metas que son inalcanzables y no estar nunca satisfecho con tus logros, porque nunca son suficientes. O incluso puede llevarte a evitar tareas por miedo a fracasar.

El siguiente paso, consiste en modificar el modo de pensar y los comportamientos que alimentan el perfeccionismo:

- ➔ Establece metas razonables, realistas y alcanzables, basadas en tus propias necesidades, intereses y capacidades. Esto te facilitará el triunfo y aumentará tu autoestima.
- ➔ Establece metas sucesivas de un modo secuencial, paso a paso. Cada vez que alcanzas una meta, establece otra un nivel por encima de la anterior y así sucesivamente.
- ➔ En lugar de exigirte un nivel de éxito del 100% siempre, establece diferentes niveles en diferentes tareas. Por ejemplo, en algunos casos puedes proponerte sólo un 60% de eficacia y pensar que eso es suficiente. No necesitas dar lo mejor de ti en todo momento, en todo lo que hagas. Además, algunas cosas se te darán mejor que otras. Si, por ejemplo, no se te da muy bien el deporte, acepta que es así, no te exijas un nivel de eficacia del 100%, sino confórmate con el 50% y diviértete mientras lo practicas.

- ◆ Céntrate en el proceso cuando haces algo y no sólo en el resultado. Evalúa tu éxito, no sólo en función de lo que has logrado, sino también en función de lo que has disfrutado haciendo la tarea. Por ejemplo, si pasas tiempo preparando un trabajo que luego no sale bien, pero has disfrutado haciéndolo y has aprendido cosas nuevas, entonces no ha sido un fracaso aunque no hayas alcanzado tu meta. Reconoce que puede haber valor en el proceso de perseguir una meta, no solo en el hecho de alcanzarla.
- ◆ Afronta tus miedos preguntándote: ¿De qué tengo miedo? ¿Es tan terrible si pasara tal cosa? ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Qué probabilidades hay de que lo peor ocurra?
- ◆ Ten presente que muchas cosas sólo pueden aprenderse cometiendo errores. Cuando comentas un error, pregúntate: ¿Qué puedo aprender de esto? ¿Cómo puedo mejorar la próxima vez para no cometer este error?
- ◆ Evita el pensamiento dicotómico y trata de tener en cuenta los aspectos intermedios. Aprende a diferenciar las tareas prioritarias de las que son menos importantes. En las tareas menos importantes, no te exijas tanto como en las más importantes.

Fin de la sesión.

Quinta sesión.

Las ambivalencias.

Se trabajó el aspecto la relación ambivalente que lleva con su novio.

N. cuenta que siempre está ansiosa, que se pone agresiva con las personas queridas. Esta vez, con J, su novio. Habían decidido pasar la mañana del sábado paseando, ir al malecón. Ella no se sentía bien, porque pensaba que debía de estar estudiando. Aunque al principio dijo que no, luego acabó cediendo, porque le apetecía en realidad. Pero estuvo todo el día ansiosa. Después de comer se separaron, entonces ella se alteró, le echó en cara que no podría concentrarse en los estudios porque había estado distraída por la mañana, lo culpó. Él se ofreció a visitarla más tarde, eso la tranquilizó. Cuando a las 7 y 30 de la noche aún no había llegado, ella lo llamó irritada y le dijo que

ya no viniera. Se quedó muy mal, con una sensación de soledad, a la que compara con una experiencia infantil:

N: *“Lo mismo que me pasó el sábado con mi pelado, lo mismo me pasaba de pequeña cuando iba a la escuela”.*

T: *¿Qué podía ponerte tan angustiada allí, porqué no disfrutabas con los otros niños, no jugabas con ellos, te pegaban o aislaban?*

N: *“No eran las relaciones con los demás, tenía algunas amigas y amigos, no me marginaban, ni pegaban y si jugaban conmigo, pero nunca disfruté eso”.*

T: *¿Pero entonces, que pasaba, qué sentías?*

N: *“Como desamparo, me sentía sola, desamparada, tenía miedo, no sé algo bien raro, era media loca, creo que era porque mi mami no estaba ahí viéndome, con ella me sentía segura, a veces lloraba”.*

Esto muestra de manera significativa como opera en la paciente la **ansiedad de separación** (constituye un trastorno si se toma en cuenta la edad de la paciente-15 años), en la cual N. no logra superar la falta y se frustra fácilmente. Es decir, la paciente proyectaba angustia ante la separación, no ante la tarea, y le hacía sentir desvalimiento, soledad interior. Se angustia ante el momento de separarse de J, en que vuelve ese sentimiento de desamparo y soledad. Ansiedad de separación o abandono, por no vivir al vínculo como seguro, y por vivir la separación como un riesgo para la supervivencia.

Posteriormente, ese tema sale con frecuencia. Ella era una niña con ansiedad de abandono permanente, que siempre necesitaba la cercanía de su madre, y eso causaba burlas, de su padre, sus primas, y otros miembros de la familia. La dependencia le causaba vergüenza ya entonces.

- ✚ **La ansiedad de separación** hace referencia a un estadio del desarrollo infantil normal, en el que los niños sienten ansiedad cuando se separan de su cuidador principal (generalmente la madre). Esta fase suele comenzar aproximadamente a los 8 meses de edad y durar hasta los 14 meses (1 año 2 meses). En un niño de esta edad, la negativa a separarse de su madre o padre significa que ha desarrollado un vínculo afectivo con esa persona y está empezando a

entender que cada objeto o persona del ambiente es diferente a él o ella. No obstante, aún no comprende lo que es el tiempo, de modo que no saben con seguridad si su madre o padre va a volver, o cuándo volverá, o si ha desaparecido para siempre. Por tanto, a esta edad, los niños se sienten atrapados entre el deseo de explorar el mundo por sí mismos y la necesidad de permanecer a salvo junto a sus padres.

Antes de los 8 meses de edad, el mundo es tan nuevo para los niños, que apenas son capaces de diferenciar lo que es peligroso de lo que no lo es, de manera que las nuevas situaciones, experiencias o personas no les asustan. Durante el desarrollo normal, esta etapa inicial les permite establecer una familiaridad con sus ambientes. Tras esta fase, la falta de familiaridad suele producir temor debido a que el niño es ya capaz de darse cuenta de que sucede algo inusual. Los niños reconocen a sus padres como las personas familiares con quienes se sienten seguros. Cuando se separan de sus padres, sobre todo lejos de casa, se sienten inseguros y amenazados.

Así pues, la ansiedad de separación es una fase normal del desarrollo humano. Ayuda a los niños a aprender cómo manejar su ambiente y sirve para mantenerlos seguros. Suele terminar hacia los 14 meses (1 año 2 meses) de edad, cuando los niños empiezan a entender que los padres siguen existiendo aunque ellos no puedan verlos y que van a volver más tarde. Por tanto, a esta edad es cuando los niños empiezan a querer ser más autónomos y explorar el ambiente que los rodea con más libertad. Son capaces de separarse de sus padres y estar varias horas lejos de ellos, porque han aprendido que los padres siguen estando ahí y volverán a verlos pronto. Ya han desarrollado una sensación de seguridad en su ambiente y son capaces de confiar en otras personas además de sus padres.

- ✚ Aunque la ansiedad de separación es normal entre los niños más pequeños, puede ser un trastorno emocional cuando sucede en niños de más de 18 meses de edad y adultos. En estos casos recibe el nombre de trastorno de

ansiedad de separación. Para que sea considerado como tal, los síntomas deben causar un gran malestar y afectar la vida social, académica u otras áreas y durar al menos un mes. Por lo general, el estado de ansiedad de separación puede aparecer en periodos de estrés (en situaciones nuevas, por ejemplo, si está en un hospital sin los padres cerca).

En este caso N. presenta un **trastorno de ansiedad por separación (TAS)**, es una condición psicológica en el cual la paciente presenta una excesiva ansiedad acerca de la separación del hogar o de la gente hacia quienes tiene una fuerte relación de apego (con la madre y el novio que son las personas más significativas, pues ellos le otorgan la seguridad, amor y protección que ella requiere). La ansiedad de separación en la paciente se caracteriza por los siguientes síntomas:

- Signos de estrés al ser separado del sujeto motivo del apego (tal como un otro significativo, madre y novio).
- Preocupación persistente y excesivo acerca de perder el sujeto motivo del apego.
- Preocupación persistente y excesivo acerca de que algún evento vaya a llevar a la separación de un sujeto motivo de un apego importante.
- Temor excesivo a estar solo sin el sujeto motivo del apego.
- Renuencia o rechazo a dormir sin que esté cerca un sujeto motivo del apego.
- Pesadilla recurrente acerca de la separación.

Hay claros indicios de que tiene dificultad para sostener por sí misma un **balance narcisista adecuado**, necesitando de otros (especialmente de su novio) para que actúen como objetos del Yo, que la calmen y ayuden a disminuir su tendencia a ser dominada por dudas, inseguridades, obsesiones y rituales. Es marcada su dependencia respecto a su novio. Se siente protegida por el pero, al mismo tiempo, abrumada y aplastada narcisísticamente. Desde

el sistema de auto conservación, necesita y desea el contacto con J.; desde el narcisismo y la regulación psicobiológica, huye de él. Pudiera ser (es una hipótesis), que sus obsesiones y rituales con los objetos y el espacio (todo debe estar ordenado y esquematizado, se angustia si esto no sucede) sean intentos de tener un sentido de control, de defender su Yo de un novio "invasor". Habría trasladado al espacio y a los objetos lo que siente que no puede controlar en la relación con su novio.

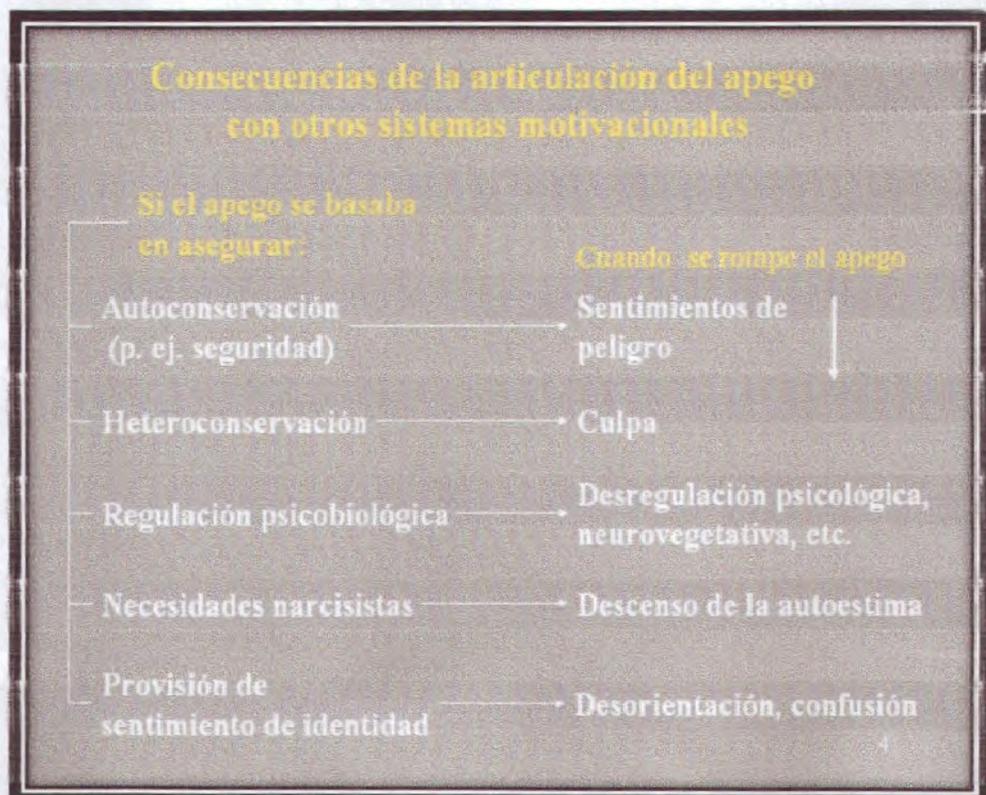
También hipotéticamente considero que influye mucho la conducta del padre: la paciente se vive como muy diferente del padre. Sin embargo, resulta clara la **identificación con él** en un aspecto concreto: grita como él para hacer que los otros satisfagan sus deseos, intentando que éstos compensen sus déficits estructurales. Agresividad defensiva que luego la hace sentir culpable y asustada de la respuesta de los otros significativos. Un punto que merece exploración es si sus remordimientos conscientes son porque no cumple con ideales superyoicos de cómo tendría que comportarse para ser una "buena" persona o si con ellos trata de aplacar y hacerse perdonar por sus seres significativos. Es decir, culpa defensiva impulsada por deseos de auto conservación y apego.

Otro aspecto llamativo evidente es que a N. le faltó también la experiencia infantil de poder influir en la mente del progenitor, que éste le escuche y la proteja de lo que ella sentía como peligroso, lo que puede constituir uno de los orígenes de su sentimiento de impotencia. Es evidente que N. podía haber sido maltratada en el colegio y nadie lo hubiera sabido. Y a su vez, el estado de angustia no resuelto proyectaba sus necesidades de apego, necesitaba cada vez más de su madre. No podía hacer nada, más que convertirse en una niña buena, controlarse, y así al menos mantendría el amor de ésta, su única figura de apego. Los miedos eran muchos: su madre padecía de dolores de cabeza, y se acostaba con frecuencia, ella tenía miedo a perderla. Y a su vez, se daba cuenta de que no era normal, que las demás niñas no vivían con esa angustia, y sentía vergüenza por esa conciencia de ser diferente.

La influencia del ambiente familiar y la educación recibida han sido factores determinantes. En este terreno, se valora como la seguridad que proporcionan las figuras paternas: estamos hablando del afecto gratificante, la tolerancia tranquilizante, la coherencia que proporciona un ambiente estable y el toque firme e imprescindible de la autoridad parental.

Con estos ingredientes, que funcionan como cuatro pilares en los que se sostiene la llamada "mesa de la seguridad" (más otros estímulos educativos), el sujeto avanza, progresa en su autoestima, se desprende, se tranquiliza, aprende, se responsabiliza, etc., en resumen, se adapta.

Lamentablemente, en el caso de N. esta experiencia no ha sido gratificante; todo lo contrario ha sufrido carencias afectivas en un entorno familiar donde prevalece el autoritarismo, es decir, se imparten los límites de manera violenta, no hay flexibilidad, existe rigidez; la madre es la fuente del cariño que N. necesita, sin embargo también falla debido a que el factor represor que es el padre fragmenta esta fuente de cariño y seguridad. Por lo tanto se puede apreciar en N. rasgos inoperantes como: conductas inhibitorias (privativas), sentimientos de peligro, culpas, auto exigencias, crisis de valores, baja autoestima, dificultades para adaptarse, desorientación y estados de confusión.



Cabe señalar que hasta el momento se ha podido apreciar un rasgo muy particular en la manera de cómo se maneja la paciente cotidianamente: a través de **ambivalencias** (encierra emociones o sentimientos contrapuestos), aspectos contradictorio; por una parte N. tiene la necesidad imperiosa de sobresalir por cuenta propia, querer ser autosuficiente, es extremadamente autoexigente, pero de manera llamativamente contradictoria, esa necesidad de "independencia" lleva implícita una carga exagerada de dependencia, de llamados de auxilio, de necesidad de ser protegida, en síntesis una necesidad imperiosa del otro.

Intervención

A partir de lo visto hasta ahora queda claro que la persistencia anómala de la ansiedad de separación es un signo de inmadurez psicológica y que las pautas de intervención van orientadas a fomentar el sentimiento de seguridad y su capacidad de autonomía que, como base de su personalidad, la paciente está consolidando. Para ello es imprescindible un fuerte y constante apoyo por parte de los padres, combinado con estimulación de la independencia y respeto a la misma, en lugar de minar la confianza en sí mismo, proporcionar las condiciones en la cual la paciente pueda desarrollarse mejor. Los escenarios en los que se puede intervenir en esta dirección no son otros que aquellos en los que en el día a día la paciente debe progresar desde la dependencia absoluta de su madre y novio hasta una autonomía personal, como son el ser capaz de alcanzar la exploración del entorno y regulación de sus miedos.

En cuanto a la **relación ambivalente que lleva con su novio**, se recalcó el problema de fijación que presenta la paciente en relación a las expectativas irracionales producto de sus vivencias disfuncionales familiares, un fenómeno dado por los persistentes apegos edípicos negativos. Estos apegos bloquean un mayor desarrollo en las áreas de pensamiento, juicio y acción independientes, resultando en un fracaso al hacer la transición psicológica hacia la primera etapa adulta.

La paciente presenta conductas regresivas dadas por un debilitamiento de las funciones yoicas y se manifiestan con inseguridad, mal manejo de frustración, incapacidad para llevar la relación, etc. Al tener un carácter rígido no da cabida a la improvisación, novedad y creatividad que son aspectos básicos para mantener una relación armoniosa.

Se le aconsejó lo siguiente: El primer paso para poder resolver con eficacia una situación conflictiva consiste en conocer cada factor y darse cuenta de hasta qué punto puede influir en la relación de pareja. El conocimiento es el primer paso para el cambio y la solución de conflictos. En este caso, el problema de N. radica en su obsesión por llevar una relación fantasiosa, constituida por ser esquematizada, sin fallas, sin dar cabida a la improvisación, es decir llevar una relación monótona. Se le explicó que para que la relación prospere era necesario conservar la flexibilidad, la improvisación, dar lugar al aspecto sorpresa; estos semblantes hacen que el enamoramiento se salvaguarde, guste y mantenga viva las expectativas entre ambos. Cabe recordar que la vida está en constante evolución, no es estática y está condicionada por cambios, variables, etc., de la misma manera funciona el amor en la relación sentimental.

Entre otras variables que influyen en las relaciones de pareja es necesario hablar de la autoestima o lo que es lo mismo, el concepto que tenemos de nosotros mismos:

Cuando una persona no se sostiene por sí misma, puede llegar a buscar que sea el otro el que la sostenga, utilizándolo así como único punto de apoyo en su vida. Sin él se caería, por lo cual, lo necesita para su "sobrevivir" diario, generando entonces relaciones patológicas o adictivas.

Así mismo, si nuestra autoestima es baja, nuestra capacidad para iniciar relaciones de pareja se ve mermada, produciéndonos miedo e inseguridad. Con respecto a las relaciones de pareja ya consolidadas pero que puedan tener conflictos de comunicación, ocio, pasión..., la autoestima también tiene

relación en el sentido de que si no nos vemos aceptables como personas, difícilmente podremos aportar fortaleza a nuestra relación.

Es importante también considerar el tema del "apego"; existen dos tipos de apego: **el seguro**.- Se asocia con relaciones confiadas y positivas. Con más autonomía previa, mejor selección de pareja, ideas más realistas y favorables sobre el amor, más fácil intimidad y compromiso, más satisfacción en el vínculo.

Apego ansioso: se asocia con relaciones dependientes y continúa necesidad de confirmación de que se es amado, dificultades para la autonomía, búsqueda y selección precipitada, miedo a no ser amado, miedo a la pérdida y celos frecuentes, ideas contradictorias sobre el amor, dificultad para romper.

Sexta sesión

En esta sesión empieza hablando de su madre. Ve a su madre como una mujer desprotegida, débil y la pone en posición de necesitar protegerla. A mi me sorprende este aspecto ya que ella mismo manifestó que su madre pasa ahora por el mejor momento de su vida, que está activa, tiene vida social, y la relación de los padres no es del todo mala; aunque sigue existiendo abusos del padre, en líneas generales, N. ha indicado que ya se llevan mejor, pero que hace poco tiempo atrás su padre le hacía la vida imposible a su mamá.

Yo interpreto esa visión como una proyección de su propio sentimiento de fragilidad, de su propia identidad dependiente. Veo aquí que su temor a la separación, su vínculo inseguro, debió desarrollarse en el contexto de ver a su madre débil, deprimida. Temía separarse de ella por perderla, por no saber si la reencontraría bien a la vuelta.

Aquí se puede inferir que existe una idealización de la representación de su madre, posiblemente como medio de obtener reaseguramiento ya que era la única figura de apego válida de la familia. La idealización con toda probabilidad,

oculta también sentimientos de rabia hacia ella, que no podía permitirse por la motivación primaria de protección, y porque además la madre era vista como desvalida.

A lo largo de la sesión se va viendo cómo su juez interno "súper yo" rígido, sádico, le exige continuamente; pero tiene también una parte débil, desvalida, dependiente. En mi concepción de su psiquismo, para que crezca esta última (la parte débil de su yo), primero tiene que aceptarla. Es como un padre tiránico que intenta enseñar a un niño de dos años a vestirse sólo, y el niño, lleno de miedo, no aprende nunca. **Hay pues un conflicto entre apego y narcisismo**, por un lado debe reconocer necesidades y proporcionarse el tipo de vínculo que las satisfaga y por otro, el ideal del yo (**narcisismo**) de independencia.

Informe Psicológico

Fecha: Febrero 26 del 2010

Profesional: Ana Labanda Portugal

Datos de filiación

Nombre: Cinthya

Edad: 6 años.

Escolaridad: 2do año básico

Nombre de la madre: Eugenia

Escolaridad: 4to semestre de relaciones exteriores

Edad: 27 años

Ocupación: vendedora de artículos varios

Nombre del padre: Francisco

Escolaridad: Secundaria

Edad: 32 años

Ocupación: músico

Hermanos: ninguno

Procedimiento

Debido a la situación emergente que atraviesa la familia por la separación de los padres, la maestra solicita que se inicie el trabajo terapéutico de inmediato porque señala que la niña ha tenido un cambio intempestivo de conducta y sobre todo el que concierne al académico. Por ello, las observaciones fueron escasas, solo por un día, la mayoría del tiempo inicial fue para recabar datos con la docente sobre lo ocurrido.

A la primera cita, llegaron ambos padres (10 minutos c/u) para explicarles el desarrollo y el contrato de las consultas y luego individualmente se llevaron a cabo entrevistas semidirigidas con una duración de (30 minutos c/u).

En la segunda entrevista y con la información proporcionada por los padres, se abordó a la niña para explicarle el motivo de consulta y el consentimiento para la intervención terapéutica. Con la respuesta positiva a colaborar, ese primer contacto directo duró (30 minutos).

Con la paciente se trabajó tres entrevistas más para que con la guía de actividades lúdicas y test proyectivos, se pueda esclarecer el conflicto latente y sus estados emocionales inconscientes, lo cual se desarrolló por tres días, alrededor de 20 minutos cada día.

La sexta entrevista fue con la madre donde se dio a conocer la información pertinente devolutiva, las referencias que surgieron de los test proyectivos, y para explicar los puntos sobre los cuales se abordaría la psicoterapia y su colaboración para el oportuno progreso de los mismos (30 minutos).

Posteriormente cuatro entrevistas de tratamiento. Con la madre, se tiene dificultad para contactarla y hacer el cierre oportuno del caso, también el seguimiento. Pero la maestra es quien expone las mejorías en las materias que presentaba dificultad tras el conflicto en la relación de los padres. No obstante, se obtuvo resultados positivos y en la última entrevista la niña reconoció el alivio de sus síntomas.

Motivo de consulta

La señora Eugenia solicita la atención psicológica como apoyo para su hija, puesto que cree necesaria la orientación para manejar el nuevo estilo de vida y las situaciones que se generan tras la disolución de las relaciones como pareja entre ella y el padre de la niña. A lo que acude a la institución educativa y manifiesta a la docente encargada el pronto seguimiento del caso.

A más de ello, es derivada porque presenta un cambio negativo de conducta y un bajo rendimiento escolar, su letra ha desmejorado; su maestra lo relaciona con la reciente separación de sus padres.

Antecedentes familiares y personales

La niña ha tenido que acomodarse a un cambio de ambientes drásticamente desde lo sucedido con sus padres. Por ejemplo, cambiarse de domicilio y vivir en casa de los abuelos maternos, compartir el domicilio con la tía y su familia y con los tíos solteros. La niña no expresa su molestia, pero de manera indirecta

se refiere a la casa con inconformidad: "en esa casa vivimos bastantes personas, es un relajó".

Pero dos personajes que habitan en su nuevo hogar, son los que le alivian un poco su estadía, su primo Santiago y su gatita Preciosa, de quienes platica todo el tiempo. Algo peculiar que en las entrevistas se daba, era el notar la función de la gatita, siendo ésta utilizada en algunas ocasiones para reflejar sus sentimientos, aquellos difíciles de poner en palabra, los que generan culpa o reprensión: "la gatita se siente sola, yo por eso tengo que cuidarla, además hay muchos animales en la casa, y le pueden hacer daño, esos perros a veces son amigos, a veces se la quieren comer".

Sobre la separación de sus padres y la resolución de finiquitarlo con el divorcio, Cinthya manifiesta un monto de culpabilidad, sobre cómo se dieron las cosas y sobre como la mamá se entero de la supuesta infidelidad. Acerca del tema narra los sucesos, con un poco de temor, pues advierte que no se entere su mamá, que por ella se conocen los hechos: "Mis papás se habían peleado por algo que había dicho una amiga de mi mami, que mi papi andaba de enamorado de la novia de su amigo, por eso, nosotros nos fuimos a pasar en la casa de mi abuelita, pero mi mami a veces me llevaba a la casa para que vea a mi papi o me vaya a dejar a la escuela. Pero un día que fuimos, ella me espero hasta que él saliera a verme, antes mi mami solo me dejaba allí y se iba, yo subí al cuarto porque no salía, le gritaba pero no me contestaba, después el salió pero solo sacó la cabeza por la puerta, yo quería entrar, el me cargó, yo empujé la puerta y estaba esa mujer, la novia de su amigo, empecé a gritar y salí corriendo a ver a mi mami, mi mami me estaba esperando todavía abajo y subió, se volvió como loca, le pegaba a esa chica y a mi papi, mi papi la empujó, y yo solo gritaba y lloraba, llegó mi abuelita y me sacó, yo estaba muy asustada". Es a partir de lo ocurrido ese día, para lo cual ya habían transcurrido 2 meses, que la señora Eugenia decide divorciarse y el papá no reconociendo las razones, pues sostiene que todo fue producto de una confusión, también acepta la resolución porque dice estar cansado de los celos de su ex esposa.

En la escuela las irregularidades se muestran en materias de lenguaje y escritura, la maestra recalca la notoria diferencia de la letra y la pulcritud en sus tareas, cosa totalmente opuesta en la actualidad, pues parecería que no le interesa realizar cualquier actividad o esmerarse por cumplir eficientemente con las disposiciones académicas.

Su comportamiento en otros círculos también revela un cambio, su incomodidad en todo lo que se ha generado por la relación entre sus padres le ha dado un giro a su estilo de vida y por ende de sus relaciones sociales y la forma en que responde a ellas.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

Los padres de la niña llegaron a la primera consulta tras la petición del Departamento de Psicología. La mamá tenía puesta unas gafas oscuras, ropa un poco ajustada y un pronunciado maquillaje. Ingresó al consultorio alterada, de entrada empezó a hablar, mostrando un interés elevado por la situación con su hija. Todo lo contrario reflejaba el padre. El señor Francisco es un hombre delgado, cabello algo largo, vestía un par de jeans y una camiseta. Llegó al departamento con la mamá de su hija pero se pudo reflejar el distanciamiento entre ambos, ya que el señor ingresó atrás de ella, tomó una silla y se sentó nuevamente detrás de la señora. No opinaba del tema, solo si se le pedía la palabra y tan solo asentía con la cabeza para responder lo que se le preguntaba. Por lo tanto se les solicita tener sesiones por separado, para evitar que la situación se torne incómoda, pues las palabras de Eugenia subían cada vez más de tono, culpando totalmente de lo ocurrido al papá de la niña.

Ya en las consultas individuales se recaban datos sobre lo ocurrido, cada padre relata su versión de los hechos; el papá por ejemplo aclara que no le ha sido infiel a su todavía legalmente esposa, sino que los problemas de celos son los que han provocado que ella piense que algo pasó, dice sólo haber estado

consolando a una amiga. Solicita la ayuda, aclara que debido a los malentendidos la niña muestra resentimientos: "la mamá le está llenando de ideas torcidas a la bebe, le dice mentiras y la pone en mi contra". La mamá señala su firme decisión del divorcio, ratifica la desconfianza que siente por las múltiples sospechas de que le es infiel, porque él mismo ha dado lugar a ello, a lo que se añade otros aspectos como, la irresponsabilidad al no aportar económicamente con los gastos de la casa y de Cinthya: "yo no sé porque está aquí y decidió venir, si a él no le importa nada de lo que tenga que ver conmigo ni con la bebe, él es un inútil e inmaduro piensa solo en su música, como si eso nos ha dado de comer, es por mi trabajo y la ayuda de mis padres que hemos podido sobrevivir".

Cinthya es una niña amigable, colaboradora, no pone resistencia a acudir a las sesiones, son pocas las ocasiones en que llega desarreglada, tiene cuidado de su presentación. Cuando llega saluda "exageradamente" cariñosa, abraza con un fuerte apretón y da un beso en la mejilla igualmente energético. Se puede detectar su manera sutil de usar al terapeuta como intermediario para la posible reconciliación, es su "deseo" (mas podría añorar la estabilidad, su casa, no el señalamiento por los demás, etc.) ver a sus padres nuevamente juntos.

La primera reacción de los hijos es el desconcierto por una situación que saben que existe, pero que no entienden, y es el caso de la niña, ya a sus 6 años de edad el panorama hostil es percibido como un enmarañado de confusiones. Ella ha conocido a sus padres siempre juntos, darse cuenta de los problemas que provoca, el hecho de que ahora comience a ver menos a su padre, se añade al desconcierto y al dolor. La niña, además, es víctima de crisis nerviosas o depresivas, la tensión entre los cónyuges se traslada a los otros miembros de la casa y genera discusiones o enfrentamientos violentos.

Diagnóstico clínico dinámico

Neurosis infantil con rasgos histéricos, que se sostienen por la manifestación de síntomas que aparecen juntamente como resultado de conflictos

inconscientes provocados por la actuación de impulsos libidinosos o agresivos que han sido reprimidos y que permanecen activos y sin resolución. Estos conflictos se derivan ordinariamente de otros más tempranos resultantes de la interacción del paciente, sus padres u otras personas importantes en su ambiente.

Mecanismos de defensa

- Represión: En las neurosis es muy común la represión, genera de cierto modo y hasta cierto punto un alivio más o menos consciente de la problemática, puesto que lo doloroso en el caso de la niña de vivir lo referente al divorcio de sus padres es mejor borrarlo de su memoria, hay detalles que evita exponer en la consulta, comentarios que no termina y prefiere evadir, cambiar de tema o simplemente se retira justificándose que tiene otras cosas por hacer.
- Introyección: Interioriza el comportamiento de la mamá, habla como ella, tiene los mismos ademanes cuando está molesta, repite lo que dice, en ocasiones toma la palabra interiorizando completamente su papel: “esa zorra anda que lo molesta, ella es la culpable”.
- Proyección: Los sentimientos o ideas estresantes, son proyectados tenuemente en su gatita Preciosa, ella comenta vivencias, escenarios que observa con mucha precisión sobre el comportamiento del animal. Con una escucha minuciosa se puede discernir que en la gata está depositando emociones propias, criterios o pensamientos; en otras palabras, expresa como se ve en la historia de su vida, sus temores y deseos que no pueden ser enunciados con libertad, puesto que generarían malestar en los demás y en sí mismo. Un ejemplo de ello: “mi gatita Preciosa no quiere comer, no sé qué le pasa pero no tiene hambre, creo que está enferma o molesta, o triste, no sé” (en relación, la niña estaba presentando dolores abdominales, náuseas y vómitos). También cuando narra aspectos algo dolorosos, los evade y empieza inmediatamente a hablar de la gata.

- ✦ Formación reactiva: Detiene la aparición de un pensamiento doloroso, sustituyéndolo por otro más agradable. Se convierte en continuas sesiones en el mecanismo de defensa más accesible. Para lo que se tuvo que elaborar un proceso consistente de aclaraciones, que entienda que en el marco de la terapia podía expresar sus sentimientos tal cual como son, sin apariencias, que parte del trabajo psicológico se trata de manifestar lo que con los demás no puede.
- ✦ Aislamiento: se divorcian los recuerdos de los sentimientos, como manera de soportar los hechos. Cinthya después de las tres primeras entrevistas tiene una conducta diferente a las anteriores, donde se mostraba alterada, triste o culpable, ahora aparentaba estar muy tranquila, comentaba que todo había estado muy bien y sobre lo sucedido de la escena de la infidelidad, se ríe, cambia algunos detalles, demostrando que lo que vivió nunca se dio, tal vez el mecanismo es usado para expresar que “el dolor puede desaparecer junto con el recuerdo”.

Diagnóstico nosográfico

F93.0 Ansiedad por separación (309.21): ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por los siguientes síntomas:

- ✦ malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
- ✦ preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.
- ✦ resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
- ✦ quejas repetidas de síntomas físicos sin justificación orgánica (dolores de cabeza, dolores abdominales, vómitos, náuseas) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación.

Planificación

Objetivos Intrapsíquicos:

- ✦ La niña debe verbalizar los conflictos de manera consciente, haciéndose responsable de sus emociones y no evadirlas por medio de justificaciones que la resguardan.

- ✦ Liberarse de la culpa que se despertó por haber presenciado el hecho de la infidelidad y de denunciarlo frente a su madre. Además de la culpa que generalmente todo niño se adjudica referente a las separaciones, creen tener algo que ver en la decisión. Las aclaraciones junto con el diálogo despejan malos entendidos que se incorporan.

- ✦ Entender la relación entre los padres, como un asunto que les compete plenamente a ellos, desligándolo del amor y los lazos hacia ella.

Objetivos relacionados a su entorno:

- ✦ Con la madre.- debe entender que no puede exponer a la hija a sus propias inestabilidades y confusiones. La niña no debe ser tomada como objeto de castigo con el padre, pues es más dañino para ella porque sus sentimientos no los puede dividir por razones que no son claras. El hecho de no permitirle a la ex pareja que visite a la hija es un mal mecanismo para pugar.

- ✦ Con el padre.- proponerle una organización saludable en cuanto a la relación con Cinthya, estableciendo horarios de visita, lugares donde verse, parámetros referentes a las atenciones básicas, como la manutención y sus necesidades afectivas, la disciplina y demás.

- ✦ Con la maestra.- es oportuno que la maestra entienda el panorama de manera general, que no evalúe el comportamiento de la niña sin desligarlo del área psicológica. Que comprenda que los síntomas desaparecen cuando se puede llegar al autoconocimiento de lo que sucede en los adentros, la caligrafía mejorará junto con las otras alteraciones.

Evolución del tratamiento

La niña llega a la consulta con pleno conocimiento de que se la llama por lo ocurrido entre sus padres. Solicita que no se repita lo que cuente con ninguno de ellos. En primera instancia se muestra confusa, aturdida, algo triste, sin embargo narra los hechos eufóricamente. Sea verdad o no, tiene conocimiento que la relación ya se había deteriorado tiempo atrás y repetidamente discutían, según lo que manifestó.

Referente al motivo de consulta, la mala caligrafía y el comportamiento inusual reflejaban la distorsión de la imagen, propia del sentimiento de culpa, es el desprecio por lo malo que ha sucedido, produce las siguientes interpretaciones: "soy fea... una persona detestable... me merezco este castigo... es mi culpa... mis problemas no cuentan para nada... tengo una mala letra porque así yo soy también..." A lo anterior se añaden los trastornos alimenticios que se empezaban a dar, pero que a tiempo pudieron ser controlados. No quería comer y cuando comía se desesperaba por la sensación de vómito que le producía la ingesta de los alimentos: "Cuando como soy la persona más detestable del mundo y merezco morir, pero cuando no como, soy la mejor muchacha del mundo." El comportamiento se manifiesta como una forma de auto castigo.

Un poco después del segundo mes de asistir a las consultas, muestra un cambio repentino, la maestra señala que se rehúsa ir al departamento de psicología, y también comparte el sorprendente retorno a su estado anterior, su letra había mejorado, se mostraba más tranquila, y al parecer feliz. Cuando se da la oportunidad de charlar con Cinthya, nuevamente pide discreción y comenta que su mamá tiene un novio, que las hace muy felices a ambas, es muy amable pero que ha pedido no lo comente con nadie.

La niña más que la unión entre sus padres, demandaba la estabilidad emocional que ambos padres puedan proporcionarle, no ser el síntoma entre ellos. Ocupar un espacio único en sus vidas y ya no ser objeto de intermediación

de esa verdad que buscan en el otro y que no pueden hallar. La nueva relación le deja a la madre otro depósito de sus deseos narcisistas o al ideal del objeto perdido; ¿qué pasará en la nueva relación? no se puede predecir pero siempre habrá esa falta primordial a la que Freud hizo alusión al respecto. El síntoma es, quizás, la forma en que el pequeño hace lazo con ese espacio de su entorno: escuela, familia, cuerpo sexuado, amigos. Sea para mitigar su odio, en busca de otro nombre de la libertad o del vasto mundo.

El alivio de los síntomas se produce cuando los padres renuncian (o por lo menos hacen el intento) al goce en el trabajo de la palabra del niño. El síntoma de la niña está en posición de revelar el modo en que ella sufre su relación a

los goces. Los goces implicados en su síntoma, son el goce de los otros (sus padres) una vez que logra desligarse de ellos, los registre como impropios y si fuera posible los padres colaboren en ese proceso; una vez reconocidos, se manifestarán los síntomas propios, los que son parte del funcionar de todo sujeto.

Informe Psicológico

Fecha: 18/12/09

Profesional: Stefanía Collantes E.

Datos de filiación

Nombre: N.M.

Edad: 9 años.

Escolaridad: 5to de básica

Nombre de la madre: Julia

Escolaridad: Secundaria

Edad: 29 años

Ocupación: comerciante

Nombre del padre: Julio

Escolaridad: Secundaria

Edad: 53 años

Lugar de trabajo: comerciante

Hermanos: Rina 7 y Fiorella 5

Procedimiento

Entrevista con los padres: dos semidirigidas, una con ambos padres y otra solo con la madre.

Una entrevista clínica con la niña, de carácter informativo y de contrato (45 min.)

Entrevistas de tratamiento: ocho.

Entrevista de seguimiento: una.

Motivo De Consulta

La niña acude a consulta por voluntad propia, en hora de recreo.

Comenta sentirse muy triste y preocupada por la salud de su abuela, por el comportamiento de sus padres, porque sus hermanas están mal en la escuela.

Antecedentes Familiares y Personales

La paciente proviene de un hogar conflictivo, sus padres se separaron hace

tres años aproximadamente, cada uno tiene una nueva relación, este ha sido el motivo para que la niña y sus dos hermanas, queden bajo la responsabilidad de su abuela materna.

Los padres durante estos años no se han preocupado por solventar las necesidades de sus hijas, tampoco se han interesado por brindarles afecto. La madre de la consultante, luego de que su pareja la abandonara, estuvo en tratamiento psiquiátrico, siente que no está preparada para ser madre y prefiere dejar la responsabilidad a la abuela de la niña. Es una mujer muy sufrida, su nueva pareja la agrede física y verbalmente, es por esto que teme llevar a sus hijas a vivir con ella.

Por su parte, el padre vive lejos de la ciudad, tiene dos hogares más, y desde que abandonó a la madre de la paciente, no se ha preocupado por sus hijas. Ha expresado la idea de querer llevarse a N.M. a vivir con él, puesto que se ha enterado que en casa de la abuela son maltratadas.

La abuela, con quien vive la niña, es una mujer ruda y poco o nada afectiva con ella.

A la niña la rodea un ambiente hostil, con tíos que hablan mal de sus padres, una abuela que las agrede física y verbalmente.

En cuanto al rendimiento escolar, es una alumna promedio, se esfuerza por sacar buenas notas, debido a que no hay quien controle tareas escolares en ocasiones no las presenta. Estos últimos meses ha estado participando para un concurso de lectura rápida, en el cual obtuvo el primer lugar, ganándose una beca estudiantil.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

Los progenitores de la paciente llegan puntuales a la primera sesión, la madre denota cuidado personal, es una mujer joven, atractiva, de contextura delgada, rostro afligido, colabora en la entrevista, llora al relatar su historia. El padre, se

muestra imponente, muy ocupado, cansado, agitado, es bastante mayor a su ex pareja, es colaborador, relata su versión sobre la situación de la niña.

La paciente es desenvuelta, voz tierna, ojos grandes, cabello crespo, tiene un parecido físico con el padre, es muy inquieta mientras trabaja, revisa en cada sesión todo el consultorio, camina, arregla las sillas, esta todo el tiempo en movimiento, se muestra algo reservada durante la primera entrevista.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con neurosis infantil, rasgos histéricos y síntomas depresivos.

Síntomas depresivos

Expansividad; se levanta del asiento varias veces, recorre todo el consultorio, examina cada cosa que encuentra, juega con las cortinas, alza sus piernas sobre otro sillón, se recuesta sobre el escritorio, esto no solo en consulta, sino también en observaciones realizadas dentro del aula y en receso.

Mecanismos defensivos

- **Desplazamiento**: la reacción y conducta inmediata, frente a cualquier cosa que diga la abuela, es la manera de reclamar a esta por lo que la madre ha hecho. La falta de amor y despreocupación por parte de los padres, la dirige a su abuela, sin darse cuenta que esta es la que ve y cuida de ella.
- **Regresión**: cada vez que se toca el tema de la obligación que ella, como hermana mayor, tiene, de cuidar a sus hermanas dentro y fuera de la casa, toma una actitud de bebé. Pronuncia palabras a medias, y afirma: "si yo también soy pequeña y necesito que me cuiden".
- **Negación**: dibuja a la familia, todos de la mano, con amplia sonrisa, incluidos el padre y la madre, que no viven con ella, a los que ni siquiera ve con frecuencia.

- **Conversión:** se queja constantemente de la actitud de sus padres, de su abuela, de sus hermanas. Y cada vez que esto sucede sufre malestares tales como dolor de cabeza, cansancio, dolor de estómago, y pide retirarse.

Planificación

Objetivo con la niña

- Lograr que comprenda los motivos por los que sus padres aparentemente no se preocupan por ella, creando así un afecto y respeto por ellos.
- Ayudarla a abandonar las ideas de rechazo y desamor por parte de su entorno. (específicamente, la abuela)

Objetivos relacionados a su entorno

- Con la mamá: que pueda acercarse a la niña, demostrándole afecto, evitando así rivalidades entre la paciente y sus hermanas

Anexo

Síntesis del avance terapéutico

Se da inicio al proceso con la visita voluntaria de la niña a consulta, insistiendo ser atendida por la psicóloga, ya que, tiene muchos problemas y necesita ayuda.

Se manifiesta a los papás, la preocupación que tiene N.N., ellos dicen estar interesados en colaborar con el proceso, no se imaginaban que la niña estaba tan angustiada, ya que, es buena alumna y se porta bien en casa.

Se les pide en primera instancia demostrar afecto a la paciente, acercándose a ella, visitándola frecuentemente. Los padres aseguran nuevamente estar interesados en el proceso y colaborar con todo, aunque al final del tratamiento se pudo constatar que no cumplieron con lo acordado.

Con la consultante se trabaja el tema de la familia, los roles de cada miembro, las responsabilidades que ella debe cumplir en esta, la obediencia, el control de sus emociones. Todos estos temas fueron tratados y puestos en práctica, al menos por unas semanas. Debido a que la abuela, al enterarse que su nieta

estaba acudiendo al psicólogo, la amenazaba con la finalidad de que no cuente como ella las trata, porque si lo hacía, las llevaría a un orfanato. A pesar de lo delicado que se torno el trabajo con la niña, ella colaboraba haciendo las devoluciones de sus relatos y en algunas ocasiones realizaba una recapitulación de todo lo tratado en la sesión.

Las dificultades escolares, de sus hermanas y el retraso de las pensiones, son otro punto que la niña trae a sesión, trabajado igualmente como las ocasiones anteriores, se consiguió resolver el "problema de sus hermanas" y calmar la angustia por el retraso de pagos, explicando que esto no significa que la madre no la quiera, puesto que era así como la paciente lo relacionaba.

La niña entró en exámenes, sus notas mejoraron completamente, la relación con sus hermanas también cambió, se trabajo dos sesiones con cada hermana, explicándoles la responsabilidad que cada una tiene por sus cosas, dentro y fuera de la casa, ya que, este era otro inconveniente para la paciente, porque era obligada por su abuela y madre a estar pendiente en todo momento de lo que sus hermanas hacían, y ella no podía disfrutar de los recreos.

Se hizo hincapié en el amor y cuidado que tienen que tener la una por la otra, el trabajo en equipo, el respeto, etc. Ayudando de esta forma a mejorar la relación entre las tres niñas.

Finalizando el proceso, la paciente realiza un repaso de todo lo trabajado desde el primer día, todas las ideas que traía a sesión y todo lo que aclaro o elaboro, durante estas.

Informe Psicológico

Fecha: 24/1/2010

Profesional: Andrea Guerrero

Datos de filiación

Nombre: Sofía

Edad: 17 años.

Escolaridad: 10mo. De Básica especialización en Belleza

Institución: Colegio Artesanal Municipal Amazonas

Nombre de la madre: María

Escolaridad: 5to. De colegio

Edad: 42 años

Ocupación: Ama de casa

Nombre del padre: Fernando

Escolaridad: 2do. De colegio

Edad: 50 años

Lugar de trabajo: Albañil

Hermanos: 2 mayores, 1 fallecido

Procedimiento

Se realizaron 7 entrevistas con la consultante y 2 con los padres de familia.

En la primera entrevista se trato el motivo de consulta y el encuadre, en el cual llegamos al acuerdo terapéutico.

En la segunda consulta se recolectaron datos de la paciente y seguimos con la exploración de la causa por la cual está en consulta, entrevista clínica.

La tercera, quinta y séptima entrevista fueron de tratamiento.

La cuarta y la sexta entrevista fueron con los padres, se recabo información de la alumna, se planteo el problema por el que estaba pasando y alternativas para buscar soluciones

La octava y novena entrevista fueron devolutivas.

Motivo de consulta

La directora del plantel se acerco a nosotros pidiendo que atendamos a Sofía pues la mamá de ella había ido al colegio días atrás muy angustiada pues su

hija estaba saliendo con un hombre de 33 años y estaba segura de que ya estaban teniendo relaciones sexuales.

A raíz de esto se ha puesto muy desobediente y altanera, a demás tiene problemas con las materias en el colegio, malas notas, no rinde como debería y piensa siempre en la deserción de los estudios.

Antecedentes familiares y personales

Sofía es la menor de 4 hermanos, 1 de ellos falleció junto con su esposa embarazada hace un año. La muerte de este hermano afectó mucho a la familia y en especial a su mamá pues era el hijo consentido y confidente de ella, por lo cual la armonía del hogar está en un gran desbalance.

El hogar de la consultante es de un estrato económicamente bajo, y los problemas de dinero son algo frecuente, sin embargo es algo que no causa un malestar mayor.

La mamá de Sofía dijo que siempre fue muy inquieta, que a raíz de que ella empezó a caminar tuvo que dejar de trabajar para cuidarla, en especial cuando ya entro a estudiar pues era muy inquieta en el jardín y en la escuela y le costaba mucho hacer los deberes. Tres veces se quedo de año en la escuela y la termino por insistencia del director pues ya no la quería tener como alumna de la institución. Y cuando la termino estuvo un año sin estudiar porque no quería.

Antes de que conociera al hombre de 33 años tuvo un enamorado que era un año mayor a ella pero la celaba mucho y eso no le gustaba a la mamá.

A más del problema de que este hombre sea muy mayor para Sofía, también está el inconveniente de que no está en buenas condiciones, es alcohólico y drogadicto en recuperación; ha estado en dos compromisos anteriormente de los cuales también tiene hijos.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La joven llega a la entrevista con una actitud fresca, bien peinada, los ojos maquillados pero con el uniforme apretado como si estuviera pasada de peso. Se la ve tranquila pero algo tímida también.

Al acudir a la entrevista psicológica Sofía fue un poco desconfiada, manifestando no saber porque estaba en consulta con la psicóloga. Cuando le comunique porque indicó que era cierto pero no para tanto.

A partir de la segunda y tercera sesión Sofía se abre más al diálogo y comienza a hablar sobre su problema sentimental y todo lo que piensa sobre el tema.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos histéricos, síntomas depresivos.

Síntomas depresivos: Irritabilidad, expansividad.

Mecanismos defensivos

- ✦ **Negación:** consiste en enfrentarse a los conflictos negando su existencia o su relación o relevancia con el sujeto, al decir que su tema no tiene tanta importancia porque considera que es un tema pasado. Rechaza aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables. Sofía se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás.
- ✦ **Racionalización:** se da porque la consultante tiende a justificar sus propias acciones de tal manera que eviten la censura. Tiende a dar con ello una "explicación lógica" a los sentimientos, pensamientos o conductas que de otro modo provocarían ansiedad o sentimientos de inferioridad o de culpa.

Planificación

- ✦ **Objetivos intrapsíquicos:** Lograr que la joven tenga consciencia de que debe madurar más para hacer mejores elecciones. El madurar a todos los niveles que son físico, verbal, del pensamiento, de valores, sentimientos.

- **Objetivos relacionados a su entorno:** Dar a conocer a los padres pautas para facilitar la guía educativa para su hija, que tenga una comunicación más apropiada y asertiva. Informar a los padres que la crisis de su hija es debido a una etapa de su vida y ayudarla a que sea una mejor mujer.

Reseña de las entrevistas

En la primera entrevista, cuando Sofía llegó a la entrevista psicológica no sabía porque estaba ahí y al comunicarle el porqué, indico que era cierto pero lo tomo a ligera pues decía que llevaba tiempo sin ver al hombre y dijo que no había tenido relaciones sexuales con él.

Indicó que hace un mes lo había conocido, que era un hombre mayor de 33 años con el que salió dos semanas hasta que un domingo llegó tarde a la casa y le prohibieron verlo definitivamente, llevaba dos semanas sin hablar con él y sin verlo.

En la segunda entrevista dice que tiene muchos problemas con la mamá porque es muy grosera, especialmente desde que su hermano falleció hace un año.

Ella solo habla con su papá y con una amiga; el papá le ha dicho que si la mamá sigue así, él se va a ir de la casa. Sofía se pone triste.

También comenta que está mal en sus notas pero que ha empezado a cambiar eso.

En la tercera entrevista indica que ese fin de semana estuvo muy bien con la mamá, que ella (la mamá) le pidió perdón y Sofía solo dijo "que lo deje ahí no más".

Comentó que hasta hace 3 meses tuvo un enamorado con el que estuvo 7 meses y era un año mayor a él, le gustaba mucho pero no estaba enamorada, pero que por el también bajo su rendimiento escolar y por eso las amigas le han dicho "que ya cambie y no se deje de llevar por enamoramientos para que no baje sus notas".

En la entrevista cuarta y sexta vinieron los 2 padres de la consultante y su hermana mayor diciendo que se encontraban desesperados porque no sabían qué hacer con Sofía, estaba muy rebelde y desde que empezó a salir con el señor. En esta entrevista explique a los padres la importancia de la buena comunicación con ella especialmente por la etapa en que se encuentra y una mayor explicación del porque una persona mayor no puede andar con alguien menor de edad.

La mamá de Sofía resaltó que le da mucho recelo de que ella solo hable con el papá y no le tengo confianza (a la mamá).

En una cuarta entrevista

En la cuarta, quinta y séptima entrevista

Sofía contó que tuvo relaciones sexuales a la semana de haberlo conocido, que fue su primera vez y le gustó, sentía mucha curiosidad. La mamá le había hablado antes de eso, le había dicho que tenga cuidado porque podía quedar embarazada. Después de lo que paso, el señor le dio a entender que ella ahora no podía estar con nadie más.

También abordamos con la consultante el hecho de que ella no podía sacar de su cabeza a el hombre con el que estuvo, decía muchas veces que "se ponía como loca, que quería verla, que quería irse de la casa y ya no aguantaba más, que a veces tomaba el celular de su mamá a escondidas y le enviaba mensajes" sin embargo el no se empezó a portar bien. La llamaba a la mamá y le enviaba mensajes insultantes de Sofía y ella no entendía porque él hacía eso. Le decía a la mamá que su hija era una cualquiera, que no sabía la clase de hija que tenía, etc.

Le señalaba a la consultante que era muy importante que aprendiera a discernir de lo que estaba bien y de lo que no estaba bien para ella y en la vida en general. La orientaba para que trabaje su parte emocional e intelectual, su capacidad de juicio, de reconocimiento del mundo interno, de que debe aprender a madurar aspectos de su vida para hacer elecciones lo más acertadas posibles.

En las dos últimas entrevistas Sofía manifestó que ya ha empezado a olvidarse del señor que era su enamorado, que ya no siente lo mismo, especialmente desde que se enteró que anda con otra mujer a la cual la tiene "sometida".

Indica que se siente aliviada al darse cuenta de que con él iba a vivir muy mal, igual o peor de que esa chica que es la actual conviviente. Se siente más tranquila, dice que ha mejorado en sus estudios y que después de las entrevistas con los padres las cosas en el hogar han cambiado para bien. La mamá se sigue enojando mucho igual, pero ahora es distinto porque no es tan grosera ni injusta.

Informe Psicológico

Fecha: 3 de Marzo del 2010

Profesional: Tatiana Torres G.

Datos de Filiación

Nombre: Caso 1

Edad: 9

Escolaridad: Primaria

Nombre de la madre: María

Escolaridad: Secundaria

Edad: 31 años

Ocupación: Ama de casa

Nombre del padre: José

Escolaridad: Secundaria

Edad: 32 años

Lugar de trabajo: Aeropuerto

Hermanos: hermano varón de 12 años

Procedimiento

Se realizaron dos entrevistas semidirigidas, con la madre con una duración de (45 minutos c/u)

La tercera y cuarta entrevista fueron con la paciente, entrevista clínica con la niña (Dibujo de la Familia)

La quinta entrevista fue informativa (devolutiva) y de contrato con una duración de (45 minutos)

Una entrevista de seguimiento

Total entrevistas: 6

Motivo de consulta

La niña es llevada a consulta por su mamá, la madre dice: "Llora mucho, no come y tiene constantes dolores de estómago. En su revisión médica todo está bien. Siempre pasa enojada y se porta grosera conmigo y no me hace caso".

Antecedentes Familiares y Personales

La niña proviene de un hogar con un nivel socio económico bajo, los padres de la paciente, llevan 13 años de casados, viven en casa de la madre de la señora, junto con las hermanas y sobrinos. Los padres junto con sus dos hijos duermen en un mismo dormitorio, los hijos en una litera y los padres en el piso sobre un colchón. La madre comenta que es lo único que pueden tener y darles a sus hijos, ya que lo que el esposo gana no alcanza para mudarse a otro lugar.

La niña fue una niña deseada, nació de parto normal, desarrollo psicomotriz normal, la abuelita materna ayudo en la crianza, incluso colaborando con los gastos de su educación.

Está en primaria, en 4to grado, tiene bajo rendimiento escolar y tiene problemas para relacionarse con sus compañeros, en el aula se muestra desatenta, la profesora expresa "La niña en momentos se muestra como ida, no está conectada con el trabajo de la clase.

En la casa es inquieta, y no cumple ordenes, tiene constantes peleas con su tía y con los miembros de la familia, llora mucho y expresa sentir constantes dolores de estomago. No mantiene una buena comunicación con los padres.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La madre de la paciente llega puntual a las sesiones, no denota cuidado personal, es de contextura delgada, rostro afligido, colabora en las entrevistas.

La paciente es de contextura delgada, no denota cuidado personal, se presenta al inicio un poco callada muy reservada, a medida que se avanza con el proceso, la niña se muestra muy colaboradora.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos histéricos, síntomas depresivos.

Síntomas depresivos: Irritabilidad, se siente desplazada por su tía, la cual tiene la misma edad que la niña.

El sector ocupado por el dibujo (Test del dibujo de la familia) es inferior izquierdo, denotando una posible depresión, inseguridad y una regresión en el pasado, un regreso a la infancia. La niña prevalece el principio de la realidad, reproduce los miembros de su propia familia pero no en el respectivo orden de importancia y no se sitúa en su ubicación real.

Mecanismos defensivos

- ✦ **Represión:** La niña presenta sentimientos y emociones cuya exteriorización a través de la conciencia está impedida, el odio hacia su tía genera en la niña cierta ansiedad asociada al temor de perder el cariño de sus padres, en especial de su madre quien se refiere a su hermana como su hija. Para evitarlo la niña reprime el impulso a hacer de nuevo aquello que fue motivo de castigo (pelear con la tía) con lo cual evita también la ansiedad correspondiente, simulando dolor de estomago como expresión de lo reprimido.
- ✦ **Regresión:** La niña presenta rebeldía, negativismo, oposición, opta como solución a su problema el volver a un estadio anterior de desarrollo de su vida afectiva y mental en donde se sintió más cómodo, seguro y protegido.
- ✦ **Proyección:** Proyecta al exterior su propia hostilidad, por lo que tiende hacer berrinches, es la manera como desplaza sus frustraciones.
- ✦ **Conversión,** convierte en trastorno o enfermedad física las frustraciones o contrariedades sufridas (se niega a comer).

Planificación:

Objetivos intrapsíquicos:

- ✦ Lograr que la niña pueda expresar su rabia y contradicciones edípicas.
- ✦ Lograr que la niña a través de la palabra exteriorice los sentimientos de rivalidad hacia su tía.
- ✦ Lograr que la niña asuma su responsabilidad alrededor de las dificultades que mantiene con su tía y su responsabilidad en relación al tema.

Antecedentes Familiares y Personales

La niña proviene de un hogar con un nivel socio económico bajo, los padres de la paciente están separados, ella es hija del segundo compromiso de su mamá, la misma refiere que sus dos compromisos fueron fatales, se separó del padre de la niña porque tiene muchos vicios (mujeriego, alcohólico).

Actualmente, la niña vive con su madre y hermano adolescente, la niña pasa todo el día sola con su hermano debido a que su madre trabaja y solo la ve por las noches.

La madre señala que el hermano le grita y le pega creyendo así que sus miedos, pesadillas y susceptibilidad es por tal motivo.

En las entrevistas que se mantuvo con la niña, expresó muy preocupada que no quiere que su hermano la siga bañando "nadie puede tocarme ni ver mi vagina" y también tenía pesadillas constantes sobre un señor malo que vive por su casa, produciéndole así también pensamientos de muerte.

En clases es una niña alegre, ríe, tiene vitalidad, se expresa muy bien. Pero por momentos se desconcentra y eso hace que tenga problemas en las operaciones matemáticas.

La madre señala que la niña si tiene límites para hacer las cosas, tanto en los juegos y en ver televisión.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La madre de la paciente en la segunda sesión se le dificultó llegar el día que se la cito debido al horario del trabajo, denota cuidado personal, es de contextura gruesa, rostro preocupado, triste, colabora en las entrevistas.

La paciente es de contextura delgada, denota cuidado personal, se expresa muy bien verbalmente y en las sesiones colabora con facilidad.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos histéricos, síntomas depresivos.

Síntomas depresivos: tristeza, pesadillas, pensamientos de muerte.

Mecanismos defensivos

Desplazamiento.- se puede definir en la niña, cuando sus pesadillas son trasladadas a su situación real (hombre malo)

Conversión.- somatiza en su cuerpo todos sus pensamientos y pesadillas (muerte, enfermedad, soledad, etc.)

Negación.- al momento de "negar" una realidad, "mi hermano no me grita".

Objetivos intrapsíquicos:

Lograr que la niña pueda expresar sus contradicciones edípicas así como también logre señalar como se siente frente a su hermano (cuando éste la baña).

Objetivos relacionados a su entorno:

- + Tener más cuidado al momento que la niña se encuentre sola con su hermano, más aún en el momento de su higiene personal.
- + Lograr que en su hogar se propicie y se fomente la comunicación, en este caso con su madre, la persona más cercana a ella con la finalidad de resolver inquietudes propias a su edad.

Evolución del Tratamiento

La niña desde la primera entrevista fue muy explicativa mediante un lenguaje verbal y no verbal sobre aquello que sentía, que la atemorizaba y por lo consiguiente que le causaba temor. Al principio la consultante estaba en una contradicción, es decir, no tenía las cosas claras o más bien no quería darse cuenta de su realidad, al afirmar que cada semana ve y pasa con su papá, cuando su madre en la sesión pasada dijo todo lo contrario, esta contradicción

Síntomas depresivos: Irritabilidad, se siente desplazada por su tía, la cual tiene la misma edad que la niña.

El sector ocupado por el dibujo (Test del dibujo de la familia) es inferior izquierdo, denotando una posible depresión, inseguridad y una regresión en el pasado, un regreso a la infancia. La niña prevalece el principio de la realidad, reproduce los miembros de su propia familia pero no en el respectivo orden de importancia y no se sitúa en su ubicación real.

Mecanismos defensivos

- ✦ **Represión:** La niña presenta sentimientos y emociones cuya exteriorización a través de la conciencia está impedida, el odio hacia su tía genera en la niña cierta ansiedad asociada al temor de perder el cariño de sus padres, en especial de su madre quien se refiere a su hermana como su hija. Para evitarlo la niña reprime el impulso a hacer de nuevo aquello que fue motivo de castigo (pelear con la tía) con lo cual evita también la ansiedad correspondiente, simulando dolor de estomago como expresión de lo reprimido.
- ✦ **Regresión:** La niña presenta rebeldía, negativismo, oposición, opta como solución a su problema el volver a un estadio anterior de desarrollo de su vida afectiva y mental en donde se sintió más cómodo, seguro y protegido.
- ✦ **Proyección:** Proyecta al exterior su propia hostilidad, por lo que tiende hacer berrinches, es la manera como desplaza sus frustraciones.
- ✦ **Conversión,** convierte en trastorno o enfermedad física las frustraciones o contrariedades sufridas (se niega a comer).

Planificación:

Objetivos intrapsíquicos:

- ✦ Lograr que la niña pueda expresar su rabia y contradicciones edípicas.
- ✦ Lograr que la niña a través de la palabra exteriorice los sentimientos de rivalidad hacia su tía.
- ✦ Lograr que la niña asuma su responsabilidad alrededor de las dificultades que mantiene con su tía y su responsabilidad en relación al tema.

Objetivos relacionados a su entorno:

- ✦ Con la madre se trabajó en la función y responsabilidad de cada miembro dentro de la estructura familiar.
- ✦ Realizar un cronograma de actividades, donde el paciente adquiriera nuevos hábitos, aseo personal, realizar las tareas de la escuela, ciertas actividades del hogar, horarios de juego, etc.
- ✦ Lograr que en su hogar se propicie y se fomente la comunicación, con la finalidad de estrechar los lazos intrafamiliares, que los padres estén capacitados para resolver inquietudes propias de la edad de sus hijos.

Anexo

Evolución del Tratamiento

En la primera entrevista acude solamente la madre, quien solicita la consulta, y quien expuso la problemática del caso. Se le explican las actividades que se van a realizar con el alumno. Asimismo se le pide que colabore con las indicaciones que se le darán para el tratamiento. Se acuerda, en lo referente a los horarios, las estrategias para cada actividad y los posibles obstáculos.

Se le sugiere que exprese a su hija sobre lo que se planteó en la primera entrevista con él psicólogo, para de esta manera mantener informado a la alumna y disminuir los obstáculos que se puedan presentar.

En cuanto a la disciplina, se le sugiere que los castigos deben ir acompañados de una explicación, que la niña sea capaz de asumir su responsabilidad en cuanto al castigo.

Las siguientes sesiones se las realiza con la alumna a la cual se le brinda un espacio para que pueda hablar de lo que le causa malestar, de la relación un tanto tormentosa que mantiene con su tía, relación basada en una rivalidad debido a que tienen la misma edad.

Con las indicaciones dadas a la madre y el trabajo con la alumna se logró que la niña asuma su responsabilidad en relación a su problemática y a su salud física. La niña ha comenzado a comer progresivamente, los dolores de estómago desaparecieron, y ha disminuido la situación conflictiva que mantiene con su tía.

Informe Psicológico

Fecha: Febrero /06/2010
Mora R.

Profesional: Keila

Datos de Filiación:

Nombre: María

Edad: 6 años.

Escolaridad: Primer grado

Nombre de la madre: Mercedes

Escolaridad: Secundaria **Edad:** 45 años

Ocupación: Ama de casa

Nombre del padre: Jorge

Escolaridad: Secundaria **Edad:** ---

Lugar de trabajo: ---

Hermanos: Juan, 14 años

Procedimiento

Se realizaron dos entrevistas semidirigidas, con la madre con una duración de (50 minutos c/u)

La tercera entrevista fue con la paciente, entrevista clínica con la niña (Hora de juego diagnóstica)

La cuarta entrevista fue informativa (devolutiva) y de contrato con una duración de (50 minutos), aplicación de test de la familia.

Entrevistas de tratamiento, seis.

Dos entrevistas de seguimiento

Motivo de consulta

Falta de atención. Últimamente llora cuando algo no le sale bien, nerviosa, constantemente tiene pesadillas y siente que se va a morir.

Antecedentes Familiares y Personales

La niña proviene de un hogar con un nivel socio económico bajo, los padres de la paciente están separados, ella es hija del segundo compromiso de su mamá, la misma refiere que sus dos compromisos fueron fatales, se separó del padre de la niña porque tiene muchos vicios (mujeriego, alcohólico).

Actualmente, la niña vive con su madre y hermano adolescente, la niña pasa todo el día sola con su hermano debido a que su madre trabaja y solo la ve por las noches.

La madre señala que el hermano le grita y le pega creyendo así que sus miedos, pesadillas y susceptibilidad es por tal motivo.

En las entrevistas que se mantuvo con la niña, expresó muy preocupada que no quiere que su hermano la siga bañando "nadie puede tocarme ni ver mi vagina" y también tenía pesadillas constantes sobre un señor malo que vive por su casa, produciéndole así también pensamientos de muerte.

En clases es una niña alegre, ríe, tiene vitalidad, se expresa muy bien. Pero por momentos se desconcentra y eso hace que tenga problemas en las operaciones matemáticas.

La madre señala que la niña si tiene límites para hacer las cosas, tanto en los juegos y en ver televisión.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La madre de la paciente en la segunda sesión se le dificultó llegar el día que se la cito debido al horario del trabajo, denota cuidado personal, es de contextura gruesa, rostro preocupado, triste, colabora en las entrevistas.

La paciente es de contextura delgada, denota cuidado personal, se expresa muy bien verbalmente y en las sesiones colabora con facilidad.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos histéricos, síntomas depresivos.

Síntomas depresivos: tristeza, pesadillas, pensamientos de muerte.

Mecanismos defensivos

Desplazamiento.- se puede definir en la niña, cuando sus pesadillas son trasladadas a su situación real (hombre malo)

Conversión.- somatiza en su cuerpo todos sus pensamientos y pesadillas (muerte, enfermedad, soledad, etc.)

Negación.- al momento de "negar" una realidad, "mi hermano no me grita".

Objetivos intrapsíquicos:

Lograr que la niña pueda expresar sus contradicciones edípicas así como también logre señalar como se siente frente a su hermano (cuando éste la baña).

Objetivos relacionados a su entorno:

- + Tener más cuidado al momento que la niña se encuentre sola con su hermano, más aún en el momento de su higiene personal.
- + Lograr que en su hogar se propicie y se fomente la comunicación, en este caso con su madre, la persona más cercana a ella con la finalidad de resolver inquietudes propias a su edad.

Evolución del Tratamiento

La niña desde la primera entrevista fue muy explicativa mediante un lenguaje verbal y no verbal sobre aquello que sentía, que la atemorizaba y por lo consiguiente que le causaba temor. Al principio la consultante estaba en una contradicción, es decir, no tenía las cosas claras o más bien no quería darse cuenta de su realidad, al afirmar que cada semana ve y pasa con su papá, cuando su madre en la sesión pasada dijo todo lo contrario, esta contradicción

también se la puede observar cuando la niña señala que la relación con su hermano es excelente y que él nunca le grita, pero indica que si ha observado a una amiguita que tiene un hermano y este si le pega, en este sentido la niña está haciendo usos de los "recursos inconscientes", es decir, de mecanismos defensivos que nos da una estructura de neurosis con rasgos histéricos y síntomas depresivos.

Es la ansiedad que siente todos los días aquello que no le permite concentrarse debido a que tiene una fantasía sobre su familia cuando la realidad es otra, cuando ve que no es así cae esa novela formada y por consiguiente deviene la ansiedad (lloro, nervios, etc.)

En la cuarta entrevista la niña reconoce e indica que el hermano la baña pero que ella esta "agachada en una tina para que el hermano no le vea todo su cuerpo porque le da vergüenza", afirma que no quiere que su hermano la siga bañando porque no se siente bien y no quiere que nadie mire "su vagina y poto". En esta misma entrevista señala que su hermano si le pegaba cuando ella tenía cuatro años y que esto lo hacía en su pierna y en sus manos. En este sentido podemos observar que a medida de las sesiones la niña pudo hablar acerca de sus temores y reconocer lo antes mencionado acerca de la relación con su hermano; se procedió en aquella entrevista a que sea devolutiva e informativa acerca de su sexualidad.

En la quinta entrevista, la paciente indica que llora mucho porque se queda solita, tiene miedo de estar sola porque cree que le pueden hacer daño, esto da la apertura para que la niña exprese y recuerde momentos que han marcado su vida, como por ejemplo, el ver a un Sr. cerca de su casa, con un cuchillo en mano y amenazando a un niño. Las pesadillas son, precisamente que ese Sr. malo la va a matar, a su hermano también y a toda su familia.

A partir de esto se puede establecer que en el ambiente en donde se encuentra la niña no le favorece debido a que se relaciona con adolescentes que tienen vicios, observa a menudo a personas "malas" que se encuentran a su alrededor

y que producen en ella malestar, miedo, lloro y que está llevando a que la niña somatice en su cuerpo esa angustia.

En la sexta entrevista se puede observar un cambio repentino, lo primero que expresa es "quisiera tener una familia feliz pero reconozco que no la tengo", pero señala que es feliz porque cuenta con su mamá y su hermano. Otro punto importante es que decidió contarle a la mamá que su hermano la bañaba y que no se sentía bien por aquel motivo.

En la última entrevista con la niña, señaló que estaba muy feliz y tranquila porque ya habían desaparecido aquellas pesadillas de muerte y enfermedad, que ahora esos pensamientos habían desaparecido y que actualmente sueña con Dios y con mamá. Por otra parte, en la entrevista final con la madre, esta indicó que su hija estaba más tranquila, había mejorado en sus calificaciones, se concentra más, ya no llora ni se despierta en la madrugada a causa de las pesadillas.

Lo que la niña logró fue despojarse de sus miedos, a través de su discurso (expresar por medio de palabras lo que sentía, así como también exponer sus miedos y temores), sólo así pudo salir de la contradicción en la que se encontraba y que tenía como consecuencia un síntoma (miedo, lloro, ideas de muerte).

Conclusiones

En esta monografía se han reseñado algunas de las características definitorias de la Psicoterapia Breve; exponiendo para esto, algunos postulados teóricos fundamentales que giran en torno a principios psicodinámicos y cognitivos conductuales. También se hace referencia a la noción de que en terapia se trata principalmente de ayudar a los pacientes a que movilicen sus propios recursos, y a que tengan la capacidad de implicarse en la problemática y no a excluirse de ella.

A fin de mostrar de qué forma esta filosofía puede trasladarse a la práctica clínica, se ha dado una visión global del proceso terapéutico y se ha ofrecido una descripción detallada de algunas prácticas de conversación que nos permiten centrar la terapia sobre las soluciones. Además, se describen las diversas técnicas empleadas por este enfoque psicológico.

Igualmente hemos hecho algunas sugerencias sobre cómo estructurar la intervención final tras la entrevista, y hemos dado una descripción del proceso de evaluación, de diagnóstico y del transcurso terapéutico.

Asimismo se destacó la importancia del estudio de la cultura Institucional, como un elemento de análisis y comprensión; puesto que este permitirá la construcción y la implementación de procesos que comprometen a los integrantes de la misma a contribuir en el diseño de acciones a seguir, facilitando así el espacio y los instrumentos para realizar un adecuado trabajo de parte del Psicólogo Clínico.

Finalmente, se han recogido algunas de las implicaciones que a nuestro modo de ver, tienen los fundamentos que la investigación empírica sobre la Terapia breve está generando; demostrándonos así que tanto en teoría como en la praxis constituye una técnica efectiva y eficaz de trabajo.

Bibliografía:

- I. Fenichel Otto: "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis". Editorial Paidós, 1988. Buenos Aires.
- II. Sigmund Freud.: "Obras completas", 1990. Editorial El Ateneo.
- III. Braier Eduardo Alberto: "Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica". Ediciones Nueva Visión, 1.999. Buenos Aires.
- IV. Bellak Leopold: "Manual de Psicoterapia Breve, intensiva y de urgencia". Editorial, El Manual Moderno S.A, 1.993. México D.F. - Santa Fe de Bogotá.
- V. Kesselman Hernán: "Psicoterapia Breve". Editorial Fundamento, 1.985. Madrid, España.
- VI. Bleichmar E.: "El feminismo espontáneo de la histeria" Fontamara 1994, México D.F.
- VII. Beck A. Freeman y otros: "Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad". Editorial Paidós, 1992. Buenos Aires.
- VIII. Caro, I.: " Manual de psicoterapias cognitivas", 1999. Editorial Paidós, Bs. As.
- IX. CIE 10, "Trastornos mentales del comportamiento- Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico", 1992. O.M.S., Ginebra.
- X. DSM-IV. "Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", 1999. Masson S.A. Pierre Pichot y otros. Barcelona.
- XI. Ey, Henry: "Tratado de psiquiatría", 1992. Masson. S.A.
- XII. Cerdà E.: "Una psicología de hoy". Editorial Herder (Barcelona – España).