

PRAXIS DIAGNÓSTICA Y DE INTERVENCIÓN CLÍNICA

**Reflexiones bajo el prisma de un constructo
psicológico y social de sujeto de base orgánica**

**Margarita Loubat O.
Antonio Letelier S.
Roberto Gárate M.
(editores)**



EDITORIAL
USACH

Colección
FAHU
Facultad de Humanidades

Praxis diagnóstica y de intervención clínica

**Reflexiones bajo el prisma de un constructo
psicológico y social de sujeto de base orgánica**

Praxis diagnóstica y de intervención clínica. Reflexiones bajo el prisma de un constructo psicológico y social de sujeto de base orgánica

Margarita Loubat O., Antonio Letelier S. y Roberto Gárate M. (editores)

El presente libro, bajo la supervisión del Comité Editorial FAHU, fue sometido a revisión por pares externos (*peer review*) especialistas en el área de investigación.

Editorial Universidad de Santiago de Chile, 2023
Av. Víctor Jara 3453, Estación Central, Santiago de Chile
Tel.: +56 2 2718 0080
www.editorial.usach.cl

© Margarita Loubat O., Antonio Letelier S., Roberto Gárate M., 2023

I.S.B.N. edición digital: 978-956-303-619-0

Director editorial: Galo Ghigliotto G.
Edición: Catalina Echeverría I.
Diseño y diagramación: Andrea Meza V.
Diseño de colección: Ana Ramírez P.
Corrección de textos: Luz María Astudillo U.

Primera edición, julio 2023

La presente obra se encuentra liberada bajo una Licencia Creative Commons Atribución



**Margarita Loubat O.
Antonio Letelier S.
Roberto Gárate M.
(editores)**

Praxis diagnóstica y de intervención clínica

**Reflexiones bajo el prisma de un constructo
psicológico y social de sujeto de base orgánica**



Colección
FAHU
Facultad de Humanidades

La Colección FAHU es una iniciativa de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Santiago de Chile, iniciada el año 2021, cuyo propósito es difundir estudios en torno a las Artes, Humanidades y Ciencias Sociales. Todos los trabajos de esta colección han sido evaluados en su pertinencia por el Comité Editorial de la Facultad de Humanidades y sometidos a revisión por pares externos y externas, sugeridos y sugeridas a partir de su trayectoria y relación con los ámbitos y líneas de investigación tratados.

El interés de la Facultad de Humanidades es poner a disposición los libros con acceso abierto, promoviendo la circulación de sus planteamientos y su relación con diversos colectivos y personas interesadas en las temáticas abordadas. Esperamos que esta colección sea un aporte al desarrollo de la investigación en las distintas disciplinas.

Jefe Oficina Editorial
César Zamorano

Comité editorial colección FAHU

Claudia Córdoba	Rolando Álvarez
Jaime Retamal	Juan Pablo Arancibia
Sylvia Contreras	Antoine Faure
Alfonso Dingemans	Pedro Reyes
Lucía Dammert	Verónica Rocamora
Mauricio Olavarría	Ana María Fernández
Marcelo Díaz	Claudia Calquín
José Sebastián Briceño	Dante Castillo
Hernán Neira	Rosa Basaura
Hernán Venegas	Edinson Muñoz
Rafael Chavarría	Sebastián Reyes

Índice

Prólogo	11
Introducción	15
Capítulo I	
Puntualizaciones éticas sobre el abordaje de la práctica clínica de la psicología en el Chile contemporáneo	
Antonio Letelier S.....	19
Capítulo II	
Diagnóstico psicológico: competencia del perfil de egreso de la carrera de Psicología, avizorada como un análisis descriptivo-comprensivo	
Margarita Loubat O. y Marcelo Díaz S.	33
Capítulo III	
Supervisión de la primera entrevista clínica individual: apuntes para psicólogos/as en formación	
Margarita Loubat O. y Antonio Letelier S.....	45
Capítulo IV	
Midiendo lo psicológico: aspectos a considerar para la construcción y adaptación de instrumentos objetivos	
Ana María Fernández, Michele Dufey y Carmen Gloria Baeza.....	57

Capítulo V	
El diagnóstico neuropsicológico como proceso: esquema y propuesta clínica	
Roberto Gárate Maudier.....	93
Capítulo VI	
El papel de lo sociohistórico en el abordaje/comprensión del sufrimiento psíquico al interior del Dispositivo/Ambiente Clínico	
Carlos Ramírez Muñoz	111
Capítulo VII	
Algunas puntualizaciones sobre la terapia en abuso sexual infantil a partir de la revisión de un caso clínico	
Andrés Alejandro Albornoz Bustos.....	125
Capítulo VIII	
Ejercicios diagnósticos psicológicos en base a un modelo de análisis descriptivo-comprensivo	
Margarita Loubat O. y Makarena Moris I.....	137
Sobre los autores y las autoras.....	179

Prólogo

Este libro forma parte y es consecuencia de la extensa línea de trabajo que desde hace ya tiempo vienen desarrollando sus editores y editora Margarita Loubat O., Antonio Letelier S. y Roberto Gárate M., quienes forman parte del no común grupo de psicólogos/as clínicos/as que además del ejercicio de la profesión se insertan en la discusión académica y que han organizado, en torno a esta, junto a otros/as profesores/as de nuestra Escuela de Psicología (EPUSACH), este texto.

El escrito tiene el interés de realizar un particular ensayo de meta-conocer, aplicado a la práctica de la psicología clínica, donde sus enunciados se organizan de manera que su significado admite ser considerado como texto y como contexto del asunto aludido en ellos. Experiencia que persigue una consistencia gnoseológica con flexibilidad suficiente como para representar la cambiante realidad del tema tratado y requiere de un difícil equilibrio entre sistematizaciones de conocimientos que sustentan algunas líneas directrices estabilizantes (como la permanencia de la transmisión de algunos conceptos y desarrollo de habilidades básicas) y otras más bien transformadoras (como los desarrollos de respuestas coherentes a los avatares sociales ocurridos en los últimos años en nuestro país), y que sumados, releven, además, su sentido como material docente, que pensado desde la praxis diagnóstica proyecte contribuir a la intervención clínica.

Así, los artículos que componen este libro se incluyen en la discusión entre contenidos y significados propios al discurso clínico/psicopatológico actual y aportan diversos aspectos de la difícil problemática del análisis diagnóstico y su aplicación en los procesos de intervención clínica, exponiendo métodos y enjuiciamientos sobre estas prácticas, así como también en algunos de sus capítulos ellos transmiten conocimientos para la confección de herramientas de evaluación, desde una postura cientifi-

cista. Además, intentan caracterizar un campo teórico práctico en plena efervescencia, ensayando conjugar vertientes de varias disciplinas, que permitan, a la vez, una posibilidad de ajuste al desafío de las necesidades de respuestas cotidianas, asistenciales y de destrezas propias frente al imperativo ejercicio clínico.

Como todos/as quienes actuamos en el campo disciplinar de la psicología clínica, sabemos, este está animado por ciertas místicas no siempre convergentes (distintos modelos teóricos, técnicas e instrumentos disímiles, niveles de intervención heterogéneos y varias otras diferencias); atravesado siempre de ambivalencias (como las producidas por influencias interdisciplinarias desde la psiquiatría, la biología, la psicología clínica, la salud mental, las teorías críticas, entre otras); y lastrado por importantes falencias que han instalado sustanciales discusiones sobre la seriedad y/o cientificidad de los estudios, el tipo de casos reportados, la realización o no de seguimientos adecuados, la apropiada transmisión de la información, la posibilidad de replicar o no los protocolos y varias otras contingencias... Campo al que, además, habría que adicionar la existencia de una estrecha unión entre la psicopatología y las prácticas terapéuticas, lo que a su vez complejiza lo que podría ser la simple idea de significar su relación.

En la misma línea de análisis y pensando en profundizar sobre esta complejidad del campo, resulta aún más fundamental el hecho de decir que el surgimiento actual de la mayor parte de los modelos clínico/psicopatológicos resultan no sólo a partir de las explicaciones aportadas por las teorías, sino que también por los intentos de estas de prefigurar una cierta representación de lo que describimos como los cambios o variaciones intrapsíquicas, afectando, entonces, no sólo a estos modelos representacionales, sino también a los procesos terapéuticos a los que estos inducen. Cuestión que, por supuesto, se complica aún más si consideramos que disponemos de una pluralidad exponencialmente creciente de modelos clínicos, y que por tanto también refieren a una diversidad cada vez mayor de prácticas terapéuticas; y todavía más, si suponemos que estas últimas se deberían asociar para garantizar las medidas más efectivas para las distintas personas, y aún más, si en una misma persona nos obligamos a conciliar o confrontar diferentes modelos, según conveniencias específicas. Suponiendo que lo que esperamos de un modelo, en nuestra práctica clínica, es que nos provea de un esquema conveniente para observar y tratar. Aunque sepamos que, en algunos casos, un cierto

modelo podría sustentarse sobre una teoría total o parcialmente falsa, e incluso guardar, al menos por un tiempo, cierta pertinencia.

De otra parte, quizás algunos de los aspectos más llamativos sobre las lecturas de este panorama de la clínica actual sean la permeabilidad de sus modelos actuales a los enfoques críticos, discursivos, construccionistas y subjetivistas, generalmente considerados como los más idóneos para el manejo de la complejidad social, además de también cumplir, de alguna manera, con la posibilidad de suplir aquellos vacíos dejados por las teorías que se hicieron sustantivas para la conceptualización de la psicopatología. En relación a esto habría que mencionar necesariamente, como un ejemplo, el texto clásico de George Canguilhem, de 1943, *Lo normal y lo patológico*, que como dice la epistemóloga feminista Dora Barranco, tuvo una iluminación tan extraordinaria, en su tiempo, que aún puede seguir haciendo reverberación en el presente. Constituyendo parte, entonces, de la literatura imprescindible a mantener tanto para la comprensión clínica como para hacer un recorrido historiográfico de la evolución de los planteamientos de la psicopatología y la práctica terapéutica, y su sustento en una ideología general del mundo y el cambio social.

Sin embargo, es necesario decir que los mayores problemas de estas proposiciones como sistemas ideológicos (como lo fue incluso para el psicoanálisis) no derivaron esencialmente de sus límites como guías teórico-prácticas, sino más bien, de su uso social, de cómo estas prácticas fueron adquiriendo valores de “verdades”, con sus consecuentes usos dogmáticos en tanto teorías clínicas, los que actualmente impiden “verlas” identificando sus núcleos y relaciones esenciales. Oscurecimientos que ensombreciendo tanto el uso analítico como práctico y social de la teoría actual, imponen una subjetividad, que no hace más que eclipsar su realidad.

Si pudiésemos preguntarle a Daniel Widlocher (fallecido recientemente), uno de los más reconocidos clínicos de estos últimos tiempos, ¿por qué en estos casos es necesario hablar de modelos y no de teorías?, seguramente nos podría confirmar su idea de decir que sólo la psicopatología, como disciplina única, funciona como una teoría que se esfuerza en explicar el origen y la naturaleza de las variaciones de la normalidad que como clínicos nos sentimos obligados a aclarar y a tratar. Aunque, seguramente, asumiría también, decir, la imposible tarea de revelar lo que, en estas variaciones, puede ser objeto de medidas terapéuticas y no de otro tipo, como educativas o represivas, por ejemplo. Además, pienso

que diría también, que una psicopatología, que reclame ser ciencia sobre la enfermedad mental, no existe. Y que las conductas y los estados mentales, que tomamos como objetos de conocimiento, y por tanto de tratamiento, son perfectamente heterogéneos, incluso heteróclitos (decía Widlocher), y por tanto variables de una época a otra, e incluso de una cultura a la otra. Hechos que se piensa pudieron sustentar a Freud para poder adelantar su idea de que el sueño podía ser objeto de la psicopatología, incluso desde antes de escribir una psicopatología de la vida cotidiana; y que por supuesto, sustentan las discusiones actuales del fenómeno psicopatológico y sus concomitantes.

Por otra parte, dados los escenarios descritos, es paradójico observar que en el campo clínico del análisis diagnóstico y la intervención terapéutica que estamos analizando, existen contundentes repertorios de conceptos muy consolidados, con puntos de vista muy estabilizados que proporcionan cuerpo teórico a una disciplina que se ha ido consolidando desde una suerte de teoría psicopatológica que articula a todos los tópicos concurrentes a ella. Aunque, actualmente, se reordenan y renuevan los parámetros y formas de calibrar la subjetividad, los síntomas actuales, las patologías de este tiempo, los recorridos diversos de las teorías del sujeto, los análisis hermenéuticos, las metodologías deconstrutoras y varias otras, como formas de crítica a la antigua razón de la clínica tradicional imperante. Derroteros del pensar que incursionan en estos otros itinerarios, los que sabemos persiguen no ya a la realidad, sino que más bien a las formas de representarla.

Finalmente, es necesario decir que la problemática clínica del sujeto, como tema, hoy, vuelve a revestirse de lo social e histórico, a reingresar al campo de los procesos culturales, a la discusión interdisciplinaria, para ser releída y reinterpretada desde nuevas ópticas conceptuales capaces de reubicarnos en nuevas cosmovisiones.

IRENE MAGAÑA FRADE¹

Directora de la Escuela de Psicología
Universidad de Santiago de Chile

¹ Master y Dra. en Psicología por la Universidad de París V. Ha sido vicedecana de Investigación y Postgrado y directora del Doctorado en Psicología de la Facultad de Humanidades. Actualmente es investigadora del Centro de Estudios Migratorios y directora de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile.

Introducción

El presente texto constituye un material de apoyo a la docencia y está dirigido a estudiantes de la carrera de Psicología, particularmente a aquellos que se interesan en la psicología clínica.

Se busca reforzar desde un punto de vista teórico-práctico la comprensión de un proceso de análisis diagnóstico de la salud mental de un sujeto bajo una mirada integradora, donde confluyen aspectos orgánicos, psicológicos y sociales. Estos últimos conjugados con diversos factores socioeconómicos, políticos y culturales, que pueden ser determinantes en los procesos de salud y enfermedad de los sujetos.

En efecto, la mente deviniendo de lo orgánico se nutre a través de la relación con la realidad intersubjetiva social estando ambos aspectos bajo permanente conflicto y cambio; a lo que se agrega que el medio natural también es significativo en esa construcción constante y constituye una mayor intrincación, pues no es posible separar lo humano del medio ambiente, siendo esta relación una problemática que debería ser motivo de análisis y reflexión por parte de la psicología.

Esa complejidad que forma parte de la vida psíquica de un sujeto, ya sea niño, adolescente o adulto, puede trasuntar sufrimiento psíquico agudo o derivar en una condición permanente de difícil superación; no obstante, si la naturaleza del sufrimiento es atendida y escuchada, el sujeto tendrá posibilidades de un mejor desarrollo en la realidad sociocultural propia del mundo humano.

Planteada esa premisa de base, se señala que este libro contiene ensayos de autor, desarrollados por académicos que en su mayoría son miembros del cuerpo docente de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile. Estos, bajo una lógica colaborativa buscaron confeccionar un texto formativo para psicólogos noveles y estudiantes interesados en la psicología clínica.

A través de parte de estos apuntes docentes, se pretende apoyar el método y enjuiciamiento de un proceso diagnóstico, bajo el supuesto que su enseñanza reposa sobre una lógica de decisión considerando aspectos deductivos como inductivos; proponiendo un acercamiento al sujeto, donde se debe ser capaz de recabar información pertinente, elaborar y proponer hipótesis de trabajo en el curso de la exploración diagnóstica, considerando diversos aportes epistémicos y desarrollos teóricos del conocimiento en el campo disciplinar.

El texto contiene, además, posturas de intervención clínica, fundamentalmente comprensivas, y un capítulo específico de confección de herramientas de evaluación desde una postura científicista.

Con el marco descrito, en esta introducción, se entrega un brevísimo esquema de los contenidos de los diversos capítulos del libro, a fin de interesar y facilitar al lector su lectura.

En el capítulo I: “Puntualizaciones éticas sobre el abordaje de la práctica clínica de la psicología en el Chile contemporáneo”, A. Letelier vierte un puntaje ético inicial común al conjunto de actividades profesionales que desarrolla el clínico, señalando que existe una escasez de convergencia en la normativa ética, lo que constituye un importante desafío didáctico para la academia, considerando las dificultades que encuentran los profesionales en su quehacer práctico, particularmente en el campo de la toma de decisiones éticas que confrontan tanto la normativa jurídica, las políticas institucionales y la formación del propio carácter ético del profesional.

El capítulo II, denominado “Diagnóstico psicológico: competencia del perfil de egreso de la carrera de Psicología, avizorado como un análisis descriptivo y comprensivo” se manifiesta la importancia de esta actividad profesional en la formación del psicólogo. Sus autores, Loubat y Díaz, entregan fundamentos epistemológicos que dan sustento a la competencia diagnóstica y que encaminan el trabajo del clínico, el cual se ha nutrido a través del desarrollo del conocimiento. Se familiariza con los principales paradigmas que operan en el quehacer diagnóstico, los cuales orientan respecto de la realidad que constituye el paciente, de la naturaleza de la relación entre él como sujeto cognoscente y el paciente como objeto por conocer, mostrando brevemente el vínculo entre paradigmas como el positivista (o neopositivista), el cognitivista y el interpretativo en el desarrollo del diagnóstico clínico.

En el capítulo III, se entra de lleno en la práctica clínica a través de “Supervisión de la primera entrevista”, donde sus autores Loubat y

Letelier resaltan los componentes de esta y reposan su desarrollo en la relación respetuosa con un “otro”, señalando la importancia de evaluar riesgo —y elaborar una estrategia que permita una derivación, si fuese necesario—, profundizar respecto de sintomatología, personalidad/subjetividad y conflictividad, a fin de entregar una opinión diagnóstica clara y fundamentada que permita elaborar un proyecto terapéutico o un informe psicológico, si corresponde.

En el capítulo IV, se puede leer “Midiendo lo psicológico: aspectos a considerar para la construcción y adaptación de instrumentos objetivos”, donde se aborda conceptualmente los aspectos metodológicos que son necesarios de considerar en la construcción y adaptación de instrumentos, centrándose en la medición objetiva de constructos psicológicos, para luego describir los requisitos técnicos del trabajo psicométrico, que permitan aportar a la evidencia de fiabilidad y validez de los instrumentos utilizados, para una objetivación de la conducta, recurriendo a ejemplos que permiten una visualización del trabajo. El desarrollo de este capítulo esta en concordancia con los aportes positivistas y neopositivistas respecto del estudio de la conducta humana, donde a través de posturas científicas se han desarrollado destacadas herramientas de evaluación psicométrica, subrayando el hecho que el psicólogo es un experto en la construcción de instrumentos psicológicos a fin de medir la conducta.

El capítulo V: “Diagnóstico neuropsicológico” de R. Gárate, el autor describe de modo esquemático el acercamiento específico a esa área de especialidad clínica neuropsicológica. Desarrolla una estructura del proceso y una propuesta de trabajo, considerando los elementos generales, propios del acercamiento diagnóstico convencional y las particularidades del enfoque (estudio de los procesos del conocer), en especial respecto al uso de herramientas y la integración de estas fuentes de información para la construcción de una impresión diagnóstica clínicamente relevante.

Posteriormente, en el capítulo VI, “El papel de lo sociohistórico en el abordaje/comprensión del sufrimiento psíquico al interior del Dispositivo/Ambiente Clínico” su autor, C. Ramírez, desde lo psicoanalítico, pone el acento en el valor del contexto social y sus derivadas para el análisis clínico. Señala que la emergencia de patologías está directamente asociada con determinantes sociales de la salud y que la salud mental es especialmente sensible a factores socioeconómicos y medioambientales de la población. Ejemplifica con dos análisis de casos clínicos.

A. Albornoz, a través del estudio de un caso clínico infantil, en el capítulo VII: “Algunas puntualizaciones sobre la terapia en abuso sexual

infantil a partir de la revisión de un caso clínico”, reflexiona críticamente sobre un caso de abuso infantil.

Por último, el capítulo VIII está dedicado a ejercicios diagnósticos bajo la consideración que se trata de un texto docente. Sus autoras, Loubat y Moris, incluyen cinco casos clínicos donde realizan análisis diagnósticos bajo un criterio de análisis descriptivo y comprensivo en etapas.

El equipo editorial, agradeciendo a los autores, se complace en presentar un texto que busca situarse como una herramienta didáctica que apunta directamente a los profesionales en formación, comprendiendo las desafiantes coyunturas que el país y el mundo viven en la actualidad, y conscientes de los ajustes y reflexiones que nuestra disciplina debe realizar para ofrecer una respuesta aplicada con altura técnica y ética.

LOS EDITORES

Capítulo I

Puntualizaciones éticas sobre el abordaje de la práctica clínica de la psicología en el Chile contemporáneo

Antonio Letelier S.

En Chile, las éticas aplicadas al ejercicio profesional de la psicología clínica buscan tanto un deber ser como un ‘saber hacer’ (Vásquez, 2019), sin embargo, el hacer no es factible sin una condición de posibilidad sostenida sistemáticamente por una estructura que permita el acto del profesional y, sobre todo, su capacidad de discernir ante situaciones conflictivas o dilemáticas.

La deontología profesional, entendida como una mera acumulación normativa, sin una política articulada entre las instituciones y la sociedad civil, pueden arrojar al profesional a una contingencia azarosa o a las consecuencias individuales de su exclusiva responsabilidad. En este sentido, las normas éticas deberían responder a una red de contención que pusiera en el centro de su reflexión tanto el cuidado de los usuarios como el del sistema profesional que lo asiste, comprendiendo precisamente que operan como un sistema interconectado.

En lo que respecta a las normas referidas al abordaje ético del trabajo clínico, es fundamental señalar que no se encuentran redactadas en un cuerpo unificado o una política pública que integre efectivamente las herramientas de las que disponen los terapeutas. Las regulaciones que orientan la labor en psicoterapia clínica, psicodiagnóstico, intervenciones psicológicas grupales y/o comunitarias, psicoeducación e investigación en psicología clínica se encuentran dispersas en diferentes cuerpos normativos de diferentes jerarquías y alcances.

Esta falta de convergencia de normas y principios puede ser un elemento que eventualmente dificulta el ejercicio profesional de los psicólogos u otros profesionales afines, que se ven enfrentados a múltiples requerimientos de muy diferente naturaleza, en tanto en su desempeño profesional sus quehaceres se inscriben también en diversos contextos institucionales con diferentes propósitos. Por ejemplo, hay psicólogos

clínicos que ejercen su labor en contextos hospitalarios, en el marco de la normativa que enmarca a los profesionales de la salud en un campo clínico que observa con claridad algunas normas, como el manejo de la ficha clínica o el uso de la información de salud en el campo biomédico. Otros profesionales, en cambio, trabajan en contextos educacionales, donde, si bien el propósito no es fundamentalmente clínico o psicoterapéutico, se enfrentan a situaciones que demandan competencias similares o que no definen con claridad el alcance de las intervenciones, donde además no está regulado por ley el registro de las intervenciones, el manejo de los datos y múltiples áreas donde es confuso el límite entre los profesionales y la comunidad.

En el campo específico de la psicología clínica, muchas de las prácticas cotidianas de los profesionales pueden desvincularse fácilmente de los conocimientos científicos, adoptándose técnicas o procedimientos terapéuticos que agrupan explicaciones o técnicas epistemológicamente incompatibles (Rodríguez, 2019).

En su experiencia laboral, los profesionales clínicos se ven enfrentados cotidianamente a la toma de decisiones prácticas, frente a hechos que resultan de difícil interpretación o que implican elementos conflictivos o dilemáticos, en tanto no es posible determinar cuáles son las mejores vías de solución o la más adecuada evaluación de la proporción ‘riesgo-beneficio’.

Siguiendo los planteamientos de Rodríguez (2019), esta forma de proceder se explica porque el interés profesional de la psicología clínica no necesariamente está orientada a producir conocimiento científico sino a la solución de problemas, en el cumplimiento de las demandas impuestas por la emergencia de los problemas propios del área. En esta situación altamente compleja, el ejercicio ético excede con mucho el mero conocimiento de las normas, que si bien implica una condición necesaria, no es suficiente para la conducta ética (Hermosilla et al., 2006).

El debate ético respecto del ejercicio de la psicología clínica ha experimentado un fuerte resurgimiento en Chile, reactivo al consistente aumento de la demanda de atención por parte de la población. Las condiciones sanitarias que llevaron al confinamiento en los últimos dos años por la pandemia ligada al COVID-19 cambiaron las condiciones del ejercicio de la profesión en muchos niveles. En este sentido, las orientaciones éticas y deontológicas no reflejan la experiencia cotidiana de los profesionales ni de los usuarios de los servicios de atención clínica y tampoco garantizan la posibilidad de establecer la regularidad o la adhe-

rencia que los tratamientos o intervenciones requieren, derivando finalmente en la posibilidad de lesiones psicológicas secundarias a la falta de reflexión ética respecto del dispositivo clínico.

La aplicabilidad de la norma ética implica sustraerla de una dimensión meramente reflexiva, para hacer operativas las consecuencias efectivas que implica, por ejemplo, la noción de autonomía o libre determinación en que descansa uno de los principios fundamentales de la bioética, sobre todo cuando se trata de personas vulneradas que padecen trastornos o discapacidad mental.

La necesidad o imperativo de informar a los pacientes, como núcleo del consentimiento informado, se redobla y hace necesario que el profesional disponga de las herramientas suficientes, las redes establecidas, las vías de derivación y la dotación de infraestructuras que van mucho más allá de la letra de la norma.

El malestar psicológico o la patología mental no son manifestaciones aisladas. Se producen en el seno de un contexto biopsicosocial macro, de modo que un discurso clínico efectivamente respetuoso de la integridad y los derechos de los pacientes debe tomarse el tiempo de escuchar su particularidad y el contexto situado.

Las disciplinas ‘psi’ se enfrentan, hoy en día, a un fuerte cuestionamiento que las interpela a resolver los nudos de frontera que se dan entre los saberes que las constituyen, donde la pregunta ética es fundamental para la configuración y resolución de las diversas tensiones y límites que muchas veces recaen sobre los profesionales en su ejercicio práctico.

El complejo escenario social y político que se ha vivido en los últimos años ha influido de manera consistente en el malestar psicológico que los usuarios llevan al espacio psicoterapéutico y ha develado una serie de carencias, errores y consideraciones éticas que surgen como cuestionamiento a los dispositivos clínicos.

Las normativas éticas que suelen poner su foco en los derechos de los sujetos, muchas veces se hacen inviables en el espacio institucional, generando incertidumbres basadas en los vacíos o contradicciones normativas. Muchas veces, la acción de los profesionales entra en conflicto con las instituciones o incluso con las políticas del Estado, impidiendo o dificultando el discernimiento ético frente a posibles alternativas de acción que buscan respetar la autonomía de los sujetos, sin pasar a llevar un razonable equilibrio entre una perspectiva que garantice el cuidado y el contexto biopsicosocial de los pacientes. Ejemplo de ello son las intervenciones que buscan abordar desde un punto de vista clínico fenóme-

nos complejos como la violencia doméstica, que muchas veces impone al profesional la necesidad de enfrentarse con medidas cautelares que, frente a la denuncia, en lugar de proteger a las pacientes, las pone en riesgo. Esto propone un complejo problema entre el cumplimiento de una norma difícilmente practicable y un ejercicio ético de la profesión.

El presente texto busca evidenciar algunos de estos puntos críticos desde la perspectiva del profesional clínico que desarrolla un trabajo psicoterapéutico o de psicodiagnóstico, en estrecha relación con un otro. El propósito es ofrecer algunos elementos de reflexión desde la perspectiva de las éticas aplicadas en relación con el ejercicio laboral del profesional psicólogo/a, de cara a las profundas transformaciones que se viven en la actualidad.

Las éticas aplicadas al ejercicio profesional de la psicología clínica

La ética es un ejercicio reflexivo necesario y recurrente en la formación de los profesionales de la salud. Sin embargo, suele estar marcada por discursos de verdad que sostienen su aplicación en temas que involucran una dimensión biomédica de la salud y, por ende, de la enfermedad, centrándose en la noción del bienestar físico y desde un paradigma orientado por una idea naturalista.

La mayoría de las veces, la formación ética está enfocada en la enseñanza de una deontología profesional que impone una lógica de 'deberes' delimitados por el ejercicio de la profesión y las normativas que definen los alcances y límites de su quehacer.

Frente a los múltiples conflictos y dilemas éticos que se presentan en el ejercicio de una profesión dinámica como la psicología y particularmente en el área clínica, se formulan variados desafíos en el horizonte de una didáctica de la ética entre los profesionales de la salud.

Del Río (2009) plantea que los psicólogos y estudiantes de Psicología requieren poseer conocimientos y habilidades para la toma de decisiones éticas, incluyendo competencias como la habilidad para evaluar y adoptar un modelo de decisiones éticas que pueda ser aplicado con integridad y competencia cultural; la habilidad para reconocer dilemas éticos y legales en el curso de sus actividades profesionales y la habilidad para reconocer y conciliar los conflictos entre los códigos éticos o deontológicos y las leyes.

Los psicólogos cuentan con una Declaración Universal de principios éticos para psicólogos y psicólogas, que enuncia cuatro ejes que deben orientar su práctica cotidiana. A saber: a) respeto por la dignidad de las personas, b) cuidado competente del bienestar de los otros, c) integridad, y d) responsabilidades profesionales y científicas con la sociedad (Ardila, 2011).

Tanto en Chile como en otros países de América latina, estos principios se condicen en términos generales con los que propone el Código de Ética del Colegio de Psicólogos, que si bien desarrolla principios generales que orientan el ejercicio profesional, en la práctica se traduce más bien en un cuerpo deontológico basado en normas específicas fundamentadas por una ética del deber (*deon*), que se desprende directamente del rol profesional y que en determinados eventos no ayuda al profesional a resolver conflictos o dilemas éticos específicos, dados por la naturaleza del trabajo clínico.

Los motivos del malestar psicológico que atienden los profesionales también se han modificado en el tiempo, tanto a nivel subjetivo individual como a nivel social. Los profesionales son testigos de cambios que han configurado una nueva forma de entender y vivir el mundo, con consecuencias variadas a nivel social, cultural, político y económico que redundan, sin duda, en nuevas formas de entender la vida psíquica y la salud mental.

Al tener en cuenta que la última actualización del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile se llevó a cabo el año 1999, resulta evidente la necesidad de resaltar que hay una serie de elementos que no toma en consideración y que son aún más patentes en la actualidad, después de las condiciones de confinamiento que se desprenden de la emergencia sanitaria que aún se vive en el país.

Ejemplos de ello son la inclusión de la tecnología en el trabajo psicoterapéutico y el diagnóstico psicológico, el uso de redes sociales para la transmisión de información en psicología, la incidencia de las herramientas de inteligencia artificial, el uso de algoritmos y la realidad virtual en la vida cotidiana y la salud mental de las personas, particularmente en el caso de los tratamientos de adolescentes o jóvenes universitarios, que han visto dramáticamente alterados sus estilos de vida en los últimos años.

Las nuevas tecnologías de la información y comunicación generan un alto grado de impacto en la vida de las personas y la psicología clínica ha incorporado el uso de recursos tecnológicos que han mostrado un alto

nivel de efectividad, tales como las intervenciones vía ‘online’, que se han consolidado como una alternativa o solución frente a las barreras que el confinamiento o la distancia le imponen a los pacientes para acceder a un adecuado tratamiento. La llamada ‘telepsicología’ se enmarca en el campo de la ‘telesalud’ que implica la posibilidad de proveer salud a distancia y que ha generado un interesante campo de investigación que abre un amplio horizonte de desarrollo (Botella et al., 2007). Una de las grandes ventajas del uso de estas tecnologías es que permite el desarrollo de tratamientos psicológicos a personas que en otras condiciones no podrían recibirlo (Pagán-Torres et al., 2018).

Sin duda, la interacción en psicoterapia y el encuentro que el dispositivo supone con un otro se complejiza si este encuentro se da a través de un medio virtual, sin considerar los efectos transferenciales y contra-transferenciales que pueden desarrollarse en la constitución del vínculo terapéutico, los cambios en la configuración del encuadre y sus posibles efectos, la intervención de factores externos no considerados en el espacio terapéutico clásico, como la posibilidad que la confidencialidad de las sesiones no sea un factor completamente controlable en un medio virtual.

Frente a situaciones como esta, que ponen en tensión los valores y prácticas del profesional y ante la carencia o desconocimiento de normas o lineamientos éticos específicos, parece ser que lo que determina la posibilidad de decidir entre diversas alternativas o cursos de acción es el carácter o fuerza ética del mismo profesional, además de su habilidad para aplicar un pensamiento complejo que trascienda a la mera norma.

Frente a la irrupción de estas nuevas tecnologías, la American Psychological Association (APA, 2010) ha ofrecido ocho directrices generales para el desarrollo y la práctica de la telepsicología que sin duda implican grandes desafíos para las éticas aplicadas:

1. **Competencia del psicólogo:** referente a la capacidad de ser garante del buen uso de las tecnologías y el conocimiento del posible impacto en las personas.
2. **Cumplimiento de los estándares de protección en la prestación de servicios de telepsicología:** se asocia a la aplicación de los estándares éticos y técnicos necesarios para mantener el servicio durante el tiempo necesario.
3. **Consentimiento informado:** el proceso de consentimiento informado debe documentar con claridad los aspectos específicos y la

información necesaria para que la persona consienta libre e informadamente la aplicación del dispositivo telepsicológico.

4. **Confidencialidad de los datos e información:** los psicólogos que ofrezcan servicios de telepsicología deben proteger y mantener la confidencialidad de los datos e información relacionados con sus pacientes.
5. **Seguridad y transmisión de datos e información:** el psicoterapeuta debe ser absoluto garante de la protección confidencial de los datos e información relacionados con sus pacientes e informar debidamente de los eventuales riesgos inherentes al uso de la tecnología.
6. **Eliminación de datos, información y tecnología:** los psicólogos deben garantizar y explicar los mecanismos para deshacerse de los datos y la información empleada.
7. **Pruebas y evaluación:** los psicólogos tienen el deber de adaptar los instrumentos que utilicen a la modalidad *online*, sin que estos pierdan sus propiedades psicométricas.
8. **Práctica interjurisdiccional:** los psicólogos deben estar familiarizados y cumplir con las leyes y normativas pertinentes al proporcionar servicios de telepsicología.

A todo lo anterior, hay que sumar que el ejercicio del trabajo clínico en salud mental se da muchas veces en contextos precarios, que carecen de recursos suficientes para sostener el volumen de pacientes o los tratamientos más efectivos, considerando su disponibilidad, la evaluación de la proporción riesgo-beneficio y los criterios de justicia que implica su administración.

La posibilidad de introducir variaciones a las ya difíciles condiciones de la psicoterapia, implica considerar factores como la edad, la clase social, la etnia, el nivel educacional y, sobre todo, la experiencia que los pacientes tienen con las tecnologías disponibles y su actitud frente a la posibilidad de ser tratado en esa modalidad (Macías y Valero, 2018).

La cuestión bioética en el abordaje de la psicología clínica

Gran parte de la reflexión ética en las profesiones de la salud se pliegan a los planteamientos de la disciplina bioética, que a pesar de haber surgido históricamente como un intento de equilibrar o hacer converger a las ciencias biomédicas con las ciencias sociales y las humanidades, ha sido

fuertemente marcada por los tópicos, preocupaciones y temas que son relevantes precisamente para la medicina y la biotecnología con aplicaciones clínicas. Recientemente ha adquirido relevancia la reflexión en torno a la ecología y el medio ambiente.

Suazo (2002) puntualiza que la bioética implica el estudio sistemático de la conducta humana, en tanto es examinada a la luz de los valores y principios morales que se inscriben en un campo social. La bioética busca superar dogmas y fundamentalismos, utilizando en su reflexión la herramienta del diálogo deliberativo y multidisciplinario, como parte fundamental en el proceso de toma de decisiones complejas.

Entre los temas de acentuada relevancia para la discusión de la bioética actual, se encuentra el problema de la salud mental y, dentro de él, el principio de autonomía, que ha adquirido un enorme peso en la discusión en torno al principialismo, pues es el elemento fundamental del respeto al derecho a la autodeterminación de los sujetos, cuestión que muchas veces entra en tensión con el principio de beneficencia que, históricamente en psicología, se puede asociar al riesgo de introducir un sesgo paternalista en la relación clínico-paciente. Este sesgo tiene un eventual alcance en factores que exceden la vida biológica del sujeto y se introducen, precisamente, en su vida mental, afectando sus decisiones vitales, sus valores, sus vínculos, el cuidado personal, la vida laboral y otras muchas áreas de relevancia en su vida, a nivel transversal.

El surgimiento de la bioética busca precisamente contrarrestar este sesgo paternalista, orientándose a establecer una relación fundada en la autonomía y libertad del acto del sujeto, sostenida a su vez en un método de deliberación permanente que sirve como instrumento de análisis social, institucional y político que ayuda a reflexionar la relación entre sujeto y sistema, más allá del ejercicio clínico (Gracia, 2002).

Para el campo específico de la salud mental, la bioética ofrece una serie de consideraciones particulares, que Diego Gracia (1996) ha sistematizado con acierto, poniendo en el centro de la reflexión el respeto a la autonomía de los pacientes, en tanto el profesional se encuentra en una posición en la que puede incidir directamente en la conciencia y los actos de sus pacientes, sobre todo si la intervención se hace con sujetos vulnerables. Tal asunto requiere un trabajo de apoyo entre el clínico y el paciente, que no fomente la dependencia y que evite ante todo la lesión psicológica, eventualmente producida por negligencia, ignorancia, impericia o ruptura de la confidencialidad, relevando además una justa ponderación de los derechos y la dignidad de las personas, sin ejercer

acciones que impliquen discriminación, marginación o estigmatización de los pacientes, y utilizando equitativamente los recursos disponibles.

El respeto a la autonomía en la práctica clínica es particularmente relevante, pues es el fundamento de la consideración que el clínico debe desarrollar respecto de las personas, al ser entendidas como seres humanos con recursos propios para tomar sus decisiones. De esta manera, se evita cualquier forma de coerción que pueda interferir la voluntad de los pacientes en el proceso de trabajo psicológico.

La larga discusión en torno al principalismo ha girado en torno a las discusiones más contingentes de la bioética, que suelen ser los grandes problemas y dilemas biomédicos. Esta ‘medicalización’ del discurso bioético ha contribuido a dejar de lado algunos aspectos sociales o políticos que son especialmente relevantes para las ciencias sociales y, dentro de ellas, para la psicología.

Algunos autores, como León (2009), han insistido en la necesidad de una bioética social, particularmente pensando en las características y necesidades específicas que se evidencian en Latinoamérica. En este contexto, el análisis de los problemas de la ética en las instituciones de salud, la ética de la salud pública, los problemas en la atención primaria y las reformas a los sistemas de atención en salud se transforma en algo urgente, dadas las profundas inequidades de base, propias de los países que conforman la región.

La actual medicalización del modelo bioético ha repercutido en una desconexión de las éticas aplicadas a asuntos propios del quehacer en salud. A fines de los años 70, el modelo de salud se instauró desde una lógica denominada *Managed care*, basada en un modelo de consumo que implica el cuidado del individuo y que se basa en actividades preventivas del dolor o la enfermedad, sin embargo, tales intervenciones preventivas marcadas por un discurso hedonista terminan generando una paradoja, pues no permiten salir de la medicalización y se concretan en la necesidad de incrementar las atenciones profesionales en casos que no resultan necesarios. A este fenómeno se le conoce como ‘inflación diagnóstica’. Ejemplo de ello puede ser el requerimiento de umbrales diagnósticos menos exigentes para algunos trastornos, que puede traer como consecuencia la patologización de problemas de la vida cotidiana, la generación de falsos positivos y la estigmatización de pacientes (Cruz et al., 2014), cuestión que repercute también en el aumento de la demanda de tratamientos y la necesidad de desarrollar dispositivos psicoterapéuticos variados.

Resulta urgente una reflexión bioética que recaiga sobre los contextos sociopolíticos en que se inscriben las intervenciones en psicología. Esta reflexión, demandada como la necesidad de una bioética ‘societal’, ha sido también abordada por la academia desde su propia reflexión disciplinar, llamando al desarrollo de una bioética ‘política o social’, cuya consolidación requiere tener en cuenta los factores individuales y sociales que están a la base de lo que denominamos ‘psíquico’ o ‘mental’.

En palabras de León (2008), las propuestas de las éticas del desarrollo y de la interculturalidad han llevado al despliegue de la bioética como una disciplina institucional, social y política, enmarcada en estudios sobre justicia e igualdad, particularmente en el contexto latinoamericano.

A modo de conclusión

La psicología clínica es un ejercicio contingente y situado socioculturalmente. Para su desarrollo exitoso, depende de múltiples factores que si bien se enraízan en un correcto apego y observación de la técnica profesional y su adscripción epistemológica, tiene un componente ético que excede con mucho una mera reflexión moral o puramente filosófica. Las éticas aplicadas responden, desde esta perspectiva, a las necesidades que implica la resolución cotidiana y creativa de situaciones dilemáticas para las que no hay una orientación definitiva o un cuerpo de normas que aborde todos los aspectos que implica.

Las orientaciones morales provenientes de éticas aplicadas como la bioética deberían considerar este factor al momento de desarrollar sus lineamientos. La norma debe estar en consonancia con la estructura que la sostiene, de manera que ofrezca líneas de acción no orientadas al cumplimiento irreflexivo de un mandato moral, sino que deje un cierto espacio a la deliberación o reflexión, a la problematización y a la vinculación entre este ejercicio y la importancia de la política en este gesto, pues finalmente las decisiones políticas son efecto de la reflexión.

La relevancia de la ética aplicada al campo de la psicología clínica reside precisamente en la inmensa variabilidad de comportamientos profesionales que puede soportar el ejercicio de la labor, entendiendo que no siempre hay un coherencia epistémica o metodológica, es posible pensar que por lo tanto hay mayor riesgo ético o mayores posibilidades de transgredir los derechos de otros.

En este contexto, es fundamental pensar una didáctica de la ética que no esté centrada exclusivamente en el conocimiento de la norma por parte de los profesionales si no en un diálogo permanente con la conflictividad inmanente de la ética y su alcance con las fronteras de otros saberes.

Tal didáctica impone un ejercicio reflexivo permanente que permita no sólo detenerse en las características canónicas del encuadre profesional, sino que integre además los elementos complejos que suponen los cambios en la sociedad, entre ellos, la implementación de los dispositivos tecnológicos, las nuevas configuraciones de los vínculos sociales, las nuevas formas de aprendizaje y los alcances de las nuevas formas de comprender la realidad. En este entramado, la reflexión ética no puede recaer sólo en los derechos de los pacientes frente al dispositivo terapéutico, sino que debe integrar al paciente y al profesional en un espacio reflexivo que pueda operar como una red de contención que permita absorber las cuestiones morales devenidas de las mutaciones en la metodología, la epistemología e incluso la ontología de las disciplinas científicas.

La disciplina bioética se ve enfrentada a importantes desafíos si se hace cargo de un compromiso con el ejercicio profesional de los agentes de la salud mental. En este contexto, donde emergen nuevas formas de organización de la realidad, el principio de beneficencia sustentado en un saber paternalista pierde su eficacia y se ve obligado a otorgarle terreno a una noción de autonomía que no puede pensarse sino en función de una permanente relación dialógica entre los profesionales y los pacientes, lo que necesariamente introduce un cambio en la posición del paciente respecto al servicio clínico y lo sitúa en una dimensión de agencia permanente al interior del dispositivo terapéutico.

Sumado a todo lo anterior, el consabido principio de confidencialidad que sustenta en alto grado la viabilidad del vínculo terapéutico también debe ser abordado en una reflexión que lo ponga en perspectiva, dada las permanentes transformaciones que se han producido en los modos de la relación terapéutica.

Finalmente, se hace particularmente relevante a la luz de todo lo expuesto, pensar en el principio de competencia como uno de los elementos centrales de los futuros desafíos técnicos y éticos de los psicólogos. Ante las nuevas formas de pensar fenómenos como la vida social de las personas, la implementación de formas alternativas de comprender la interacción social, el uso de tecnologías que interpelan incluso los modos de trabajo de los sujetos, la pregunta ética adquiere una nueva tonalidad

que llama a los profesionales a adecuar sus intervenciones y a cuestionar el alcance moral que tienen en la actualidad.

Referencias

- American Psychological Association Practice Organization [APA]. (2010). Telehealth: Legal basics for psychologists. *Good Practice*, 41, 2-7.
- Ardila, R. (2011). Una declaración de principios éticos en psicología para toda la humanidad. *Eureka*, 8(1). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222090262011000100003
- Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A., Quero, S., Guillén y V. Heliodoro, J.M. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *uocpapers*, (4), 32-41. <https://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/botella.html>
- Cruz-Saéz, M., Echeburúa, E. y Salaberría, K. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM V desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74.
- Del Río, C. (2009). La docencia de la ética profesional en los estudios de Psicología en España. *Papeles del psicólogo*, 30(3), 210-219. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77811790005>
- Gracia, D. (1996). *Bioética Clínica*. Editorial El Búho.
- Gracia, D. (2002). De la bioética clínica a la bioética global: 30 años de evolución. *Acta Bioética*, 8(1), 27-39.
- Hermosilla, A., Liberatore, G., Losada, M., Della, P. y Zanatta, A. (2006). Dilemas éticos en el ejercicio de la Psicología: resultados de una investigación. *Fundamentos en Humanidades*, (7), 13-14. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.redalyc.org/pdf/184/18400704.pdf&ved=2ahUKEwiJrIfd3c35AhVzALkGHVjNC hwQFnoECD0QAQ&usq=AOvVawo571w_Qh3rK3X28pBTKQiS
- León, F. (2008). De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile. *Revista médica de Chile*, 136(8), 1078-1082.
- León, F. (2009). Bioética y Biopolítica en Latinoamérica desde el personalismo. *Vida y Ética*, 10(1), 135-146.
- Macías, J.J y Valero, L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 107-113.
- Pagán-Torres, O., Matías-González, Y. y Malbert-Narváez, J. (2018). Hacia una integración de la tecnología en la Psicoterapia: Retos e implicaciones éticas en Puerto Rico. *Boletín Asociación de Psicología de Puerto Rico*, 41(3).
- Rodríguez, M. L. (2019). Competencias profesionales del Psicólogo Clínico. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(3), 387-439. <https://www.revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/76/61>
- Suazo, M. (2002). *Bioética para nuevos*. Instituto tecnológico de Santo Domingo. <https://repositoriobiblioteca.intec.edu.do/bitstream/handle/123456789/219/Suazo,Miguel-Bioeticaparanuevos.pdf>

Vásquez, M. J. (2019). *Ética profesional del Psicólogo, entre los paradigmas principialista y emergente*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
<https://www.aacademica.org/000-111/106.pdf>

Capítulo II

Diagnóstico psicológico: competencia del perfil de egreso de la carrera de psicología, avizorada como un análisis descriptivo-comprensivo

Margarita Loubat O. y Marcelo Díaz S.

El diagnóstico psicológico es una de las competencias de salida de la formación del psicólogo clínico y como tal contempla una serie de conocimientos teóricos y prácticos que integrados conforman un acto clínico en beneficio de un consultante o sistema consultante, con o sin sufrimiento psíquico.

En este capítulo se entrega una mirada sinóptica de aspectos epistémicos que sustentan la práctica de este acto clínico vertiendo un asiento dialógico en lo descriptivo y comprensivo, conjuntamente con una vista panorámica de la competencia diagnóstica, señalando que forma parte del perfil de egreso de la carrera de Psicología.

El título de este capítulo invita a entregar una definición de lo que se entiende por diagnóstico psicológico, por lo que se toma prestado el concepto de García Arazeno (2000), quien refiriéndose al psicodiagnóstico señala que es un estudio profundo de la personalidad desde un punto de vista fundamentalmente clínico. Definición amplia, que llama a la reflexión y que supone englobar en su interior aspectos cognitivos y afectivos constituyentes del aparato psíquico del sujeto a analizar, en la búsqueda o no de psicopatología. A ello se agrega, que el concepto de personalidad, en la actualidad no se define como algo cerrado en sí mismo, sino como un constructo dinámico abierto a experiencias con el entorno social, conformando —en el marco del desarrollo humano— procesos particulares de subjetivación individual (Díaz Gómez y González Rey, 2005). Esta última aseveración, que está desarrollada fundamentalmente por los constructivistas, pasa a complejizar el estudio diagnóstico enriqueciendo la mirada de esta competencia denominada psicodiagnóstico o diagnóstico psicológico.

La evaluación y el diagnóstico forman parte de las competencias y del perfil de egreso del psicólogo, lo cual ha sido validado por la Red

de escuelas de psicología del Consorcio de Universidades Estatales de Chile (CUECH), ver Juliá et al. (2013), lo cual señala la importancia que reviste este acto clínico en la formación del psicólogo.

No es tarea de este escrito revisar las siete macrocompetencias del psicólogo, ni las competencias genéricas (pensamiento crítico, reflexivo, ético, trabajo en equipo, entre otras) acordadas para la formación universitaria de las escuelas de psicología del CUECH, pero se puede aseverar que a través de cada una de ellas se aprecia claramente lo que concierne al perfilamiento del psicólogo clínico.

Esas macrocompetencias son comunes a las diversas especialidades de la psicología, pudiéndose apreciar que albergan en ellas aspectos vinculados a la clínica, tales como evaluar y diagnosticar fenómenos y procesos psicológicos en personas y grupos, estudiar y comprender dichos aspectos revisando hipótesis, recolectando información y conocimiento psicológico gracias a procesos investigativos, utilizando variados métodos para dar respuesta al objeto de estudio, entre otros aspectos (Red Escuelas de psicología del CUECH, en Juliá et al., 2013).

Siendo así el despliegue de la competencia diagnóstica, forma parte de las mallas curriculares —con el consiguiente escalamiento teórico y prerrequisitos— de las carreras de Psicología del CUECH. Además, se debe tener en consideración, que los programas de la carrera de Psicología ofrecidos públicamente por las universidades estatales poseen mallas curriculares confeccionadas en base a un compromiso educativo con el estudiante, que involucra un perfil de egreso de la carrera en el cual se incluye el diagnóstico.

Se pasa, entonces, a desarrollar en este texto una mirada respecto del diagnóstico psicológico avizorado desde una postura descriptiva y comprensiva de análisis.

El objeto de estudio del diagnóstico clínico psicológico es un sujeto, persona que consulta o que es llevada a consultar por un tercero —y que también puede ser un sistema consultante— con el cual se realizará un proceso exploratorio por parte del clínico, a fin de conocer su realidad subjetiva y sus manifestaciones de sufrimiento psíquico, si los hay. Se recaban datos relevantes analizables respecto del sujeto, del microcontexto en el cual se desarrolla, observando además aspectos macrosociales que pueden ser determinantes del cuadro psicopatológico manifiesto, considerando las implicaciones latentes en los diferentes ámbitos, estas últimas más difíciles de entrever pero que insoslayablemente se deberán también considerar, analizar y tratar.

A fin de subrayar la importancia de esta actividad clínica, se destaca que los diagnósticos en salud conforman parte fundamental de las bases epidemiológicas de la salud pública de los Estados, lo cual les permite a los países planificar y desarrollar planes y programas específicos —ya sean preventivos o terapéuticos— respecto de la salud física y mental de las personas.

El diagnóstico psicológico es un ejercicio que se despliega en un acto investigativo de caso único (Roussos, 2007), **lo cual involucra posturas epistemológicas y metodológicas con inclusión de criterios de flexibilidad** (Mendizábal, como se citó en Vasilachis, 2006), tanto en la recogida de datos como en el análisis, por tratarse de estudios clínicos con humanos. La aproximación desplegada en el acto investigativo dará paso a una manera de acercarse y relacionarse con el sujeto de estudio —consultante en este caso—, lo cual supone aspectos teóricos, éticos y políticos.

Al respecto, cabe destacar que en el campo de la ciencia existe una evolución temporal de las ideas y los aportes son permeables a la generación e integración de nuevos conocimientos; como así mismo, esos aportes adquieren significados dependiendo de los contextos en los que estos se obtienen y desarrollan. Esta constatación ha desplegado, a través del tiempo, diversos enfoques paradigmáticos respecto del objeto de estudio, como también, diferentes métodos y técnicas de acercamiento respecto de su aprehensión. Estos paradigmas (Kuhn, 1962, como se citó en Peláez, 2012) serían realizaciones científicas, universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica.

Los diversos paradigmas epistemológicos han dado sustento a modelos de aproximación a la realidad abriendo paso a diversas corrientes de pensamiento psicológico, en este caso, en pro de explorar, describir, analizar, comprender y/o interpretar esa realidad. Ello, ya sea desde posturas denominadas objetivas, subjetivas e intersubjetivas de acceso al conocimiento. Kuhn (1975) lo plantea como una concepción general del universo y dentro de éste, del objeto de estudio, de los problemas que deben estudiarse, del método que debe emplearse y de las formas de explicar, interpretar o comprender los resultados obtenidos en la investigación.

Los paradigmas entonces corresponden a un conjunto de creencias básicas relacionadas con principios últimos o primarios que dan paso a una cosmovisión determinada orientando al investigador respecto del método, sentando bases epistemológicas y ontológicas esenciales (Guba

y Lincoln, 1994), por lo que, en términos generales, los paradigmas permiten entender e investigar los fenómenos.

Numerosos autores señalan tres preguntas en la base de un paradigma: la ontológica, relacionada con la naturaleza y forma de la realidad; la epistemológica, vinculada con la naturaleza de las relaciones entre el que conoce y el objeto por conocer, y también respecto de lo que se puede conocer; por último la metodológica que indaga sobre cómo puede el investigador sacar conclusiones.

González (2001) señala que en las ciencias sociales, a diferencia de las ciencias naturales, coexisten diversos paradigmas sin que se puedan reducir los unos a los otros y que no habría, por lo tanto, un determinado cuerpo de conocimientos científicos que pueda ser considerado como verdad única.

Existen variadas posturas respecto del desarrollo del diagnóstico psicológico, provenientes de diversas corrientes teóricas, considerando aspectos vinculados a **la naturaleza de las relaciones entre el que conoce y el objeto por conocer, como también respecto a los métodos de aproximación y resultados** tomando en cuenta diversas técnicas —cualitativas, cuantitativas— como base para acceder al conocimiento.

Una de las posturas está referida al paradigma positivista, también denominado cuantitativo, empírico-analítico y racionalista, donde se afirma que la realidad existe con independencia del observador, siendo epistemológicamente una postura realista; por lo tanto, la existencia de los fenómenos es absolutamente objetiva.

En este enfoque el estudio de la conducta humana se basa principalmente en el comportamiento manifiesto, siendo este el dato fundamental para la elaboración y desarrollo del conocimiento y de los modelos teóricos. Este paradigma permitiría filtrar juicios, valores o creencias del investigador y el conocimiento obtenido dependería de los procedimientos e instrumentos utilizados más que de la persona del investigador (Kolakowski, 1988).

Algunas tradiciones del campo de la psicología se sustentan en estos postulados, ejemplo de ello son la psicología experimental, la psicología fisiológica, el conductismo, la neuropsicología, la psicometría e incluyendo postulados de la psicología de la personalidad e inteligencia (Hardy, 1992).

Los postulados del positivismo están vertidos en el enfoque conductista el cual basándose en el método científico, estudia el comportamiento sustentado en la conducta y los hechos observables. Define el

diagnóstico como el acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos. Con el paso de los años esta corriente teórica introdujo el concepto de operacionalización a fin de hacer tangible lo no observable.

Hay quienes señalan que este enfoque favorece el diagnóstico como un saber meramente técnico que permite clasificar a los sujetos por sus rendimientos; otros, que la conceptualización diagnóstica contemplaría una hipótesis explicativa de lo psicogénico, una descripción de lo fenoménico presente y una predicción de lo patógeno en los sujetos y grupos (González, 1999).

Ahora bien y continuando con lo anterior, cabe mencionar que en el **paradigma neopositivista**, que caracterizó al Círculo de Viena en su primera etapa y no aquella que proponía el filósofo francés Auguste Comte en el siglo XIX, la realidad, los hechos, eran los datos enunciados en un lenguaje fenomenalista, esto es, que da cuenta de los datos de los sentidos; pero, como este fenomenalismo ponía entredicho la objetividad que es propio de un lenguaje científico, se optó en la segunda etapa del Círculo de Viena por la tesis de que lo objetivo está presente en un lenguaje fiscalista, es decir, enunciados, conceptos que aluden a las propiedades físicas. Esta es la etapa más radical porque llevó al intento de hacer una reducción (o traducción) de la sociología al lenguaje fiscalista y, lo que es pertinente en nuestro caso, a una reducción (o traducción) del lenguaje de lo psíquico (introspectivo en primera persona) a un lenguaje fiscalista que da cuenta de la actividad del cerebro. En cierto modo, podríamos decir quizás que el fiscalismo ponía en cuestión la existencia misma de la psicología como una ciencia autónoma para transformarla en una rama de la física. Sin embargo, a pesar de esta consecuencia del neopositivismo, esta escuela filosófica favoreció el desarrollo del conductismo (Carnap, 1965).

Con posterioridad el neopositivismo flexibiliza los postulados positivistas considerando que los hallazgos son sólo probables y pasando a considerar variables intrapsíquicas, en términos de cogniciones abriendo paso al cognitivismo.

El enfoque cognitivista tiene por objeto de estudio los fenómenos mentales, con énfasis en los mecanismos básicos de procesamiento de la información involucrados en cada uno de ellos (Fierro, 2011), procesos a través de los cuales el sujeto aprehende y elabora el conocimiento, vale decir: la percepción, atención, concentración, memoria, aprendizaje, formación de conceptos, razonamiento lógico, planeación, entre otros.

Procesos que ineludiblemente el psicólogo en su práctica clínica deberá examinar y describir su funcionamiento, sobre todo a fin de descartar psicopatologías y deterioros, y conocer la operatividad cognitiva de un sujeto. Lo cognitivo es el acto de almacenar, recuperar, reconocer, comprender, organizar y usar la información que se recibe a través de los sentidos de los sujetos, por lo tanto el clínico en el proceso diagnóstico deberá explorar y describir datos sobre esos ámbitos. Datos que serán contrastados con hipótesis que el profesional haya formulado respecto del funcionamiento orgánico del sujeto que consulta, descripción que se realiza por lo general en base a variables y datos comparables con sujetos de igual sexo, edad, condición, etc.

El conductismo y el cognitivismo comparten la noción de realidad sustentada por el positivismo y neopositivismo: que existe una realidad externa a la cual el sujeto accede a través de lo sensorial, validada lógicamente y empíricamente. Estas posturas apuntan a la objetividad, donde el clínico se ubica fuera del fenómeno de estudio y en un proceso de acercamiento. Los métodos de recogida de datos se efectúan a través de entrevistas estructuradas, cuestionarios, test, debiendo estos ser sensibles, fiables, objetivos, válidos y estandarizados.

Estas posturas han aportado al proceso diagnóstico desde lo evaluativo, descriptivo y manifiesto de la conducta, realizando actividades clínicas a través de la observación, entrevistas y/o test, pues ello permite pesquisar síntomas y signos que presenta el sujeto y estudiar su etiología. No obstante, por parte nuestra se señala que siempre está presente el sesgo del que observa y describe por lo tanto lo observado y descrito tendrá una cuota de subjetividad.

El desarrollo del conocimiento ha abierto paso a posturas más flexibles: cabe mencionar que desde el campo de la filosofía de las ciencias cognitivas, incluyendo la psicología de orientación cognitiva, se ha visto que el cognitivismo en su etapa inicial, la del modelo cognitivo-computacional, efectivamente ha dado por sentado que el procesamiento de símbolos incluye como supuesto de base que la cognición es una “representación” de un estado de cosas, hechos o realidad, que pre-existe. Este supuesto ha sido cuestionado por diferentes filósofos contemporáneos en el contexto de la teoría del conocimiento (epistemología) y la filosofía de la educación, entre ellos Martin Heidegger, Ludwig Wittgenstein y John Dewey (véase Rorty, 2001). En nuestro medio el enfoque enactivo (una de las modalidades del constructivismo) de Francisco Varela, se hace cargo justamente de cuestionar aquel supuesto de base de las ciencias cogni-

tivas. Para Varela conocer no es representar sino “hacer emerger”, es decir que sólo en virtud de las acciones sobre el mundo, la realidad, es que se lo puede reconocer recortado en objetos singulares interrelacionados. Es claramente un cuestionamiento de la concepción representacional de la cognición, pero también de cualquier postura que vea la cognición como una proyección sobre la realidad de estructuras trascendentales innatas de la mente. Es notorio que Varela desde la biología teórica, Lakoff y Johnson desde la lingüística, y tantos otros “constructivistas” reconocen su deuda con los fenomenólogos franceses, especialmente con Maurice Merleau-Ponty y su obra *Fenomenología de la Percepción* (Varela, Thompson y Rosch, 1992).

Respecto del paradigma interpretativo sus postulados tienen sus bases epistemológicas de sustentación fundamentalmente en la *Fenomenología* del ya mencionado Merleau-Ponty y también Hans George Gadamer y Paul Ricoeur (Patocka, 2005)

Los postulados más significativos de este enfoque interpretativo, según Popkewitz (1988), son que la ciencia no es algo abstracto y aislado del mundo, sino que depende del contexto social, sin el cual es difícil comprender la conducta humana. Las reglas y el orden social junto a la historia pasada de los individuos constituyen la base de sus acciones, lo que a su vez estructura de cierta manera su interpretación de la realidad.

Al interior del paradigma interpretativo se aprecia la postura psicoanalítica, la cual se interesa por la dimensión inconsciente del sujeto, ubicada en la estructura psíquica del humano, la cual mediatiza lo que pueda conocerse. La teoría freudiana es pionera en esa perspectiva, contribuyendo con importantes aportes respecto de los fenómenos normales y patológicos al considerar que se debe analizar el contenido manifiesto y latente del discurso de la persona que consulta, así mismo que es difícil trazar una separación exacta entre lo normal y lo patológico o trazar un modelo exacto de normalidad.

Con los aportes del psicoanálisis se despliega la existencia de un aparato psíquico a analizar y no sólo un análisis de la conducta y la cognición de los sujetos.

Ahora bien, la naturaleza de las relaciones entre el que conoce y el objeto por conocer, cambia, pasando a existir una relación dual. También se avizoran cambios respecto a los métodos de aproximación al sujeto. El clínico aprehende el psiquismo del consultante, abriéndose paso con ello la interpretación de las vivencias del consultante, gracias al análisis por parte del sujeto que consulta y/o del clínico; de lo que estaría

en la base de los síntomas, mediado por la aproximación al inconsciente del sujeto y de análisis transferenciales y contratransferenciales.

Se inaugura una visión más humana y optimista respecto del análisis del sufrimiento psíquico, bajo un aporte fundamental desplegado por el estudio de un aparato psíquico con diversas instancias que entran en conflicto y que son posibles de tratar, explorar y entregar una visión de este, previo al tratamiento.

De esta manera pasa a ser la experiencia subjetiva el punto de partida del conocimiento, considerando que existen hechos psíquicos que van más allá de lo observado conductualmente y si bien se acepta la existencia de fenómenos externos, se subraya que es la experiencia humana la que los dota de significados.

Esta perspectiva hace importantes aportes al estudio de la personalidad, psicopatología, psicología evolutiva, psicología social, entre otros. Esos postulados se valoran y se integran en el proceso de diagnóstico psicológico que se sustenta en este texto.

También vienen a fortalecer esta perspectiva comprensivista e interpretativa las posturas constructivistas, cuyas raíces se ubican en la tradición alemana de la Escuela de Frankfurt (Adorno, Horkheimer, Marcuse, Appel, entre otros). En este paradigma se intenta que el enfoque interpretativo vaya más allá de producir descripciones, señalando que el conocimiento se constituye por intereses que parten de las necesidades de la especie humana, configurándose con las condiciones históricas y sociales (Carr y Kemmis, 1988).

Desde el enfoque constructivista la realidad es dinámica y evolutiva y la finalidad de la ciencia no es sólo explicar y comprender la realidad, sino también contribuir al cambio de la misma. **Esta perspectiva abre los ojos respecto de las interferencias valóricas y culturales del propio evaluador**, en este caso el que efectúa el diagnóstico.

La relación intersubjetiva paciente-terapeuta estaría mediada por la subjetividad de cada cual y desde el primer contacto, gracias a la interacción, se iría produciendo una reconstrucción de los significados personales con que la persona interpreta al mundo y a sí misma. En efecto cada sujeto posee una subjetividad que permanentemente se encuentra en relación y confrontada a un contexto.

Esta perspectiva llama a subrayar que existen factores sociales que de alguna manera son condicionantes de la salud y enfermedad de los sujetos, tales como la pobreza, la inequidad, el género, la discriminación, la estigmatización, entre otros, que tienen un peso en la salud de las

personas, particularmente en la salud mental, basados en la relación que el sujeto tiene con el contexto, por lo tanto es necesario considerar esos aspectos en los procesos diagnósticos.

El diagnóstico psicológico supone el conocimiento de una serie de temáticas teóricas y teórico-prácticas que han derivado de esas diversas posturas epistemológicas a través de la historia del conocimiento, respecto del “saber”. Por lo tanto, ese saber que se despliega en la teoría psicológica constituye la formación que el profesional ha recogido durante su formación de pregrado y que pasan a integrarse a fin de dar paso a la competencia diagnóstica, en este caso. Por lo tanto, la oferta educativa respecto de la formación del psicólogo clínico en lo que concierne a la competencia denominada diagnóstico psicológico, supone una formación teórica en consecuencia. Será menester que los estudiantes conozcan teorías y modelos psicológicos y su base de sustentación epistemológica; aspectos biológicos que dan paso a funciones y procesos mentales del sujeto; aspectos del desarrollo humano, en el marco del curso del ciclo vital; personalidad/subjetividad; vertientes y cuadros psicopatológicos; aspectos socioculturales contemporáneos; y ética aplicada, entre otras temáticas, las que entrarán en interacción a fin de dar paso a una síntesis competente de un accionar profesional. Y si se desean dibujar y concretar proyectos terapéuticos consecuenciales, el psicólogo deberá conocer técnicas de intervención, corrientes psicoterapéuticas, aproximaciones psicoterapéuticas, aspectos éticos aplicados, entre otras asignaturas. Todos conocimientos teórico-prácticos de la psicología y ciencias afines, adquiridos en el marco de la formación de base del psicólogo.

A modo de conclusión

La competencia profesional denominada diagnóstico psicológico es de alta complejidad y requiere de análisis, reflexión y de una formación sistemática universitaria por parte del que lo ejecuta: involucra detección de psicopatologías, ya que esta significa riesgo para el sujeto; involucra aproximarse a la personalidad de un individuo con sus diversas características de carácter y estructura, no siendo esta última algo cerrado en lo intrapsíquico, sino siendo una organización que da paso a una configuración subjetiva procesual, histórica y socialmente configurada, lo cual indica que lo social de alguna manera está integrado en la subjetividad

del sujeto y ello se debe atender; involucra detección de conflictos intrapsíquicos e interrelaciones, entre otros.

Por lo tanto, el acto clínico diagnóstico tiene diversas finalidades: a nivel micro, conocer el estado mental de un sujeto a fin de aplicar el tratamiento psíquico más certero posible; conocer la personalidad/la subjetividad de un sujeto, sus recursos cognitivos, afectivos, sus aptitudes y habilidades, entre otros, pudiéndose concluir que el sujeto de estudio presenta en esta radiografía diagnóstica una total sanidad. También se debe tener en cuenta que el resultado es sólo una imagen en un espacio y tiempo determinado, más aún cuando se trata de niños y de adolescentes, en los cuales el desarrollo evolutivo es preponderante.

A nivel macro, cumple con la finalidad de recabar información epidemiológica a fin de planificar, organizar y gestionar los estados de salud de la población desde un nivel central, para organizar campañas preventivas, atacar epidemias y macroepidemias, y preocuparse del bienestar en salud de la población en general, considerando recursos humanos y financieros para esas tareas.

El acto clínico diagnóstico psicológico es un acto investigativo respecto de un sujeto con o sin sufrimiento psíquico. Acto investigativo que ha recibido los aportes de diversos paradigmas a través de la historia del conocimiento y que desde diferentes posturas (objetivas, subjetivas, intersubjetivas, cualitativas, cuantitativas, con preponderancia de lo manifiesto, de lo latente o ambas) han hecho contribuciones respecto del sujeto como objeto de investigación, a través del análisis del aparato psíquico y de las conductas de los individuos insertos y en relación con un medio social.

El diagnóstico ha recogido diversos desarrollos teóricos respecto de los seres humanos, los ha integrado y ha hecho posible el estudio de la personalidad/subjetividad, los estados patológicos, las crisis en el marco del desarrollo y curso del ciclo vital, las características cognitivas, afectivas, los estados relacionales de los individuos ya sea en niños, adolescentes o adultos.

La reflexividad epistemológica, que ha permitido el despliegue de la teoría psicológica, ha abierto paso a una realidad subjetiva e intersubjetiva en intercambio con una realidad social donde se aprecian factores sociales de la salud y enfermedad. Ello ha abierto paso a una construcción crítica del desarrollo del diagnóstico psicológico, llevando a preguntarse: ¿qué aspectos están implicados en el diagnóstico psicológico si consi-

deramos que los sujetos son un constructo psicológico y social de base orgánica?

Esta pregunta recién formulada debería ser permanente en el clínico, más aún si tenemos a la vista que los aportes al conocimiento son dinámicos y sus significados dependen de los contextos en que ellos surgen y se desarrollan.

Referencias

- Carnap, R. (1965). La psicología en lenguaje fisicalista. En A. Ayer (comp.), *El positivismo lógico*. Fondo Cultura Económica.
- Carr, W. & Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza*. Martínez Roca.
- Díaz Gómez, A., & González Rey, F. (2005). Subjetividad: una perspectiva histórico cultural. Conversación con el psicólogo cubano Fernando González Rey. *Univ. Psychol*, 4(3), 373-383.
- Fierro, M. (2011). El desarrollo conceptual de la ciencia cognitiva. Parte I. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 519-533.
- García Arazeno, M. E. (2000). *Nuevas Aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Ed. Nueva Visión.
- González, F. (1999). *La investigación cualitativa en Psicología. Rumbos y Desafíos*. Educ.
- González, J. (2001). El paradigma interpretativo en la investigación social y educativa: nuevas respuestas para viejas interrogantes. *Revista de Ciencias de la Educación*, 2, 227-246.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En N.K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*, (pp. 105-117). Sage Publications, Inc., Thousand Oaks.
- Hardy, T. (1992). *Historia de la Psicología*. Debate.
- Juliá, M.T., Moyano, E., Loubat, M., Zúñiga Cl., González M., Calderón, Cl., Contreras M.E., Dinamarca, P., & Denegri, M. (2013). *Competencias del psicólogo en Chile: Propuestas desde la Universidades Estatales*. Editorial Universidad de La Serena.
- Kolakowski, L. (1988). *La filosofía positiva*. Ediciones Cátedra.
- Kuhn, Th. (1975). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.
- Patocka, J. (2005). *Introducción a la fenomenología*. Herder.
- Peláez, G. P. (2012). ¿Paradigmas en psicología? ¿Nuevos paradigmas? *Revista de Psicología*, 4(1), 105-113.
- Rorty, R. (2001). *La filosofía y el espejo de la naturaleza*. Cátedra.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (3), 261-270.
- Varela, F., Thompson, E. & Rosch, E. (1992). *The Embodied Mind. Cognitive Science and Human Experience*. The MIT Press.
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de Investigación cualitativa*. Gedisa.

Capítulo III

Supervisión de la primera entrevista clínica individual: apuntes para psicólogos/as en formación

Margarita Loubat O. y Antonio Letelier S.

La primera entrevista es un momento clave para la atención clínica en salud mental. Es por ello que el profesional que presta ayuda frente a un sufrimiento psíquico u otro tipo de consulta, debe optimizar ese espacio-tiempo apoyándose en las características de ese método de obtención de datos y situarse en los objetivos fundamentales del primer encuentro; vale decir analizar riesgo, motivo de consulta, recursos psíquicos de quien solicita ayuda, a fin de desplegar un diagnóstico preliminar que deberá ser contextualizado en la historia de vida del sujeto.

Dada la importancia de la primera entrevista en el proceso de investigación con fines diagnósticos y/o de tratamiento, se entregan aspectos cardinales que, a juicio de los que suscriben, forman parte de lo que se debería poner atención de manera sustantiva; por ende, lo que habría que supervisar a fin que el clínico cumpla con las consideraciones éticas y técnico-profesionales que implica el contexto de una primera demanda de atención psicológica.

Se reiteran, profundizan y se integran conceptos para un accionar entre el/la clínico/ca y la persona que solicita ayuda psicológica. Se sobrevuelan aportes teóricos que han significado de gran ayuda para un trabajo situado en el respeto, la autonomía del sujeto sufriente considerando su propio aporte y que es parte de la solución, desde un punto de vista de la clínica descriptiva e interpretativa.

Bajo el postulado que la supervisión es un ejercicio formativo, reflexivo-teórico-práctico, en el cual participan un experto y un terapeuta, que va en directo beneficio del consultante y de la formación del clínico, se señala que estos apuntes están dirigidos fundamentalmente a psicólogos clínicos *noveles* o en vías de formación y que conllevan una reflexión docente, cuyo propósito es una exhortación a pensar en un ejercicio enmarcado en una práctica ética y profesional.

El ejercicio de la docencia obliga al docente supervisor a revisar, sistematizar su experiencia y traspasar ese saber teórico-práctico de integración de conocimientos a los psicólogos en formación, en el bien entendido que estos enriquecerán sus conocimientos *a posteriori* gracias al ejercicio clínico.

El ejercicio de la supervisión clínica psicológica es inductivo-deductivo, Loubat (2005) lo desarrolla en etapas, siendo la primera entrevista una fase de exploración diagnóstica, a fin de recabar información, analizarla y tomar decisiones con los resguardos que el caso amerita. La misma autora pone el énfasis en la relación supervisor/supervisado señalando que las primeras experiencias prácticas deben desarrollarse en un marco de contención y apoyo emocional, siendo el tipo de relación que se establece crucial para el buen desarrollo del terapeuta novel, pudiendo —señala— extrapolarse el desarrollo profesional al humano. En la misma línea en este ejercicio de “*super-visión*” no debería primar la idea de “control” sino la de guiar, colaborar, co-construir considerando la experiencia y formación del supervisor (Daskal, 2008) en beneficio del paciente y del terapeuta novel. Se estima que es a través de la relación —y de su análisis—, supervisor-supervisado, terapeuta-paciente, y en el marco del respeto del otro, del que solicita apoyo, que se procede a una reflexión analítica considerando que la supervisión es un trabajo que se realiza después de la entrevista y que por supuesto conlleva una distorsión, una reconstitución, pero ello no significa que no se pueda hacer un trabajo en profundidad entre supervisor-supervisado. Al respecto Poussin (1995) señala que se trata de clarificar lo acontecido en la relación intersubjetiva del dispositivo terapéutico, de desintoxicar la entrevista de cargas imaginarias, de entregar sugerencias, de desarrollar una intervención crítica constructiva y agrega que nunca debe ser devaluativa para el supervisado.

Por último, este escrito —además de estar dirigido a psicólogos en formación— está dirigido a profesionales que día a día aprehenden a un sujeto que solicita ayuda psíquica, debiendo situarse en una clínica con resguardos en beneficio del paciente y de sí mismos. Estos últimos harán una selección de lo que les parecerá pertinente.

El primer encuentro

La entrevista tiene un lugar privilegiado en el quehacer del clínico y es a través de ella que se produce el encuentro con la persona que consulta.

El primer encuentro será con un desconocido primando una actividad de descubrimiento y de exploración no sin angustia por parte del clínico y el consultante. El que presta ayuda se deberá dejar llevar a un encuentro sin *a priori*, a pesar de su conocimiento lo cual conlleva una relación de poder a moderar, con el propósito de evitar etiquetas iniciales.

Los individuos son todos disímiles, con entramados psíquicos diversos, fundados genéticamente, desarrollados en diversos contextos a lo largo de sus historias vitales, a menudo marcado por algún tipo de interseccionalidad (entendida como discriminación). Por lo tanto, la primera entrevista es siempre una concurrencia de construcción novel, sin fórmulas rígidas y donde cada encuentro inicial es diferente, original, pues se atiende a una individualidad orgánica con diversidad de origen e historia vital.

En ese encuentro primarán acciones clínicas como la escucha, la observación de la conducta y la vivencia del discurso que se nos entrega. Prevalecerá el contacto, el espacio y la relación a fin de que el sujeto muestre su angustia —si la tiene—, el clínico la analice y aprecie la mejor manera de proporcionar acogida, asistencia rápida, siempre pensando en el riesgo del paciente y también en lo que pudiera provocar su intervención. Todos aspectos relevantes de la ética profesional.

En esta clínica de la escucha cobrará gran relevancia la clínica de la mirada —a fin de establecer contacto— y la de la observación —a fin de realizar un examen de la conducta manifiesta y del desarrollo, con independencia de la edad del sujeto—. Se trata de establecer un acercamiento y analizar las respuestas a ese acercamiento; observar el lenguaje no verbal, los gestos, postura, en definitiva el lenguaje corporal; la coherencia del discurso, la ideación, la concordancia ideo-afectiva; el desarrollo afectivo; el aspecto físico en su totalidad, estilo personal y el cómo el sujeto se muestra al mundo: su pertenencia, su núcleo de identificaciones. La escucha activa es muy relevante, pero en el caso de la primera entrevista, esta deberá estar acompañada por la observación ya que se está en etapa diagnóstica. El supervisor necesita que se muestre al paciente de manera global, considerando aspectos físicos y psíquicos, con el objeto de colaborar en un análisis integral, por lo tanto conviene que el supervisado se pregunte si podrá mostrar a su paciente y describirlo de manera integral en supervisión.

En este primer encuentro, novísimo, es menester utilizar alguna estrategia. Una pequeña pauta de preguntas ayudará a aproximarse al su-

jeto y lograr la finalidad esencial de la entrevista: que verbalice por qué acude y si hay riesgo de algún tipo.

El encuentro será diferente respecto de aquellas entrevistas en base a cuestionarios dirigidos o a aquellos que se realizan en el marco de la aplicación de instrumentos (*test*), esos pertenecen a la clínica instrumental.

Entrevista y relación

La primera entrevista no es una práctica mecanizada y en ella se busca iniciar el desarrollo de un vínculo con el paciente a fin que este pueda desplegar su sufrimiento —en el bien entendido que quizás la persona que consulta no necesariamente será paciente—. Además del motivo de consulta es menester conocer cómo se relaciona el consultante, pues ello entregará información inestimable respecto de sus recursos psíquicos, su estilo, su subjetividad, la constitución de su personalidad.

El que pide ayuda está eventualmente angustiado a causa de un malestar psíquico y puede manifestar síntomas, lo cual podría nublar su manera habitual de relación. No obstante, cada sujeto tiene un estilo propio, intrínseco a su persona y que forma parte de su personalidad, subjetividad, singularidad, lo cual se dejará entrever y por consecuencia revelará parte de un funcionamiento psíquico, subrayado por la angustia frente al primer contacto con un otro. Los sujetos con una confianza básica mal instalada serán más reacios a tomar contacto, fundar relación en un primer encuentro e ir construyendo un vínculo a través de la sucesión de entrevistas; la tarea será más dificultosa con ellos, pero no inalcanzable.

Es menester situar que la relación está vinculada al desarrollo, al cómo los individuos se van abriendo al mundo facilitados por un otro, está ligada con las relaciones primarias vinculares también denominadas relaciones objetales y con nexo directo al desarrollo afectivo del sujeto: léase Freud, Klein, Winnicott, Spitz y tantos otros teóricos del psicoanálisis. Está encadenada a la estructura de personalidad, a mecanismos defensivos, a fantasías. Desde otra perspectiva, está vinculada más al rasgo que al estado en que se encuentra el individuo.

La relación que muestra el consultante estará teñida, en esta mirada vertical, por el problema o trastorno que presenta y habrá que entreverla a través de la escucha, de la observación del lenguaje no verbal y la vivencia del terapeuta —lo último mediado por el funcionamiento psíquico del clínico—. No obstante, el ejercicio descrito, se tendrá mayor certeza

del modo predominante de relación del sujeto a través de una mirada longitudinal, gracias a sesiones secuenciales ya sean de diagnóstico o psicoterapia.

Los instrumentos de relación —lenguaje y motricidad— apoyan el análisis. Calificar el tipo de lenguaje: relacional, comunicativo, notificativo..., entre otros tipos; el aspecto automático del discurso, la falta de entonación, de afecto, el contraste entre la voz y el sentido del discurso, son reveladores. Observar la motricidad la cual hace partícipe del lenguaje no verbal, el del cuerpo, también es significativo. Al respecto Ledoux (1983) destaca la mímica, la mirada, la boca, lo gestual, la postura, la comunicación táctil. Agrega el espacio como lenguaje significante respecto de la relación, las manifestaciones neurovegetativas, los aspectos no verbales del lenguaje (intensidad, timbre, inflexión de la voz, ritmo, velocidad, entre otros). Se subraya que cuando se habla, se dice mucho más de lo que se desea decir, permitiendo al clínico conocer a través de la relación que otorga la entrevista clínica un funcionamiento, indispensable a fin de aproximarse a los recursos psíquicos con que cuenta el sujeto.

En esta relación clínica mediada por el lenguaje y los silencios, se creará un sonido a descifrar, lo cual permitirá entrar en un ritmo de dos con actividades asimétricas, pero en el marco del respeto.

Esta relación intersubjetiva deberá ser, por parte del clínico, lo más auténtica posible a fin de ir creando lazos que permitan al sujeto que consulta bajar la ansiedad y desplegar sus conflictos. El clínico deberá establecer un contacto positivo que asegure que el sujeto sufriente volverá a sesiones posteriores.

Carl Rogers, desde el Humanismo, refiere la necesidad de una atención positiva incondicional. Este psicólogo clínico hizo un gran aporte a la entrevista instalando el enfoque centrado en la persona, la vivencia concreta de la relación clínica con escucha y la comprensión empática, en el marco de un sujeto con una tendencia natural al desarrollo, a la relación con otro y con regulaciones espontáneas, que el clínico deberá acoger y empatizar (Recuero, 2007; Rogers, 1978).

El riesgo

Dado que es menester definir el concepto riesgo, pues forma parte de uno de los objetivos del texto, se señala que aquí se entiende como peligrosidad para el consultante como para su entorno. Por lo tanto, en

la primera entrevista, es crucial conocer el estado de riesgo en que se encuentra el consultante: nivel de conciencia, juicio de realidad, sintomatología, ideación autolesiva y hetero-agresiva. Todos aspectos relevantes del quehacer clínico, pues se podría tratar de un cuadro grave susceptible de trabajar interdisciplinariamente con el equipo médico. Ejemplo de ello son los procesos de deterioro psico-orgánico y/o procesos psíquicos con manifestaciones sintomáticas propias a trastornos mentales severos, con o sin pérdida del juicio de realidad.

Cobra entonces relevancia las actividades descriptivas por parte del clínico, a fin de conocer el “estado” del consultante. Habrá que detectar la psicopatología, algo nos dirá el sujeto de *motu proprio*, el resto es tarea del profesional y estará referida a la pesquisa de los síntomas gracias al ejercicio de la clínica descriptiva. Será necesario en la primera entrevista llegar a algunas conclusiones en ese sentido a fin ya sea de derivar, solicitar interconsulta, hospitalización, dejar el síntoma en observación, a fin de decidir más adelante según la evolución del cuadro si hay o no riesgo. Al respecto es muy útil la primera etapa de la Entrevista Estructural de Kernberg (1987) y de ser necesario el Examen Mental el cual se sugiere realizarlo en base al texto de Capponi (1995), ambas herramientas aportadas por la psiquiatría a fin de hacer un *triage*, vinculado a la sintomatología y a la detección de riesgo.

Conocidos son los aportes a la entrevista desde la psiquiatría y el psicoanálisis, no obstante, en este capítulo vinculado a la supervisión se hace necesario subrayar algunos, los más significativos, a juicio de los autores. Respecto de las actividades descriptivas, vale la pena mencionar a Philippe Pinel (siglo XIX), psiquiatra francés, padre de la clínica descriptiva (Nougué, 2002), quien observaba la conducta, la describía y permitía que el paciente hablara, considerando sus respuestas con fines diagnósticos. Pinel fue pionero pues entregó un gran aporte a lo psicológico individual lo cual está a la base de la entrevista clínica. Él se preocupó de crear un lazo con el enfermo mental a través de la palabra, humanizando la relación con un sujeto estigmatizado al máximo en aquella época, sin acceso al campo social y cuya palabra no tenía sentido para el resto. Manifestación que también abrió paso a lo clínico psicoterapéutico. El trabajo de Pinel, dicho de paso, dio inicio a las grandes categorías nosográficas de los trastornos mentales y es un punto de partida para el análisis de la etiología de los cuadros, indicando —en esa época— que los trastornos no siempre se debían a lesiones orgánicas.

Atendiendo a lo anteriormente señalado, será necesario describir la psicopatología detectada, colocar en conexión el motivo de consulta/ los síntomas/ los recursos o funcionamiento psíquico del sujeto, analizarlos, a fin de examinar un posible riesgo y algún trastorno. Este ejercicio que se realiza mediado por la relación que se provoca en la entrevista, dará paso a decisiones del clínico y a sesiones posteriores.

Un examen descriptivo comparativo entre las áreas del desarrollo —algunas ya mencionadas— y la etapa vital por la que transita el sujeto también entregará luces respecto del análisis y la severidad del cuadro, si así lo fuera. Una mirada a los aspectos cognitivos, desarrollo afectivo, lenguaje y motricidad al calor de la primera entrevista será necesaria. Análisis que se irá complementando en sesiones posteriores, en un proceso y etapas consecutivas con o sin clínica instrumental (Loubat, 2005, 2008).

El ejercicio analítico, propio del método clínico, siempre será necesario pues no existe la clínica sin reflexión y el tratar de comprender qué le pasa al sujeto obrará a través de una comprensión clínica del diálogo, de la observación y la vivencia, donde siempre habrá una interpretación subjetiva. No obstante, el encuadre de la primera entrevista, la premura de una hipótesis diagnóstica preliminar respecto del estado del paciente sólo permitirá una interpretación o proceso comprensivo incipiente, no siempre exacto.

También es relevante mencionar a Freud (siglo xx), quien desde la perspectiva de la existencia del inconsciente y del conflicto psíquico, entrega aportes esenciales al desarrollo y comprensión del sujeto a través de la entrevista. Anteriormente Pinel ya había señalado que los trastornos no sólo se debían a lesiones orgánicas, a ello se agrega que el funcionamiento psíquico del sujeto puede ser estudiado desde su registro propio, pues posee una estructura dinámica propia.

Freud marca una etapa donde la línea divisoria rígida entre los que sufren psíquicamente y los “normales” se nubla, transformando la relación clínica en un *sin a priori*, en un *sin “apartheid”* entre dos mundos que no se tocaban: los enfermos y los normales. La palabra del sujeto sufriente toma el protagonismo y la escucha analítica surge, considerando un contenido manifiesto y un latente (inconsciente) a descifrar en el marco de un aparato psíquico con funcionamiento y conflictos propios. El análisis de la transferencia y contratransferencia, en el marco de la entrevista clínica toma un rol preponderante, incluso ya se deja entrever en las entrevistas iniciales. Los aportes de Freud conjuntamente con los de

Carl Rogers inauguraron la clínica del sujeto, bajo una entrevista basada en una relación no directiva, siendo precursores en la consideración del otro, por parte del clínico.

En la actualidad, nociones como el respeto y la consideración de la autonomía del sujeto han cobrado una mayor relevancia frente al antiguo principio de beneficencia que en la tradición clínica de la relación médico-paciente, ponía a la autoridad y el saber del facultativo en primer lugar, por sobre la voluntad y libertad de decisión del paciente.

En Chile, la autonomía del paciente ha adquirido, incluso, un estatus jurídico que se materializa en la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y que establece, entre otras muchas cosas, el proceso del consentimiento informado en cualquier intervención médica o psicológica que implique la participación libre del sujeto.

Aún frente a estas consideraciones, se han preservado en el tiempo ciertas lógicas institucionales y culturales que crean dinámicas excluyentes, estigmatizantes o violentas hacia el sujeto-paciente y que, en la práctica, no garantizan el reconocimiento y el respeto por los derechos del paciente, dejando en evidencia que los escritos de autores como Michel Foucault (2005), y sus nociones críticas frente al rol y el poder de las instituciones psiquiátricas, o los saberes 'psi' continúan tan vigentes como la crítica del movimiento de la antipsiquiatría, que puso en cuestión el propósito del diagnóstico y la institucionalización psiquiátrica de los pacientes.

La consideración de la autonomía del paciente es, a su vez, un llamado a la comprensión de la complejidad de su sufrimiento o síntoma, que busca desde una mirada fenomenológico-hermenéutica ir más allá de los mecanismos explicativos de la actitud naturalista y entrar en la dimensión comprensiva, que necesariamente implica tomar un cierto tiempo; estimándose que lo que se encuentra a la base del malestar o la disfunción emergerá en sesiones posteriores a la primera entrevista. En efecto, implica aprehender la singularidad del otro, con su propia cartografía, reconstituyendo territorios existenciales allí donde estaba la angustia enquistada, sin modelizar y en un marco de trabajo terapéutico mucho más estético —según los escritos de Félix Guattari, psiquiatra, psicoanalista y teórico social francés (1930-1992)—, tomará un cierto tiempo a pesar de que el inicio de ese aprehender comenzará desde la primera entrevista.

Primera entrevista y ética relacional

Más allá de los consabidos resguardos éticos que debe mantener el terapeuta en la primera entrevista con un paciente y que están ampliamente abordados en los códigos deontológicos de la profesión, importa destacar el punto de vista vivencial y la constitución de una experiencia relacional que implica, ante todo, el reconocimiento de la experiencia del otro y la responsabilidad que tal acto conlleva.

La primera entrevista constituye un espacio de encuentro entre dos personas, cuyo propósito fundamental es el alivio del sufrimiento de uno de ellos. Aquella fundamental distinción establece, de entrada, una condición asimétrica propia de la relación terapéutica que coexiste con una legítima expectativa de reciprocidad y justicia.

La fundamentación ética del equilibrio entre ambas dimensiones no puede descansar tan sólo en una normativa que asimile el ejercicio profesional al cumplimiento de determinadas normas deontológicas, sino más bien en una ética comprensiva, sostenida en la integridad de la relación, la disposición a cuidar y el genuino respeto a la autonomía del otro.

La llamada ‘ética de la responsabilidad relacional’ o ‘ética relacional’ destaca sobre un valor universal que implica la calidad de la existencia humana y la disposición a cuidar, tomando en consideración las consecuencias que pueden afectar la integridad del otro (Disla et al., 2019).

La posibilidad de desarrollar una perspectiva ética desde la profunda consideración del otro corresponde a una mirada cercana a los planteamientos de Lévinas, cuyo cuño ético radica precisamente en que la naturaleza moral germina en el encuentro con el Otro en tanto Otro. En la tesis fundamental de Lévinas, es precisamente el punto de encuentro con la mirada del Otro, con su rostro, lo que inaugura una relación de responsabilidad con él que el autor califica incluso como ‘infinita’. Es en la primacía de la relación con el Otro, donde se puede encontrar toda posibilidad de sentido (Lévinas, 2001).

El acto de recibir a otro en su sufrimiento, implica reconocerlo en su vulnerabilidad y hacerse responsable por él. El concepto de responsabilidad, que en su raíz latina apunta al acto de responder, se inscribe tradicionalmente en un registro individual, que implica responder por los actos propios. En la propuesta de Lévinas, sin embargo, la responsabilidad se constituye en un lazo relacional común con el otro, donde la figura del terapeuta se erige como un agente a cargo de responder al paciente.

Es fundamental establecer que una lectura ética de la relación terapéutica desde la perspectiva de Lévinas no supone ni exige reciprocidad en la relación, precisamente para no convertir la responsabilidad en una negociación. La asimetría propia de la relación terapéutica implica una obligación del terapeuta para con el paciente, de la cual no es posible sustraerse, pues nadie más puede responder en su lugar (Disla et al., 2019).

La figura del ‘extranjero’ utilizada por Lévinas sirve para pensar la alteridad del paciente a partir de la primera entrevista, pudiendo ser representado como un desconocido que, al mismo tiempo que sufre, lleva a cabo una demanda de atención, protección y preocupación. La noción de cuidado debe quedar en el centro gravitacional de la relación paciente-terapeuta.

El reconocimiento del rostro del Otro, en la ética de Lévinas, es el llamado a la responsabilidad frente a su vulnerabilidad (Giménez, 2011). Constituye una directa interpelación a la función del psicoterapeuta, que se enfrenta radicalmente al deber de responder, hacerse cargo del sufrimiento del paciente sin olvidar la evidente asimetría que implica la relación terapéutica, con independencia del tipo de contacto y de relación que establezca el consultante. Es el rostro del Otro, su discurso y su corporeidad el que estructura éticamente la relación (Navarro, 2008).

La capacidad de implicarse en una relación de responsabilidad con un Otro, implica el supuesto del cuidado como un eje fundamental de la ética relacional, que puede y debe suponerse como una condición necesaria, tanto del diagnóstico como de la psicoterapia, independiente de la corriente teórica que se represente.

A modo de conclusión

La mirada que se ha vertido en este escrito respecto de la supervisión de la primera entrevista, se inscribe en el desarrollo de una postura amplia de entrecruzamiento epistemológico y teniendo como eje central para el análisis el valor de la relación. Ello, en el entendido que todos los sujetos se relacionan, incluso aquellos con trastornos mentales severos, lo que cambia es el tipo de relación y los instrumentos personales que se utilizan para ello. A lo que se alude es que el análisis de la relación es fundamental, con independencia del cuadro clínico, versando en aspectos técnicos y de la ética relacional, desplegada por el clínico con su paciente y por el supervisor con el supervisado.

El desarrollo histórico paradigmático ha permitido que el dispositivo psicoterapéutico evolucione dialécticamente desde una postura inicial sólo descriptiva a lógicas hermenéuticas, inscritas en la complejidad contemporánea que ha creado un entramado y una relación paradigmática a tener en consideración en el ejercicio del análisis de la supervisión. Se destaca que la construcción que se desarrolla en la relación con cada sujeto-paciente es particular y obedece a cada situación, a cada espacio-tiempo.

También la historia del método clínico aplicado a la salud mental de las personas se ha ido construyendo en un acercamiento de ayuda profesional más respetuosa y próxima a la consideración del paciente como un sujeto pensante, con decisión autónoma, más que inscrito a decisiones propias de las instituciones y/o del poder del conocimiento, lo cual lleva a considerar el tiempo y el espacio, a pesar de que queda aún mucho camino por recorrer.

Los aportes teóricos mencionados en el escrito se estiman cruciales para el análisis del primer encuentro clínico y también entregan una perspectiva insoslayable desde donde se debe supervisar: desde lo descriptivo, desde la interpretación del conflicto psíquico, desde la actitud, acogida y vivencia del terapeuta; desde el respeto y libertad del que consulta.

Los propósitos de este capítulo han sido referirse a la supervisión de la primera entrevista considerando fundamentalmente la relación y la noción de riesgo, en el marco de un trabajo ético profesional. Ello, bajo la consideración de que ese primer encuentro es una acción clínica compleja pues implica un ejercicio múltiple donde será menester observar y describir conductas; comparar desarrollo; pesquisar síntomas; aproximarse al funcionamiento psíquico del sujeto; dar pie al comienzo de un desarrollo vincular; valorar riesgos y acciones a seguir. También implica analizar el trabajo clínico desde el descentramiento por parte del terapeuta, a fin vivenciar lo que envía el paciente y facilitar la instalación de un diálogo de ayuda clínica; analizar el desarrollo de la capacidad de escucha y observación; sus intervenciones a través de su lenguaje oral, mímico, espacial y desde luego el tipo de relación que instala el profesional. Por último, será menester articular práctica y teoría; experiencia y conceptos; y considerar sobre todo la reflexión pues no existe una clínica sin razonamiento y cautela.

Referencias

- Capponi, R. (1995). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Editorial Universitaria.
- Daskal, A. M. (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(3), 215-224. http://www.cienciaried.com.ar/ra/usr/35/666/racp_xvii_3_pp215_224.pdf
- Disla, R., Aranda, C. & Almánzar, R. (2019). Aporte de la ética levinasiana al cuidado de la terapia contextual. *Revista Límite*, 14(6), 1-14. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-50652019000100206>
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- Giménez, A. (2011). Emmanuel Lévinas: Humanismo del rostro. *Escritos*, 19(43), 337-349. <http://www.scielo.org.co/pdf/esupb/v19n43/v19n43a04.pdf>
- Kernberg, O. (1987). La Entrevista Estructural. En *Trastornos Graves de la Personalidad* (pp. 23-45). Editorial El Manual Moderno.
- Ledoux, A. (1983). La communication non verbale dans l'entretien clinique. En C. Chiland (Ed.), *L'entretien clinique* (pp. 67-75). PUF.
- Lévinas, E. (2001). *Entre Nosotros. Ensayos para pensar en otros*. Editorial Pre-Textos.
- Loubat, M. (2005). Supervisión en Psicoterapia: Una Posición Sustentada en la Experiencia Clínica. *Terapia Psicológica*, 23(2), 75-84. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78523208.pdf>
- Loubat, M. (2008). *Diagnóstico Psicológico: Más que una Intuición*. Ediciones PubliFAHU-Editorial LOM.
- Navarro, O. (2008). El rostro del Otro: Una lectura de la ética de la alteridad de Emmanuel Lévinas. *Contrastes*, 13, 177-194. <https://doi.org/10.24310/Contrastescontrastes.v13i0.1600>
- Nougué Y. (2002). Deux Moments dans l'histoire de la clinique psychologique. En Y. Nougué, *L'entretien clinique* (pp. 7-15). Économica-Anthropos.
- Poussin, G. (1995). Más allá de la entrevista. En *La Entrevista clínica* (pp. 117-142). Editorial Limusa.
- Recuero, M. (2007). La Psicoterapia Rogeriana. En *Los modelos terapéuticos de Carl Jung y Carl Rogers. Una comparación en la perspectiva de la integración* (pp. 99-120). Ediciones UC.
- Rogers, C. (1978). Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de la personalidad. En J. Lafarga y J. Gómez (Eds.), *Desarrollo del potencial humano* (Vol. I, pp. 71-92). Trillas.

Capítulo IV

Midiendo lo psicológico: aspectos a considerar para la construcción y adaptación de instrumentos objetivos

Ana María Fernández, Michele Dufey y Carmen Gloria Baeza

Este capítulo aborda conceptualmente los aspectos metodológicos que son necesarios de considerar en la construcción y adaptación de instrumentos, centrándose en la medición objetiva de constructos psicológicos, para luego describir los requisitos técnicos del trabajo psicométrico que permitan aportar a la evidencia de fiabilidad y validez de los instrumentos utilizados. Finalmente se presentan, a modo de ejemplo, trabajos de adaptación de instrumentos y medición de conductas emocionales, realizados en el Laboratorio de Evolución y Relaciones Interpersonales (LERI) de la Universidad de Santiago de Chile.

Uno de los aspectos más difíciles de resolver, pero central al conocimiento de la disciplina psicológica, lo plantea la medición precisa de su objeto de estudio. Tal como se planteó en una versión anterior del presente texto (Fernández, 2008), fenómenos como la mente y los procesos mentales que están a la base del comportamiento, son diferencias individuales que día a día trabajan los psicólogos, siendo parte del conocimiento y quehacer de la disciplina.

Sin embargo, pese a que parece cotidiano para el psicólogo referirse a la afectividad, el deseo, la motivación o la ansiedad, por ejemplo, estos fenómenos comparten algo intrínsecamente fascinante: son objetos de estudio abstractos —constructos psicológicos— a los cuales sólo es posible aproximarse desde una gran diversidad de teorías que conforman el saber de nuestra disciplina. Es así como, tomando una perspectiva objetiva y positivista (en el sentido que el conocimiento sea público y replicable), es posible identificar variables latentes e indicadores que darían cuenta de *lo psicológico*, ya sea por medio de reactivos a los cuales las personas responden, observando la conducta manifiesta, extrayendo inferencias acerca de procesos mentales involucrados en la resolución de problemas, respuestas a situaciones experimentales, etc. (Kerlinger & Lee, 2002).

Todos estos métodos corresponden a formas susceptibles de objetivar, cuantificar o calificar los fenómenos psicológicos, que se diferencian de aquellos que intentan llegar a la subjetividad y que se abordan en otros capítulos del libro. Pese a que la finalidad de la medición objetiva tiene sus ventajas, concuerda con y apoya aproximaciones intersubjetivas a la medición, esta también conlleva el desarrollo de múltiples formas de aproximarse a la evaluación de *lo psicológico* (Westen & Rosenthal, 2005).

Este capítulo no pretende dar cuenta de la diversidad de aproximaciones teóricas para definir lo psicológico, ni tampoco se presentan las perspectivas epistemológicas desde las cuales se puede abordar el objeto de estudio de la psicología. El objetivo de las líneas que siguen a continuación es presentar aspectos teóricos, metodológicos y recomendaciones prácticas, que son comunes y generales a la comprensión de la medición objetiva en psicología.

Para ello, será esencial la consideración de la *metodología* propia de la disciplina con el fin de develar los requisitos necesarios para la construcción y adaptación de instrumentos psicológicos, entendiéndose como una forma legítima para llegar al conocimiento, en un sentido amplio, y que la diferencia del concepto de método, el cual se acota a las técnicas empleadas en una disciplina particular (Bunge, 1991). Dentro de la disciplina psicológica existe un área que estudia las normas y procedimientos para garantizar la calidad de los instrumentos, y este campo de estudio es la psicometría. Así, por medio de la psicometría, podremos elaborar informes cuantitativos que aportan rigurosidad al entendimiento de los fenómenos psicológicos desde las fortalezas que esta disciplina nos ofrece, representando una herramienta valiosísima para el estudio e investigación en el campo de la psicología.

De esta forma, el capítulo busca especificar los aspectos psicométricos que se deben evidenciar en la construcción y adaptación de pruebas psicológicas, actualizados a partir del capítulo de Fernández (2008). Se revisan los aspectos generales a abordar en cada parte de este proceso, partiendo por la comprensión de los desafíos que abarca la medición psicológica, la conceptualización de variables y constructos psicológicos, la diferencia entre construir y adaptar mediciones; para luego desarrollar brevemente los pasos relacionados con la estimación de la confiabilidad de las mediciones psicológicas, la generación de evidencias de validez, la construcción de normas, así como una referencia a los estándares internacionales acerca del uso de instrumentos en psicología. Finalmente (en Anexos del capítulo), se incorporan ejemplos de estudios psicométricos

llevados a cabo en el Laboratorio LERI, de la Universidad de Santiago, con fondos gubernamentales que fomentan la investigación científica.

Medición psicológica objetiva

En sentido amplio, la medición constituye una evaluación precisa y estable de lo que se desea medir. En el caso de ciencias básicas, como la física, la medición de un fenómeno de interés implica el empleo de técnicas y conocimientos adecuados para observar y evaluar dicho fenómeno. La precisión y estabilidad de este tipo de evaluación dependerá del manejo adecuado de los instrumentos de medición y la minimización del error que toda medición comprende, además de la diversidad de elementos ambientales que se deben aislar cuando se intenta medir la masa de un objeto, por ejemplo (Cohen & Swerdlick, 2001). Pues bien, la medición objetiva de lo psicológico tiene la misma finalidad. Si se toma el ejemplo del cálculo de la altura, desde el ámbito de las propiedades físicas de una persona, se puede aplicar una escala de medición en centímetros y constatar que una persona mide 170 cms. Si se realiza esta misma medición de la altura, con otra escala de medición (pies), se podrá constatar que un individuo que mide 170 cms., tiene una altura equivalente de 5 pies y 6 pulgadas, aproximadamente. Ahora, si se considera la medición de una característica psicológica, como la personalidad, probablemente no se encuentre un instrumento de medición que estime personalidad en centímetros o alguna escala métrica tradicional, sino que la medición de la personalidad del individuo debiera comenzar definiendo primero lo que se entiende por dicho concepto, lo cual para un novato en la disciplina resultaría sencillamente abrumador (existen más de nueve concepciones de la personalidad clásicas, con decenas de instrumentos de medición psicológica por cada aproximación teórica).

Resulta evidente a partir del ejemplo anterior que la medición psicológica requiere de conocimientos acabados de lo que se medirá para iniciar cualquier evaluación de los fenómenos en cuestión, siendo este el problema fundamental que debe resolver la aproximación a la medición objetiva en psicología (Aliaga, 2006).

Por ende, uno de los primeros desafíos cuando se intenta hacer la evaluación de algún aspecto psicológico, lo constituye la delimitación clara del objetivo de esta, dentro del vasto ámbito de aplicación y teorización que abarca la disciplina. En algunos casos, el objetivo puede

ser práctico y aplicado, por ejemplo, al determinar la efectividad de una psicoterapia utilizando como una de las medidas de cambio el nivel de autoestima en consultantes diagnosticados de depresión (Watson et al., 2014, Watson et al., 2019). Desde la psicología clínica, existen formas de entender y evaluar la autoestima de forma intersubjetiva y basada en el discurso e interacciones que tienen lugar durante la entrevista inicial con un paciente (las que se detallan en los otros capítulos de este libro). Sin embargo, desde una aproximación objetiva, muchas veces el psicólogo puede necesitar complementar su evaluación inicial con medidas objetivas orientadoras que permitan complementar el fenómeno en cuestión, debiendo apoyarse en instrumentos que generen calificaciones adecuadas e independientes de quién realice la evaluación, minimizando el error de estimación que esto conlleva. Ante el escenario de evaluar personas de forma objetiva, describir prevalencias de una serie de fenómenos psicológicos en la población, evaluar muestras particulares, y casos específicos, la medición objetiva en psicología, pasa a ser un aspecto fundamental de abordar en la disciplina.

Continuando con el ejemplo de la autoestima, cualquier psicólogo que la desee medir, encontrará al menos dos concepciones con sus respectivos instrumentos “adaptados” al contexto nacional: el Inventario de Coopersmith (Brinkmann et al., 1989) y la escala de autoestima de Rosenberg (Rojas-Barahona et al., 2009). Sin embargo, cada una de estas pruebas evalúan concepciones diferentes de la autoestima, entendida en la primera, en un sentido multidimensional y a su vez compuesto por otras variables, como es el caso del Inventario de Coopersmith; o conceptualizando la autoestima como el respeto hacia el sí mismo y la autovalía en relación con otros, como es el caso del constructo que acuña Rosenberg.

La pregunta que surge del ejemplo es si las dos escalas conllevan a resultados iguales, si es que tienen la equivalencia plasmada en la medición métrica. Y la respuesta es un ¡no! categórico, y es precisamente esto lo cual motiva el estudio psicométrico dentro de la disciplina psicológica y las ciencias sociales en general, ya que en la medida que la conceptualización de un fenómeno proviene de la forma en la cual ha sido explicado desde la teoría, hace que el primer instrumento del ejemplo abarque algunos aspectos que teórica y empíricamente conforman el concepto de autoestima, pero el segundo instrumento ¡también cumple con estas características!

En definitiva, a la hora de evaluar y establecer escalas de medición para constatar los fenómenos de interés, la disciplina psicológica exige claridad respecto al uso que se dará la información obtenida (Cronbach, 1998; Meneses et al., 2013), además de una conceptualización acabada del fenómeno desde una perspectiva particular (Muñiz, 2018).

Es así como el psicólogo que desee adaptar o construir un instrumento de evaluación determinado, deberá contar con conocimientos acabados del fenómeno a medir, desde su concepción teórica y resultados previsibles en el contexto específico que se utiliza, para luego comprobar si se logra aproximar al fenómeno adecuadamente, con precisión y estabilidad (Carretero-Dios & Pérez, 2007).

En tanto se trabaje con instrumentos de medición objetiva, el primer paso en la objetivación del fenómeno en estudio será determinar cómo se conceptualiza. Como lo plantean Anastasi & Urbina (1998), una prueba psicológica “es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta. Con las pruebas psicológicas, como con las de cualquier otra ciencia, se hacen observaciones sobre una *muestra* pequeña, pero cuidadosamente elegida, de la conducta del individuo” (p. 4).

Volviendo al ejemplo de evaluar a consultantes de psicoterapia que cursan un cuadro depresivo, una alternativa a la utilización de un cuestionario de autorreporte, como la escala de autoestima de Rosenberg, es la observación y codificación del comportamiento no verbal de los consultantes al entablar una entrevista de 15 minutos (Fiquer et al., 2013). Una ventaja de este tipo de medición es que aborda aspectos psicopatológicos que pueden ser difíciles de identificar y reportar para los pacientes y que los pueden llevar a subestimar o sobreestimar sus síntomas depresivos. Así, la intensidad de la sintomatología depresiva se puede operacionalizar a través de la presencia o ausencia de ciertos comportamientos característicos de la depresión, tales como la inclinación de hombros y de la cabeza, la dirección baja de la mirada y el llanto. Resulta interesante constatar que la presencia de este tipo de comportamientos se correlaciona positivamente con la intensidad de la depresión evaluada mediante otros instrumentos, como la Escala de Depresión de Beck (un instrumento de autorreporte) y presenta una asociación inversa con un indicador psicofisiológico de regulación emocional, denominado tono vagal (Fernández et al., 2017).

En otras palabras, una “buena” medida psicológica deberá cuantificar la manifestación de los comportamientos que sean de interés de algún modo, como la inclinación hacia abajo de la cabeza. Podría contarse di-

rectamente el número de veces que la persona inclina la cabeza en función de un lapso de tiempo particular, calificándolo en una escala nominal si es que —*frecuentemente, a veces, rara vez o nunca*— los individuos emiten dicho comportamiento. También podría evaluarse si las personas inclinan o no inclinan la cabeza. Cada una de estas formas de medir la conducta objetivo conlleva diversos *niveles de medición*, partiendo por la cuantificación numérica continua u ordinal y siguiendo con la puntuación de las conductas en una escala nominal/categorica, respectivamente. Dichas consideraciones serán el segundo paso para iniciarse en abordar la medición objetiva de lo psicológico, conociendo que lo que se intenta medir es una conducta interpersonal (dirección de la cabeza en la interacción), el nivel de medición para la observación del fenómeno, es lo que permite acercarse inicialmente a cuantificar o calificar objetivamente la magnitud, prevalencia o presencia del objeto de medición (Kerlinger & Lee, 2002).

En las líneas que continúan, se abordará el tema de la medición objetiva en psicología atendiendo tanto a la delimitación clara de “qué” es lo que se medirá, para luego de resolver el “cómo” se medirá. El primer punto no sólo significa y pasa a ser independiente de definir el objeto de una medición particular, sino más bien se refiere a especificar el uso que se les dará a las puntuaciones de una prueba o escala psicológica (Cronbach, 1998; Meneses et al., 2013). Esto en sentido amplio pasa a ser entendido como la validez de la prueba, es decir el grado en que efectivamente sus resultados estiman el rasgo, la conducta, el conocimiento, la actitud o el perfil que se busca evaluar. El “cómo se medirá” un fenómeno psicológico es complementario y muchas veces inseparables de la validez, e involucra determinar cuál es la forma más adecuada de aproximarse a la medición del objeto, considerando que toda vez que se aplica una medición con una escala objetiva, esta nunca abarca al fenómeno en sí mismo únicamente. Es decir, toda medición siempre incorpora otros factores que pueden acompañar al fenómeno, a quien realiza la medición, o al contexto en el cual se realiza la evaluación, y el desafío de la psicometría es minimizar el “error” que todos estos aspectos conllevan en la medición objetiva de lo psicológico (Muñiz, 2018).

Variables y constructos psicológicos

Una *variable* puede ser definida como una propiedad o característica observable de algo que adquiere distintos valores (coloquialmente entendida como “algo que varía” —ver Hernández et al. (2014)—). En psicología, son variables la mayor parte de las características individuales de las personas (partiendo por su aspecto físico, rasgos de personalidad, sexo y género, nivel socioeconómico, susceptibilidad al dolor, nivel de autoestima, etc.). Sin embargo, en un sentido estricto, solamente los aspectos físicos y algunas características y conductas definidas muy reducidamente logran ser observadas de forma directa. La altura, el sexo de una persona (siempre y cuando se considere algún indicador biológico preciso), el ingreso percibido mensualmente, la carrera que estudia, son todas variables susceptibles de observación. Pero quedan otras características que son de interés y objeto de estudio de la psicología que no son medibles directamente (por ejemplo, la satisfacción corporal, orientación sexual, etc.).

Una herramienta para objetivar las variables psicológicas ha sido la aplicación de la operacionalización como un medio para definir dichas variables. Por ejemplo, si se desea evaluar la felicidad de una persona (una variable latente o abstracta), se podría asignar un indicador de esta característica: estimando el número de sonrisas que la persona emite en un tiempo determinado. Esta es una definición bastante reducida de lo que podría llegar a ser la felicidad. No obstante, al definirla mediante la forma cómo se medirá, se acota a una característica observable y susceptible de adquirir distintos valores (alguien puede tener una frecuencia de dos sonrisas en cinco minutos, otros pueden no sonreír en ese lapso de tiempo, etc.).

Ahora bien, la mayoría de los fenómenos psicológicos son un cúmulo de variables que no son observables directamente y que, sin embargo, logran ser definidas dentro del conocimiento de la disciplina a través de teorías y predicciones acerca de su ocurrencia (Cortada de Kohan, 1999; Meneses et al., 2013). Por ejemplo, la felicidad y la depresión son variables pero, desde un enfoque cognitivo-conductual, la felicidad jamás se limitaría a la emisión de sonrisas en un tiempo determinado solamente. La emisión de sonrisas podría ser un aspecto que da cuenta de la felicidad, pero la satisfacción personal y el optimismo, también podrían ser parte de lo que se entiende por felicidad. Igualmente, la depresión es comprendida en un amplio sentido popularmente, existiendo conductas manifiestas que dan cuenta de síntomas depresivos (el llanto excesivo,

dificultad para concentrarse, falta de ánimo, trastorno de sueño, etc.). La totalidad de estos fenómenos deben ser definidos operacionalmente o mediante indicadores para ser evaluados. De esta forma surgen los constructos psicológicos (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

Según Kerlinger & Lee (2002), un *constructo* es un concepto adoptado o inventado de manera consciente y deliberada para un propósito científico particular. Es decir, los constructos serían “invenciones” de la disciplina psicológica, para dar cuenta del objeto de su estudio (esto es, por ejemplo, *la mente*).

Como una ilustración de esto, la felicidad —entendida como un estado de bienestar subjetivo— sería difícil de evaluar, estudiar y ver cómo se relaciona con el constructo de la depresión si no existiese todo un trabajo teórico y empírico que permita entender el concepto de felicidad, sus manifestaciones observables, sus variables latentes, etc. (ver Cuadra & Florenzano, 2003). Lo mismo sucede con el constructo de la depresión. Este representa un cuadro complejo de conductas, pensamientos y emociones, caracterizado por la prevalencia de otros fenómenos como la ansiedad (otra construcción). Teóricamente, es posible predecir cuando una persona podría sufrir de depresión reactiva, se conocen formas de aliviar los síntomas y llegar a superar estados depresivos severos. El destacado psicólogo Aaron T. Beck ha identificado distorsiones cognitivas que son características de las personas que sufren de depresión, y existen formas de evaluarlas para tratarlas y disminuirlas. Es decir, la comprensión y diferenciación de constructos y variables en psicología son esenciales a la disciplina. Gran parte de la medición psicológica está orientada a generar indicadores de constructos y variables latentes, al alero de los marcos de conocimientos que los explican (Cronbach, 1998).

La totalidad de la medición psicológica podría entenderse como la búsqueda de la observación (directa o indirecta) de los constructos y variables que emergen desde distintas áreas de especialidad. Por ejemplo, los procesos psicológicos básicos involucran la medición de tiempos de reacción, conductancia de la piel, atención, memoria, potenciales evocados, entre otros. El ámbito de procesos psicológicos más complejos involucra la medición de rasgos de personalidad, afectividad, aspectos cognitivos, etc. Y en el ámbito social, las actitudes, prejuicios, la pro-socialidad y las relaciones interpersonales, pueden ser susceptibles de evaluación gracias a los instrumentos de medición psicológicos (Muñiz, 2018).

Finalmente, recapitulando los conceptos planteados en este apartado, es importante resaltar que la complejidad que involucra diferenciar variables de constructos a la hora de realizar una evaluación está enmarcada dentro del ámbito de aplicación que se le dé a la interpretación de los resultados obtenidos con una medición. Siendo más bien didáctica la diferenciación que se ha presentado para que quien se inicie en el estudio de la disciplina, de modo que comprenda qué es lo que involucra la medición de lo psicológico. Sin embargo, los constructos o variables deben ser operacionalizados para ser susceptibles de medición (Cronbach, 1998; Meneses et al., 2013).

Construcción y adaptación de instrumentos de medición

En los casi cien años de trayectoria de la psicometría, existen una gran cantidad de instrumentos de medición que cuentan con un fuerte apoyo teórico y empírico de su utilidad y eficiencia para generar evaluaciones del constructo, variable u observación psicológica a la cual se les aplique (por ejemplo, las pruebas de inteligencia de Weschler, el inventario multifacético de la personalidad MMPI o la escala de depresión de Beck). Sin embargo, también existe una diversidad de enfoques teóricos que pueden ser reformulados y/o enriquecidos con el paso del tiempo, producto del avance del conocimiento. Por lo tanto, muchas veces resulta aconsejable adaptar pruebas y escalas psicológicas existentes para la medición, o bien construir nuevos instrumentos de medición, según sea el caso.

La decisión acerca del tipo de medición a utilizar dependerá de la interpretación de la evaluación que se busque realizar. Si una acabada revisión de las pruebas o instrumentos existentes conllevan la necesidad de construir un instrumento de medición, se deben generar indicadores coherentes con el enfoque que se le dará a dicha medición. Por otro lado, si el objetivo de una medición es evaluar un constructo que ha sido antes medido en otro contexto, si la evaluación que genera un instrumento existente en otro idioma o diseñado para ser aplicado con personas que son diferentes de quienes se desea medir, es posible adaptar un instrumento a un nuevo contexto, sin llevar a cabo todo el proceso de generación de preguntas, ítems, reactivos, pautas de observación o criterios originales (según corresponda).

Existen excelentes y detallados textos para abordar la construcción de un instrumento de medición psicológica (Carretero-Dios & Pérez,

2005; Meneses et al., 2013; Muñiz, 2018). Mencionaremos las propiedades con las cuales deben cumplir los instrumentos de medición objetiva, independientemente de si se inicia la construcción o la adaptación de los mismos, resaltando los aspectos que garantizan su calidad como medida psicométrica, más que el origen de estos.

Para determinar el punto de partida de un trabajo psicométrico, se torna importante diferenciar los conceptos de construcción y adaptación de pruebas e instrumentos de medición.

La construcción de escalas o pruebas psicológicas involucra la conceptualización del fenómeno a ser evaluado desde algún lugar particular. Esto puede provenir de la teoría que explique cómo se origina, se manifiesta y se explica el fenómeno, o bien desde el ámbito aplicado a diferenciar individuos que posean una característica particular y que se desea aproximar de forma objetiva. En la construcción, el contenido de la evaluación refleja el conocimiento acabado del fenómeno a evaluar en forma de reactivos a los cuales las personas responden, preguntas de opción forzada que los individuos deben seleccionar, o bien pautas de observación o encuestas estructuradas que aplica un evaluador para calificar a un tercero (entre las formas típicas que pueden tomar los instrumentos de medición —ver Kerlinger & Lee (2002)—). Para generar coherencia entre el contenido de una prueba y lo que se desea obtener como resultado de la evaluación, se puede consultar el manual clásico de Nunnally (1987), Aiken (2001) o el texto de Thorndike (1998), sin embargo, es esperable que la construcción de instrumentos psicológicos demuestre y garantice que una prueba tiene validez de contenido al iniciar su evaluación psicométrica.

Para *la adaptación* de un instrumento existente que ha sido desarrollado en un contexto distinto al cual se busque aplicarlo, el primer paso del proceso será garantizar que el dominio del contenido de la prueba sea adecuado al lugar, población, idioma o contexto específico al cual se desea aplicarlo. Es decir, “al planear una prueba, es importante tener en mente el grupo al cual se aplicará y los tipos de decisión que se van a basar en los resultados de la medición” (Thorndike, 1998, p. 28).

Se debe insistir en que la complementariedad del trabajo teórico y empírico en la psicometría es fundamental, y al iniciarse en la construcción o adaptación de un instrumento psicológico serán ineludibles si se busca generar medidas adecuadas para evaluar a personas de una población específica (Muñiz, 2018; Muñiz et al., 2013).

Asimismo, si no se consideran las diferencias contextuales de cualquier índole y no se comprueba que un instrumento aplicado a *muestras* distintas o *contextos diferentes* efectivamente refleja lo que se quiere medir en su contenido, se estaría iniciando una medición poco fructífera que difícilmente podrá garantizar sus resultados luego de ser aplicada (Carretero-Dios & Pérez, 2005). A la hora de seleccionar instrumentos a aplicar en un contexto particular el usuario de las pruebas psicológicas también debe informarse acerca de las medidas que los autores de las pruebas generaron para garantizar la validez del contenido de las mismas.

Finalmente, ambos procesos, construcción y adaptación de instrumentos, involucran una acabada comprensión del objetivo que se busca con la aplicación de una prueba o escala, aplicándose a este toda la gama metodológica de la psicología para evaluar el adecuado cumplimiento de dicho fin (Meneses et al., 2013).

Por ejemplo, no sería extraño encontrar que un investigador que desea medir la respuesta empática de los individuos realice un acabado análisis del contenido de las propuestas teóricas a la base de las pruebas de empatía existentes e identifique las dimensiones (variables latentes) que involucra la empatía, para luego dividirla en aspectos cognitivos y afectivos al generar un nuevo instrumento (esto fue lo que hizo Davis en 1980, para construir el *Interpersonal Reactivity Index*; ver el caso de EQ, ejemplificado en los Anexos). Tampoco sería atípico encontrar que un equipo de investigadores distribuya por correo una escala de conductas de riesgo infantil entre expertos o bien que convoque a un panel de eruditos y les solicite evaluar la medida en que cada ítem de un instrumento anglosajón es representativo de las conductas que se desea evaluar en otra cultura. En ambos casos, se busca garantizar a través del juicio objetivo de expertos que el contenido a evaluar pueda ser observado por otros que se manejan en el área, de manera sistemática y acabada (ver, por ejemplo, la adaptación de los instrumentos conductuales TOCA y PSC en Chile, por el equipo de George et al., 1995).

En este contexto, el objetivo de la adaptación de un instrumento va más allá de la traducción ya sea literal o inversa de este para garantizar la equivalencia con el test original, sino que lo que se busca es que el producto final del proceso de adaptación con respecto al instrumento original consiga el máximo nivel de equivalencia lingüística, conceptual, cultural y métrica posible, y que pueda evidenciarse en la cultura donde se desea aplicar la medición (Muñiz et al., 2013).

Confiabilidad

Uno de los aspectos más importantes de la medición objetiva es que esta, independiente de quien la realice, tenga estabilidad, es decir que, si se aplica en reiteradas ocasiones una prueba a un individuo *X*, en todas las oportunidades, y bajo las mismas condiciones, el resultado obtenido sea similar (Viladrich et al., 2017).

En sentido muy amplio, *la confiabilidad* refleja la medida en que la evaluación realizada con un instrumento es replicable y cuando su estabilidad no sea de un 100%, se sabe que incorpora errores de medición, variaciones aleatorias o sistemáticas que afectan a todos los instrumentos en general (Meneses et al., 2013).

De acuerdo con una definición simple, Muñoz (2018) plantea que un test será fiable si cada vez que se aplica a los mismos sujetos da el mismo resultado. Particularmente, en el caso de la medición psicológica el autor explica que la confiabilidad busca estimar el error inevitable y que es inherente a cualquier tipo de medición en disciplinas como la física, psicología, química, etc. Es decir, ¡siempre que se realiza una medición objetiva, existirá error!

A modo de ilustración, en la medida que al calcular el peso o masa de un sujeto no se obtenga siempre el mismo resultado, se puede afirmar que existen errores en la medición. Si el sujeto es evaluado en distintas balanzas, será un problema instrumental el que estas no estén calibradas de la misma forma. Si la variación en la medición se debe a errores en la lectura del resultado, consistirá en un error humano. Y si las variaciones en el peso del sujeto responden a cambios biológicos en el momento de realizar la medición, el error será producto de discrepancias inherentes al sujeto. Lo mismo sucede en el caso de la medición con instrumentos psicológicos objetivos, los individuos cambian a lo largo del tiempo, y dependiendo de lo que se esté midiendo, es difícil determinar si las variaciones se deben a que el individuo varió sus niveles del rasgo medido, o si bien estos cambios obedecen a errores en el contexto de medición.

La estimación de la confiabilidad de un instrumento permite determinar el grado de certeza con que un instrumento llegará a resultados similares en distintas mediciones para un mismo individuo. Sin embargo, esto ocurre siempre y cuando el rasgo medido no sea susceptible a altas variaciones dentro del tiempo en que se realiza su evaluación.

Es tan importante la idea de que toda medición incorpora error que incluso existe una teoría acerca del error y que intenta esclarecerlo estadísticamente (ver Muñiz (2018), por ejemplo).

Como el objetivo de este capítulo es explicar conceptualmente dicho fenómeno, solamente se insistirá en que toda medición contiene error (desde la teoría clásica de los *test*, Meneses et al., 2013) y que el concepto de confiabilidad debe considerarse en la evaluación objetiva debido a que refleja un coeficiente compuesto por la estimación de la puntuación verdadera de un individuo y el error de medición alcanzado. Cualquier fórmula para el cálculo de la confiabilidad incorpora esta idea, estableciendo que la *puntuación verdadera* (V) de un individuo, es igual a su *puntuación observada* (X), más el *error aleatorio* (E) que incorpora la aplicación del instrumento. Esto es: $V = X + E$, y conceptualmente desde la teoría del error de medición, sería posible estimar el error aleatorio que incorpora una prueba a partir de la variabilidad que se obtenga al aplicar un instrumento en un momento dado (sumando todas las variaciones individuales y ponderándolas para el resultado obtenido).

En definitiva, por medio de la estadística inferencial, es posible hacer una proyección del error que conlleva una medición, si se calcula cuál sería el resultado obtenido con el instrumento al aplicarlo infinitas veces a los mismos individuos. Esta proyección del error fue desarrollada tempranamente en psicometría sustrayendo de la puntuación que se obtiene al realizar una medición objetiva el error estimado a partir de la variabilidad observada entre todos los individuos evaluados. Como resultado de esta operación se obtiene el coeficiente de confiabilidad, el cual refleja la medida en que una puntuación alcanzada tiene mayor (valor cercano a 0) o menor error (valor cercano a 1) asociado a la medición (Schweizer, 2011).

Un punto a considerar es que debido a que la estimación de la confiabilidad de una prueba se realiza con una muestra de individuos de una población determinada, es siempre necesario considerar su nueva estimación al aplicar un instrumento a una muestra distinta a la original. Es por ello que tanto el usuario de instrumentos, quien los elabora, como quien adapta una prueba o escala, deberá conocer la población de estandarización del instrumento antes de utilizarlo, y se constituye en un requisito fundamental estimar la confiabilidad de una medición, cuando se aplica a una nueva muestra.

Otro aspecto relevante es atender a las formas de confiabilidad que se conocen en la literatura psicométrica, las cuales son diversas y se van

actualizando con el tiempo (Muñiz & Fonseca-Guerrero, 2019). Sin embargo, existen tres aproximaciones que sintetizan el procedimiento. Por un lado, es necesario conocer en qué medida un instrumento posee estabilidad *temporal*, es decir se debe constatar que una misma medición sea estable para un periodo determinado de tiempo. En segundo lugar, existen las estimaciones acerca de la estabilidad de los ítems o reactivos que incorpora un instrumento, la cual se refleja en la *consistencia interna* de una prueba. Finalmente, una aproximación un tanto más costosa y que se utiliza fundamentalmente en las pruebas de evaluación de conocimientos, es la estimación de la *relación entre formas paralelas* de un instrumento, la cual no se discutirá en mayor profundidad, ya que es más típica del ámbito educacional y prácticamente no se aplica a los constructos psicológicos.

La forma clásica de resolver los problemas de error de medición que conlleva la aplicación de instrumentos objetivos ha sido correlacionar los resultados obtenidos para un grupo de sujetos particular con los resultados obtenidos en otro momento por el mismo grupo de individuos. Esto se conoce como *confiabilidad test-retest*, y además de entregar información acerca de la estabilidad temporal de una prueba, es una forma útil para evaluar los rangos de tiempo en que se espera que un constructo, variable o rasgo, permanezca estable a lo largo del tiempo.

Prácticamente todas las pruebas objetivas deben referirse a su estabilidad temporal, informando acerca del periodo entre evaluaciones que se utilizó para estimar este tipo de confiabilidad. Quien construye una prueba o quien adapta un instrumento debe considerar este aspecto y dar a conocer cuánto tiempo sería apropiado para re-aplicar la prueba, con un rango de tiempo adecuado entre aplicaciones. Las hipótesis lógicas que se extraen del conocimiento del objeto de la medición en cuestión permitirán ajustar el criterio de estabilidad temporal que luego también puede ser incorporado a la evaluación de su validez que se discutirá en el siguiente apartado.

Por ejemplo, para la adaptación de una prueba de autoestima se puede encontrar que en la conceptualización teórica se establece que esta sería un rasgo estable en periodos cortos de uno a tres meses. Una excelente forma de evaluar su confiabilidad sería hacer una aplicación repetida del instrumento tras 60 días de la primera aplicación, estimando la correlación entre ambos momentos. Teóricamente, esta debiese ser cercana a una correlación moderada (0.50), o de algún antecedente establecido *a priori*, y si se re-aplica a los mismos sujetos luego de cuatro meses, sería

esperable que esta varíe mayormente. La lógica temporal de los periodos para evaluar confiabilidad exige conocimiento teórico del constructo en evaluación, remontándose a la discusión inicial de este capítulo. Es decir, si se evaluara la autoestima durante un taller de fortalecimiento de esta, probablemente las correlaciones entre aplicaciones deberían descender y estas apreciaciones constituyen aspectos a considerar también en otro ámbito de la calidad del instrumento, ya que estaría demostrando su validez de constructo pero no sería una buena medida de confiabilidad.

Con respecto al segundo tipo de confiabilidad enunciado, la estimación de la *consistencia interna* conlleva una sola aplicación del instrumento. Cuando una prueba o escala evalúa un constructo unidimensional donde todos los ítems o reactivos apuntan a la totalidad del objetivo de la evaluación, se puede hacer una correlación entre las mitades del instrumento. De esta forma, sería esperable encontrar una alta correlación entre las mitades de una prueba, si sus preguntas son estables; y efectivamente la respuesta de una pregunta es consistente con la respuesta a la siguiente pregunta.

Antes de profundizar en los métodos de evaluación de la consistencia interna es necesario recordar que como la correlación entre las mitades de una prueba se analiza con técnicas de correlación y el sólo hecho de reducir a la mitad la cantidad de preguntas incluidas al aplicar esta técnica, reduce el índice de confiabilidad. Por lo tanto, será necesario aplicar un ajuste a esta disminución a través de la fórmula de Spearman-Brown, por ejemplo (para una discusión detallada de dichos aspectos ver Cronbach, 1998).

Igualmente, las modificaciones al sentido que toman los reactivos de un instrumento o su escala de medición a veces determinan la necesidad de invertir los ítems que se redactan en sentido opuesto al resto. Esto significa que si un instrumento para evaluar autoestima tiene un tercio de los ítems en forma invertida (reflejando baja autoestima), será necesario cambiar la ponderación de sus reactivos antes de estimar la consistencia interna.

Siguiendo con la discusión conceptual de la consistencia interna, la forma más utilizada en la actualidad para estimar la estabilidad de una prueba en una sola aplicación es el coeficiente de *alfa de Cronbach* (α). Sin entrar a discutir la obtención estadística de dicho indicador, se puede decir que es una medida ampliamente difundida de la confiabilidad de una prueba, y sería recomendable estimarla siempre que se aplique una medición, además de cuando se realice la construcción o adaptación de

instrumentos. Sin embargo, en los últimos años, con la incorporación de técnicas estadísticas más avanzadas en psicometría se recomienda además poder calcular el coeficiente de *Omega* (Ω , Viladrich et al., 2017).

El índice de consistencia interna α de *Cronbach*, tiene la garantía que representa una estimación más estable de la consistencia interna de un instrumento de medición, pero asumiendo que todos los ítems o componentes de una medida tienen la misma variabilidad y error entre los individuos evaluados. A diferencia de esto, el coeficiente *Omega* permite mayor flexibilidad en la estimación de la consistencia interna (Peters, 2014). Si se trabaja con instrumentos que miden un sólo constructo, rasgo u objetivo directo, se torna fácil de establecer el α , y todos los programas de análisis estadístico lo calculan rápidamente (Schweizer, 2011). Ahora bien, si el objetivo de una medición abarca variables latentes diversas que componen un constructo multidimensional (como la empatía o el estilo de apego que se mencionan en los Anexos), o bien diversos ámbitos de una evaluación integral, será necesario estimar el coeficiente de consistencia interna de forma independiente para cada una de las dimensiones del instrumento aplicado (Viladrich et al., 2017).

Es importante enfatizar que cada vez que se adapte o construya un instrumento de medición objetivo, es necesario estimar de su consistencia interna (Schweizer, 2011). Como criterio general se espera que el índice de consistencia interna supere un valor de 0.7.

Antes de finalizar este apartado es necesario mencionar un último tipo de fiabilidad que se utiliza más en el ámbito de la medición experimental o el área aplicada en clínica, por ejemplo. Esto se refiere al índice de acuerdo entre evaluadores, el cual refleja la estabilidad de las evaluaciones de una conducta, rasgo o elemento psicológico específico cuando su evaluación no depende de una medición específica, sino que el instrumento de evaluación es un/a observador/a, cuyas apreciaciones son ponderadas para generar la medida. En este caso, lo que aplica es realizar una correlación entre las evaluaciones para cada aspecto observado de la conducta a través del índice de *Kappa* o bien de *correlación intraclase* (Landers, 2015). Sólo diremos brevemente que cuando se tiene una pauta de codificación de aspectos comportamentales, el coeficiente de acuerdo estima la medida en que se asocia la apreciación entre dos o más evaluadores, tal como se ejemplifica brevemente en los últimos dos Anexos de este capítulo.

Validez

la validez es el grado en que la evidencia, la teoría y la argumentación recopiladas respaldan inferencias basadas en las puntuaciones observadas (Camargo et al., 2018, p. 152)

Si bien en los apartados anteriores se han resaltado consideraciones metodológicas generales y que aplican a la psicología, cuando se emprende la adaptación o construcción de instrumentos de medición objetiva, los aspectos relacionados con la validez son aquellos que presentan el mayor desafío metodológico.

El concepto de validez radica en comprobar empíricamente que lo que se observa, interviene o explica, es coherente con la realidad. En metodología, esto implica atender al control de una situación que se desea observar (validez interna) o bien a la posibilidad de generalizar datos obtenidos de muestras o contextos particulares a poblaciones y situaciones más generales (validez externa).

La validez psicométrica no dista de su concepción metodológica, también se conecta directamente con la comprobación empírica de la medición del constructo, requiriendo que un instrumento concuerde en la práctica con la interpretación que se le desea dar. Sin embargo, se requiere de un fuerte énfasis en aspectos teóricos previos acerca del constructo que se evalúa y un cuidadoso diseño de investigación para generar la evidencia de su correcto alcance (Camargo et al., 2018).

La validez de una prueba consiste en demostrar que la interpretación de las puntuaciones de la misma tiene el significado que se postula a través de diferentes estudios que así lo demuestran (Cronbach, 1998). De acuerdo con las consideraciones actuales que fueron iniciadas por un clásico planteamiento de Cronbach y Meehl (1955), la evidencia de validez de constructo sería el objetivo que debe buscar cualquier construcción o adaptación de instrumentos, e incluiría a los otros tipos de validez. En un sentido más restringido, las formas que ha tomado la validez a través de la disciplina abarcan al menos tres categorías: validez de contenido, de criterio y de constructo (Anastasi & Urbina, 1998; Meneses et al., 2013). Más adelante se explicará cada una de estas pese a que, al hablar de validez, no se está aludiendo a una propiedad intrínseca de una prueba o escala, sino más bien se hace referencia a un estudio continuo de la interpretación de las puntuaciones obtenidas con un instrumento en

sus diversas aplicaciones y adaptaciones a distintas muestras y contextos (Camargo et al., 2018).

La evidencia de *validez de contenido* se refiere a determinar si el instrumento que se construye o adapta representa adecuadamente todos los dominios de reactivos u observaciones que implica el constructo o la conducta que se desea evaluar (Aliaga, 2006). En términos semánticos, se deben incorporar preguntas, afirmaciones o conductas a observar que se desprenden del marco teórico o empírico del constructo a evaluar, así como también la operacionalización integral de todas sus variables latentes. Como una forma de ilustrar la validez de contenido, se puede hacer mención al Índice de Empatía (*Interpersonal Reactivity Index-IRI*) desarrollado por Davis (1980). En su construcción, el autor identificó cuatro dimensiones de la empatía que comprenden dos variables latentes diferenciables sutilmente en la teoría (los aspectos cognitivos y afectivos de la empatía). La primera variable latente, la dimensión de fantasía, se conceptualiza como una forma de identificarse con personajes de películas y novelas y, la segunda dimensión denominada toma de perspectiva, consiste en ponerse en el lugar de otro. La segunda variable latente de este instrumento abarca la preocupación empática, que es una dimensión afectiva que alude a experimentar lo que otros sienten, mientras que el malestar personal es una dimensión afectiva que reúne afirmaciones acerca de las consecuencias afectivas que provoca el conocer el sufrimiento de otros. El instrumento de Davis logra evaluar la respuesta empática con siete ítems para cada una de estas dimensiones que claramente representan el contenido de la empatía de acuerdo al conocimiento que se tiene de este fenómeno desde la psicología (pese a que la escala de empatía de Baron-Cohen, u otros instrumentos de medición de la empatía, también tienen fortalezas teóricas y empíricas que deben considerar quienes opten por uno o por otro —ver Hall & Schwartz (2018)—).

En segundo lugar, la evidencia de *validez de criterio* representa la relación que tiene el resultado de la aplicación de una prueba con alguna otra medida del constructo o variable que se busca evaluar. El criterio debe ser relevante, adecuado y se deben conocer sus sesgos antes de seleccionarlo como tal; sin embargo, es una evidencia empírica importante en la comprobación de lo que significan las puntuaciones de una prueba (Cronbach, 1998). Asimismo, es recomendable de acuerdo con los estándares actuales de medición objetiva, que el criterio constituya un método distinto de evaluación al que utiliza el instrumento en construcción o adaptación. Esto implicaría que, si se está construyendo un instrumento

de autoaplicación (escala o cuestionario), el criterio debiera considerar una medición conductual, una entrevista clínica o una medición diferente al autorreporte, para constituirse en una evidencia concluyente de validez de criterio. En el ejemplo mencionado más arriba sobre la evaluación del comportamiento no verbal de la depresión mediante la codificación de comportamientos prototípicos, la validez de criterio para dicho instrumento está apoyada por su correlación positiva con el instrumento de autorreporte de síntomas depresivos (Inventario de Depresión de Beck) y por su asociación negativa con el tono vagal, que corresponde a una medición psicofisiológica de regulación emocional (Dufey & Wilson, 2017).

También, se han generado formas de distinguir la validez de criterio de acuerdo con el tipo de relación que se establezca con el instrumento de medición en estudio. Es así como la validez *concurrente o convergente* alude a la relación directa que tenga una prueba con otra medida del constructo o las variables latentes que se evalúan. La validez *divergente* hace referencia a la ausencia de relación significativa o una correlación negativa entre el instrumento que se construye o adapta, con pruebas que miden fenómenos poco relacionados u opuestos al constructo evaluado.

La validez *predictiva* incorpora la clasificación de características del constructo que se evalúa, las cuales se conozcan y puedan ser correctamente determinadas con la aplicación del instrumento que se está construyendo o adaptando (para una discusión más completa de estos conceptos, ver Prieto & Delgado, 2010).

Finalmente, la validez *de constructo* es el tipo de validez más inherente a la disciplina psicométrica. Validar un constructo significa poner a prueba inferencias que se extraen del marco teórico que sustenta lo que se busca medir con un instrumento (Muñiz & Fonseca-Pedrero, 2019). Es decir, en el ejemplo de la adaptación de una prueba de autoestima, si la teoría acerca del constructo afirma que esta se asocia positivamente al bienestar y la salud mental de las personas y negativamente al nivel de malestar, sería posible poner a prueba con el instrumento en la medida que este sea sensible a detectar cambios favorables a través de la psicoterapia. De confirmarse esta hipótesis, se contaría con algún apoyo empírico de la utilidad del instrumento para evaluar el constructo. En efecto, se ha observado que el nivel de autoestima aumenta en personas que cursan un proceso terapéutico, y que dicha variación se da en conjunto con cambios en otros instrumentos relacionados con el nivel de malestar y psicopatología (por ejemplo, mayores niveles de autoestima después de

la terapia respecto del inicio del tratamiento se acompañan de un descenso en los niveles de depresión, problemas interpersonales y actitudes disfuncionales antes y después de la terapia, Watson et al., 2019).

Cronbach (1998) ha detallado exhaustivamente sugerencias para desarrollar la evidencia de validez de constructo. Siendo su forma más simple la aplicación de experimentos que comprueben la utilidad del instrumento para detectar los efectos de la manipulación de variables independientes en el constructo evaluado. Pero de acuerdo con Clark y Watson (1995), la validez de constructo no se puede extraer de una sola aplicación de un instrumento, sino que debe contemplar una serie de investigaciones que permitan delimitar el constructo que está a la base de la medición. Esto concuerda con el dinamismo que se ha propuesto en la psicometría actual al considerar que la evidencia de validez es un proceso continuo en la construcción y adaptación de instrumentos. Como una ilustración clara y aplicada de la validez en la adaptación de instrumentos en el ámbito clínico y que refleja los aspectos discutidos anteriormente, se recomienda leer el artículo de Von Bergen & De la Parra (2002) referido a la adaptación y validación en Chile del *Outcome Questionnaire* (OQ-45.2).

Otra forma de aproximarse a la validez de constructo ampliamente difundida en la disciplina ha sido el uso de las técnicas de análisis factorial para extraer las dimensiones o variables latentes que subyacen un instrumento de medición. Esta aproximación constituye una herramienta útil de aplicar a la construcción y adaptación de instrumentos que sin duda avala su solidez; sin embargo, existen muchos abusos de este método que no consideran el hecho de que no es una medida acabada de la validez de constructo (Rust & Golombok, 1999).

El análisis factorial como evidencia de validez es tremendamente informativo y concluyente cuando se elabora un instrumento (Ledesma et al., 2019). Si, por ejemplo, existen imprecisiones en las dimensiones o significados de los reactivos de una prueba, esta técnica tiende a agrupar conglomerados de ítems que comparten variabilidad común. Particularmente, la extracción de los componentes principales en una aplicación piloto de un instrumento en construcción permite refinar y ajustar el instrumento para que sea una medida con mayor concordancia con la realidad eliminando factores que no se explican al considerar su coherencia con la realidad de los fenómenos que se pretende evaluar, estableciendo si se trata de un instrumento uni o multidimensional o eliminando redundancias o ambigüedades que emergen del análisis factorial

exploratorio (AFE; Kerlinger & Lee, 2002; Marsh et al., 2009). Una vez construido un instrumento y con una muestra de un buen tamaño para el estudio de la estructura factorial, se puede realizar un AFE con análisis paralelo de Horn (Dinno, 2009; Matsunaga, 2010) para concluir en la cantidad de dimensiones o factores que agrupa el instrumento.

Por otro lado, cuando se está realizando la adaptación de una medida psicológica los modelos de ecuaciones estructurales permiten analizar la convergencia de la estructura original del instrumento (Byrne, 2001; Kline, 2005) por medio del análisis factorial confirmatorio (AFC). De igual forma, gracias a los *softwares* de uso libre (JAMOVI, R) el AFE y el AFC se pueden estimar de forma clara y sencilla, en función del nivel de medición de los reactivos (Winter & Doudou, 2012).

Pero no se debe utilizar esta técnica como la única evidencia de validez ya que el ajuste de los modelos estructurales que están a la base del análisis confirmatorio muchas veces no logran replicarse (el segundo ejemplo en Anexo muestra cómo abordar esto). Siendo la mejor recomendación generar en conjunto alguna evidencia de validez empírica además de realizar un análisis factorial de los ítems que conforman una prueba. Actualmente, la literatura psicométrica ha aportado también otras alternativas más sofisticadas al AFC para lograr mejorar el ajuste de los modelos. Ejemplo de esto, es la utilización del ESEM (Exploratory Structural Equation Modeling), el cual es una alternativa híbrida entre el AFE y el AFC (Marsh et al., 2009).

Para concluir la discusión de la validez de los instrumentos, es necesario indicar que la validez tiene una relación estadística importante con el índice de confiabilidad de una prueba (Kline, 2005). El valor observado de confiabilidad establece un límite a la validez que se obtendrá ya que en la medida que una medición sea inestable o incorpore mucha variabilidad aleatoria, esta será agregada en las posteriores correlaciones que se establezcan entre la medida y otros instrumentos que se relacionen con la prueba que se adapta o construye (por ejemplo, con el criterio). Por lo tanto, una alta confiabilidad se constituye en un requisito para alcanzar una adecuada validez; sin embargo, no es una garantía de validez (Byrne, 2001).

Normas

La generación de normas de las pruebas psicológicas constituye una forma de hacer interpretables las puntuaciones que se obtienen con un instrumento. Una vez resueltas las propiedades de validez y confiabilidad, es necesario saber cómo interpretar los resultados de una buena medición.

Las *normas* informan acerca de las puntuaciones promedio, desviaciones esperables, clasificaciones de logro, etc., en relación con la población que se utiliza para construir un instrumento. Cuando la muestra de la cual se extraen las normas es representativa de una población particular, se pueden construir, por ejemplo, puntuaciones de corte para alcanzar un criterio de baja o alta puntuación en referencia a la norma. O bien, si se estiman las calificaciones promedio de personas que sufren de un desorden particular, se puede establecer un puntaje de la totalidad del instrumento que represente una alta cantidad del desorden, etc. El establecimiento de puntuaciones normativas y de corte es muy relevante para la psicología clínica pues permite determinar, desde un punto de vista normativo, cuándo las personas presentan síntomas, malestar y disfuncionalidad de significancia clínica, posibilitando tomar decisiones debidamente informadas sobre las opciones de intervención y tratamientos disponibles, favoreciendo la adecuada distribución de los recursos terapéuticos disponibles.

Un ejemplo interesante de lo anterior es el estudio de Von Bergen & De la Parra (2002), quienes adaptaron, validaron y elaboraron normas para el OQ-45.2 en Santiago de Chile. El OQ-45.2 es un instrumento de autorreporte originalmente diseñado para detectar cambios en psicoterapia en pacientes a través de tres dimensiones (síntomas, relaciones interpersonales y rol social, Lambert et al., 1996). Para la obtención de los datos normativos los autores incluyeron varias muestras de pacientes provenientes de un hospital psiquiátrico y un grupo control, no psiquiátrico, a quienes se les administró el OQ-45.2 (junto con otros instrumentos). A partir de la comparación de los puntajes obtenidos por el grupo de pacientes psiquiátricos y el grupo control, se propuso un puntaje de corte (PC) total y por dimensiones que establece la diferencia entre una población funcional y disfuncional. Es decir, si en una aplicación determinada del instrumento una persona que reside en Santiago de Chile obtiene un puntaje total igual o superior al PC, se clasificaría e interpretaría como una persona proveniente de una población disfuncional (con un elevado nivel de disconformidad en su calidad de vida en general, en

lo referente a síntomas, dificultades en sus relaciones interpersonales y en su rol social), en tanto que, si el puntaje es inferior al PC, la persona proviene de una población funcional.

Lo relevante es considerar que, tal como se ha insistido a lo largo del capítulo, las normas están en directa relación con la muestra de la cual se extraen las puntuaciones, que sirven de referencia para la ponderación de las puntuaciones obtenidas con el instrumento. Por lo tanto, solamente las normas que se extraen de muestras estandarizadas (representativas de una población objetivo), son generalizables a individuos de dicha población.

Finalmente, cabe destacar que, pese a no trabajar con muestras estandarizadas, igualmente se puede obtener normas durante la adaptación o construcción de instrumentos. Este dato aportará a la comparación con normas estimadas en otros contextos o muestras (en el caso de la adaptación), y en el caso de la construcción de una prueba, servirá como un antecedente para las futuras aplicaciones de la misma.

Las normas pueden construirse de acuerdo con las puntuaciones brutas o la sumatoria de los valores por ítem de un instrumento, o bien se pueden presentar como percentiles, puntuaciones estandarizadas, etc. (Anastasi & Urbina, 1998; Meneses et al., 2013). Su utilización dependerá del constructo que se esté evaluando, y de las futuras mediciones individuales que se desee obtener con el instrumento.

Estándares internacionales acerca de los instrumentos psicométricos

En este último apartado se identifican las fuentes de estándares y normativas relacionadas con la construcción, adaptación y utilización de instrumentos psicológicos, con la finalidad de informar al lector acerca de estos desarrollos y remitirlos a las dos referencias internacionales vigentes en la disciplina.

En primer lugar, existe una comisión de la American Psychological Association (APA) que se pronuncia acerca de la calidad técnica de las pruebas psicológicas y educativas, recomendando a modo muy general que cualquier instrumento deberá contar con normas claras acerca de sus propiedades psicométricas, ser aplicados por personas capacitadas para dicha función e informar acerca de la posible interpretación de sus puntuaciones. Además, los aspectos éticos en la clasificación de individuos, confidencialidad de los resultados, derechos de los evaluados, son

ampliamente discutidos. El texto se puede obtener en el sitio de la APA www.apa.org.

En segundo lugar, The International Tests Commission (ITC) es un organismo especializado internacional que ha estado a la vanguardia en el desarrollo de la normativa de construcción y adaptación de instrumentos, señalando las directrices que son necesarias para elaborar o bien adecuar un instrumento a un contexto particular. Esta comisión se pronuncia acerca del desarrollo y la adaptación de las pruebas psicológicas, su administración, así como los aspectos que deben considerarse al interpretar puntuaciones obtenidas a través de instrumentos psicológicos. Las recomendaciones que hace la comisión se encuentran disponibles en línea en el sitio: <http://www.intestcom.org/Guidelines/test+adaptation.php>

A modo de conclusión

Sin duda alguna, el presente capítulo es un modo muy general de presentar los aspectos conceptuales que se deben dominar para construir y adaptar instrumentos psicológicos. Pero como un complemento a la temática del psicodiagnóstico, debiese entregar suficiente información para que el estudiante o profesional de la disciplina pueda orientarse en la profundización y dominio de aquellos aspectos que le sean necesarios a la hora de elaborar, seleccionar o utilizar un instrumento de medición objetivo. En este sentido, considerando la importancia de la evaluación psicológica como una herramienta que permite, por ejemplo, planear una intervención, o tener un punto de comparación para determinar el éxito de una terapia, este capítulo buscó exponer algunos fundamentos psicométricos básicos, señalando la importancia de la psicometría como una teoría de la medida que garantice instrumentos de evaluación válidos y confiables, reafirmando de esta manera el carácter científico de la psicología.

Han quedado importantes temas fuera de la discusión, particularmente el dominio estadístico inferencial que sustenta la disciplina psicométrica. Esto no le resta importancia a la fundamentación de la discusión, ya que se han referenciados los textos más representativos del desarrollo de técnicas de análisis para cada uno de los aspectos abordados en el capítulo. Para profundizar en estas temáticas, podemos recomendar un canal web introductorio de libre acceso (*Psico Fácil*, en Youtube), así

como los videos tutoriales y códigos libres que circulan en internet. Por otro lado, para el análisis de datos, si bien el uso de *softwares* especializados como SPSS, AMOS, Mplus y LISREL, fueron la norma en décadas anteriores, hoy en día podemos recomendar el *software* libre JAMOVÍ², que permite realizar todos los análisis estadísticos que hemos comentado en el texto de forma simple. Sin duda, no podemos dejar de mencionar, que para aquellas personas que se inician en la metodología y pueden formarse en el lenguaje de programación R, este sin duda permite realizar todos los análisis comentados aquí, además de un sinnúmero de funciones más avanzadas que están a la vanguardia de los avances metodológicos de la disciplina³.

Es preciso también reconocer que en este texto no se hizo referencia a las escalas de medición que existen a la hora de formular formatos de respuesta para las pruebas en desarrollo o adaptación. Sin embargo, los textos clásicos de Anastasi & Urbina (1998) lo abordan exhaustivamente. Siempre es necesario informar y seleccionar cuidadosamente el formato de respuesta y forma de aplicación de una prueba, para maximizar su efectividad y minimizar el error producto de variaciones sistemáticas que se incorporen a la medición (Meneses et al., 2013). Esto fortalece las propiedades psicométricas fundamentales de todos los instrumentos, como su confiabilidad y su validez estimadas.

Para finalizar, se considera importante precisar que simultáneo al análisis del contenido inicial de los instrumentos de medición y clarificación precisa del constructo que se busca evaluar, la aproximación científica hipotética-deductiva es un terreno fértil que día a día aporta nuevos métodos para sobrellevar la construcción y adaptación de instrumentos. Por ejemplo, hoy en día los paneles de expertos, la utilización conjunta de marcos teóricos y conceptualizaciones concretas acerca de lo que se busca evaluar han aumentado. La psicometría se enriquece con la ampliación de los métodos para generar formas innovadoras de medición.

Y se debe recordar que a la base de cualquier medición psicológica está el objetivo mismo de la disciplina, poder observar su campo de estudio de forma teórica y empírica.

² <https://www.jamovi.org/>

³ <https://www.r-project.org/>

Referencias

- Aiken, L. (2001). *Test Psicológicos y Evaluación*. Prentice Hall.
- Aliaga, J. (2006). Psicometría: Tests psicometricos, confiabilidad y validez. En A. Quintana & W. Montgomery. (Eds.), *Psicología: Tópicos de actualidad* (pp. 85-108). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998). *Tests Psicológicos*. Prentice Hall.
- Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175. <https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00>
- Brinkmann, H., Segure A. & Solar, M. (1989). Adaptación, estandarización y elaboración de normas para el inventario de autoestima de Coopersmith. *Revista Chilena de Psicología*, 10 (1), 63-71.
- Bunge, M. (1991). *La ciencia, su método y su filosofía*. Ed. Siglo Veintiuno.
- Byrne, B. M. (2001). *Structural Equation Modeling with AMOS. Basic Concepts, Applications, and Programming*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Camargo, S. L., Herrera, A. N., & Traynor, A. (2018). Looking for a consensus in the discussion about the concept of validity: A Delphi study. *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 14(4), 146-155. <https://doi.org/10.1027/1614-2241/a000157>
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales [Norms to development and to review instrumental studies]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1995). Constructing Validity: Basic Scales in Objective Scale Development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319.
- Cohen, R. J. & Swerdlik, M. E. (2001). *Pruebas y Evaluación Psicológicas. Introducción a las Pruebas y a la Medición, Cuarta Edición*. McGraw Hill.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810-832. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.71.4.810>
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2010). An attachment theoretical perspective on social support dynamics in couples: Normative processes and individual differences. En K. T. Sullivan & J. Davila (Eds.), *Support processes in intimate relationships* (pp. 89-120). University Press. <http://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195380170.003.0004>
- Cortada de Kohan, N. (1999). *Teorías Psicométricas y construcción de Tests*. Lugar Editorial.

- Coutinho, J. F., Silva, P. O., & Decety, J. (2014). Neurosciences, empathy, and healthy interpersonal relationships: Recent findings and implications for counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 61(4), 541-548. <https://doi.org/10.1037/cou0000021>
- Cronbach, L. J. (1998). *Fundamentos de los Tests Psicológicos. Aplicación a las Organizaciones, la Educación y la Clínica*. Editorial Biblioteca Nueva.
- Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281-302. <https://doi.org/10.1037/h0040957>
- Cuadra L., H., & Florenzano U., R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista De Psicología*, 12(1), 83-96. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2003.17380>
- Davis, M. H. (1980). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Dinno, A. (2009). Exploring the Sensitivity of Horn's Parallel Analysis to the Distributional Form of Random Data. *Multivariate Behavioral Research*, 44(3), 362-388. <https://doi.org/10.1080/00273170902938969>
- Dufey, M. & Wilson, J.E. (2017). Short-term effects of the empathic talk: The role of perceived empathy, interpersonal dispositions, and vagal tone on experiencing depth. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, e61, 1-13. doi:10.1017/sjp.2017.58
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 399-410. <https://doi.org/10.1037/ps0000175>
- Fernandes, R., Fiquer, J., Gorenstein, C., Razza, L., Fraguas, R., & Borrión, L., et al. (2017). Nonverbal behaviors are associated with increased vagal activity in major depressive disorder: Implications for the polyvagal theory. *Journal of Affective Disorders*, 209, 18-22. doi:10.1016/j.jad.2016.11.010
- Fernández, A. M. (2008). Propiedades Psicométricas de las Escalas y Cuestionarios Objetivos en Psicología: Aspectos a Considerar en la Construcción, Adaptación y Utilización de Instrumentos Psicológicos. En M. Loubat, *Diagnóstico Psicológico: más que una Intuición*. (pp. 97-126). Ediciones PubliFAHU-Editorial LOM.
- Fernández, A. M., Acevedo, Y., Baeza, C. G., Dufey, M., & Puga, I. (2022). Jealousy protest to a social rival compared to a non-social rival in Chilean infants 10-20 months' old. *Infancy*, 27, 997-1003. <https://doi.org/10.1111/inf.12484>
- Fernández, A. M., Baeza, C. G., Pávez, P., & Aldunate, N. (2021). Chilean Version of the Empathy Quotient (EQ) Scale: Adaptation and Psychometric Properties. *The Spanish Journal of Psychology*, 24, e24. <https://doi.org/10.1017/SJP.2021.26>

- Fernández, A. M., & Dufey, M. (2015). Adaptation of Collins' dimensional adult attachment scale revised to the Chilean context. *Psicología Reflexão e Crítica*, 28(2), 242-252. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528204>
- Fernández, A. M., Dufey, M., & Kramp, U. (2011). Testing the psychometric properties of the Interpersonal Reactivity Index (IRI) in Chile: Empathy in a different cultural context. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(3), 179-185. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000065>
- Fiquer, J. T., Boggio, P. S., & Gorenstein, C. (2013). Talking bodies: Nonverbal behavior in the assessment of depression severity. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 1114-1119. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.002>
- George, M., Siraquian, X. & Mores, R. (1995). Adaptación y Validación de dos Instrumentos de Pesquisa de Problemas de Salud Mental en Escolares de 1ro básico. *Revista de Psicología*, 5, 17-25.
- Hall, J. A., & Schwartz, R. (2018). Empathy present and future. *The Journal of Social Psychology*, 159(3), 225-243. <https://doi.org/10.1080/00224545.2018.1477442>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Ed. McGraw-Hill.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. McGraw Hill/ Interamericana.
- Klein M. H., Mathieu P. L., Gendlin E. T., & Kiesler D. J. (1969). The Experiencing Scale: A research and training manual. Wisconsin Psychiatric Institute.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd Edition). Guilford Press.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umpress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (1996) *Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2*. American Professional Credentialing Services LLC. USA.
- Landers, R. (2015) Computing Intraclass Correlations (ICC) as Estimates of Interrater Reliability in SPSS. *The Winnower*, 2:e143518.81744. doi.org/10.15200/winn.143518.81744
- Ledesma, R., Ferrando, P., & Tosi, J. D. (2019). Uso del Análisis Factorial Exploratorio en Ridep. Recomendaciones para Autores y Revisores. *RIDEP*, 52(3), 173-180. <https://doi.org/10.21865/RIDEP52.3.13>
- Marsh, H. W., Muthe'n, B., Asparouhov, T., Lu'dtke, O., Robitzsch, A., Morin, A. J. S., & Trautwein, U. (2009). Exploratory structural equation modeling, integrating CFA and EFA: Application to students' evaluations of university teaching. *Structural Equation Modeling*, 16, 176-439. <http://dx.doi.org/10.1080/10705510903008220>
- Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L. M., Turbany, J., & Valero, S. (2013). *Psicometría*. Editorial UOC.
- Muñiz, J. (2018). *Introducción a la Psicometría*. Pirámide.

- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25, 151-157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test [Ten steps for test development]. *Psicothema*, 31(1), 7-16.
- Nunnally, J. (1987). *Teoría Psicométrica*. Ed. Trillas.
- Peters, G. J. Y. (2014). The alpha and the omega of scale reliability and validity: Why and how to abandon Cronbach's alpha and the route towards more comprehensive assessment of scale quality. *The European Health Psychologist*, 16, 56-69.
- Prieto, G., & Delgado, A.R. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 67-74.
- Rojas-Barahona, C., Zegers, B., & Forster, C. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>
- Rust, J. & Golombok, S. (1999). *Modern Psychometrics: The Science of Psychological Assessment*. Routledge.
- Schweizer, K. (2011). On the changing role of Cronbach's α in the evaluation of the quality of a measure [Editorial]. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(3), 143-144. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000069>
- Thorndike, R. L. (1989). *Psicometría Aplicada*. Limusa.
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., & Doval, E. (2017). Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *Anales de Psicología*, 33(3), 755-782. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
- Von Bergen, A. & De la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia Psicológica*, 20, 161-178.
- Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24(3), 286-298. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.80282>
- Watson, J. C., McMullen, E. J., Rodrigues, A., & Prosser, M. C. (2019). Examining the role of therapists' empathy and clients' attachment styles on changes in clients' affect regulation and outcome in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 30(6), 693-705. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1658912>
- Westen, D. & Rosenthal, R. (2005). Improving Construct Validity: Cronbach, Meehl, and Neurath's Ship. *Psychological Assessment*, 17(4), 409-412. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.4.409>

Winter, J. C. & Dodou, D. (2012). Factor recovery by principal axis factoring and maximum likelihood factor analysis as a function of factor pattern and sample size. *Journal of Applied Statistics*, 39(4), 695-710.

Anexos

Capítulo IV

Los ejemplos que se presentan a continuación son una breve síntesis del trabajo de adaptación de instrumentos que hemos desarrollado las autoras del capítulo y otras investigadoras del Laboratorio LERI de la Usach. No ahondaremos en los detalles, que están disponibles en los artículos específicos, sin embargo, buscamos ejemplificar la adaptación de la escala de apego adulto de Collins a nuestra población y el trabajo de evaluación y adaptación del coeficiente de empatía de Baron-Cohen en nuestro contexto. Por otro lado, los últimos dos trabajos, muestran cómo desarrollamos una pauta de evaluación de los celos infantiles y la aplicación de la Escala Experiencial para comparar dos contextos experimentales de conversación según sus niveles de empatía.

Adaptación de la Escala de Apego Adulto (AAS)

La adaptación de la escala de apego adulto de Collins (1996; Adult Attachment Scale Revised-AASR), fue desarrollada en nuestro laboratorio LERI por Fernández & Dufey (2015). El objetivo de dicho trabajo fue contar con una medida apropiada para el contexto local de evaluación del apego, pero fundamentalmente de las propiedades positivas del apego adulto: niveles de cercanía, dependencia y ansiedad.

Asimismo, la escala AASR tiene la característica de evaluar las dimensiones del apego en forma continua sin la necesidad de generar categorías discretas para los estilos de apego (no obstante, es factible realizar dicha categorización). Por esta razón, la seleccionamos para contar con un instrumento que tiene un fuerte fundamento teórico y que ha sido útil en la evaluación de los componentes del apego y su relación con elementos que contribuyen al desarrollo de buenas relaciones interper-

sonales (Collins & Feeney, 2010). Es así como este cuestionario permite acceder a los modelos cognitivos internos que las personas han formado a lo largo del desarrollo acerca de sí mismos y el tipo de recepción que las otras personas (modelo de los otros) tienen con uno mismo. Esto se refleja en las siguientes dimensiones específicas: la comodidad de la persona con relaciones cercanas e íntimas (cercanía); el sentimiento de que se puede contar con los demás y que estos estarían disponibles cuando los necesite (dependencia); y finalmente el nivel de miedo de la persona de que los demás nos puedan abandonar o rechazar (ansiedad).

Como un paso inicial, realizamos la traducción de la escala al castellano (español que utilizamos en Chile) por una traductora con conocimientos de psicología. Luego, en el equipo de laboratorio, una experta en la temática realizó la retrotraducción al inglés y una segunda experta analizó las discrepancias entre las versiones. Finalmente, el panel del laboratorio decidió el lenguaje a mantener consistentemente y se realizó una aplicación piloto, que arrojó buena comprensión y confiabilidad inicial.

En una segunda etapa, se aplicó la versión definitiva de la escala a una muestra de más de 400 participantes, en conjunto con otras escalas que se deberían relacionar positiva y negativamente con las dimensiones del apego, para evaluar la validez convergente y concurrente. De esta manera, se encontró que las dimensiones de cercanía y ansiedad tenían altos niveles de confiabilidad, pero en la escala de dependencia, había que reemplazar la palabra “dependen” de otros, por “apoyarse” en otros. Pese a la falta de consistencia de esa escala específica, la cercanía y dependencia del apego se asoció significativamente con los valores de autoestima y valor como pareja que las personas reportaban en sí mismas, y negativamente con la agresividad y los celos de pareja. Mientras que la dimensión de ansiedad se correlacionó con celos, las dimensiones de agresividad y negativamente con autoestima.

Como último paso en la adaptación del cuestionario AASR, realizamos el cambio en el lenguaje de los ítems de dependencia y la aplicamos a una nueva muestra de 80 participantes, para evaluar la estructura definitiva de este instrumento. Los resultados nos permitieron concluir el trabajo de adaptación, generando una versión adecuada de la escala de apego relacional al contexto chileno (ver Fernández & Dufey, 2015 para el informe detallado de todo el proceso y la escala definitiva).

Una adaptación del Cuestionario de Empatía EQ

A continuación, se presenta una breve síntesis de un trabajo de adaptación y validación del cuestionario Empathy Quotient (EQ) en una muestra chilena. Este instrumento fue desarrollado originalmente por Baron-Cohen & Wheelwright (2004) y Fernández et al. (2021) estudiaron sus propiedades psicométricas en el contexto chileno.

La empatía se puede definir como *la habilidad o empuje a atribuir estados mentales a otras personas u animales, incluyendo también la capacidad de dar una respuesta afectiva apropiada*; en esta línea, se trataría entonces de un constructo de naturaleza multidimensional difíciles de separar, donde se incluye un componente cognitivo (captando y atribuyendo estados mentales) y un componente afectivo (dando una respuesta emocional).

Debido al alto valor de la empatía en relación al comportamiento prosocial, muchos investigadores la han estudiado en el contexto de diferencias individuales y de la salud mental, lo que ha conllevado desarrollo de instrumentos para su evaluación. En este contexto, nace el EQ, el cual es una escala que se ha validado en diferentes poblaciones, en diferentes idiomas y contextos. Sin embargo, Chile no contaba con una versión adaptada del EQ. Por otro lado, nuestro equipo de investigación ya contaba con la escala IRI, sin embargo, esta no cuenta con una dimensión explícita de las habilidades interpersonales, la cual potencialmente sí estaba abordada en el EQ.

Frente a esto, en esta investigación, en primer lugar, se buscó evaluar la validez estructural de la versión traducida del EQ en población chilena, extrayendo las dimensiones que han sugerido los distintos trabajos de adaptación del EQ a muestras de población normal. Para ello, se realizó un AFC. También se realizó un análisis paralelo de Horn (AP) y un AFE para determinar las dimensiones y elementos que se conservan en la escala traducida. Luego, comparamos el ajuste de CFA con un método de Modelado Ecuacional Estructural Exploratorio (ESEM), el cual es una alternativa cada vez más recomendada para escalas multidimensionales con factores inter-correlacionados, teniendo en cuenta que el instrumento fue originalmente concebido como unidimensional. El segundo objetivo de nuestro estudio fue evaluar la validez convergente del EQ con el IRI (Índice de Reactividad Interpersonal adaptada a Chile; Fernández et al., 2011), evaluando también su validez convergente con una medida de agresividad. Como otro análisis de validez convergente, con una nueva muestra comunitaria, seleccionamos las dimensiones del

apego adulto cercanía y dependencia, directamente asociadas a la empatía y la ansiedad, como una dimensión inversamente relacionada con la empatía.

Evaluamos una muestra de 336 personas quienes contestaron la escala original del EQ (Baron-Cohen & Wheelright, 2004), la cual consta de 60 enunciados: 40 de ellos son descripciones de rasgos cognitivos y afectivos de empatía y 20 son artículos de relleno. También contestaron el IRI y el Cuestionario de Agresión de Buss-Perry (BPAQ). Adicionalmente, para probar este tipo de validez, reclutaron una nueva muestra, extraída de la población en general y se les solicitó a los participantes contestar la Escala de Apego Adulto (que aparece en el primer Anexo).

Los resultados obtenidos nos permitieron ajustar algunos de los ítems del EQ a tres dimensiones previamente identificadas en la literatura: empatía cognitiva, reactividad emocional y habilidades sociales, las cuales representan los elementos cognitivos, afectivos y prosociales de la empatía que han estudiado diversos autores (para mayores detalles de todo el proceso ver Fernández et al., 2021).

Calificación de celos infantiles a partir de una situación experimental

El trabajo que describimos a continuación fue parte del proyecto FONDECYT regular #1181114, en el cual buscamos evaluar la respuesta de celos en bebés de 10 a 20 meses, en dos situaciones experimentales (cuando la madre atendía a un rival social y no social, Fernández et al., 2022).

Para efectos del capítulo, sólo describiremos el trabajo de adaptación de la pauta de evaluación de la conducta de celos infantiles, a partir de la calificación original de las conductas de celos de la investigadora Sybille Hart (ver Fernández et al., 2022).

Con el objetivo de poder calificar los indicadores conductuales de protesta de celos en bebés —dirección de la mirada, aproximación, contacto físico, excitación, vocalización y estado afectivo— utilizamos una pauta de observación que define y caracteriza cada interacción diádica, de la madre con su hijo/a y fue codificada por cuatro evaluadores (dos mujeres y dos varones ciegos a los objetivos de la investigación). Los codificadores debían evaluar 12 intervalos de frecuencia de 10 segundos por episodio (12 en total), utilizando las “categorías de codificación de comportamiento infantil” de Mize y Jones.

Con esto, se pudo estimar la confiabilidad entre los evaluadores, por medio de una correlación intraclase aleatoria de dos vías (ICC) que fluctuó entre 0,91 a 0,96.

La confiabilidad entre evaluadores es una técnica muy utilizada en situaciones en las cuales los observadores son la herramienta de calificación de la conducta. En este caso, como las personas pueden variar notablemente en sus apreciaciones de la conducta observada, lo que se busca alcanzar es estabilidad en las evaluaciones subjetivas, pese a las diferencias entre evaluadores. De esta forma, por cada conducta objetivo, por ejemplo, que tanto el niño se acerca a la madre, en una condición, se puntúa por cada evaluador y se obtiene la asociación de dicha evaluación entre los observadores.

Aplicación de la Escala Experiencial a la conversación empática

Este último ejemplo ilustra un procedimiento estandarizado que se utiliza en la investigación en psicoterapia para evaluar el nivel de contacto que las personas manifiestan con su experiencia presente durante una conversación o diálogo, lo cual se conoce como el nivel experiencial (Klein et al. 1969). En el Laboratorio LERI se implementó un estudio que buscó comprender de qué manera un contexto de empatía —en el cual somos sujetos de una intención deliberada por parte de otra persona de empatizar con nuestra experiencia, como suele suceder dentro de la relación entre terapeuta y consultante—, genera efectos beneficiosos en la persona empaticada que han sido ampliamente documentados a través de investigaciones en psicología y neurociencias (Coutinho et al., 2014; Elliot et al., 2018).

Para ello, se implementó un estudio experimental en el cual los participantes sostuvieron dos conversaciones de 20 minutos cada una. En una condición, denominada “conversación empática”, las personas hablaban sobre un tema personal significativo con una entrevistadora, quien buscaba responderle de la manera lo más cercana posible a su marco de referencia (esto, a través de respuestas reflejas y preguntas e intervenciones orientadas a explorar sentimientos y significados presentes). En la otra condición denominada “conversación neutral”, las personas hablaban también de un tema personal significativo y la entrevistadora respondía a través de preguntas informativas, comentarios y sugerencias.

El procedimiento de codificación del nivel experiencial consistió en que dos jueces externos al estudio y ciegos a sus objetivos observaron y analizaron de manera independiente cada uno el registro audiovisual de ambas conversaciones, asignando cada dos minutos de la conversación un puntaje según el nivel experiencial alcanzado en promedio durante dicho segmento. Para codificar el nivel experiencial, los jueces deben observar el modo cómo la persona se refiere a su propia experiencia a través de indicadores tales como: el nivel de implicación personal en el relato, aludir a emociones y sentimientos presentes, la exploración de significados implícitos en la conversación y el descubrimiento de significados novedosos, entre otros. De manera similar al ejemplo anterior, los puntajes otorgados por ambos jueces a cada uno de los segmentos fueron comparados entre sí para determinar su nivel de confiabilidad, a través de un indicador denominado correlación intraclase (ICC). Como resultado, se obtuvieron valores que variaron entre $ICC = ,76$ a $,91$, ¡lo cual se interpreta de muy bueno a excelente!

Capítulo V

El diagnóstico neuropsicológico como proceso: esquema y propuesta clínica

Roberto Gárate Maudier

El diagnóstico neuropsicológico constituye un área específica del diagnóstico psicológico. Considera elementos propios de la clínica psicológica tradicional, las técnicas de evaluación neuropsicológicas, así como los fundamentos teóricos de las neurociencias cognitivas.

El objetivo del presente capítulo es ofrecer una visión breve y esquemática del proceso diagnóstico con un énfasis neuropsicológico: las distintas fases de exploración, análisis y sistematización de la información clínicamente relevante. El propósito de este proceso es construir y ofrecer una impresión fundada que caracterice la naturaleza —normal o patológica— de los sistemas del conocer (y por extensión del vivenciar) de un paciente en particular, considerando su contexto biográfico y las múltiples variables de relevancia.

Las fases del proceso se corresponden de modo general a las fases del proceso de diagnóstico psicológico general, con el añadido de técnicas de evaluación neuropsicológicas específicas, esto es, el examen cuantitativo y cualitativo a partir de pruebas (tareas) y su correspondencia conocida con procesos cognitivos básicos y superiores:

1. Fase inicial: primer acercamiento a la vivencia de malestar del paciente y caracterización preliminar.
2. Fase de examen neuropsicológico: selección de instrumentos y uso (aplicación, corrección e interpretación).
3. Fase de integración e impresión diagnóstica.

Fase inicial

En esta fase, se realiza el primer encuentro clínico con el paciente y el primer acercamiento a su situación de estado. Considera la exploración del motivo de consulta, la caracterización de la vivencia sintomática y los antecedentes relevantes (Loubat, 2008).

Esta primera fase permite construir la alianza de trabajo psicológico entre el paciente (incluyendo el trato con familiares y/o tutores o representantes) y el clínico, relación de fundamental importancia en el proceso de estudio de caso (diagnóstico psicológico y potencial intervención).

Respecto el motivo de consulta, consideramos inicialmente la naturaleza de la demanda, sea esta espontánea o mediada por la interconsulta de otro profesional (médico general o especialista, psicólogo clínico o educativo, pedagogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional). La naturaleza especializada del trabajo neuropsicológico, condiciona que, con frecuencia, enfrentemos este segundo caso, una consulta mediada por la solicitud de evaluación de otro profesional.

La exploración del motivo de consulta resulta de gran importancia durante la fase inicial, pues describe las primeras preguntas del paciente respecto a la situación de malestar. Estas preguntas pueden ser explícitas o implícitas, pero son cruciales y deben ser incluidas en la impresión diagnóstica que completa el proceso. El motivo de consulta nos da indicios clínicos respecto la capacidad del paciente para describir su queja cognitiva (y con ella de la consciencia de enfermedad o nosognosia), ya sea objetivable (asociada por ejemplo a daño cerebral documentado o a alteraciones francas de la funcionalidad psicosocial) o subjetiva (reportada por el paciente o su entorno respecto al nivel de funcionamiento previo, pero sin disfunción franca); y con ello de su compromiso y colaboración con el proceso diagnóstico, además de ofrecer la primeras hipótesis clínicas y su correspondencia con el procedimiento de examen más pertinente a las características y condiciones del caso.

La caracterización del motivo de consulta nos permite además clarificar la presencia de los síntomas iniciales a describir en extenso, inicialmente de manera descriptiva: qué tareas o procesos se presentan como alterados desde la perspectiva del paciente o su entorno (como informantes complementarios, especialmente en casos donde se hipotetice una alteración de la consciencia de enfermedad o de malestar de parte del paciente —anosognosia, frecuente en patologías traumáticas lesivas o neurodegenerativas—). Estas alteraciones pueden ser caracterizadas

como se indicó, desde las dificultades para la realización de tareas cotidianas (en la esfera laboral o doméstica) o desde procesos, usualmente como alteraciones mnésicas o atencionales.

Desde la descripción de alteraciones en tareas, el paciente suele describir tareas o actividades cuyo rendimiento les impresione menoscabo o dificultoso. Respecto a estos procesos las quejas sobre memoria y atención son más comúnmente reportadas (olvidos, pérdida o extravío de objetos de uso cotidiano o dinero, distractibilidad, problemas en tareas cognitivas como lectura o aprendizajes cotidianos). La pesquisa orientada nos permite detallar, además de la presencia de esas vivencias sintomáticas, sus características clínicas (y así distinguir inicialmente alteraciones significativas, inhabituales, de aquellas esperables y propias del funcionamiento cognitivo convencional) y los pormenores de su manifestación: qué fenómeno aparece en la vivencia del paciente, cómo se presenta, en qué contexto espacial y temporal, desde cuándo en la biografía del paciente (con ello su curso: insidioso, subagudo, agudo), si es posible asociarlo, especialmente en términos temporales, a algún condicionante especial (lesión, trauma, enfermedad médica no neurológica, estrés u otras condiciones de interés).

Al respecto, la caracterización de esos primeros síntomas, explicitados en el motivo de consulta, nos permiten complementar con otras áreas de interés clínico, no siempre explícitas o consideradas por el relato espontáneo del paciente o algún informante calificado. En este caso, es deseable complementar con algún instrumento que nos permita cuantificar las posibles alteraciones del paciente en su funcionamiento cotidiano y el grado de compromiso respecto a sus responsabilidades y su autonomía, por ejemplo, el cuestionario de actividad funcional, FAQ (Pfeffer et al., 1982).

Resulta imprescindible completar la información del motivo de consulta neuropsicológico, así como la exploración de síntomas cognitivos según lo descrito, con la exploración de otras áreas de interés y de relevancia para la comprensión clínica y de los antecedentes contextuales del caso.

Respecto a estos apartados, propios del proceso diagnóstico psicológico general, es importante conocer la presencia, a nivel de malestar objetivable o subjetivo, de fenómenos psicopatológicos en la esfera del pensamiento o la percepción (a nivel cuantitativo y cualitativo), alteraciones del humor (humor depresivo o distímico, irritabilidad, labilidad), del comportamiento y la volición, de la esfera vegetativa (ansiedad, angustia,

alteraciones de la motivación y el compromiso hedónico, alteraciones del ciclo sueño/vigilia, del apetito, de la libido); así como elementos de riesgo asociados al consumo de sustancias o al daño (hetero o autolesivo). El conocimiento sintomático de estas esferas permite contextualizar las vivencias cognitivas exploradas, además de considerar posibles hipótesis correlacionales o comprensivas, las que permiten una aprehensión más completa y compleja de la vivencia del paciente.

Los antecedentes relevantes consideran, como en todo proceso diagnóstico, los antecedentes clínicos del paciente, tanto a nivel personal (condiciones neurológicas, psiquiátricas y psicológicas, diagnósticos y tratamientos, historial y adherencia al tratamiento, tipos de intervención), como familiar (especialmente considerando condiciones con heredabilidad conocida, por ejemplo, trastornos psiquiátricos y neurológicos degenerativos); antecedentes escolares/académicos (nivel de adaptación y entrenamiento cognitivo); antecedentes laborales (nivel de cumplimiento bajo condiciones de demanda cognitiva sistemática) y antecedentes familiares (redes y funcionamiento familiar, estresores, posibles conflictos).

Durante la fase inicial del proceso, se pone de manifiesto la importancia de las habilidades clínicas básicas y la implementación de dos de las técnicas mayores en el examen clínico: entrevistas clínicas (en su arista de exploración dialógica de vivencias sintomáticas de interés y en su faceta de exploración de historia y contextos relevantes) y observación clínica, la caracterización de signos apreciados durante la interacción directa con el paciente. La tercera técnica básica, el trabajo con instrumentos psicológicos formalizados, constituye la base metodológica de la segunda fase del proceso, con una impronta fuertemente vinculante en construcción de conclusiones diagnósticas pertinentes, rigurosas y fundamentadas.

Fase de examen neuropsicológico

El trabajo clínico durante la fase inicial nos permite recopilar, a través de las técnicas descritas, información crucial para la toma de decisiones relevantes de cara al trabajo con instrumentos neuropsicológicos. La vastedad potencial de las herramientas a utilizar, los contextos de uso y la heterogeneidad y complejidad de los procesos a examinar (a nivel de redes de funcionamiento y de las interacciones entre sistemas cognitivos),

hace imperativo la elección de instrumentos pertinentes, relevantes y plausibles, desde un punto de vista técnico y conceptual, así como desde las necesidades y particularidades de cada caso de estudio (Ardila & Ostrosky, 2012; Ardila & Ostrosky-Solís, 1991; Ostrosky-Solís & Ardila, 1991; Puerta Lopera et al., 2019).

El desarrollo histórico de la disciplina neuropsicológica ha considerado íntimamente la producción y revisión de técnicas de examen, con un muy extenso cuerpo de herramientas especialmente en el ámbito anglosajón (Strauss et al., 2006). El desarrollo y traducción de herramientas en el ámbito hispanoparlante, si bien ha sido considerablemente menor, mantiene la vastedad y riqueza de las herramientas disponibles considerando el paradigma cognitivo actualmente dominante y los desarrollos inspirados en la tradición histórico cultural, especialmente en el trabajo de A. R. Luria, neuropsicólogo ruso muy relevante e influyente en la clínica neuropsicológica hispanoamericana (Akhutina, 2002; Coelho et al., 2006; Manga y Ramos, 2011; Tirapu-Ustarroz, 2007; Xomskaya, 2002).

Los contextos de evaluación y sus condicionantes imponen, adicionalmente, una serie de elementos importantes en la elección de las herramientas de uso. La complejidad de este ámbito práctico hace difícil una descripción exhaustiva, si bien es posible mencionar de modo sucinto, la contextualización temporal y económica del acto clínico neuropsicológico formalizado (y por extensión el uso de técnicas psicológicas complejas, que demandan tiempo y recursos extensos, no siempre disponibles). La limitación del tiempo de examen formalizado aumenta la importancia de la elección de herramientas: pertinencia, relevancia e idoneidad en la caracterización de los fenómenos particulares a estudiar.

Antes de profundizar en una propuesta (y en el proceso) de elección de instrumentos, resulta relevante una descripción esquemática de los tipos de pruebas neuropsicológicas formalizadas (considerando aquellas con procedimientos de uso estandarizado y baremación de referencia).

Tipos de pruebas neuropsicológicas:

- a. Pruebas de tamizaje o cribado. Constituyen un grupo de pruebas de evaluación cognitiva preliminar, de orientación prediagnóstica. Son pruebas de aplicación breve (20 a 30 minutos) que demandan materiales simples (prueba de papel y lápiz, con reactivos presentes en el protocolo de aplicación). Pueden ser aplicadas por profesionales no especialistas. No requieren un entrenamiento sofisticado. Evalúa de manera sucinta procesos básicos (atención) y procesos superiores

(lenguaje, gnosias, praxias, memoria y funciones ejecutivas). Su objetivo es discriminar entre rendimientos generales potencialmente alterados (a nivel cuantitativo) y rendimientos generales normales (rendimiento en rango esperado para edad y nivel educativo); esto es entre rendimientos deficitarios que requieran una evaluación más detallada y extensa y aquellos que se ubiquen dentro del rango de rendimiento esperado y no demanden un examen detallado. Permiten, como su nombre lo indica, “filtrar” desde la queja subjetiva inicial, rendimientos, que a nivel cuantitativo (objetivable) muestren ejecuciones menoscabadas concordantes con esa queja subjetiva y que demanden un estudio diagnóstico especializado. De esta manera, se presentan como una herramienta pragmática para diferenciar entre casos que demandan un estudio neuropsicológico más extenso, de aquellos donde la queja subjetiva no se corresponde con una alteración objetivable del rendimiento. Como se ha comentado, además de su breve y sencilla aplicación, ofrecen puntos de corte cuantitativos para diferenciar entre rendimientos, “con alteración probable”, de aquellos dentro de “rango esperado”. Dos ejemplos de amplia utilización son: el examen cognoscitivo mini-mental (Folstein et al., 1975; Folstein et al., 2002) y la evaluación cognitiva Montreal (Nasreddine et al., 2005).

- b. **Baterías neuropsicológicas.** Representan junto a las pruebas de dominio específico, la categoría de pruebas diagnósticas más específicas y profundas en la caracterización de procesos cognitivos; vinculantes, al momento del examen neuropsicológico. En términos generales, son pruebas extensas compuestas por una serie de módulos o subpruebas que evalúan el funcionamiento cognitivo general y/o específico por procesos. Ejemplos de este tipo de baterías son: el programa integrado de evaluación neuropsicológica Barcelona (Peña-Casanova, 1991), la batería Luria DNA, diagnóstico neuropsicológico de adultos (Manga y Ramos, 2000; Rueda-Revé et al., 2017), la batería neuropsicológica breve en español NEUROPSI (Ostrosky-Solís et al., 1999) y la batería neuropsicológica en español, NEUROPSI: atención y memoria (Ostrosky-Solís et al., 2007). Un segundo grupo de baterías lo conforman instrumentos que evalúan procesos neuropsicológicos específicos, por ejemplo, el test de Boston para el diagnóstico de la afasia (centrado en la evaluación del lenguaje) (García et al., 1986), la escala de memoria de Wechsler (evaluación de procesos mnésicos) (Báez et al., 1995; Wechsler, 1945) o la ba-

tería neuropsicológica de función ejecutiva (Querejeta et al., 2015; Wilson et al., 1999).

- c. Pruebas de dominio específico. Este último grupo lo conforman algunas de las pruebas neuropsicológicas más antiguas y putativas. A diferencia de las baterías (instrumentos formados por subpruebas), son pruebas o tareas discretas aplicadas en una o varias fases. Evalúan una serie de variables asociadas a cada una de las fases, en algunos casos considerando varios procesos neuropsicológicos (asociados a las distintas variables) o con énfasis en un proceso en específico. Ejemplos de pruebas de dominio específico son: la figura compleja de Rey-Osterrieth (evaluación de praxias, memoria episódica visual, funciones ejecutivas) (Cortés et al., 1996), el test de colores y palabras de Stroop (funciones ejecutivas) (Golden, 1994), el Trail Making Test (atención focalizada y selectiva, funciones ejecutivas) (Bowie & Harvey, 2006), el test de aprendizaje verbal España-Complutense (memoria episódica verbal) (Benedet & Alexandre, 1998) o el test de clasificación de cartas de Wisconsin (atención focalizada, funciones ejecutivas) (Grant & Berg, 1993).

Esta clasificación general nos permite reforzar, como se indicó anteriormente, la importancia de la selección de pruebas de entre un extenso grupo de opciones y como primer paso de la fase de examen neuropsicológico. Esta decisión, clínica y contextual, se apoya en la fase de exploración preliminar, en concordancia con algunos principios generales (Tirapu-Ustárrroz, 2007).

Toda evaluación neuropsicológica, independiente de su extensión, debe considerar el examen y caracterización, tanto cuantitativa como cualitativa, de variables fundamentales, imprescindibles para la construcción de una impresión diagnóstica rigurosa y significativamente fundamentada. Estas variables fundamentales incluyen:

- a. Procesos neuropsicológicos básicos, especialmente procesos atencionales (alerta, atención focalizada, atención sostenida, atención selectiva, control atencional) y perceptivos (especialmente percepción visual y auditiva).
- b. Procesos neuropsicológicos superiores: lenguaje (lenguaje expresivo: fluidez, nominación, repetición; lenguaje comprensivo: a nivel de expresiones simples y de expresiones complejas); gnosias; praxias (especialmente praxias visoconstructivas); memoria (memoria epi-

- sódica visual y verbal de corto y largo plazo) y funciones ejecutivas (velocidad de procesamiento de información, memoria de trabajo, fluencia verbal, flexibilidad cognitiva, control inhibitorio).
- c. Estimación de funcionamiento premórbido o nivel de funcionamiento intelectual general.
 - d. Nivel de funcionamiento psicosocial: autonomía personal y el cumplimiento de responsabilidades cotidianas a nivel laboral y personal. Usualmente se estima pertinente, además de la consulta al paciente, explorar desde la perspectiva de un informante, familiar o cercano al paciente, conocedor de las rutinas y el desempeño de modo directo.

Considerando estas variables fundamentales, la elección de instrumentos se apoya en el énfasis de examen (o nivel de especificidad y/o profundidad) al momento de evaluar esas variables fundamentales. La pertinencia o las características específicas de la situación clínica particular (exploradas en la fase preliminar del estudio de caso), nos permite orientar la elección de instrumentos hacia las variables más significativas, esto es, hacia aquellas que demandan un examen más minucioso. Esta propuesta considera, de esta manera, una selección de instrumentos guiada por hipótesis clínicas, por sobre la aplicación de protocolos evaluación rígidos o de uso habitual.

La selección guiada por hipótesis nos sugiere que variables neuropsicológicas requieren potencialmente un examen más detallado y las herramientas idóneas para la cuantificación y cualificación de las mismas. Algunos ejemplos nos permitirán ilustrar este particular y las diferencias respecto al uso de protocolos generales.

La exploración inicial de caso nos permite estimar posibilidades clínicas y por consecuencia las herramientas propicias para la evaluación. En un caso donde el motivo de consulta y la exploración sintomática describan una clínica concordante con la hipótesis de una alteración degenerativa, por ejemplo, un deterioro cognitivo leve, el énfasis de examen se orienta a variables asociadas a procesos de memoria episódica verbal y visual y a atención focalizada, con la elección consecuente de herramientas que caractericen estas funciones de modo más detallado. En este caso, el examen de las otras variables fundamentales (por ejemplo, variables asociadas a lenguaje o a gnosias) puede realizarse de modo más somero, a través de técnicas más sencillas y generales. En un estudio de estas características, el uso de un protocolo fijo, aplicando una batería neuropsicológica extensa, demandara un importante uso de recursos clínicos en

la evaluación de procesos de lenguaje, gnosias y praxias (usualmente de modo detallado por la naturaleza de las baterías extensas tradicionales), procesos, muy probablemente indemnes y que sólo requieren una estimación general. De modo prototípico, posibles alteraciones en la esfera degenerativa (deterioro cognitivo leve o síndromes demenciales) demandarán énfasis en procesos de memoria episódica (curvas de aprendizaje) y procesos ejecutivos (especialmente razonamiento deductivo y flexibilidad cognitiva); alteraciones agudas (por ejemplo derivadas de lesión cerebral traumática o vascular) demandarán una exploración más detallada de procesos de lenguaje y gnosis; mientras que alteraciones cognitivas asociadas a trastornos psiquiátricos demandarán un examen detallado de procesos atencionales y ejecutivos (memoria de trabajo, velocidad de procesamiento de información, fluencia verbal).

La elección de pruebas neuropsicológicas, guiada por hipótesis, pone énfasis en una evaluación clínica flexible centrada en las particularidades de los casos en específico. Esta selección de instrumentos nos conduce al trabajo de examen neuropsicológico en propiedad en sus subfases de aplicación, corrección e interpretación. Estas subfases nos permiten cuantificar y cualificar el rendimiento del paciente en las tareas neuropsicológicas propuestas y la correspondencia entre estos rendimientos y las funciones neuropsicológicas de interés.

Aplicación. Es el primer paso del proceso de uso de instrumentos. Supone la ejecución de determinadas tareas y la observación directa del desempeño del paciente. Toda prueba psicológica constituye una situación de “problema a resolver”, cuya resolución, bajo las condiciones propuestas, las pruebas en específico, nos entrega la información fundante para la impresión diagnóstica.

Durante la aplicación debemos considerar y construir un encuadre de evaluación que nos permita la estimación “más cercana al valor real” de las variables a medir. Este encuadre de evaluación, como en toda prueba psicológica, incluye el espacio físico y la temporalidad en el que se desarrollarán las tareas, los materiales a utilizar, las condiciones de realización de la prueba y el modo de registro de la información clínica. El encuadre espacial y temporal se corresponde con las condiciones habituales para un encuentro clínico, especialmente cuando considera la aplicación de pruebas: espacio silencioso y cómodo para el trabajo del paciente; así como la disposición temporal concordante a las tareas a realizar. En el caso de pruebas neuropsicológicas es factible estimar los tiempos necesarios considerando el tipo de tareas, muchas de las cuales ofrecen tiempos

de aplicación referencial y el orden de aplicación de las mismas, algunas de las cuales requieren tiempos de latencia entre sus distintas fases, como en el caso de las pruebas de memoria (que consideran fases de recobro inmediato y diferido del material propuesto). Adicionalmente es de importancia la presentación y descripción de los materiales asociados a la tarea y las condiciones de uso de las mismas: papel y lápices, láminas u objetos que se caracterizan para una adecuada aprehensión del paciente. Finalmente, el paciente debe conocer y comprender adecuadamente la consigna de prueba, esto es, las condiciones en que deberá desarrollar la tarea cognitiva: qué actividades debe realizar (incluyendo explicaciones o ejemplos adicionales), bajo qué reglas o limitantes (propias de cada prueba) y los tiempos de trabajo. Respecto al registro de información, de parte del clínico, consideran la descripción y caracterización cuantitativa (el cumplimiento de las tareas y su correlato cuantificado en términos de puntajes brutos) y cualitativa (particularidades del desempeño, no puntuables).

Corrección. Considera la sistematización del registro de resultados obtenidos durante la aplicación de la tarea, como se indicó, a nivel cuantitativo y cualitativo. A nivel cuantitativo, la sumatoria de puntajes brutos obtenidos en cada variable de la tarea (usualmente de nivel nominativo, ordinal o intervalar). Representa el nivel de cumplimiento respecto al rango esperado de la tarea y está definido por la misma (en la forma habitual de un puntaje bruto máximo). A nivel cualitativo, como las características no puntuables pero de interés: particularidades de la ejecución que potencialmente representan desviaciones respecto la “ejecución habitual”. Dependen de la familiaridad del clínico con las tareas a examinar y su conocimiento de las atipicidades esperables o novedosas, las que habitualmente no se incluyen en los manuales de pruebas.

En un segundo nivel, la corrección considera la transformación de esos puntajes brutos a puntajes estandarizados de referencia, que permiten la comparación de los resultados con una muestra prototípica, usualmente considerando las variables de edad y escolaridad. Permite ubicar el rendimiento observado del paciente en una curva de rendimiento típico de acuerdo al tipo de puntaje y la baremación característica (con un promedio y desviación estándar conocidos): puntajes z , puntajes t , puntajes escalares, percentiles, etc. Nos indica si el rendimiento observado se encuentra dentro el rango de rendimiento esperado (para edad y escolaridad) o bien bajo o sobre este rango de referencia.

Interpretación. El apartado final del uso de pruebas recoge la información obtenida en la aplicación y la corrección para establecer la caracterización del rendimiento en términos de un perfil de desempeño por variables y la relación de estas variables con procesos neuropsicológicos específicos. Las particularidades de la evaluación neuropsicológica y de las pruebas disponibles demandan una reelaboración de los resultados en los términos descritos, afines a la propuesta de perfilación cognitiva antes señalada por procesos fundamentales.

Una de las principales dificultades del proceso es precisamente esa reelaboración y reordenamiento de las variables derivadas de cada prueba en procesos más o menos discretos. El concepto de “impureza de las tareas” (Kim-Spoon et al. 2017) da cuenta de ese fenómeno. Alude a la dificultad práctica para asociar una tarea en específico a una sola función del conocer, incluso a aquellas relativamente simples. Los procesos neuropsicológicos, básicos o superiores, se caracterizan por su modularidad; por su cualidad de “sistemas funcionales”, en la expresión de Luria. Esta cualidad nos indica que ante una tarea cognitiva, por ejemplo, la repetición de series de dígitos (*span* de dígitos, presente en múltiples baterías como subprueba o como prueba de dominio específico), esta tarea específica depende para su realización de varios procesos cognitivos en serie o en paralelo: percepción (auditiva), atención (alerta, atención focalizada, atención sostenida), lenguaje (comprensivo, expresivo), gnosias (auditivas), memoria (episódica auditiva de corto plazo), funciones ejecutivas (memoria de trabajo). Adicionalmente, la reelaboración de las variables de las pruebas en términos de procesos tiene una importancia práctica: nos permite sistematizar en un modelo más simple y coherente la multiplicidad de variables derivadas de las distintas pruebas aplicadas.

La interpretación de resultados supone, de esta manera, el reporte ordenado de estas variables y de los procesos asociados, en un esquema informativo, como el descrito respecto las variables fundamentales (véase SUPRA).

Al respecto, el primer paso es la caracterización de las variables derivadas de cada prueba aplicada y su correspondencia con procesos neuropsicológicos. Como ejemplo, citaremos los resultados de una prueba clásica, de amplio uso: la figura compleja de Rey-Osterieth. Esta prueba de dominio específico, consta de dos subfases de aplicación: fase de copia y fase de recobro, cada una con variables específicas. La fase de copia nos entrega tres variables: puntaje de copia (asociado a procesos de praxia constructiva y a codificación de memoria episódica visual), tiempo de

ejecución (velocidad de procesamiento de información) y tipo de copia (variable cualitativa, asociada a planificación y al uso de estrategias ejecutivas para la resolución de la tarea). La fase de recobro nos entrega una variable: puntaje de recobro (asociado a memoria episódica visual de largo plazo). De esta manera, una sola prueba nos entrega variables que podemos asociar a procesos práxicos, de memoria y de funciones ejecutivas. De esta manera, al momento de la interpretación, reordenamos esta fuente de información en específico en las categorías interpretativas propuestas: procesos neuropsicológicos (y sus variables fundamentales).

Tras ese proceso de sistematización teórico práctico inicial, la interpretación nos demanda la caracterización de cada proceso en subprocesos más específicos, cuyo rendimiento es preciso describir en términos cuantitativos y cualitativos, a modo de reporte de resultados y perfil de rendimiento particular. A nivel cuantitativo, la caracterización considera el rendimiento de la tarea y su comparación de referencia: si el rendimiento cognitivo específico se ubica dentro de lo esperado, bajo o sobre lo esperado. Es una comparación entre el rendimiento particular del paciente y el rendimiento de la muestra que sirve como matriz de comparación general. Seguimos este procedimiento para cada proceso y subproceso de relevancia. A nivel cualitativo, consideramos las particularidades relevantes de la ejecución y de los procesos; atributos idiosincráticos más allá de la puntuación de referencia.

El reporte de resultados (perfil de rendimiento) nos permite una integración de los distintos desempeños en las pruebas aplicadas: los signos clínicos específicos que consideraremos (como una de las fuentes de información) al momento de la impresión diagnóstica.

Fase de integración e impresión diagnóstica

La última fase del proceso diagnóstico reúne la información clínica sintomática, los antecedentes contextuales, la observación clínica (en las distintas fases) y la información de los signos derivados del uso de pruebas neuropsicológicas. Esta fase de síntesis nos permite reunir la caracterización de los elementos clínicos del caso y la caracterización cognitiva (perfil de resultados). Estos elementos nos ofrecen una comprensión de los fenómenos neuropsicológicos observados desde el nivel subjetivo inicial al nivel objetivados mediante la exploración orientada y el examen mediante pruebas. Esta información complementaria nos ofrece la po-

sibilidad de contrastar las hipótesis clínicas con la información clínica reunida. De esta manera, podremos construir una impresión diagnóstica capaz de responder, del modo más exhaustivo y pertinente, las preguntas que motivaron la consulta inicial. Si bien esta capacidad explicativa y comprensiva, considera una serie de potenciales limitantes, es siempre un objetivo de importancia el logro de una significativa capacidad para generar conocimiento psicológico pertinente y relevante; y que nos permita guiar una posible intervención psicológica o multidisciplinaria.

El primer paso de la síntesis considera el resumen esquemático de la información clínica recabada, siguiendo el modelo de informe psicológico. Una propuesta de informe considera lo siguientes apartados:

Informe psicológico

1. Identificación. Además de los datos específicos del paciente, la descripción de las sesiones realizadas (encuadra el tipo de proceso realizado, breve o extenso) y las pruebas aplicadas.
2. Motivo de consulta. Sumario y que explicita los objetivos de evaluación (y al menos las preguntas centrales derivadas).
3. Observación clínica. Descripción breve de la observación en cada fase y las posibles diferencias (por ejemplo, entre exploración clínica o entrevista psicológica y aplicación de pruebas psicológicas). De modo general, algunas variables a considerar: apariencia y cuidado personal; expresión facial; estado de conciencia; funcionamiento perceptivo general (especialmente visual o auditivo, y la necesidad, ante algún déficit del uso de aparatos remediativos: lentes o audífono); actividad motora; humor y afectividad; sentido de realidad y control mental; signos semiológicos especiales; participación y colaboración ante evaluación.
4. Antecedentes. Con especial énfasis en las características especialmente relevantes y atinentes al motivo de consulta.
5. Exploración clínica. Al igual que en el caso de los antecedentes, detallando aquellas de mayor pertinencia e importancia respecto el motivo de la evaluación y en concordancia con las hipótesis clínicas a desarrollar en la impresión diagnóstica del apartado conclusiones.
6. Resultados de exámenes. Como se propuso, reordenando las variables de las pruebas aplicadas (baterías o pruebas de dominio específico) por procesos y subprocesos (variables fundamentales):

- a. Alerta/orientación
 - b. Atención
 - c. Lenguaje
 - d. Praxias
 - e. Gnosias
 - f. Memoria
 - g. Funciones ejecutivas
 - h. Funcionamiento intelectual general
 - i. Funcionamiento psicosocial
7. Conclusiones. Este apartado final considera (a) la descripción del nivel de desempeño cognitivo general estimado en el examen, (b) el resumen de resultados (indicando, en primer lugar, los procesos y subprocesos con rendimiento bajo lo esperado, y luego aquellos que se muestran un rendimiento en el rango esperado o superior), (c) el diagnóstico neuropsicológico (impresión diagnóstica) y finalmente (d) recomendaciones.

El segundo paso de la síntesis considera la elaboración del apartado final del esquema de informe psicológico, las conclusiones de evaluación pormenorizadas.

La descripción del nivel de desempeño cognitivo, considera la valoración de la capacidad del paciente para cumplir tareas y actividades, incluyendo las pruebas neuropsicológicas (indicador mayor) y los indicadores de funcionamiento psicosocial. Buscamos caracterizar y diferenciar dos categorías de rendimiento: una posible alteración o déficit en el rendimiento cognitivo y el rendimiento que constituye un desempeño normal (dentro del rango esperable para la edad y el nivel de escolaridad del paciente). Respecto la presencia potencial de un rendimiento alterado, nos interesa distinguir entre una alteración cognitiva general, esto es, un rendimiento significativamente bajo lo esperado (a nivel cuantitativo) en dos o más procesos cognitivos superiores (como en casos de demencias o déficits cognitivos severos; con la concordante alteración del funcionamiento psicosocial) o bien una alteración cognitiva focal, donde se observan alteraciones significativas en procesos discretos con un compromiso funcional de menor severidad. Esta primera impresión busca integrar el nivel de alteraciones (en múltiples procesos o en procesos únicos) y el nivel de severidad de las mismas (leve, moderado o severo); y la correlación de estas variables con el funcionamiento del paciente en su contexto biográfico.

El resumen de resultados constituye una descripción sumaria de los procesos neuropsicológicos en dos categorías cuantitativas y cualitativas: procesos con rendimientos bajo lo esperado a nivel cualitativo y/o cualitativo (posibles déficits en alguno de esos dos niveles) y procesos con rendimientos en rango normal o superior (funciones indemnes y/o fortalezas cognitivas).

La impresión diagnóstica (o por extensión el diagnóstico neuropsicológico) se configura en la integración y análisis de las tres fuentes de información clínica diagnóstica: entrevista clínica psicológica (exploración sintomática, anamnesis, caracterización de antecedentes), la observación clínica y las pruebas psicológicas. Estas fuentes nos permiten caracterizar las vivencias relevantes y el contraste de esta evidencia clínica con las hipótesis generadas durante el proceso. La impresión organiza esta información en una descripción específica, considerando la presencia o ausencia de síntomas, síndromes o trastornos cognitivos, según los criterios profesionales (y científicos) de uso. En este apartado fundamentamos la presencia o ausencia, en términos de la concordancia o correspondencia clínica entre las vivencias examinadas (variables fundamentales asociadas a procesos) y las configuraciones psicopatológicas consensuales (criterios de fuentes putativas, como CIE o APA o científicas relevantes). Indicamos respecto estas configuraciones clínicas, su caracterización acorde a cuadros conocidos, la severidad de los mismos y su correspondencia funcional.

Finalmente, y en consideración a los elementos clínicos descritos y el conocimiento diagnóstico sintetizado en la impresión fundada, es posible realizar una propuesta de recomendaciones clínicas pertinentes y concordantes con ese conocimiento. Estas recomendaciones incluyen la posible necesidad de una intervención (ante la existencia de alteraciones relevantes), el seguimiento clínico y la reevaluación o bien indicaciones asociadas al autocuidado o profilaxis cognitiva.

A modo de conclusión

El proceso de diagnóstico neuropsicológico implica un complejo dispositivo clínico, de técnicas y procedimientos que buscan conocer (nominar, describir, explicar, comprender) la vivencia cognitiva: las sofisticadas y sutiles relaciones entre el funcionamiento del sistema nervioso (y el cerebro en particular) y su manifestación en comportamientos o con-

ductas observables. Este proceso, con importantes límites y restricciones, busca un conocimiento aplicado, práctico, que se apoya en los desarrollos de la ciencia experimental y clínica, el *corpus* teórico de la disciplina y las herramientas de estudio (y sus atributos conocidos). La búsqueda clínica se construye desde esta dimensión factual, que condiciona la naturaleza de la investigación psicológica: exploración participativa de vivencias particulares, cuyo fin es conocer y transformar la experiencia de un paciente, que en cuanto a rol, solicita la asistencia de un profesional. Este camino de investigación, en ocasiones sinuoso y difícil, nos demanda la revisión permanente de los fundamentos disciplinares y la orientación de la misma: ética y bienhechora hacia quienes nos confían la intimidad de su idiosincrasia y del vínculo con el mundo común y sus particularidades.

Referencias

- Akhutina, T. V. (2002). LS Vigotsky y AR Luria: la formación de la neuropsicología. *Revista española de Neuropsicología*, 4(2), 108-129.
- Ardila, A. & Ostrosky-Solis, F. (1991). *Diagnóstico del daño cerebral: enfoque neuropsicológico*. Trillas.
- Ardila, A. & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. American Board of Professional Neuropsychology.
- Báez, A. T., Cabiya, J. J. & Margarida, M. T. (1995). Validez de la escala de memoria Wechsler con una muestra previamente diagnosticada con enfermedad de Alzheimer. *Revista latinoamericana de psicología*, 27(2), 231-248.
- Benedet, M. J., & Alejandre, M. A. (1998). *TAVEC: test de aprendizaje verbal España-Complutense*. Tea.
- Bowie, C. R. & Harvey, P. D. (2006). Administration and interpretation of the Trail Making Test. *Nature protocols*, 1(5), 2277-2281.
- Coelho, L. A., Fernandes, C., Ribeiro, C., & Perea-Bartolome, M. V. (2006). *El modelo de Alexander Romanovich Luria (revisitado) y su aplicación a la evaluación neuropsicológica*.
- Cortes, J. F., Galindo, G., Villa, M. & Salvador, J. (1996). La figura compleja de Rey: propiedades psicométricas. *Salud mental*, 19(3), 42-48.
- Folstein, M., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Folstein, M., Folstein, S.E., McHugh, P.R. & Fanjiang, G. (2002). *MMSE, Examen cognoscitivo Mini-mental*. TEA.
- García, J., Sánchez, M, L. & Delviso, S. (1986). *Traducción al español del Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia* (2a. Ed.). Panamericana.
- Golden, C. J. (1994). *Stroop. Test de colores y palabras*. Tea Ediciones.
- Grant, D. A. & Berg, E. A. (1993). Wisconsin card sorting test. *Journal of Experimental Psychology*.
- Kim-Spoon, J., Kahn, R.E., Lauharatanahirun, N., Deater-Deckard, K., Bickel, W.K., Chiu, P.H. & King-Casas, B. (2017). Executive functioning and substance use in adolescence: neurobiological and behavioral perspectives. *Neuropsychologia*, 100, 79-92.
- Loubat, M. (2008). *Diagnóstico Psicológico: más que una Intuición*. Ediciones PubliFAHU-Editorial LOM.
- Manga, D. & Ramos, F. (2000). *Luria DNA: Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos*. TEA.
- Manga, D. & Ramos, F. (2011). El legado de Luria y la neuropsicología escolar. *Psychology, Society & Education*, 3(1), 1-13.

- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L. & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA®): A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc*, 53, 695-699.
- Ostrosky-Solís, F. & Ardila, A. (1991). Un esquema de diagnóstico neuropsicológico: efectos socioculturales y su aplicación en el diagnóstico del daño cerebral. *Salud Mental*, 14(4), 17-24.
- Ostrosky-Solís, F., Ardila, A. & Rosselli, M. (1999). NEUROPSI: A brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *Journal of the international Neuropsychological Society*, 5(5), 413-433.
- Ostrosky-Solís, F., Esther Gómez-Pérez, M., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A. & Pineda, D. (2007). Neuropsi Attention and Memory: a neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *Applied Neuropsychology*, 14(3), 156-170.
- Peña-Casanova, J. (1991). Programa integrado de exploración neuropsicológica-test Barcelona: bases teóricas, objetivos y contenidos. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 11(2), 66-79.
- Pfeffer, R.I., Kurosaki, T.T., Harrah, C.H. Chance, J.M. & Filos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37, 323-329.
- Puerta Lopera, I. C., Dussan Lubert, C., Montoya Londono, D. M. y Landínez Martínez, D. (2019). Estandarización de pruebas neuropsicológicas para la evaluación de la atención en estudiantes universitarios. *CES Psicología*, 12(1), 17-31.
- Querejeta, A. N., Crostelli, A., Stecco, J., Moreno, M., Fariás, Y., Sabena, C., Pilatti, A., Godoy, J. C. y Cupani, M. (2015). Adaptación Argentina de la Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome (BADS). *Neuropsicología Latinoamericana*, 7(3).
- Rueda-Revé, L., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Ramos, F., Manga, D. & Villarejo, A. (2017). Utilidad de la batería Luria diagnóstico neuropsicológico de adultos. *Papeles del Psicólogo*, 38(3), 195-203.
- Strauss, E., Sherman, E. M. & Spreen, O. (2006). A compendium of neuropsychological tests: *Administration, norms, and commentary*. American chemical society.
- Tirapu Ustárriz, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Psychosocial Intervention*, 16(2), 189-211.
- Wechsler, D. (1945). A standardized memory scale for clinical use. *Journal of Psychology*, 19, 87-95.
- Wilson, B.A, Alderman, N., Burgess, P., Emslie, H. & Evans, J. (1999). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)*. Pearson.
- Xomskaya, E. (2002). La escuela neuropsicología de AR Luria. *Revista Española de neuropsicología*, 4(2), 130-150.

Capítulo VI

El papel de lo sociohistórico en el abordaje/ comprensión del sufrimiento psíquico al interior del Dispositivo/Ambiente Clínico

Carlos Ramírez Muñoz

Lo clínico en el contexto social

De acuerdo con la OMS (Vukusic & Bravo, 2020), la salud mental y la emergencia de patologías están directamente asociadas a las determinantes sociales de la salud, la estabilidad mental de la población es especialmente sensible a factores socioeconómicos y medioambientales. De hecho, las posibilidades de desarrollar una alteración psíquica aumentan en presencia de indicadores de pobreza, escaso acceso a la educación y precariedad habitacional. Como resultado de lo anterior, quienes se muestran en mayor desventaja y exposición a las enfermedades mentales son precisamente aquellos que se encuentran en condiciones de inseguridad crónica y desesperanza (OMS, 2004), panorama más que recurrente en la realidad latinoamericana.

El presente escrito busca hacer eco de los acontecimientos sociopolíticos que han impactado el tejido social chileno de los últimos años, considerando en dicha reflexión la incidencia de una serie de condiciones resultantes o tributarias del modelo social y económico apuntalado luego de la consolidación de la dictadura cívico-militar por medio de la violencia de Estado. La incidencia de las condiciones sociales en la prevalencia de determinadas manifestaciones clínicas que, a modo de expresión del sufrimiento de cierto segmento de la población, da cuenta de la articulación de un escenario social que pareciese operar en la predisposición y mantención de determinada forma de desasosiego en la subjetividad de la población chilena.

En el escenario antes descrito, el Plan Nacional de Salud Mental (MINSAL, 2017), al considerar la incidencia de las Determinantes Sociales de la Salud, sitúa la desigualdad como el actor de mayor relevancia, pues en la medida que los países se encaminan hacia el desarrollo, la bre-

cha entre ricos y pobres se profundiza, siendo estos últimos quienes presentan mayores tasas de trastornos mentales y mayor severidad de estos.

En consideración de lo anterior, se pretende continuar un ejercicio reflexivo que es, a su vez, continuación de desarrollos encausados por autores y autoras preocupadas de otorgar un lugar propio a lo social en la comprensión de las manifestaciones psicopatológicas en el quehacer clínico (Aceituno et al., 2012; Achard et al., 1968; alemán, 2010; Bleger, 1966; Magaña et al., 2012, entre otros) Desde una posición de convergencia con lo expuesto, pero consciente de la necesidad de continuar la discusión en un escenario que supere la premisa de lo social como mero elemento contextual de la psicopatología, se propone pensar el sufrimiento subjetivo y el tejido social como aspectos radicalmente imbricados, y por lo tanto, se rechaza toda lectura que pareciera desimplificar ambos registros por medio de la aparente “neutralidad”. Desde lo teórico hacia lo práctico, se busca dar luces respecto del estatuto de lo sociocultural en la comprensión y abordaje del sufrimiento psíquico.

A fin de puntualizar las coordenadas que guían el camino a seguir, se busca dar cuenta no sólo con la incidencia, sino con el estatuto de los aspectos socioculturales y epocales presentes en la construcción del dispositivo clínico. En particular, el punto a trabajar es proponer cierta orientación que permita discernir el lugar de pertinencia propio a cada uno de estos registros: lo social y lo singular/clínico. Propongo este binomio, singular/clínico, para dar cuenta de aquello que —si bien se encuentra en estrecha relación con el tejido social—, emerge al interior de la experiencia clínica como testimonio de lo particular de la posición del sujeto en su historia y su contexto cultura, como trazos de los aspectos “no socializados” de la relación de este con el Otro.

En lo específico, el camino a trazar parte de la premisa de que los protagonistas del dispositivo clínico —ya sea en su instancia psicodiagnóstica y/o psicoterapéutica— son a la vez copartícipes de la sociedad, y rechazar esta condición es insostenible para la práctica, pues permanecer en una ilusoria marginación de los procesos histórico-sociales ya es una forma de tomar posición (Achard et al., 1968). Frente a esto, la pregunta a abordar no hace referencia a la incidencia de las condiciones sociohistóricas en la constitución de las subjetividades de los actores implicados en el dispositivo clínico, tampoco se remite a discriminar aquello que puede integrarse o excluirse, el asunto a abordar se dirige a considerar qué hacer, qué papel o función otorgar a lo sociohistórico en la dirección de un proceso psicodiagnóstico y eventualmente psicoterapéutico.

La Construcción del espacio clínico, encuadre. El “entre nos” como condición del psicodiagnóstico y la psicoterapia

El psicodiagnóstico y la psicoterapia derivada de esta, en sus distintas formas, opera a partir de la posibilidad de propiciar la capacidad autorreflexiva del ser humano, para lograr dicho cometido es necesario el establecimiento de un lugar alterno, inscrito en la cotidianidad, pero susceptible de permitir la emergencia de un espacio de transición entre lo íntimo y lo público, como lugar privilegiado de la subjetividad. En esta mirada, el dispositivo clínico (se regresará sobre este concepto más adelante) explota una situación paradójal, como oficio del pensar (Coloma, 2011) —materia invisible—, busca constituirse en lugar de acceso al sujeto, dimensión tangible/intangible del individuo. No obstante, todo lo anterior no puede darse por sentado, pues la experiencia cotidiana nos recuerda una y otra vez que la interacción entre las personas, muy excepcionalmente, se acerca al fenómeno altamente sofisticado y, por lo mismo, no espontáneo que entendemos por entrevista clínica.

Antes de avanzar en la dirección propuesta, es pertinente puntualizar que, en la mayoría de los casos, la práctica clínica implica el reconocimiento y la profundización en la dimensión conflictiva del otro. Entonces, el psicólogo y la psicóloga no sólo deben evitar el ejercicio rutinario y meramente técnico, además deben tener presente, por lo menos en un comienzo, el aspecto contraintuitivo de dicha experiencia pues, a final de cuentas, estar en psicoterapia implica coincidir en tiempo y lugar con otro desconocido y participar de una experiencia eventualmente dolorosa. Por este aspecto del oficio clínico es que se torna necesario repensar el lugar y la incidencia de las condiciones ambientales/contextuales, a fin de no perder de vista la cuota de adversidad propia al inicio de todo proceso de cura.

Como sostiene D. Winnicott, “la continuidad del ser es la salud” (1993, p. 180), por lo tanto, cualquier intrusión violenta del ambiente puede, eventualmente, traducirse en una interrupción del ser provocando que el lugar de este sea ocupado por la reacción ante dicha intrusión. En consideración de lo anterior, el espacio clínico debe evitar ser un dispositivo cuyo funcionamiento resulte indolente y ajeno a la singularidad de la persona atendida, un funcionamiento análogo al de una máquina. Tal vez la comparación resulte excesiva, pero se plantea en estos términos a consciencia de la inevitable exigencia a la que el profesional se enfrenta al intentar responder a contextos donde la demanda de salud desborda

las posibilidades de una atención cuidadosa y sensible a las necesidades del otro, lo que se torna particularmente relevante en la salud pública. No podemos olvidar la mecánica del ordenamiento de las cosas y contextos que también conforman los espacios que habitamos. Por lo tanto, aunque el quehacer clínico excede a la contingencia, no está exenta de esta.

Un lugar común a las diversas elaboraciones desde las cuales se ha pensado la integración o exclusión de lo social en el dispositivo clínico es reconocer la necesidad de construir un espacio tanto psíquico como material para que dichos contenidos tengan posibilidad de emergencia. En este sentido, la práctica clínica acontece en un espacio “dislocado” en cuanto está inscrita en la cotidianidad, pero a su vez, se constituye en un lugar alternativo, destinado a permitir la emergencia de una instancia de transición entre lo íntimo y lo público, como lugar privilegiado de la subjetividad. En este sentido, la psicoterapia y el psicodiagnóstico como procesos relacionales no ocurren en el interior del sujeto ni del profesional y tampoco están plenamente determinados por las dinámicas consciente/inconsciente.

Estos espacios, originados a partir de la relación entre los actores de dicha instancia se asemejan a la noción cinematográfica de imagen-simulacro (Santa Cruz, 2010). Es decir, un espacio alternativo a la experiencia cotidiana, cuya resonancia afectiva puede adquirir la potencia de la realidad más incuestionable, pero a su vez, en cuanto lugar diferenciado del diario vivir, protege y libera al sujeto de las amenazas del “sufrimiento real” (Winnicott, 1971).

Este sector tan específico, desde el punto de vista de su organización semiótica, es el campo en el que se llevan a cabo los procesos psicodiagnósticos y psicoterapéuticos, lo que ciertamente requiere de un espacio visible, proyectado y habitable, pero también de un espacio invisible, “intangibles” (Coloma, 2011), que se tiene que generar y mantener, incluso restaurar. Ambos espacios, de naturaleza muy distinta, uno engarzado en el otro, constituirán la situación clínica (Darrault-Harris, 2010). Ahora bien, la construcción de dicho espacio no puede limitarse a una arquitectura técnica del cuidado, por más acondicionada y mejor equipada que sea, pues se encuentra atravesada por tensiones y condicionantes que, desde la más palpable materialidad hasta la más difusa significación cultural, impregnan de cabo a rabo la experiencia y a los actores implicados en ella.

Ante las inevitables complejidades que conlleva la articulación de una instancia como el dispositivo clínico, el quehacer práctico y los desa-

rollos teóricos que lo sustentan han recurrido a la noción de encuadre, como testimonio de una suerte de clausura del espacio ante la incidencia no deseada de la realidad exterior. Como lo expresa el autor francés Michel Martin (2010). El encuadre se presenta como el garante de la marcación espaciotemporal y la continuidad, el derecho a la enunciación libre, protegida o separada, de las intervenciones externas; garantiza también que la adhesión al proyecto pueda ser puesta en cuestión por el paciente. El encuadre se coloca, desde el inicio, como una preocupación explícita: posteriormente, se convierte en implícita, se interioriza, como una instancia psíquica, y no vuelve a ser explícita sino en los momentos de ruptura o de crisis del proceso.

El abordaje de lo social en el dispositivo clínico

El último punto señalado, referente a los momentos de ruptura o de crisis, permite tratar la temática de lo social a partir de crisis social y situación analítica, texto clásico de la literatura psicoanalítica latinoamericana, referida al tema (Achard et al., 1968). Si participamos de la noción de conmoción social, entendida por los autores como la eclosión aguda al interior del tejido social de una crisis de desarrollo lento y larvado que distorsiona los esquemas de relación y, por lo tanto, que puede socavar o suspender el sentido de seguridad derivado del derecho a la enunciación libre, como propone Martin (2010). La fragilización de las condiciones permanentes de convivencia, correlativas a la emergencia de un incremento significativo del malestar repercuten más allá del mínimo sentido de seguridad que permite el encuentro entre dos sujetos que hasta ese momento se desconocen. La precarización de los lazos sociales deja de ser una situación excepcional, condición aún más palpable en la realidad local desde octubre de 2019, determinante que nos lleva a sostener que la indicación dada por los autores respecto de la necesidad de abordar al interior del dispositivo al objeto social deviene en urgencia.

Si consideramos el escenario descrito por Aceituno et al. (2012), donde los discursos —en su dimensión ideológica y práctica— de las economías neoliberales desplazan la lógica del malestar desde el ámbito sociopolítico al de una psicopolítica del individuo, enfrentado ahora menos a un orden social dado, que a sus propias expectativas (y exigencias) de consumo y con ello a la amenaza del desencuentro con el otro, que se vuelve el vecino-adversario de su aparente bienestar, se torna imperativo

ampliar la mirada acotada a la fragilidad individual del sujeto, a considerar la incidencia de una problemática que encuentra su lugar en el espacio de articulación entre lo individual y lo colectivo, conflictiva que se desliza desde el padecer solitario al reconocimiento de un campo de disputa inscrito en la comunidad de los sujetos (Aleman, 2010).

En el horizonte previamente descrito emergen dos condiciones sustanciales al abordaje del malestar subjetivo. Por una parte, el sufrimiento psíquico es experimentado por los sujetos en su ámbito “privado” y, al mismo tiempo, los discursos sociales contemporáneos promueven ideales de bienestar y de adaptación, donde cada individuo deviene responsable ilusorio de su bienestar. En esta dirección, la individualización del malestar —y de la salud mental— es correlativa a contradicciones y conflictos característicos de la vida social contemporánea, lo cual se traduce eventualmente en desconfianza, miedo (o angustia) y el creciente debilitamiento del sentido de lo propiamente humano de la vida individual y colectiva.

Desde este horizonte, se torna imperativo repensar las fronteras del dispositivo clínico, lo que en términos prácticos demanda una relectura de la noción de encuadre en cuanto este, como marco de encuentro con un “continente materno”, envoltura protectora, elaborada y garantizada por el profesional de la Salud Mental, debe operar como segunda piel psíquica para que los pensamientos del sujeto puedan desplegarse. Por lo tanto, lo que el encuadre debe garantizar, sin importar el acondicionamiento espacial o verbal es la realidad interna, la realidad psíquica (Anzieu, 1987). Ante esto, la propuesta de crisis social y situación analítica (Achard et al., 1968) es clara: el análisis queda conectado con el afuera, pues la no inclusión del objeto en común, el objeto social, en el dispositivo clínico corre el riesgo de facilitar las resistencias del paciente o de contribuir a la creación de baluartes (Baranger & Baranger, 1961). Es decir, tópicos, problemáticas u otros aspectos del proceso que quedan excluidos de la posibilidad de abordaje al interior del dispositivo clínico, convirtiendo los contenidos socioculturales en objetos o espacios de lo inefable, ominoso, ante los cuales se guarda silencio por temor a los efectos disruptivos que estos pudiesen conllevar al proceso psicodiagnóstico y psicoterapéutico.

El problema es cómo delimitar la incidencia de lo sociohistórico en la situación clínica, cómo propiciar una escucha que, buscando otorgar protagonismo al discurso del sujeto, no relativice o haga oídos sordos a la conflictiva social o, en el otro extremo, como conciliar una aproximación

sensible con lo social sin caer en una lectura del malestar del sujeto que lo reduzca a un mero epifenómeno de las tensiones sociohistóricas.

Asumiendo que todo ensayo de solución solamente arrojará algunas luces respecto de este nudo, considero pertinente compartir algunas situaciones surgidas en la práctica clínica posteriores al estallido social de 2019.

Un adulto joven cuyo análisis se inició aproximadamente dos años antes del 18 de octubre y que luego de una breve interrupción retomó de forma *online*, debido a las restricciones sanitarias, mostró un marcado cambio en esta segunda etapa. De un primer momento caracterizado por la disposición e interés en el proceso, pasó a un segundo momento donde la reticencia, el desgano y una persistente desesperanza respecto de los posibles logros que la psicoterapia pudiesen dejar, tiñeron todo el proceso. Esta situación se mantuvo hasta que el paciente trajo a sesión una noticia bastante difundida en los medios referente a la solicitud de un par de diputados del Senado, quienes exigieron un catastro de los académicos, programas y estudiantes que tuviesen relación con los estudios de género de dos universidades del Estado. Esta referencia, que luego se constituyó en el tema de la sesión, tomó su pleno sentido cuando el joven confidenció que estaba al tanto de la condición del clínico, que es también académico de una de dichas universidades, confidenciando que obtuvo esa información en las redes de una publicación. Una vez confirmada su consulta, el paciente insistió en saber si el profesional estaba dentro de los académicos considerados en el catastro solicitado, corroborando que dentro de sus temas de trabajo se encontraban las temáticas ligadas al género. En las sesiones siguiente, la reticencia y el desgano fueron cediendo su lugar a un tímido, pero cada vez más fuerte interés de parte del joven por abordar contenidos articulados en torno a su identidad sexual, a la vivencia de rechazo durante su adolescencia y finalmente a su creciente convicción de ser no binario.

En otra situación, un paciente adolescente cuyo relato dio cuenta de un marcado compromiso con las demandas sociales visibilizadas desde el estallido, postura compartida con los padres, quienes tuvieron una activa participación política de resistencia durante y después de la dictadura cívico-militar (1973-1990), presentó un repentino y desmesurado estado angustioso, cuyo contenido guardaba relación con las eventuales consecuencias catastróficas que traería para Chile, para su familia, para él y sus cercanos un presidente de derecha. A medida que se ahondó en sus apremios, fue posible pasar del lugar común articulado en torno

a aquello que está en juego en una elección presidencial, a develar una suerte de convicción respecto de un futuro nefasto como resultado del proceso eleccionario. Al considerar la desproporción de sus angustias se consideró pertinente indagar en el relato de los padres, a fin buscar algún antecedente que diera sentido a la fuerza de sus preocupaciones. Al poco andar, y haciendo eco de las dificultades del hijo, los padres reconocieron haber mantenido y compartido sus preocupaciones respecto del futuro del país, al punto de planificar una suerte de autoexilio para cada uno de sus hijos, determinación que posteriormente se ligó al recuerdo —hasta ese entonces no compartido por la madre—, de la experiencia de detención, ejecución y desaparición de la cual fue víctima su familia en otra de las dictaduras de Latinoamérica.

Es evidente que en ambos casos lo social ocupa un lugar relevante, no obstante, cada uno en su singularidad mueve a considerar distintas aristas respecto de cómo abordar lo social en el dispositivo clínico. En la primera situación, la exclusión de los contenidos referentes a la situación país llevó a un estancamiento en el curso del proceso. Por el contrario, en el segundo caso los contenidos referidos a la conflictiva social transitaban de un extremo a otro, llegando a operar como una especie de velo respecto de la incidencia de las experiencias traumáticas de la familia en el estado angustioso del paciente. Ante esta diferencia, cabe preguntarse cómo discernir un escenario en el cual la escucha del profesional inintencionadamente excluye aspectos de la realidad social que interpelan a ambos actores y, por lo mismo, se tornan relevantes en la comprensión de los procesos transferenciales y contratransferenciales. De igual manera, cómo discriminar cuando los contenidos sociales guardan relación y proyectan sobre el espacio toda su complejidad —como en el segundo caso—, pero no constituyen la real conflictiva del sujeto.

A riesgo de lograr una respuesta parcial ante los cuestionamientos planteados, propongo recurrir a los desarrollos del filósofo Giorgio Agamben en torno a la noción de dispositivo, considerando la situación clínica como una expresión muy específica de este.

Agamben ofrece una precisa definición del concepto anclada en la tradición foucaultiana: “llamo dispositivo a todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, opiniones y los discursos de los seres vivos” (Agamben, 2011, p. 257). De esta manera, ante todo, el dispositivo es una máquina cultural que produce subjetividades, pero al mismo tiempo, genera procesos que podemos consignar

como procesos de desubjetivación, inscritos en las coordenadas propias del capitalismo posindustrial.

Para lograr mayor claridad, respecto de las implicancias de este concepto, puntualizaré tres aspectos que, para el autor, son definitorios y distintivos en su comprensión (Agamben, 2011):

- El dispositivo es un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente cada cosa, sea esta discursiva o no. Dentro de estos podemos encontrar: discursos, instituciones, edificios, leyes. Visto de esta manera, el dispositivo en sí mismo, es la red que se tiende entre estos elementos.
- Siempre tiene una función estratégica concreta, es decir, siempre está inscrito en una relación de poder.
- En consecuencia, de lo anterior, es el resultado del cruce entre las relaciones de poder y de saber.

En esta lógica, la noción de “Dispositivo” nombra aquello en lo que, y por lo que se realiza una pura actividad de gobierno sin el medio fundado en el ser, por lo tanto, los dispositivos siempre implican un proceso de subjetivación, es decir, deben producir a un sujeto. En efecto, desde esta perspectiva, al desarrollo infinito de dispositivos en nuestra era, conlleva el despliegue de infinitos procesos de subjetivación. De esta forma, los dispositivos inscriben en las subjetividades las significaciones e imaginarios propios de la sociedad en la que estos se gestaron. Así estas maquinarias, movilizan oscilaciones que van desde la subjetivación hacia la desubjetivación, de manera que las sociedades contemporáneas se presentarían como cuerpos atravesados por gigantescos procesos subjetivantes que subyacen a la trama manifiesta de los relatos sociales.

Retornando al campo de la reflexión clínica, en específico a lo propuesto en crisis social y situación analítica (Achard et al., 1968), es sostenible considerar que la inclusión de las temáticas sociales no descansa en una suerte de disposición circunstancial al abordaje de dichas problemáticas. Como puntualiza Agamben (2011), que determinados contenidos tengan posibilidad de circulación al interior del dispositivo es consustancial al desarrollo de un espacio destinado a ello, por lo mismo, es en la construcción del encuadre donde se juegan las primeras condiciones para que los actores implicados en el proceso se reconozcan autorizados a abordar dichos contenidos.

En este punto, esta apertura hacia lo social no se remite, ni se resuelve por medio de la regla analítica de la asociación libre propuesta por Freud

(1912), pues como lo señalaba hace ya casi cincuenta años Castel (1973), siempre existe el riesgo de que el clínico —asumiendo que su escucha es rigurosa a la teoría— desdibuje la situación contingente en una serie de elaboraciones que silencia la conflictiva social subyacente. En este sentido, no hay mayor diferencia en permitir que el otro traiga al dispositivo contenidos referentes a su realidad social si, desde nuestra posición de saber/poder, los remitimos a ser proyecciones de la conflictiva inconsciente, en efecto puede ser el caso, pero primeramente debemos mantenernos en la disposición a recibirlos como expresiones de su devenir como sujetos sociales.

En esta dirección, la excesiva cautela del paciente del primer caso a abordar en análisis el cuestionamiento de su identidad sexual, evidentemente es un contenido pertinente al proceso psicoterapéutico, pero sólo tuvo posibilidad de abordaje una vez que la persona trajo a sesión un contenido que había mantenido excluido y, luego de que se transparentase la posición del profesional respecto de las demandas de la comunidad LGBTQI+. Igual escenario podemos suponer a un vasto campo de problemáticas sociales que conllevan conflictivas subjetivas a los sujetos implicados, como la violencia intrafamiliar, violencia de género, violencia de estado, el aborto, la eutanasia y un largo etcétera. Muchas de estas situaciones no generan en los pacientes reticencia en cuanto acuden a un espacio terapéutico que dentro de sus inscripciones institucionales declaran el compromiso y respeto por dichas temáticas, configurándose como un elemento propio del encuadre, no obstante, en el ejercicio privado y en otros espacios del quehacer clínico, se torna necesaria la toma de posición de parte del profesional respecto de la conflictiva a tratar a fin de disminuir en lo posible la cuota de incertidumbre que esto conlleva para la persona.

Respecto de lo anterior, el segundo caso presentado pudiese calificarse como un contraejemplo en cuanto pareciese que el abordaje de los contenidos contingente a la situación social conllevó un desvío de la problemática subyacente, pero dicha lectura no considera que el acceso al trasfondo de dolor transgeneracional expresado en el estado angustioso del paciente sólo fue posible al permitir el despliegue de su relato referido a los acontecimientos sociales inmediatos a su persona.

Encuentro y reconocimiento

En el contexto de los procesos de psicodiagnóstico y psicoterapia, la situación de encuentro entre la persona y el dispositivo clínico es algo que requiere el despliegue y protección de un espacio sensible y nutritivo a las necesidades del sujeto, su contexto y su historia, como un todo. En consecuencia, la construcción de este espacio de encuentro y reconocimiento ocurre entre los actores de dicha instancia, sostenida por la disposición respetuosa del clínico ante la emergencia de los diversos contenidos del paciente, sin excluir de antemano nada. En esto recae la premisa winnicottiana de que la potencia de lo terapéutico yace en la posibilidad por parte del analista de construir un ambiente facilitador a las necesidades del sujeto (Winnicott, 1993).

A partir de lo anterior, es sostenible considerar la transferencia como resultante de la construcción de condiciones ambientales que permiten su emergencia, en esto, el clínico al igual que la madre/ambiente (Winnicott, 1993) mantendrá una presencia no intrusiva destinada a favorecer el despliegue de la subjetividad del paciente. Bajo esta condición, la naturaleza misma de la terapia es refractaria a todo esfuerzo de estandarización y demanda la flexibilidad del profesional, del espacio y su encuadre, el cual debe garantizar, sin importar el acondicionamiento espacial o verbal de la situación, la realidad interna, psíquica de la persona. En este sentido, la fidelidad al encuadre no puede estar por sobre la capacidad de adecuación, de ajuste del ambiente a la singularidad de la persona, de lo contrario, su rigidez devendrá en intrusión y la respuesta esperada será el replegamiento y el aislamiento del paciente.

Este espacio que se ofrece como un “como si” ante las demandas, necesidades y deseos de la persona, destinado a permitir el despliegue de su malestar, se construye desde un vértice distinto al discurso normativo y adaptativo de la cultura, como espacio alterno a la experiencia cotidiana pero cuya resonancia afectiva puede adquirir la potencia de la realidad más incuestionable, en cuanto lugar diferenciado del diario vivir, protege y libera al sujeto de las amenazas del “sufrimiento real”. Todo esto, toda esta complejidad y riqueza que esperamos de la experiencia clínica depende de la construcción de un dispositivo/ambiente, que no podemos suponer dado de antemano, pues debe ser sensible, respetuoso y comprometido con el devenir del ser.

En este sentido, la discusión no se limitará a determinar si ciertos contenidos deben o no ser incluidos en el dispositivo, sino a salvaguardar que dicha integración no quede reducida a un ejercicio de permanente relectura donde todo lo social es retraducido a una conflictiva psicológica, esta práctica es tan riesgosa como considerar que todo lo psicológico no es más que un epifenómeno de los procesos sociales. La escucha clínica, como resultado de las condiciones propias del dispositivo que la sostiene, debe orientarse a permitir la discriminación por parte del profesional de aquellas situaciones donde lo social es el objeto a abordar de aquellas donde constituye un trasfondo de las conflictivas inconscientes, pero para que ello tenga posibilidad de realización es necesaria la construcción de un espacio que lo permita.

Frente a lo anterior, es preciso reconocer que los “síntomas no son necesaria ni exclusivamente “signos” de trastornos, pues también dan cuenta de una dinámica —individual y colectiva— por la cual se constituyen en mensajes y demandas dirigidas al Otro social en busca de reconocimiento” (Aceituno et al., 2012). Dicho reconocimiento, expresado como malestar y sufrimiento psíquico, no concierne únicamente al “contenido” de las demandas, sino sobre todo, apuntan a la necesidad de reconocerse implicado e inscrito “simbólicamente” como actores de la sociedad y de la cultura.

Con el punto anterior, no se pretende desdeñar y menos restar importancia al impacto de los procesos socioculturales, pero sí considerar que no existe una relación de continuidad entre lo social y lo singular/clínico, no obstante, esto no implica prescindir de una escucha sensible a las problemáticas que dan cuerpo al malestar en la cultura, al contrario, dicha escucha debe ser el primer paso por reconocer lo singular, contingente, incluso accidental y eventualmente inefable del sujeto histórico-social (Castoriadis, 2004), como marca de aquello que se resiste a ser dicho y, aun así, lo habita.

Referencias

- Aceituno, R., Miranda, G. & Jiménez, A. (2012). Experiencias del Desasosiego: Salud Mental y malestar en Chile. *Revista Anales*, 3.
- Achard, L., Pereda, A., Casas, M., Pla, J., Vinar, M. & Ulriksen, M. (1968). Crisis social y situación analítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*.
- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, año 26, 73, 249-264.
- Alemán, J. (2010). *Soledad: Común*. Editorial Clave Intelectual.
- Anzieu, D. (1985 [1987]). «*Le Moi-peau*». *Les enveloppes psychiques*. Dunod, special.
- Baranger, M. & Baranger, W. (1961). La situación analítica como campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, t.4, 1, 311-352.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Paidós.
- Castel, R. (1973). *El Psicoanálisis, el orden Psicoanalítico y el Poder*. Siglo XXI Editores.
- Castoriadis, C. (2004). *Sujeto y verdad en el mundo histórico-social*. Editions du Seuil.
- Coloma, J. (2011). *El oficio en lo invisible*. Ocho Libros.
- Darrault-Harris, I. (2010). *La estratificación del espacio psicoterapéutico*. Tópicos del Seminario, 24, 55-70.
- Freud, S. (1998). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras Completas: XII*. Amorrortu Editores.
- Magaña, I., Ramírez, C. & Menéndez, L. (2012). Ideología, Género y Subjetividad. *Les Cahiers de Psychologie Politique*, 1, 20, 1-. <http://odel.irev.ues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=2030>
- Martin, M. (2010). *Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité* (Du cadre analytique au pacte). www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=CPC_017
- MINSAL. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017 -2024*. <https://www.minsal.cl/wpcontent/uploads/2017/12/PDF-PLANNACIONALSALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- OMS. (2004). *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia emergente y Práctica*. https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Santa Cruz, J. (2010). *Imagen-Simulacro. Estudios de cine contemporáneo* (1). Ediciones Metales Pesados.
- Vukusic, V. & Bravo, P. (2020). Salud mental en Chile, Determinantes Sociales de la Salud y desigualdad: ¿Cuáles son los alcances de la ley de protección a la Salud Mental? Entrevista al Diputado Gabriel Boric Font. VINCULARTE. *Revista Clínica y Psicosocial*, año 5, 5(100-108), II semestre del 2020.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.
- Winnicott, D. (1993). *La naturaleza humana*. Paidós.

Capítulo VII

Algunas puntualizaciones sobre la terapia en abuso sexual infantil a partir de la revisión de un caso clínico

Andrés Alejandro Albornoz Bustos

El psicoanálisis infantil y particularmente la terapia en niñas que han sufrido abuso sexual ha estado llenas de controversias venidas desde el entrecruzamiento de distintos discursos que se superponen a la práctica clínica, como son el discurso jurídico, el médico, el social y el venido desde los discursos *psi*. Tal problemática releva la función de la realidad misma como productora de patología, demostrándonos cómo en la problemática de lo traumático se imbrica la incidencia misma de la realidad externa y la importancia del ambiente para el psiquismo.

Así el presente trabajo pretende reconstruir un caso clínico en una niña de cuatro años de edad víctima de abuso sexual infantil. Este proceso terapéutico se realizó fundamentalmente a través del juego y del dibujo, gracias a la comprensión teórica-clínica de D. Winnicott, como de los aportes puntuales de autores en la teoría del trauma, como Silvia Bleichmar y Jorge Volnovich quienes piensan que el abuso sexual infantil tiene efectos de una violenta intromisión que irrumpe sorpresivamente sobre la subjetividad.

En el presente escrito se ha mantenido el resguardo de la confidencialidad y de algunos antecedentes que cuidan la identidad de los/as involucrados/as, agradeciendo desde ya el haber confiado en mí para compartir sus más profundos dolores, deseos, odiosidades y amores.

Tal proceso terapéutico se realizó en el contexto de mi labor como terapeuta en un centro de reparación especializada en abuso sexual infantil y maltrato grave de una fundación privada prestadora de servicios para el Estado donde atendía a niñas y adolescentes que habían sido ingresados al sistema de protección a través de tribunales de justicia, acompañando a las niñas y sus familias a construir un espacio de escucha y juego que les permita poder restituir en parte el dolor y daño asociado a tales violen-

cias y vulneraciones sufridas presentes en su historia personal y familiar que les causaban numerosos sufrimientos.

Así Anita ingresa al centro después de haber sido evaluada y periciada por un centro de diagnóstico especializado para la protección de la infancia donde se pudo evidenciar un daño asociado a trauma de haber sido transgredida en su corporalidad por parte de su hermano mayor de 13 años, siendo su madre quien realizó posteriormente la denuncia. Tal situación derivó finalmente en la separación de ambos niños por órdenes de tribunales, con la salida del hermano mayor “agresor” a un hogar de niños y de Anita al ingreso a “terapia reparatoria” al centro ambulatorio donde yo trabajaba.

La develación del hecho abusivo ocurrió cuando la niña se quejaba de dolor vaginal en el momento en que el padre se acerca para revisarla, ella habría dicho “no me puedes tocar porque eres hombre” situación que evidentemente llamó la atención y alertó a los adultos a cargo de la niña. Al comienzo del tratamiento, destaca las verbalizaciones de Anita con un relato acorde al haber sido víctima de tal experiencia de transgresión: “A mí me duele la vagina”, “mi hermano Francisco me metió la mano en la vagina” como también sus constantes transgresiones de límites y juegos hipersexualizados en el establecimiento de la relación terapéutica, propio de los indicadores de daño asociado en niños que han sufrido de abuso sexual en su infancia.

Para efecto de la presente publicación, tal situación amerita el poder delimitar los alcances acontecidos en el presente trabajo, ya que las sesiones son un recorte de lo más representativo de un proceso terapéutico que muestra, a mi entender, la evolución y los avances del proceso clínico con frecuencia de una vez por semana que permita la reflexión, crítica y la apertura a interrogantes sobre el trabajo clínico de niñas víctimas de abuso sexual infantil en instituciones, donde por su particularidad, se entrecruzan diferentes discursos e ideologías entre lo clínico, lo jurídico y lo social.

Tal entrecruzamiento con la práctica clínica no se encuentran ausentes al revisar el presente caso. Como nos recuerda Jorge Volnovich “el abuso sexual infantil, revela la conflictiva de las instituciones de las relaciones de parentesco, de la justicia y de la psicología, permitiéndonos a la vez comprender los modos de subjetivación que a partir de sus prácticas, legalizan y naturalizan la condición humana” (2002, p. 145). Lo anterior, con el objetivo de revisar el curso del trabajo con sus puntos nodales, como también la apertura a procesos inéditos provocando formas no clá-

sicas de intervención; abriendo interrogante sobre cuál es la función y la dirección de la cura en el presente caso.

Sesión “La mano cochina”

La presente sesión ocurre a unos 5 meses de iniciado el tratamiento. Como es de costumbre Anita comienza por pintar a borbotones de témpera unas cuantas hojas, interpret ndole sobre la fuerza de sus afectos y cómo siente que estos la sobrepasan. Ella continúa pintando y observo cómo en ese momento, el pincel lo empuña como un cuchillo que clava la hoja dejando la sangre de distintos colores como huella de un crimen cometido. Pienso en realizar dicha interpretación respecto a la rabia y el odio que ella siente, situación que era coherente con elementos de odiosidad de sesiones anteriores como: el manejo con los peluches, su rabia al no querer ordenar los juguetes, la fuerza e impulso al pintar con témpera o los trazos al pintar con los lápices de colores, su juego sobre una muñeca quemada en un incendio que ella intenta salvar, etc., pero no lo hice y preferí dejarla expresarse y crear sin interrupciones.

Inmediatamente después, Anita me pide que coloque mis manos encima de las suyas pintadas sobre la hoja, indicándome que apriete sus manos fuertemente contra el papel, expresando “más fuerte...más fuerte” no mostrando ella signos de dolor evidente, aunque yo iba gradualmente aumentando la fuerza a medida que ella me lo pedía. Pienso esta escena como el control omnipotente de Anita que emerge contra sus ansiedades persecutorias en su rechazo hacia las figuras masculinas. Aparece la mano como elemento traumático que insiste en la escena, la mano de su hermano, *mano y her-mano se conjugan con la muñeca quemada*. Aquella parte del cuerpo acalorada y caliente que la asocia a la muerte y que Anita intenta aplacar con los lápices destacados diciendo que es “agua de los bomberos”. Así, posteriormente le propongo pintar una mano, para que ella pueda a través del dibujo simbolizar aspectos de este objeto parcial traumático del cuerpo que insiste.



Figura 1. Archivo de los autores.

Aparece el significante y el rojo del dibujo “La mano cochina” (Figura 1.), que se liga a la culpa en relación al hecho abusivo, repitiendo ella mientras pintaba con sus dedos “la mano cochina...la mano cochina” apareciendo nuevamente los rasgos obsesivos controladores de la ansiedad. Intentando posteriormente pintar mi camisa con las témperas, momento en que le hago alusión al hecho abusivo y la transgresión corporal, en la instauración de los límites corporales que progresivamente fuimos trabajando en sesiones posteriores. Como nos enseña Silvia Bleichmar “...en el caso del abuso sexual infantil, lo real ingresa produciendo algo que el analista debe ayudar a organizar y significar mediante simbolizaciones de transición que intenten ofrecer resistencia a los procesos traumáticos desubjetivantes” (2009, p. 56).

Finalizando la sesión me pide que le lave las manos del rojo de la témpera y la acompaño a lavarse las manos y le enseño cómo lavarlas, explicándole cómo las cosas se pueden limpiar, mejorar y sanar. Pienso en este momento, cómo a pesar de estar fuera del encuadre terapéutico —al estar fuera de la sala— este momento es reparador para la niña. Acompañarla a lavarse las manos es simbólicamente acompañarla a reparar esa mano interna traumática que insiste, confiando ella en el vínculo, reparando el rojo de la excitación simbolizado en la témpera, como el daño en su psiquis y su cuerpo.

Lo anterior nos muestra, como nos enseña Winnicott en su texto *Agresión, Culpa y Reparación* (1960), que las experiencias constructivas y

creativas posibilitan el acceso a su destructividad. La tesis respecto a la destructividad, responde a interpretar la reparación como un acto mediante el cual esa persona está fortaleciendo su *self*, posibilitando así la tolerancia de su destructividad inherente (2003, p. 168).

Sesión “La mano mágica”

La presente sesión ocurre a unos 11 meses de comenzado el tratamiento. Al ingresar, Anita expresa que desea pintar con brillitos como la sesión pasada, donde decía que ella era una maga y que tenía mucho poder. Así me pinta las manos con brillito diciéndome que “es magia” y como hace seis meses atrás, le propongo dibujar una mano. En esta ocasión se observa más preocupada por el manejo de sus impulsos repitiendo constantemente “sin irme al cerdo” interpretando esto a través de lo referido en contenidos de sesiones anteriores, como su hermano se había ido “al cerdo” con ella, la había tocado donde no era debido y en más de una oportunidad la había golpeado duramente. Ella responde “soy poderosa y soy maga”, “también soy karateca”, “tú no sabes lo que yo puedo hacer... si me quitan la magia yo pego combos”.



Figura 2. Archivo de los autores.

Recuerdo cómo a través del proceso, la madre me contó que Anita habría amenazado a un niño de su edad que no se le acercara. Frente a esto y lo que ocurre en la sesión, le interpreto a la niña cómo quizás siente que cuando su hermano la tocó en la vagina sintió que le quitó su magia y su vitalidad, así como la confianza en los hombres, pero ahora al sentirse mejor se puede relacionar ya no amenazando tanto a sus compañeritos, estando más feliz en el jardín con la confianza en que podrá defenderse como también pedir ayuda. Así ella expresa jubilosamente “Mira mi magia... mira mi magia!!!” tirando los brillitos al dibujo y su alrededor (Figura 2). Pienso esta sesión como un buen reflejo del proceso que está llevando la niña, al considerar que efectivamente aparecen las defensas maníacas con estos aires de grandilocuencia e idealización. Como una posición psíquica que le entrega seguridad, bajando sus ansiedades, beneficiándose de otro tipo de relaciones que le permiten el poder integrar y poder realizar la reparación de su daño y traumatización.

Lo anterior nos muestra cómo el abuso sexual produce una desinversión del yo en quien lo padece. El trauma más que producir un exceso de libido sexual es productor del desfallecimiento de la libido narcisista. Como nos explica Silvia Bleichmar (2002):

El traumatismo que genera el abuso sexual en la infancia se presenta como devastador de la subjetividad. El efecto de la imposibilidad de simbolizar impregna al sujeto, sumado a fuertes sensaciones de inermidad, de un terror sin nombre, la percepción de que los recursos disponibles no alcanzaran para proteger al psiquismo del derrumbe y la imposibilidad de imaginar un futuro construido sobre los inútiles pilares de un presente desorganizado (p. 55).

Sesión “Mis manos”

La presente sesión acontece pasado un año y cinco meses de comenzado el tratamiento. En esta oportunidad Anita habla del abandono de su perro Muti que había sido “botado a la calle porque se portaba mal”, hablando posteriormente en esta misma sesión cómo se sentía muy mal porque a su hermano lo habían “botado de la casa”. Interpretándole, a partir de un juego anterior de la Dra. y el peluche, su conflicto con el abandono y la pérdida del amor, asociadas a sus sentimientos de culpa por la expulsión de su hermano, posterior al develamiento del hecho

abusivo. Simbolizando e interpretándole cómo ella se ha sentido como aquel peluche con una madre que toma y abandona, protege y se ausenta debido a sus depresiones y malestares.

Posteriormente expresa que desea pintar con témpera y me pregunta por un colega nuevo del trabajo y expresa que quiere conocerlo, cosa curiosa ya que en las oportunidades anteriores se había mostrado ansiosa frente a la presencia de otras figuras masculinas. Finalmente, considerando lo anterior procedo a invitarlo a la sesión, como una manera que Anita con su excesivo rechazo a las figuras masculinas pueda reparar parte de confianza y construir un espacio reparatorio más allá de mi persona. Al ingresar, le muestra sus dibujos coment ndole lo que le había pasado con su hermano. Se muestra jubilosa al tener el control sobre sus objetos preciados y es ella quien en esta oportunidad decide que pueden ser tocados y mirados por otra persona, no como fue el hecho abusivo, donde ella fue tocada y transgredida en sus límites corporales. Al presenciar tal escena, recuerdo cómo ella en la sesión anterior expresaba que quería mostrarle sus dibujos a su padre (que no lo veía hace un par de meses posterior a su separación de la relación con la madre de Anita), ya que ella se encontraba “muy contenta” porque su corazón se encontraba “bueno”. Interpretando cómo ella est  mejor y ya no siente este rechazo hacia los hombres, o sea, cómo sus objetos internos van siendo reparados y posibles de ser investido por una mirada masculina valorizante.

Posteriormente comienza a pintar sus manos con las témperas mezcladas con el brillito, expresando que espera no irse “al porcino” impregn ndolas en la hoja, explicando que ya sabe lavarse sus manos sola (Figura 3). En ese momento, pasa a llevar el vaso de agua sobre la mesa que se encontraba para las témperas, botando su contenido y comienza espontáneamente a limpiarlo por sí misma. Interpret ndole en ese momento cómo se hace cargo de sus cosas, lo que siente y lo que le pasa, como el vaso que se derrama sobre la mesa. Contest ndome ella “listo papá” agregando “ah *me equivoqué*”, poniendo ahí sus deseos originales de mostrar a su padre lo fuerte y feliz que se siente, cómo su pequeña hija se encuentra mejor.



Figura 3. Archivo de los autores.

A modo de conclusión

Esta es la apuesta que realizo en el presente escrito y dirección de la cura del proceso. Ciertamente en este momento inicial del tratamiento aparecen aspectos destructivos y reparatorios con defensas maníacas en un movimiento gradual del proceso, de un dibujo de una mano sangrienta a otro de mis manos, evidenciándose algunos de los conflictos nodales en la terapia reparatoria de abuso sexual infantil como: juegos hipersexualizados, sus problemas de enuresis, sus conflictos con la corporalidad, sus terrores nocturnos, la culpa y su desdibujamiento en la identificación con su hermano, ayudándola a tramitar lo contradictorio de la figura fraterna, su naciente responsabilización del odio hacia él, su reposicionamiento subjetivo respecto a las figuras masculinas, la progresiva instauración de límites, su baja autoestima, etc. Ayudándola en su individualización que le permita diferenciarse de la denegación e inoculación de la culpa de su hermano en el hecho abusivo. A pesar de lo inicial del proceso, tal revisión de caso también nos es ilustrativa en determinados temas problemáticos a puntualizar, como:

Las exigencias terapéuticas que la clínica, con pacientes traumatizados, nos exigen creatividad y toda nuestra vivacidad que derivan, como en este caso, en intervenciones no clásicas, como el hecho de integrar a un colega a una sesión, situación que podría también ser leída como un

acting. Tal situación posteriormente facilitó el traspaso del caso al mismo colega al cambiarme de trabajo.

Se hace patente en este caso la dificultad del entrecruzamiento de los distintos discursos que se superponen a la práctica clínica, como en la obligatoriedad en la salida del hermano de la casa. Cómo también cuando Anita pasó por un sinnúmero de dispositivos como: la organización por la protección de la infancia, la pericia génito-uretral, el servicio médico legal, etc. que dejó una impronta de la niña y los padres que resultaba evidente al ingresar a tratamiento.

Es decir, ¿qué implicancias tiene en la re-victimización el proceso de denuncia para las propias víctimas y sus familias? ¿Cuáles son las implicancias para una familia y sus integrantes que haya sido la madre quien haya denunciado a su hijo y después de un tratamiento —dado de baja el adolescente— vuelva al hogar después de un año y medio? ¿Retrocederá la integración de sus objetos internos al enfrentar la inminencia que su hermano negaba su responsabilidad en el hecho abusivo? ¿Cuáles son las resistencias de los terapeutas en aceptar la ambivalencia de los niños cuando el agresor es de la misma familia e incluso ha sido amoroso y protector con ellos en otros momentos? También el presente caso nos muestra cómo se puede instalar un espacio terapéutico sin mediar necesariamente el relato del hecho abusivo (como algunos modelos terapéuticos lo plantean), sino que a través del dibujo y del juego vehiculizar un proceso restitutivo del daño asociado.

Otro punto interesante corresponde a cuestionar la misma ideología al interior de las instituciones “psi” llamadas para “la reparación”. ¿Es posible tal cosa? ¿Es plausible reparar todo lo sucedido? ¿Y dentro del mismo cuestionamiento de la ideología institucional, que ocurre en las instituciones donde los niños son sujetos de atención sólo a partir de los 6 años? ¿Qué ocurre entonces con los derechos del niño preescolar respecto a su necesidad en salud mental? ¿Cuáles son los dispositivos clínicos a temprana edad para tales problemáticas en salud mental infantil que pudieran estos requerir, además de sólo una psicoeducación en competencias parentales para sus padres?

Se sabe que existen algunas problemáticas de origen en la infancia que sin el adecuado tratamiento producen trastornos más graves en la adultez, así como también un fuerte deterioro o empobrecimiento del desarrollo socioemocional para los individuos con su impacto económico y cultural de un país. Es cierto que existen planes de acompañamiento y orientación para mapadres sobre todo para el fortalecimiento vincular

en la díada madre-hijo que favorezcan el desarrollo, así como también detectar problemáticas a nivel parental que permitan su derivación oportuna, pero qué ocurre cuando ya presentan síntomas estructurados. La pregunta que orienta este punto es: ¿y si lo hubiéramos tratado antes?

Trabajar con los niños en los primeros años de su vida, sin necesariamente mediar el tratamiento a través del habla, implica relevar la importancia de los primeros momentos de su constitución psíquica, en momentos subjetivantes de la relación madre e hijo, como también de la activa metabolización del infante; ya que es preciso subrayar que el infante en su constitución psíquica temprana no es un objeto pasivo de conductas y sólo de competencias por aprendizaje de su padres, sino más bien un sujeto activo que va tramitando-metabolizando dentro de sus posibilidades y particularidades, lo transmitido y heredado libidinalmente de sus figuras parentales y familiares.

Finalmente, respecto al caso, lo traumático del abuso sexual infantil muestra cómo la historia deja sus marcas de estos acontecimientos. Tal dinámica exige un importante trabajo psíquico que además insiste como traumático y que se muestra con intensidad en la transferencia. Exigiéndonos como terapeutas a comprometernos e involucrarnos en la materia, como nos explica Betinna Calvi (2002) “el abuso marca su singular impronta. Implica una vivencia de extrema soledad y constituye una situación límite para el mantenimiento del funcionamiento psíquico, en cuanto afecta el núcleo más personal y básico de la identidad: el cuerpo” (p. 46). Y es el cuerpo del terapeuta y su vivacidad que viene a ser puesto en juego en la relación transferencial, exigiéndonos creatividad y flexibilidad en nuestras intervenciones, mostrándonos la importancia de lo vivo en la relación transferencial, frente al daño y sobrevivencia del paciente. Lo mágico en Anita y su proceso va por el hecho de su sobrevivencia, necesitando ella lo vivo del otro y su sobrevivencia en su agresión.

Referencias

- Bleichmar, S. (2000). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Amorrortu.
- Calbi, B. (2009). *Abuso sexual en la infancia. Efectos psíquicos*. Lugar Editorial.
- Volnovich, J. (2002). *Abuso Sexual en la infancia*. Grupo Editorial Lumen.
- Winnicott, D. (2003). Deprivación y delincuencia. En *Agresión, culpa y reparación*. Paidós.

Capítulo VIII

Ejercicios diagnósticos psicológicos en base a un modelo de análisis descriptivo-comprensivo

Margarita Loubat O. y Makarena Moris I.

En este texto se presenta un modelo teórico-práctico para la realización del diagnóstico psicológico, ejemplificado a través del análisis de casos clínicos. Se trata de un método de análisis descriptivo-comprensivo en base a las etapas de exploración, diagnóstico integral y proyecto terapéutico.

Se trabaja con casos clínicos tratados en el Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile (CAP USACH), en el marco de la Asignatura Diagnóstico Psicológico, reelaborados a fin de resguardar aspectos éticos, cuyo análisis y presentación fue sometido a juicio de expertos. Se incluye la actualización de casos anteriormente analizados por Loubat & Moris (2008).

La información se estructura mediante presentaciones de casos, para potenciar destrezas de análisis clínico y toma de decisiones posibles de adoptar dentro del proceso de psicodiagnóstico. Se presenta una experiencia de aprendizaje que motiva a comprender el ejercicio diagnóstico en el marco de un funcionamiento ético y científico, siendo una competencia del perfil de egreso de la carrera de Psicología USACH.

Se abordan contenidos teórico-prácticos del diagnóstico clínico, que dan cuenta que una realización competente permitirá una mejor comprensión de la necesidad de ayuda a resolver y dará paso a un proyecto de intervención con resultados terapéuticos.

La descripción e interpretación de la información, se expone mediante una matriz de datos y proceso diagnóstico en etapas. Con énfasis en la realización de un estudio diagnóstico exhaustivo, a objeto de conceptualizar el mecanismo de acción de los síntomas, las causas asociadas a elementos de personalidad, de conflictos y contexto, considerando tanto aspectos manifiestos, como aquellos latentes a interpretar.

El acento está en el proceso de estudio, más que en la denominación diagnóstica, sin desestimar en ningún caso su utilidad. El foco es exponer un método reflexivo, que sea susceptible de utilizar en cualquier estudio diagnóstico clínico psicológico.

Se destaca que los resultados obtenidos bajo la estrategia clínica propuesta pueden recibir la concurrencia de diferentes puntos de vista al calor del diálogo interdisciplinario e intersectorial, encuentro que será valioso para lograr hipótesis diagnósticas y abordajes terapéuticos más acabados en beneficio del paciente.

Por último, se proporciona un modelo de Informe Psicológico, en el que se puede identificar una estructura de apoyo para documentar y organizar la ejecución del proceso diagnóstico, el cual requiere integrar y sintetizar la respuesta a una pregunta —por parte del clínico— sobre el consultante, siendo la guía los componentes de la solicitud de ayuda.

El modelo de diagnóstico psicológico que aquí se presenta se caracteriza por:

Contemplar el ejercicio clínico-diagnóstico como una competencia profesional, por lo tanto, hace referencia a los saberes funcionales para la acción, donde la persona que practica un acto profesional, requiere de saberes específicos conocimientos técnicos y científicos, expresados en destrezas. Estas destrezas están en conexión con habilidades sociales, metodológicas y otros recursos relativos a aspectos tecnológicos y organizacionales del lugar donde se realice la acción clínica (Hermann Schink Schauer, 2006).

Ser un constructo que representa una fase de exploración, una de diagnóstico integral —considerando sintomatología, personalidad, conflicto y contexto en el marco de lo descriptivo, comprensivo— y por último, una fase que abre paso a la construcción de un proyecto terapéutico consecuencial.

Analizar material clínico, problematizar, generar inflexiones y/o cuestionamientos, a fin de estimular la reflexión al calor de una mirada descriptiva, comprensiva-interpretativa, buscando ilustrar y considerar, la complejidad que involucra el acto de supervisión y ejercicio de una estrategia de diagnóstico clínico psicológico.

Considerar aspectos integrales y émicos de análisis, en el marco de una mirada pluralista e integrativa, tomando en cuenta el modelo de supervisión de Loubat (2005).

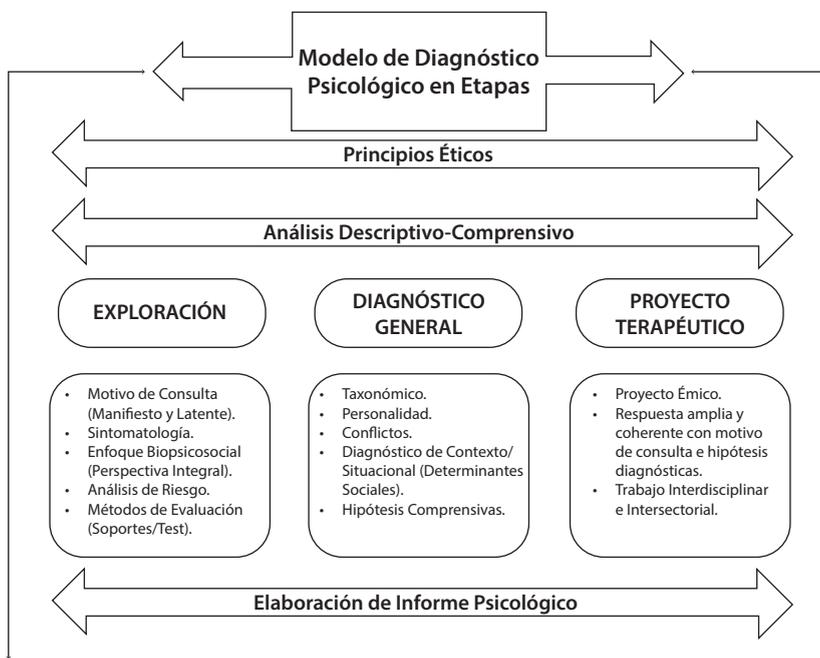


Figura 1. Modelo Descriptivo-Comprensivo en Etapas para el Diagnóstico Psicológico. Fuente: elaboración propia.

En la Figura 1, se aprecia la actualización del modelo en etapas y de carácter emico¹ de Loubat & Moris (2008), el cual implica respeto por aspectos idiosincráticos del paciente. El modelo aporta a la sistematización de los datos que se deben recoger, como también para el análisis, discusión, abordaje y supervisión del caso en base a un proceso continuo coherentemente articulado.

La etapa de exploración contempla aspectos a recabar, mediante métodos clínicos (observación, entrevista, examen mental y test) y la consideración del enfoque biopsicosocial, observando también dimensiones biológicas y sociales en el estado clínico.

La etapa de diagnóstico integral da cuenta de una mirada compleja y pluralista con descripciones manifiestas e hipótesis comprensivistas, hermenéuticas e interpretativas, a fin de abordar en profundidad la sub-

¹ Concepto acuñado por el lingüista y filósofo estadounidense Kenneth L. Pike. El enfoque emico trata de entender la realidad desde la situación de los propios actores, o sea desde el interior de los fenómenos.

jetividad del sujeto. Considera las hipótesis basadas en síntomas, personalidad y conflictos sean intra o interrelacionales; así como también los factores sociales, ambientales y de contexto que afectan la salud, tales como: pobreza, inequidad, género, discriminación, estigmatización, entre otras, cuya relación se vincula a la vulnerabilidad de enfermar de una persona y su mayor o menor disponibilidad de recursos para protegerse (Ayres et al. 2008).

Por último, en la etapa de proyecto terapéutico se integra lo idiosincrático del sujeto, el motivo de consulta, las hipótesis diagnósticas y la mirada de abordaje.

Desde un punto de vista ético profesional, en este acto se trata de comprender al sujeto y su sufrimiento, lo cual conlleva una profunda reflexión respecto de lo que se hace clínicamente y para qué se hace. Se debe estar consciente que la persona experta posee un saber que empodera y que debe estar siempre en beneficio del paciente, por lo tanto el acto profesional no sólo debe ser técnicamente bueno, sino también éticamente correcto.

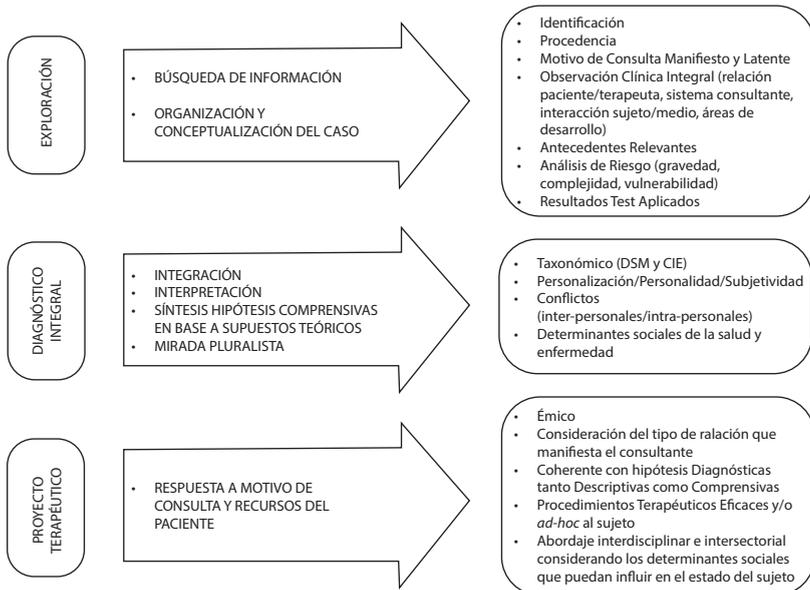


Figura 2. Matriz de datos para el Análisis del Proceso de Diagnóstico Psicológico en Etapas. Fuente: elaboración propia.

La matriz que se expone en la Figura 2 se asocia al modelo expuesto y el propósito es facilitar el análisis del caso. Se insta a que el psicólogo clínico en formación estructure la información recabada y desarrolle un estilo de trabajo reflexivo y profundo de diagnóstico.

La propuesta de sistematización debe entenderse como un ejercicio formativo educativo, siendo una herramienta que optimiza la reflexión que debe desarrollar el psicólogo clínico a lo largo del proceso diagnóstico, entendiéndose como un estímulo al entrenamiento de una competencia profesional, donde se conjugan principios teóricos y técnicos, así como también, un alto grado de sensibilidad, creatividad, flexibilidad y espontaneidad como herramientas valiosas de trabajo.

La etapa de exploración

Presenta como objetivo recabar y analizar información, para lo cual el terapeuta cuenta con valiosos métodos de la psicología clínica, se debe focalizar la búsqueda de datos confluentes bajo una postura ética. Son de utilidad la entrevista clínica, la observación y los test para generar hipótesis diagnósticas que consideren las áreas del desarrollo, funciones de personalidad, elementos cognitivos, organicidad y/u otros.

Se deben obtener datos desde una mirada longitudinal, lo permanente, lo que se repite y los quiebres en la conducta en su historia, y una mirada vertical sobre el estado de salud mental del sujeto en el momento mismo. Ello permitirá diferenciar elementos constitutivos de aquellos transitorios del estado de salud actual del sujeto, ya sea en población infante-juvenil o adulta.

Algunas interrogantes útiles en la exploración son: ¿qué edad tiene y en qué etapa del desarrollo del ciclo vital se encuentra? En lo más específico ¿qué se puede describir de sus diferentes áreas del desarrollo?: cognitiva, afectiva, lenguaje, motricidad. ¿Su desarrollo corresponde comparativamente con el de otros sujetos de igual edad? Ello, sin desestimar que los sujetos son únicos. ¿En qué nivel de instrucción educacional se encuentra, analizando las posibilidades tanto sociales como cognitivas de acceso a la formación? ¿Cómo se puede describir la conducta del sujeto y/o la interacción del sistema consultante en el proceso?

Respecto del motivo de consulta manifiesto y latente: el primero podrá ser conectado de inmediato con la conciencia de enfermedad, con el juicio de realidad, con los recursos cognitivos y afectivos del paciente, dará pistas respecto a qué podría estar a la base de las dificultades. El segundo, y desde la subjetividad del experto, se conectará a hipótesis comprensivas.

Se recogen situación actual, síntomas —si los hay, gravedad de los mismos, análisis de riesgo—, antecedentes históricos respecto del desarrollo del sujeto, familiares y de pareja, escolares, mórbidos, laborales, sociales, consultas previas por salud mental. Se analiza el medio en que la persona se desenvuelve, ya que permite aproximarse al contexto sociocultural en el cual está inserta. El enfoque bio-psico-social, será beneficioso tanto para la exploración del caso, como para el proyecto terapéutico, tomando en cuenta que el sujeto es una construcción dinámica entre aspectos biológicos y psicosociales (Engel, 1977, en Dowling, 2005).

En el diagnóstico psicológico es de utilidad desarrollar un análisis desde un punto de vista cognitivo, afectivo y conductual, incluyendo el tipo de interrelación que se presenta, elementos de la personalidad del consultante y de su subjetividad expresada. También se deberá integrar —si es necesario— el examen mental (Capponi, 1995) y una evaluación de riesgo a fin de reconocer la necesidad de efectuar una interconsulta a nivel interdisciplinario o de especialidad.

Efectivamente, desde la primera entrevista se deberá analizar si el paciente presenta algún riesgo en su estado actual de salud mental. Ello alude a la intensidad leve, moderada o grave del cuadro clínico y su curso (operativizar en variables como riesgo vital para sí mismo y/o para otros y la discapacidad asociada a la enfermedad).

Se debe tener la capacidad de identificar el conjunto de signos y síntomas (nivel sindromático), pero sin separarlos de la persona que los experimenta en un momento dado de su historia, su curso de vida y su entorno (sujeto de relación) (Minsal, 2018). Por lo tanto, el abordaje de la psicopatología debe estar basado en una concepción de sujeto como sujeto de relación.

La Figura 3 contiene aspectos que deben ser recabados desde la entrevista inicial, mediante métodos clínicos, a fin de organizar, analizar y conceptualizar el caso.

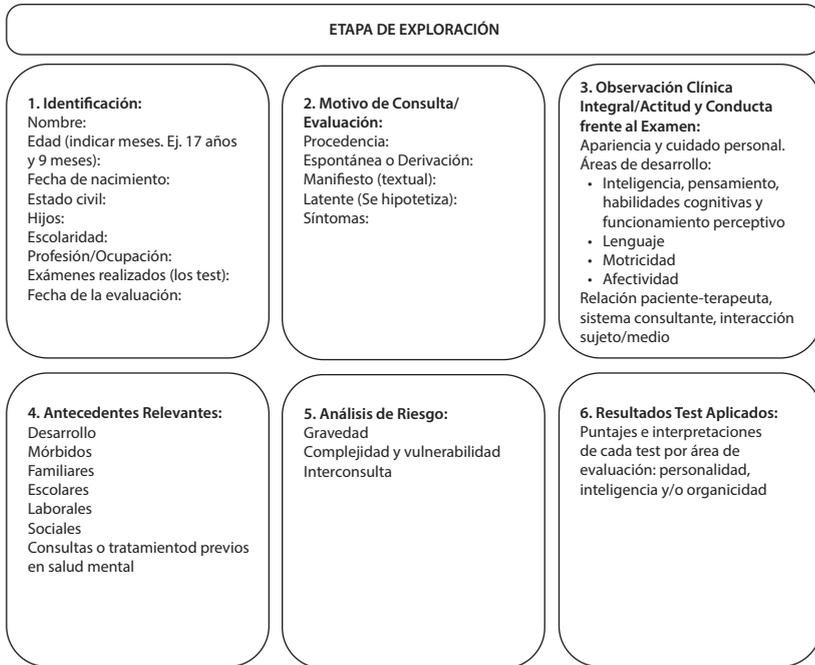


Figura 3. Etapa de Exploración. Fuente: elaboración propia.

A continuación, respecto a la etapa de exploración, se presentan casos clínicos con información ya clasificada y organizada, según modelo y matriz.

Caso 1: Matías (M)

1. Identificación: niño, de 10 años de edad, cursa 4° básico.

Análisis descriptivo: se debe ubicar la etapa de desarrollo en que se encuentra desde un punto de vista cognitivo, afectivo, lenguaje y motricidad. Ello apoya el análisis descriptivo y la formulación de hipótesis diagnósticas, también permite comparar de manera deductiva e inductiva su desarrollo con niños de igual edad. Es necesario conectar los datos con aspectos teóricos del desarrollo humano y de la salud, donde desde una dimensión individual se abarca tanto un componente biológico como psicosocial. Por ejemplo, de los datos entregados, ¿la edad cronológica corresponde con el nivel escolar que cursa? o ¿muestra un desarrollo cognitivo coherente con la etapa evolutiva en que se encuentra?

2. Motivo de consulta/evaluación

Procedencia: la madre refiere indicación por parte de establecimiento escolar, dada la conducta agresiva mantenida hace más de 1 año.

MC Manifiesto (M): “mi mamá me trajo yo no quería venir (...) No me gustan los doctores” “a mí siempre me retan en el colegio (...) Lo que pasa es que los cabros me molestan”.

MC Manifiesto Madre: “(...) ya no sé qué hacer, del colegio lo pasan suspendiendo... a mí me pasa gritando y me dice garabatos (...) ya no sé cómo controlarlo (...) lo peor es que su profesor ya no lo soporta”.

Análisis descriptivo: de lo expuesto se podría hipotetizar cierta tolerancia por parte del medio familiar a conductas desadaptadas del niño: hace más de 1 año que estas se manifiestan, la madre consulta por solicitud del establecimiento educacional. Se aprecian trastornos conductuales acompañados de agresividad en varios espacios: colegio, casa. ¿Problemas de integración en la comunidad escolar? ¿Peligro de suspensión? / ¿Por qué manifiesta que le disgustan los doctores?

Análisis comprensivo: ¿motivo de consulta latente: madre en dificultades respecto del rol parental? / ¿Límites, protección?
Se sugiere entrevistar por separado a la madre y al niño, dando prioridad a este último. Esto con objeto de profundizar en los diversos motivos de consulta (niño y madre).

3. Observación clínica integral/ actitud y conducta frente al examen

Paciente de baja estatura, generalmente acude a consulta en compañía de la madre quien se aprecia nerviosa, cansada, angustiada, llora en el transcurso de la entrevista, se agudizan sentimientos de tristeza cuando hace referencia a sus hijos. En tanto, el menor permanece en silencio y demuestra desagrado. A pesar de efectuar intentos para desarrollar diálogo, no responde, sin embargo, efectúa solicitudes de manera amable y estableciendo contacto visual.

Análisis descriptivo: aspecto físico: baja estatura, ver otros indicadores respecto de desarrollo físico. ¿Falta de resonancia afectiva con sufrimiento de la madre? ¿Oposicionismo? No obstante, puede establecer contacto con el psicólogo.

Se deberían analizar con mayor detención características estructurales de la madre, situación personal en general y en relación a los hijos, pues se requiere conocer el contexto en el cual se desarrolla el hijo.

4. Antecedentes relevantes

Desarrollo: ictericia al nacer, derivando a hospitalización de 1 semana, dificultando la lactancia. Control de esfínter 1.8 años, aprendizaje de la marcha a la edad de 1 año.

Familiares: la madre es asesora del hogar, separada hace 3 años, después de relación de convivencia de 16 años, expareja comienza a cohabitar con una mujer más joven. Este es descrito como un hombre violento, con consumo perjudicial de alcohol y como agresor en violencia intrafamiliar (VIF) física y verbal. Posterior a la separación, episodios de VIF verbal volvieron a manifestarse cuando ella establece una nueva relación. Hace 1 año, aproximadamente.

El paciente es fruto de un embarazo no deseado, de acuerdo a lo referido por la madre: "(...) fue pura casualidad (...) fue justo cuando supe que él tenía otra mujer (...) y también otros hijos (...)". Es el menor de 4 hijos de la pareja, tiene una hermana de 18 años y dos hermanos de 16 y 14 años, con quienes mantiene vínculos cercanos. Sólo por parte de padre, se suman: un hombre y una mujer, de 10 y 5 años, respectivamente, con quienes no mantiene relación.

En este último tiempo el sistema filial se ha opuesto a la madre. Reacción asociada con denuncia de la madre contra el padre por VIF.

Escolares: de acuerdo a lo referido por la madre, condición de salud provocó baja asistencia a educación preescolar, permanentemente resfriado. Indica conflictos permanentes en contexto escolar a nivel interaccional. En la actualidad cursa 4to básico y se observan peleas constantes con pares.

Aprendizaje de lecto-escritura dentro de lo esperado, rendimiento escolar adecuado.

Análisis descriptivo: nuevamente hay una alusión a la condición de salud del menor. La baja asistencia a clases colabora con los índices de baja adaptación escolar. Nivel escolar (4° básico) indicaría que hubo repitencia.

Falta indagar respecto de áreas de desarrollo del niño. Ausencia de datos respecto de aspectos mórbidos y sociales. Deseable habría sido la construcción de genograma.

Análisis comprensivo: situación familiar entrega el contexto en el cual se ha desarrollado el niño. Padre violento, presencia de OH y drogas, lazos familiares dobles con dos hijos fuera del hogar. Hermanastro de su misma edad, hermanastra de 5 años en circunstancia que separación parental sólo se produce hace 3 años. Cabe preguntarse, si la madre conocía de siempre la situación de infidelidad. También es necesario preguntarse si la situación de salud de la madre obedece a conflicto de pareja y a alianza de hijos en su contra. Contexto general poco acogedor para el desarrollo del niño.

5. Análisis de riesgo

Nivel de intensidad de síntomas moderado que interfiere funcionalidad. Deseable interconsulta con médico general para examen de salud física del niño.

Comentarios/observaciones

- ¿El niño está sumido en un estado depresivo?
- ¿Cómo se está estructurando?
- ¿Cómo se está inscribiendo en su proceso de personalización su historia familiar?
- ¿Cómo sus experiencias y la influencia cultural del medio lo ha ido significando a través de los años en su entramado psíquico?
- Aparentemente, el sujeto a pesar de la etapa del desarrollo en que se encuentra, despliega una solicitud de ayuda.
- Caracterice el medio familiar, las características de personalidad del padre, de la madre. Dé una mirada en base a un criterio transgeneracional.
- Problematic. Qué propone para continuar el estudio, ¿qué hipótesis guían su reflexión, qué tipo de intervenciones usted realizaría? ¿Cómo continuaría su exploración del caso?
- ¿Cómo se inscriben en el caso factores de vulnerabilidad social?

Caso 2: Armando (A)

1. Identificación: 11 años de edad, cursa 6° básico.

Análisis descriptivo: preadolescente. Se debe realizar el mismo examen del desarrollo efectuado con el caso clínico Matías.

2. Motivo de consulta/evaluación

Procedencia: es derivado por el colegio por presentar falta de atención masiva en clases, además problemas de conducta, agresividad y rendimiento escolar: “no capta como los otros niños, le cuesta entender lo que se le pide, participa poco en clases, en cuanto a su relación con sus compañeros en ocasiones es agresivo”.

MC manifiesto: la madre consulta por el comportamiento retraído que ha presentado su hijo este último tiempo: “si bien siempre se ha caracterizado por ser un niño callado, se ha acentuado más con el paso del tiempo”. También se refiere a las problemáticas que están experimentando como familia: “mi marido es alcohólico”, situación que ocasiona una serie de conflictos tanto en ella misma como en sus hijos.

(A): indica que consulta por no hacer las cosas en el colegio, agrega que le gustaría ser como sus compañeros, ordenado. Además, señala sentir mucha rabia y pena por su padre, al que varias veces ha visto en estado de ebriedad, reconoce la necesidad que tiene de compartir con él, agrega que pasa la mayor parte del tiempo con sus amigos.

MC latente: preadolescente que subjetivamente identifica en sí mismo conductas deficientes en comparación con sus pares y muestra la expectativa de adecuarse al medio. ¿Dificultad en el vínculo con figuras significativas de apoyo?

Análisis descriptivo: problemas de conducta, rendimiento (falta de atención y concentración) y agresividad en el colegio. ¿Comportamiento retraído en general? ¿Problemas de interacción familiar, problemas paterno-filiales? Presencia de patología de salud mental en la familia. Análisis de riesgo: ¿estado actual?, ¿etapa del desarrollo y situación disfuncional familiar?

Análisis comprensivo: analizar la disfunción familiar y cómo ha marcado el desarrollo de A. ¿de qué manera se está inscribiendo en su subjetividad? ¿Qué características hay en el contexto de desarrollo? O ¿cómo ha sido el curso evolutivo de los síntomas a nivel individual y familiar? ¿Hay una autoestima carenciada? ¿Se identifica con la figura paterna mediante sus síntomas conductuales? ¿Hay necesidad de diferenciación respecto del padre?

3. Observación clínica integral/ actitud y conducta frente al examen

Se observa una presentación personal adecuada en relación a niños de igual edad. Es moreno, delgado y de estatura media. Inicialmente, se aprecia sumamente retraído y tímido, responde con monosílabos, cuando se le pregunta incorpora en varias oportunidades en su respuesta “no sé”, acompañado de sonrisas. Presenta una coordinación motora adecuada. Clínicamente se observa una inteligencia normal promedio. Al interro-

gatorio dirigido, baja la mirada o simplemente gira su cabeza hacia otro lado para responder. No obstante, en el transcurso de las sesiones en forma progresiva desarrolla un mayor contacto visual, aumenta la expresión de sus sentimientos y pensamientos, aparentemente en la línea de fortalecer el desarrollo de un vínculo terapéutico.

Análisis descriptivo: falta conceptualizar su lenguaje; sólo se sabe que no es espontáneo, monosilábico y que responde sólo bajo solicitud, ¿lenguaje notficativo o comunicativo? También es importante precisar características de motricidad fina y gruesa. Inteligencia normal al examen clínico. Respecto del desarrollo de su afectividad, se aprecia que establece poco contacto, ¿inhibida? No obstante, aparentemente es capaz de establecer vínculo.

4. Antecedentes relevantes

Desarrollo: (A) embarazo planificado, nace a los 7 meses y medio, peso 2,5 kg, el comienzo de la marcha fue al año, el control de esfínter entre los 5 y 6 años, dijo sus primeras palabras a los 5 meses, comenzó a hablar alrededor del año y medio.

Familiares: (A) es el mayor de tres hermanos (8 y 7 años). Vive con ambos padres y ambos hermanos, percibe buena relación con ellos. Sus padres llevan 10 años de matrimonio. Actualmente la familia está pasando por una serie de conflictos a causa de que el padre de (A) bebe en exceso, además de ser consumidor de marihuana y pasta base, la madre le ha pedido al padre que se vaya, pero él no lo hace. Como antecedente se puede decir que el padre de (A) comenzó a beber cuando este tenía 3 años de edad, estuvo en tratamiento y abandonó, diciendo que él solo podría lograr el cese de la conducta adictiva. Estuvo 2 años cesante, volviendo a trabajar hace poco tiempo. El abuelo paterno también presentó consumo dependiente de alcohol, desarrolló *delirium tremens*, abstinentes hace 15 años.

Según reporta la madre de (A), su esposo fue golpeado por su madre en la infancia y también señala que cuando tienen conflictos familiares él se autoagrede, niega agresiones físicas hacia ella, pero refiere castigo físico hacia (A), al cual siempre lo culpa de las peleas que tiene con sus hermanos menores. La madre también reconoce que lo agrede físicamente, pero que este último tiempo ha tratado de contenerse y no hacerlo. En lo que ha transcurrido de las sesiones, la madre de (A) señala que su marido

ha dejado de consumir alcohol este último tiempo, y que ha observado un mejor clima familiar, mayor tranquilidad en el hogar. Señala que ha amenazado a su marido de que si vuelve a consumir se va a separar de él.

Escolares: desde kínder en el mismo colegio y sin repitencia. Aprende a leer a mitad de segundo básico. La madre señala: “(A) siempre ha sido desordenado y desorganizado en pruebas y materiales de clases, le pregunto qué tareas tiene para mañana y me responde que ninguna y al otro día se da cuenta que tenía tareas, además cuando hace las tareas se para a cada rato (...) le hablo o lo mando a hacer algo y es como si andara en la luna”. Presenta dificultades de rendimiento en Lenguaje e Inglés, aunque en el resto de las asignaturas se mantiene en un nivel adecuado. La profesora señala que se distrae fácilmente por estímulos externos, nunca está al día en las cosas que se le piden o no contesta una pregunta cuando se le hace, tampoco se presenta con las tareas y no trae los materiales que se le piden.

Sociales: la madre reporta que (A) se junta con sus primos y con una niña que vive cerca de su casa, refiere que mantiene buenas relaciones sociales pero que existen ocasiones en que se comporta agresivamente cuando lo molestan. La madre señala que “(A) es fácil de dominar por los amigos, si le dicen que se ponga de cabeza lo hace”.

En opinión de la profesora “(A) se relaciona más o menos bien con sus compañeros de clases, pero en ocasiones es impulsivo y agresivo, pega puñetazos”, señala que en una ocasión actuó de manera violenta ante un compañero porque le había quitado unas bolitas, (A) se acercó a él y se las arrebató con mucha rabia y luego comenzó a llorar.

Mórbidos: (A) a la semana de nacido, presentó hipotermia. A los 3 años se accidentó y tuvo un TEC semicerrado.

Análisis descriptivo-comprensivo: niño prematuro y de bajo peso. ¿Permaneció en incubadora? (conectar con teoría respecto de relaciones maternas precoces). Control de esfínter tardío, establecer posible etiología. Historia familiar compleja, ambiente poco contenedor para el desarrollo. Historia paternal con conductas de policonsumo, cesantía, auto y heteroagresividad, comorbilidad probable con trastorno de personalidad (TDP). Trastorno por consumo alcohol severo en abuelo. Niño agredido (conectar con aspectos teóricos de niños víctimas de abuso, agresión y carencias afectivas). Análisis de competencias parentales. ¿Hay alianza entre familia y escuela? ¿Fenómeno de frustración agresión? Conectar la impulsividad, agresividad con la Teoría del aprendizaje y/o con fenómenos de posible de base orgánica.

5. Análisis de riesgo

Vulnerabilidad psico-social. Contexto familiar poco contenedor.

6. Resultados de test psicológicos

Test de la familia

Plano gráfico:

- Fuerza del trazo: los trazos son débiles, asociado a timidez e inhibición.
- Amplitud: las líneas fueron trazadas con movimientos cortos, señalan una inhibición de la expansión o una tendencia a replegarse en sí mismo.
- Ritmo: estereotipado, se observa pérdida de la espontaneidad.
- Sector: el dibujo se ubica en el cuadrante inferior izquierdo sector es típico de cansados y deprimidos, sin embargo, existe tendencia hacia el porvenir.

Plano de las estructuras formales:

Tipo racional, la espontaneidad ha sido inhibida por censuras, llegando a la reproducción estereotipada de personajes, de escaso movimiento, aislados unos de otros. Predominan las líneas rectas y los ángulos.

Plano del contenido: no reproduce a su propia familia, (A) actúa mediante el principio del placer, de esta manera sustituye la realidad existente en su familia, proyectando sus deseos de una familia feliz y unida. Se aprecia en la proyección el empleo de la idealización y la negación como mecanismos defensivos.

Test de ansiedad de Taylor

Se observa presencia de ansiedad dentro de parámetros normales, el resultado se ubica específicamente en el límite inferior del rango medio.

WISC-R²

(A) presenta un nivel de inteligencia global normal brillante. En términos generales se visualiza que presenta homogeneidad en sus habilidades.

Escala verbal: existen puntajes significativamente bajos tales como semejanzas y aritmética. Existen puntajes significativamente altos tales como información y comprensión.

Escala manual: existen puntajes significativamente altos en figuras incompletas y cubos, en relación al promedio.

Análisis en base a *clusters*

1. Inteligencia: razonamiento lógico, capacidad de abstracción y conceptualización.

Presenta una buena capacidad de praxia constructiva, sin embargo su capacidad para el pensamiento combinatorio es relativamente deficiente. Capacidad de representación mental y memoria. Su capacidad de memoria de fijación se encuentra en el promedio. Manifiesta una adecuada capacidad lógica para establecer relaciones de causa-efecto.

2. Realidad social: adaptación escolar y cultural. Presenta un buen nivel de memoria retrógrada y de disponibilidad de conocimiento en general. Manifiesta riqueza y plasticidad en los sistemas de referencia significativa y en la posibilidad de construir clasificaciones.

Sociabilidad: buen nivel de juicio práctico y adaptabilidad social.

3. Realidad material objetiva:

Adaptación a la realidad: presenta un nivel relativamente deficiente en cuanto a la asimilación y acomodación. Buena capacidad para determinar un orden lógico en situaciones sociales.

Estructura espacial: nivel relativamente deficiente de pensamiento espacial. Capacidad de adaptación social.

² Se conserva de manera fidedigna la aplicación del test empleado en el caso, con independencia de las actualizaciones posteriores del instrumento.

Inventario de Autoestima de Coopersmith

En términos generales, se aprecian resultados que muestran una autoestima muy por debajo de parámetros normales esperados para la edad en cada una de las escalas.

Análisis descriptivo-comprensivo: el análisis de los exámenes se debe hacer observando las recurrencias de las diferentes dimensiones que abarca la personalidad. Se comparan los datos obtenidos por medio de la observación, la entrevista y los test psicológicos. Respecto de los test, concurren en evidenciar que se trata de un preadolescente inteligente, con capacidades de observar la realidad y que maneja conocimientos. Muestra un desarrollo cognitivo acorde con la etapa evolutiva en la que se encuentra. En tanto que su desarrollo socio-afectivo refleja qué tiende a repliegarse en sí mismo donde la espontaneidad aparentemente ha sido inhibida de manera exógena. Hay presencia de descontrol conductuales asociados a las dificultades en la regulación, presenta autoestima baja, emplea defensas medianamente efectivas sustentadas en el aislamiento, la negación y la idealización.

Comentarios/observaciones

- Aparentemente en familia se aprecia presencia legitimada del maltrato como aspecto sociocultural, con antecedentes transgeneracionales de funcionamiento disfuncional. Entonces, se observan indicadores de riesgo como: conducta de maltrato físico por parte de ambos padres, experiencias adversas en el padre [maltrato transgeneracional] y probable comorbilidad en psicopatología con TDP y policonsumo.
- Se puede interpretar que las experiencias de maltrato de larga data sustentan características de desenvolvimiento escolar y se refuerzan. En este caso, cabe suponer que tanto los problemas de aprendizaje como el bajo rendimiento son indicadores y factores de riesgo, dentro de la configuración y mantención del maltrato. El impacto se refleja en su desarrollo socioemocional, específicamente en su funcionamiento interpersonal y adecuación social tanto en contexto escolar como familiar. En los resultados de pruebas aplicadas, se observa una eficiencia intelectual global normal brillante, donde el actual desempeño escolar tendría naturaleza reactiva.
- Se debe considerar que el sujeto prontamente se encontrará *ad portas* del inicio de adolescencia en etapa de ciclo vital y que sus experiencias se van inscribiendo en su subjetividad.
- ¿Cómo se inscriben los factores de vulnerabilidad social en el caso?

Caso 3: Joaquín

1. Identificación: hombre, 24 años, escolaridad 4º medio, ocupación empleado de comercio, estado civil casado.

Análisis descriptivo: adulto joven, nivel intelectual le permitió completar educación secundaria, casado lo cual es protector para él (contactar con aspectos teóricos del rol de la familia y su conexión con la salud mental de las personas).

2. Motivo de consulta/evaluación

Procedencia: interconsulta de médico psiquiatra quien solicita valoración de rasgos de personalidad.

MC manifiesto: se siente preocupado por su situación financiera y por la dependencia que mantiene con familiares por su escasa autonomía económica. Desde hace 1 año se siente desganado, aburrido de la rutina, se encierra en su pieza y no quiere comer ni relacionarse con nadie, refiere haber presentado un cuadro similar hace 5 años.

MC latente: (hipótesis inicial del clínico) etapa vital y situación de dependencia. Conflicto predominante dependencia/autonomía.

Análisis descriptivo: procedencia por interconsulta: ¿recurrió al psiquiatra por iniciativa personal? ¿Conciencia o no de la enfermedad? Aparentemente el psiquiatra estará pensando en un trastorno de personalidad.

Síntomas que se pesquisan: desgano, aburrimiento (¿anhedonia?) aislamiento, no quiere comer (¿cuál es el origen del síntoma?). Se debe realizar un análisis de los síntomas desde un punto de vista temporal y evolutivo. Antecedente clínico: trastorno similar hace 5 años ¿con o sin tratamiento? Preocupaciones del paciente: dependencia económica de familiares. Análisis de riesgo: sujeto solicita ayuda, no se aprecian dificultades de juicio de realidad, operaciones mentales enlentecidas, pero con conciencia de enfermedad.

Análisis comprensivo: adulto agobiado por situación de dependencia. Se problematiza el caso en base a hipótesis comprensivas, desde la primera entrevista. Conflicto predominante dependencia/autonomía.

3. Observación clínica integral/ actitud y conducta frente al examen

Asiste a las sesiones puntualmente. Representa su edad cronológica. Su apariencia personal denota falta de preocupación y su aspecto es sombrío. En ocasiones presenta dificultades para establecer un contacto visual permanente, aparece con una actitud pasiva. Es cooperador en relación con el terapeuta, pero manteniendo una actitud distante.

Análisis descriptivo: se afina el análisis efectuado en Loubat & Moris (2008), señalando que el primer objetivo, en el marco de la relación terapéutica con el consultante, será establecer un adecuado *rappor*t que permita la adherencia al tratamiento y un desarrollo de vincular que facilite el tratamiento.

No se observa información de áreas funcionamiento que deben abordarse a través del examen clínico: Lenguaje (habría que preguntarse por: la estructura gramatical, si es de tipo comunicativo, relacional, bajo solicitud, notficativo, etc... ¿qué se puede entrever del curso del pensamiento?, analizar lenguaje verbal y no verbal, entre otros.). Motricidad (cómo se desplaza en el espacio, sus movimientos son coordinados, cuál es su lateralidad, etc.). Afectividad: ¿establece contacto con el psicólogo?, ¿cómo es su modo de relacionarse?, ¿es evitativo, simbiótico, displicente, agresivo, lábil, etc.?, ¿cuál es su estado afectivo predominante?, ¿cómo funciona desde un punto de vista cognitivo?, ¿cuáles son sus aptitudes cognitivas? Analizar memoria, concentración, atención, afectividad (concordancia, nivel, variaciones).

4. Antecedentes relevantes

Es el menor de dos hermanos. Señala abandono del padre al nacer. Estudió hasta séptimo de Enseñanza Básica, se retira del colegio para trabajar, retoma sus estudios en horario vespertino donde concluye su Enseñanza Media. Contrajo matrimonio hace dos años, naciendo de este enlace su único hijo de un año de edad. Actualmente se encuentra separado de su esposa, quien ha presentado dos demandas judiciales por agresión física contra su persona. Reconoce notarse agresivo, golpea y luego se arrepiente y deprime.

Análisis descriptivo: antecedentes incompletos: falta profundizar en: historia familiar (ojalá establecer un genograma). Historia escolar. Historia social-laboral. Ausencia de datos mórbidos precisos. Falta información respecto del tratamiento farmacológico y si lo hay. ¿Su consulta estará relacionada con un proceso judicial? Se pesquisan nuevos síntomas para la historia clínica: antecedentes de descontrol de impulsos aparentemente inscritos en una mirada longitudinal.

5. Análisis de riesgo

Se requiere analizar el estado mental actual del sujeto, sus características de personalidad vinculadas a sus vivencias contextuales.

6. Resultados de test psicológicos

Test de Rorschach

Al momento de la evaluación, se observa adecuada capacidad ideosociativa. Su acercamiento a la realidad privilegia fundamentalmente aspectos prácticos y concretos, con dificultades para integrar los diferentes elementos que componen una situación global, lo que impide llegar a una comprensión más compleja y enriquecedora de ella.

Se observa falta de iniciativa personal y un bajo nivel de expectativas de rendimiento, que se traduce en un déficit en su capacidad para planificar y materializar metas a largo plazo.

Su juicio de realidad se observa conservado, con una percepción sobrecontrolada y sobrelaborada de la realidad, lo que se manifiesta en un excesivo apego a los juicios convencionales y valores normativos.

Se aprecia una disminución en el grado de eficiencia en el control de los impulsos y una rigidez en los esfuerzos o intentos de control de estos. Los mecanismos de defensa utilizados están basados principalmente en la intelectualización y la represión.

Posee un tipo vivencial introvertido, con un elevado nivel de alerta a la estimulación afectiva y a las señales ansiógenas del medio. Se observa falta de libertad afectiva, por un excesivo sometimiento de los afectos al control consciente.

Con respecto a la vida instintiva, ha sido en gran medida reprimida por los valores conscientes y no existe, por lo tanto, una verdadera in-

tegración de los instintos. Por esta razón, existiría tensión y conflicto interno, que evidenciaría un empobrecimiento de la capacidad para concienciar las demandas impulsivo-instintivas. Lo anterior se manifestaría a través de un excesivo control, falta de espontaneidad e inhibición de la gratificación de las necesidades afectivas básicas.

Se aprecia una tendencia a establecer relaciones interpersonales de carácter más intensivo que extensivo, caracterizadas por una elevada preocupación por la aprobación de los otros.

Se advierte una baja autoestima, con elevada tendencia a la inseguridad y a la autocrítica, que dan cuenta de una actitud desconfiada y descalificadora hacia sí mismo. Además, se visualiza la existencia de conflictos en la aceptación y el manejo de la pulsión agresiva en relación con otros y consigo mismo.

Su mundo interno está constituido en general por una internalización de objetos parciales, que carecen de características gratificadoras y contenedoras. El objeto materno es percibido como distante y frío, con el cual se establecen relaciones rígidas poco abiertas al contacto y al intercambio, y el objeto paterno no logra ser vivenciado como un todo integrado, existiendo una desvalorización de la figura de autoridad.

Reflexiones generales respecto del contenido del Informe

Algunos aspectos significativos a considerar de este informe son los siguientes:

1. “Adecuada capacidad ideosociativa”. En el informe se pone de manifiesto que el sujeto está en condiciones de realizar un trabajo psíquico de elaboración a través de la proyección, la percepción (sensorial) y la apercepción (rol de la historia del sujeto) y con un número adecuado de interpretaciones del estímulo perceptivo que se le presenta (número de respuestas).
2. “Su acercamiento a la realidad privilegia fundamentalmente aspectos prácticos y concretos, con dificultades para integrar los diferentes elementos que componen una situación global”. En el informe se hace referencia a características personales de cómo el sujeto aprehende el mundo, incluyendo un tipo de estrategias cognitivas, en este caso parciales; ello se podría interpretar —por ejemplo— como un sujeto que posee mayores fortalezas cognitivas en lo concreto en comparación con lo abstracto.
3. Se “observa falta de iniciativa personal y un bajo nivel de expectativas de rendimiento”. Obedecerá a ¿un estado depresivo?, ¿a dificultades mayores volitivas?, ¿a una baja percepción de autoeficacia?, ¿de autoconcepto?

4. “Déficit en su capacidad para planificar y materializar metas a largo plazo”. ¿Apuntaría a una baja tolerancia a la frustración?, ¿baja propositividad vital?, ¿elementos de personalidad que reflejarán una estructura más límite?, ¿o es producto de una alteración de su estado anímico?, ¿o comorbilidad?
5. El “juicio de realidad se observa conservado”. Paciente que funciona aparentemente en lo real sin alteraciones perceptivas.
6. “Una disminución en el grado de eficiencia en el control de los impulsos”. ¿Esta dificultad es de orden transitorio?, ¿o bien obedece a elementos propios estructurales de su aparato psíquico?, ¿habría otros elementos que confluyen a una sintomatología de base orgánica?, ¿sujeto consumidor de OH y/o drogas?
7. “Mecanismos de defensa utilizados están basados principalmente en la intelectualización y la represión”. Llama la atención el tipo de estrategias defensivas ya que todo el contenido anterior hablaría de la utilización de mecanismos de menor elaboración.
8. “Un tipo vivencial introvertido”, indica la manera en que el individuo interpreta los estímulos de la lámina, y responde ante los estímulos que se presentan (Vives, 2005).
9. “Una elevada preocupación por la aprobación de los otros”. Ello apuntaría a rasgos en la línea de lo neurótico, los cuales se podrían integrar a elementos ya consignados, hipotetizando una configuración estructural neurótica baja.
10. “Una baja autoestima”. Se hace referencia a aspectos valorativos de naturaleza cognitiva y afectiva que la persona posee de sí misma. Estudios desarrollados por Watson (1998) revelan asociaciones entre una baja autoestima y síntomas psicopatológicos (Erol et al. 2002, en Garaigordobil et al. 2005).
11. “Su mundo interno está constituido en general por una internalización de objetos parciales”. Ello ubicaría al sujeto en una fragilidad estructural.
12. “El objeto materno es percibido como distante y frío”. ¿Esto podría referirse a carencias tempranas de contención?, ¿a tendencias vinculares inseguras?, ¿alteración en narcisismo primario?
13. “Existiendo una desvalorización de la figura de autoridad”. Podría conectarse con dificultades en la adaptación social, a normas consensuadas de comportamiento, a la internalización de la figura paterna.

Este ejercicio reflexivo en base al informe Rorschach, se ha realizado a objeto de señalar la actitud que el psicólogo puede desplegar frente a la información recabada mediante los *test*.

Se enfatiza con ello que no basta ejecutar una tarea técnicamente correcta, sino que se requiere ampliar el análisis descriptivo de la información mediante un ejercicio crítico responsable, con criterios de mente abierta, problematizando y autogestionando la información. O sea, un ejercicio pensante y razonado.

Comentarios/observaciones

- La información de su historia clínica es insuficiente, se hace necesario conocer la relación entre la articulación de la sintomatología actual y la referida hace 5 años a los 19 años de edad.
- Cabe preguntarse si la resonancia sintomática es egosintónica o egodistónica.
- Ahondar en su estructura de personalidad, cuyas expresiones conducen a una organización límite alto, con representaciones identificatorias tempranas que sostienen conducta inhibida y afectividad de tendencia depresiva, a su vez reflejan una constitución yoica medianamente efectiva frente al manejo de impulsos.
- ¿Serán sus principales focos de significación clínica inestabilidad en el estado de ánimo, autoimagen y conducta interpersonal?, ¿o bien se centran en el conflicto autonomía/dependencia?
- Naturalmente se deberá a través del análisis dar un énfasis a la comprensión de signos psicopatológicos sobre la base de la personalidad como principio organizador, integrando moderadores ambientales y considerar el desarrollo evolutivo del paciente, a fin de caracterizar el malestar subjetivo del consultante.
- Habría que ahondar en la búsqueda de criterios que puedan sostener un trastorno de personalidad, como por ejemplo la egodistonia o egosintonía de los síntomas, que ayudan con el diagnóstico diferencial, ya que falta la elaboración subjetiva del motivo de consulta.
- Por último considerando la edad del paciente, ¿los criterios podrían observarse dentro del transcurso de un episodio de un trastorno del estado de ánimo, de un trastorno de ansiedad?

A través de los tres casos presentados, se ha buscado familiarizar al estudiante con ciertas interrogantes para el análisis tanto descriptivo como comprensivo. De lo que se trata es de abrir la mirada, pesquisar elementos psicopatológicos, circunstancias, interacciones y contextos que se van inscribiendo en el psiquismo del sujeto, sus características, rasgos de personalidad y su manera de estar en el mundo, tratando de comprender ciertas conductas desde la interpretación subjetiva de las mismas.

Es de gran utilidad el análisis de los procesos transferenciales y contratransferenciales que se producen, aunque incipientes en esta etapa del proceso; no obstante, a través de ellos se puede encontrar aspectos a analizar en beneficio del caso.

La etapa de diagnóstico integral

Se denomina diagnóstico integral, ya que el estudio exhaustivo del sujeto permite aproximarse al síntoma, el que se describe en base a categorías taxonómicas psicopatológicas; a la estructura y/o personalidad del sujeto; y por último a sus problemas y/o conflictos, los cuales tomarán significado en sus características como individuo con historia propia. Ello permitirá al terapeuta hacer una lectura aproximada a una comprensión e interpretación primaria del cuadro.

La intención no es patologizar, sino dirigir mejor el eventual trabajo terapéutico en base a hipótesis comprensivas de los síntomas y conflictos observables en la persona, a fin de escoger la modalidad de intervención más adecuada, más efectiva y a su vez contemplar el pronóstico de tratamiento.

La mirada integral permitirá aventurar hipótesis diagnósticas: síntomas, síndromes, trastornos o problemas; el tipo de personalidad que presenta la persona en la cual se desarrolla esa psicopatología o problema; los conflictos intrapsíquicos o interrelacionales que manifiestan los sujetos o que el terapeuta pueda inferir. También una mirada a condicionantes sociales que puedan influir en el desarrollo de la patología o problema. En definitiva, una mirada a la subjetividad global del consultante.

Esta etapa del proceso se vuelve especialmente relevante abordarla en base al análisis de lo recabado en la etapa de exploración, vale decir:

- a. Los síntomas expuestos por el consultante o pesquisados por el experto. Ellos se deberán analizar, reagrupar en síndromes y organizar en trastornos, considerando diagnósticos diferenciales, en base al estado actual del sujeto. El diagnóstico se realiza en base a los Manuales DSM o CIE, considerando los diferentes ejes.
- b. Un diagnóstico detallado de la personalidad y de la subjetividad del individuo. Se trata de conocer exhaustivamente al sujeto que consulta, aproximarse a sus rasgos, estructura, debilidades y fortalezas, a su subjetividad la cual se ha ido construyendo en su interrelación con el medio. Hay que referirse a los recursos tanto cognitivos como afectivos, aptitudes cognoscitivas, rasgos, autoestima, autoconcepto, a objeto de tener una idea de cómo está conformado, lo cual será de gran utilidad para el proyecto terapéutico. Este tipo de diagnóstico es un gran apoyo ya que orienta y permite un cierto pronóstico del cuadro.

- c. Los conflictos que aquejan al consultante ya sean estos interrelacionales o intrapsíquicos estarán a la base de los objetivos terapéuticos.
- d. Por último, se deben considerar hipótesis comprensivas que sustenten el diagnóstico presentado, con la finalidad de reflexionar sobre qué estará a la base del trastorno, problema o conflicto, de la configuración de personalidad del sujeto y en general a todos los aspectos que han contribuido a la construcción de su subjetividad. Especial interés presenta el análisis de los determinantes sociales: género, sexo, cultura, aspectos socioeconómicos, discriminación, estigma, entre otros, los cuales podrían estar condicionando el estado de salud mental del sujeto en cuestión (ver Figura 4).



Figura 4. Etapa de Diagnóstico Integral. Fuente: elaboración propia.

La información que a continuación se presenta —casos Samuel y Camila— tiene el propósito de ejemplificar y desarrollar un ejercicio de la etapa diagnóstica. Se busca que los estudiantes ya sea de manera individual o grupal realicen una actividad atendiendo a las siguientes directrices:

- Poner atención y explicar de manera crítica y contextual el por qué se aplica cada test y bajo qué criterio (análisis de idoneidad).
- Analizar confluencias y divergencias considerando resultados de los test y los antecedentes recabados en la fase de exploración.

- Formular un diagnóstico integral: taxonómico (DSM-CIE10); explicitar características de personalidad y subjetividad del sujeto; realizar una descripción y análisis de los conflictos del consultante (interpersonales/intrapersonales); formular hipótesis comprensivas e interpretaciones con asiento teórico, considerando su vulnerabilidad.

Caso 4: Samuel (S)

1. Identificación: niño (S), de 6 años de edad, cursa primero básico.

2. Motivo de consulta/evaluación

Procedencia: el colegio sugiere visita al psicólogo por inquietud en clases, desde donde es derivado al psiquiatra infanto-juvenil a una corporación con especialidad en TDAH.

MC manifiesto: la madre señala: “el doctor dijo que (S) es hiperkinético... Yo quería consultar otra opinión... lo que le pasa a él es que con un cerrar de ojos se le olvidan las cosas y es muy inquieto en el colegio y en la casa”. Además, comenta dificultades en la adquisición de la capacidad de lecto-escritura. Por otra parte, cuando se le pregunta al niño por el motivo de su presencia en la consulta, señala: “porque no he aprendido a leer ni a escribir”.

3. Observación clínica integral/ actitud y conducta frente al examen

Concorre en compañía de la madre, con quien se relaciona de manera cercana y afectuosa. La madre en variadas oportunidades muestra ansiedad frente al desempeño de su hijo en actividades. El niño se observa cooperador y de buen contacto afectivo, mostrando buena disposición y apertura. Se mantiene sentado y tranquilo a lo largo de la sesión, sin inquietud motora. Muestra mayor motivación de logro en actividades de trabajo manual, logrando manejar la ansiedad.

4. Antecedentes relevantes

Desarrollo: embarazo normal, amamantado hasta los 3 meses, desde entonces hasta los 2 años de edad con afecciones por broncopulmonía. Adquisición del habla a los 2 años. La madre no recuerda la edad de inicio de marcha.

Familiares: el niño vive actualmente en casa de sus abuelos maternos, junto a su madre, el esposo de ella y su hermano. Se agregan sus tíos y un primo. Respecto a su padre biológico, la madre refiere separación hace 5 años, el niño mantiene contacto cara a cara frecuente con él y también de manera telefónica.

Escolares: no asiste al jardín infantil. Se integra este año a 1º básico, presentando dificultades en el aprendizaje de lecto-escritura, razón por lo cual la escuela había sugerido a su mamá buscar para el próximo año una escuela especial.

Físicos o mórbidos: broncopulmonar hasta cerca de los dos años. Durante este tiempo de enfermedad, padeció de altas temperaturas y en ocasiones convulsiones. La madre señala estado de desnutrición en el niño hasta los cinco años. Sin embargo, la evaluación actual por enfermera indica mantención de déficit en el estado nutricional. Se suma anemia, en tratamiento con hierro.

Sociales: el niño indica tener pocos amigos, pero disfruta al compartir con uno que vive cerca de su casa. Desde la observación clínica, se muestra un niño accesible, conversador y sociable.

Intervenciones anteriores: asistió a psiquiatra infanto-juvenil, profesional que hasta la fecha lo ha visto en tres oportunidades.

5. Análisis de riesgo

Niño en situación de riesgo biológico psicológico y social.

6. Resultados de Test aplicados

Test gestáltico visomotor Bender Koppitz para niños

Su capacidad visoperceptiva se encuentra dentro de los márgenes esperados, lo que permitiría un buen desempeño escolar en primer año básico. No se aprecian indicadores que den cuenta de afección emocional. Las

siguientes funciones se presentan conservadas: motricidad, orientación espacial y signos indirectos de alteración espacial anémica y/o atención. En tanto que, la función de integración espacial se encuentra primariamente alterada.

Test del dibujo de la familia (Goodenough)

El dibujo se realiza de izquierda a derecha en una hoja vertical. Sus personajes se ubican en la parte superior de la hoja, sin una base que los sostenga. Dibuja a dos pequeños personajes que cuando son terminados señala que “son los hermanos”. Luego sigue con un auto, una mamá, una casa que dice que es parecida a la suya y un gato, pinta escasamente sus dibujos una vez terminados todos.

A partir de los resultados obtenidos en esta prueba, se deduce que (S) presenta una fuerte inhibición relacionada a la expresión de sí mismo que da a lugar a una reproducción pequeña, débil y estereotipada de una familia caracterizada por la simetría y rigidez. En este sentido, es posible encontrar mecanismos de defensa tales como la inhibición o restricción de yo (figuras pequeñas y débiles, trazo débil, ausencia de manos y pies) y negación (figuras humanas pobres, con sonrisa estereotipada, bajo contacto con el medio y de características infantiles).

La pobreza en la representación del esquema corporal refleja la posibilidad de que exista cierta inmadurez en su desarrollo o la presencia de factores afectivos de inhibición.

Por otra parte, lo representado por (S) constituye sólo una parte de su vivencia personal, pues el niño comparte su hogar con otros familiares, lo que da cuenta de que su representación de familia se basa en una madre e hijos con ausencia de un padre, tal como lo puede estar vivenciando el paciente.

Test de la figura humana

Se observan indicadores que apuntan a una alteración afectiva, susceptible de generar dificultad adaptativa dada la dependencia con su entorno, la presencia de conductas impulsivas, sentimientos de culpa y ansiedad.

Escala de Inteligencia de Weschler para niños (WISC-R)³

En la actualidad, según la escala de inteligencia de Weschler para niños (wisc-r) presenta una eficiencia intelectual global correspondiente a un rango normal lento en su límite inferior, sin discrepancias significativas entre las escalas verbal y manual. Se aprecian como fortaleza o aptitudes por encontrarse sobre la media, las subpruebas de análisis y síntesis y memoria inmediata, además de memoria remota que se encuentra en la media.

Las pruebas de conceptualización, razonamiento numérico, manejo del lenguaje, juicio social, diferenciación de lo esencial de lo accesorio, establecimiento de relaciones causa-efecto, integrar el todo a partir de las partes, aprendizaje asociativo y planificación, se aprecian como debilidades.

Prueba de funciones básicas

Coordinación visomotora corresponde al percentil 34, dando cuenta de un rendimiento un tanto deficiente, ya que el 66% de los niños obtiene un puntaje mayor. De esta manera, en 1° básico las probabilidades de tener un buen rendimiento en lectura son de un 37% y en escritura de un 38%, y en 2° básico de 40% y 44%, respectivamente.

En cuanto al subtest de discriminación auditiva su resultado corresponde al percentil 73, indicando que un 27% de los niños tienen un mayor rendimiento en esta función. Cursando 1° básico la probabilidad de obtener un buen rendimiento en lectura es de 42 %, en tanto que en escritura es de un 38%, y en 2° básico de 38% y 41% respectivamente.

En el subtest de lenguaje, se obtuvo un percentil de 40, reflejando que un 60% de los niños obtienen un rendimiento superior en esta área. Un buen rendimiento en lectura-escritura en 1° básico, presenta una probabilidad de un 38%, mientras que en 2° básico la probabilidad es de un 41% a 44% respectivamente.

Tomando el puntaje global para evaluar el rendimiento en la prueba de funciones básicas, observamos que a 33 puntos corresponde a un percentil de 50, es decir, el 50% de los niños obtienen un rendimiento total mejor, siendo la probabilidad de rendir bien en 1° básico es de un 57%, y

3 Se conserva de manera fidedigna la aplicación del test empleado en el caso, con independencia de las actualizaciones posteriores del instrumento.

en 2º básico de 52%. Su rendimiento en escritura alcanza un 52% en 1º básico y un 56% en 2º básico.

Caso 5: Camila (C)

1. Identificación: niña (C), de 5 años, en prekínder.

Análisis descriptivo: retraso en ciclo prebásico, edad correspondiente a kínder, se esperaría un pensamiento concreto preoperacional, dentro del inicio de etapa de socialización con pares.

2. Motivo de consulta/evaluación

MC manifiesto (C): no manifiesta motivo de consulta inicial; sin embargo, con posterioridad manifiesta bajo indagación "... vengo porque yo quería y mi mamá me da permiso...".

MC manifiesto de la madre: preocupación por la conducta de (C), especialmente en la casa, puesto que en el colegio se presenta de la misma manera, pero ha tenido evoluciones: "... (C) en los primeros meses no participaba... en la casa no obedece, es atrevida y nunca está quieta...".

La madre observa cambios conductuales en la niña, hace un año aproximadamente, la describe como agresiva, rebelde, impulsiva, con dificultad para seguir indicaciones y para mantener la concentración. Agrega pérdida de apetito, dificultades relacionales con pares. Sentimientos de celos con otros niños y dificultad para compartir juguetes con hermana. Según percibe la madre, los problemas conductuales se agudizan cuando la niña está con el padre, quien tendría una conducta fría y distante con ella.

MC latente: la madre solicita ayuda para enfrentar de mejor manera el abandono y rechazo paterno que sufre (C).

Análisis descriptivo: ¿se asocia el cambio conductual a variaciones dentro del entorno de (C)?, ¿las manifestaciones impulsivas que describe la madre forman parte de dinámicas de comportamiento habituales dentro de su contexto familiar?, ¿la sintomatología expresada por la madre se ha intensificado en el transcurso del tiempo?, ¿se cuenta con información formal del establecimiento educativo de (C) respecto a su desenvolvimiento?

Análisis comprensivo: ¿cómo han sido las dinámicas vinculares en el desarrollo de (C)?, ¿cómo ha sido su proceso de identificación con la figura materna y cómo esto se relaciona con su proceso identitario?

3. Observación clínica integral/ actitud y conducta frente al examen

Se observa una estatura menor en comparación con niños de su edad. De contextura delgada. Inicialmente se muestra desanimada, desmotivada, e hipervigilante y sin respuestas verbales. En su escaso vocabulario se advierten errores de pronunciación. Se aprecian reacciones pertenecientes a su lenguaje no verbal, tales como: hacer ruidos y golpear la mesa, etc., ¿con el fin de llamar la atención?. Motricidad fina y gruesa adecuada. Clínicamente inteligente.

En general se presentan dificultades para establecer algún tipo de contacto en las primeras sesiones. Esta conducta ha evolucionado de manera significativa. Manteniendo una actitud más activa y con un despliegue mucho más adecuado de sus habilidades relacionales.

Respecto a la madre, desde la primera sesión se observa ocasionalmente ansiosa y cansada, realizando constantes intentos por lograr que (C) se porte bien y le haga caso. La madre, durante la sesiones, refiere labilidad emocional y niveles altos de estrés, por esta razón se le sugiere atención psicológica con un psicóloga del consultorio, lo que ella acoge positivamente. La madre de (C) muestra mucha disposición para ayudar a la niña y a sí misma, se retroalimenta como recurso para un proceso psicoterapéutico futuro.

Análisis descriptivo: ¿la información que se presenta muestra signos de factores de orden biológico que interfieren el desarrollo de (C)?, ¿es posible incluir más antecedentes correspondientes a evaluaciones previas de desarrollo psicomotor, por ejemplo, TEPSI o valoraciones del establecimiento educativo? Por lo tanto, se deben recopilar información de antecedentes del desarrollo y mayor historia.

Análisis comprensivo: ¿qué elementos de la observación clínica integral son concordantes con el motivo de consulta?, ¿surgen elementos interpretables como posibles recursos y como posibles oportunidades de cambio?, ¿se relacionan, y de qué modo, los síntomas observados en la madre con aquellos presentes en (C)?, ¿los cambios que se han observado en el transcurso de las intervenciones, a qué factores podrían estar asociados?

4. Antecedentes relevantes

Desarrollo: ya existían alteraciones en la dinámica relacional de los padres, cuando se produce el embarazo de la madre de (C). Este fue no deseado por el padre. La madre describe un embarazo con complicaciones en su alimentación, en su estado anímico con presencia de sintomatología ansioso-depresiva y desprovista del apoyo de su marido. (C) nace por parto normal, pesó 3 kg, midió 46 cm. Y tuvo un año de lactancia materna.

Alrededor del año de edad se produce el aprendizaje de habla. En relación a la marcha, la madre refiere 2 instancias de desarrollo, divididas por el periodo de hospitalización, a la edad de 1 año. Su control de esfínter diurno fue aproximadamente cuando tenía 2 años y 6 meses; aún no se produce control nocturno, usando pañales durante la noche. La madre interpreta la situación mediante antecedentes de control tardío de esfínter nocturno en el padre y el hermano de (C).

Familiares: vive con su madre y su hermana menor de 1 año, en una pieza detrás de la casa de sus abuelos maternos. Es la segunda de tres, (C) tiene un hermano de 9 años. Sus padres se separaron hace un poco más de 4 años, teniendo al menos una reconciliación, donde nace su hermana menor, que no es reconocida como hija por el padre; quien tiene una nueva pareja casi inmediatamente después de la separación. La custodia de su hermano mayor pertenece al padre, razón por la cual vive junto a él en casa de sus abuelos paternos (frente de la casa de la madre), sin

embargo, pasa la mayor parte del tiempo con la madre, siendo ella quien se ocupa de las necesidades de cuidado del niño.

De acuerdo a la percepción de la madre, los padres de su marido influyeron en su separación, puesto que nunca la aceptaron completamente.

Se observa un bajo nivel de expresión afectiva hacia (C) por parte de los padres. Especialmente por parte del padre, quien muestra actitudes de rechazo, sin aceptar ni responder a las demostraciones de cariño de (C), centrando su atención en el hermano mayor.

En la actualidad, la madre se encuentra en proceso de solicitud de aumento de pensión alimenticia en el juzgado.

Escolaridad: ingresa al sistema escolar a la edad de 5 años, a prekínder. Cuando la madre asiste a la primera sesión refiere dificultades de adaptación por parte de (C) en el colegio, dice que su participación es escasa, con una conducta más bien retraída, que ha ido evolucionando poco a poco.

Mórbidos: a la edad de 1 año 2 meses estuvo hospitalizada por una bronconeumonía. Actualmente tiene problemas auditivos y de adenoides, necesitando intervención quirúrgica.

Análisis descriptivo: ¿cuáles son las crisis normativas y no normativas identificables en la historia?, ¿qué elementos de los antecedentes recopilados se relacionan con el motivo de consulta y los factores de interés clínico observados?

Análisis comprensivo: a partir de la información que se recaba, ¿es posible formular criterios de significación clínica, que se traducen en hipótesis sustentadas dentro del proceso de diagnóstico psicológico?

5. Análisis de riesgo

Se estima necesaria una consulta médica respecto de talla y peso, como también valoración etiológica de la enuresis. Caso en situación de vulnerabilidad psico-social, siendo necesario integrar la evaluación social, considerando que la intensidad del cuadro clínico se considera en nivel moderado.

6. Resultados de test: no se aplicaron.

7. Diagnóstico integral

a. Taxonómico (DSM IV-CIE 10)

Eje I: trastorno reactivo de la vinculación en la infancia o la niñez, de tipo inhibido (313.89). Enuresis nocturna.

Eje II: ningún diagnóstico.

Eje III: enfermedad del oído y adenoides.

Eje IV: problemas económicos, separación de los padres, rechazo paterno, problemas de vivienda, problemas en el acceso a servicios de salud.

Eje V: EEAG =60 (actual).

Análisis descriptivo: ¿sobre la base de qué criterios de significación clínica se formula la hipótesis diagnóstica principal?, ¿dónde surge el diagnóstico de enuresis, es de tipo primario o secundario?, existen antecedentes que configuran hipótesis diagnósticas en el Eje IV, de negligencia [T 74.0]?, ¿dentro del mismo eje, corresponde el supuesto diagnóstico de problemas paterno-filiales [Z 63.1]?, ¿en este diagnóstico se facilita el registro, con la inclusión de los códigos respectivos?, ¿hay presencia de comorbilidad?, ¿se puede establecer un diagnóstico diferencial?

Análisis de criterios respecto del trastorno reactivo de la vinculación en la infancia o la niñez, de tipo inhibido. Se aprecia antes de los 5 años y está asociado a una crianza patológica (criterio A). La niña responde de manera inhibida, hipervigilante, con una mezcla de acercamiento y evitación (criterio A1). Respecto a la crianza, hay una desatención clara, por parte del padre, de las necesidades emocionales básicas (estimulación y afecto) de la niña (criterio C1) y también de las necesidades físicas (criterio C2). Esta crianza es producto del quiebre matrimonial y las dificultades entre la familia del padre y la madre, es decir, una relación social alterada (criterio O). En primera instancia no se explica su conducta por algún trastorno del desarrollo específico (criterio B).

b. Proceso de personalización / personalidad

Se aprecia una niña clínicamente inteligente, sin dificultades aparentes a nivel de autoestima, con carencias a nivel de autocontrol.

Análisis descriptivo: ¿es coherente la información propuesta en esta fase del proceso con lo antes expuesto?, ¿se integra adecuadamente la información clínica recogida, relativa al proceso de personalización de (C)?, ¿existe información suficiente?, ¿tratándose de una niña pequeña quizás sería necesario comenzar profundizar en estos aspectos en el marco de la psicoterapia?

Análisis comprensivo: ¿cuáles son las angustias predominantes?, ¿qué mecanismos defensivos se articulan?, ¿cómo se presenta la configuración de recursos y/oicos?

c. Conflictos (interpersonales / intrapersonales)

La conflictiva de la paciente se centra en: rechazo, falta de atención y afectividad por parte del padre. Dificultades en la relación entre sus padres y ambas familias. Dificultades conductuales y relacionales con su grupo de pares y también con personas mayores, tanto en la casa como en el colegio. Normas y límites difusos, respecto a sus conductas esperadas, siendo estas distintas especialmente entre la madre y sus abuelos maternos con quienes comparten vivienda.

d. Determinantes sociales o contextuales

La suma de factores de riesgo psico-social es importante. El análisis debe considerar los problemas económicos, de vivienda, de acceso a la salud. El caso reclama un trabajo interdisciplinario e intersectorial.

Consultas/observaciones

- Se observa ausencia de información relativa al malestar psíquico o resonancia de la niña, como objeto de atención. También una ausencia de mirada comprensiva respecto a cómo se inscribe la sintomatología en la cotidianidad.
- Se requiere obtener mayor información a través de herramientas proyectivas.
- El análisis interpretativo de los criterios clínicos que componen el diagnóstico principal, integra suficientemente la información recabada en el proceso de diagnóstico psicológico.
- ¿Considera usted que en el desarrollo de este caso se refleja información que permite integrar dentro del proceso de diagnóstico psicológico aspectos relativos a maltrato por negligencia en el cuidado? Esta situación es una vulneración de derechos, hecho que el profesional debe observar a fin de contribuir en la gestión conjunta con organismos como OPD [Oficina de Protección de Derechos de la Infancia]. En este caso el diagnóstico se ajustó a los criterios estadísticos e internacionales del DSM-IV se debería hacer el ejercicio de ajustar a los criterios Cie-10, ya que por política pública y consensos actuales sería lo más indicado.

La etapa del proyecto terapéutico

El proyecto terapéutico es consecuencial al diagnóstico, motivo de consulta, características del paciente (recursos cognitivos y afectivos); idealmente se debe reflexionar respecto de él en el marco de los equipos de salud y ser trabajado interdisciplinariamente, acordado con el paciente y con su familia en el caso que corresponda. En la Figura 5, se aprecia un esquema de proyecto terapéutico breve focal.

En la medida que se ha realizado una descripción rigurosa del sujeto e hipótesis descriptivas y comprensivas, ello se desplegará en objetivos terapéuticos, conjuntamente con los diagnósticos explícitos realizados, y en la elección de las técnicas de intervención más adecuadas para el sujeto y su sufrimiento. También dará paso a las características del encuadre o *setting*. Se deberá tener claridad desde qué postura teórica se está trabajando y ser consecuente desde un punto de vista teórico y epistemológico.

Por último, si existe algún procedimiento terapéutico considerado eficaz a la luz de la investigación empírica, coherente con el diagnóstico

y con aspectos idiosincráticos del paciente, se considerará para su aplicación o se podrá adaptar para los propósitos terapéuticos del caso.

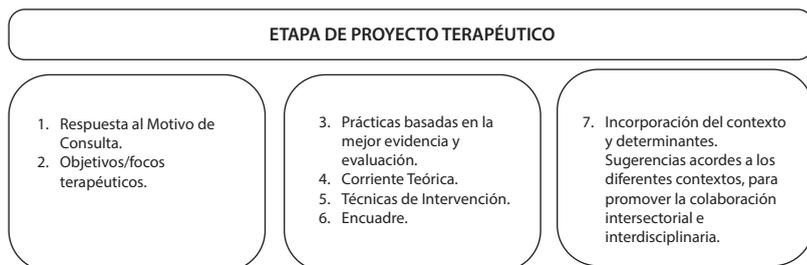


Figura 5. Esquema básico de proyecto terapéutico breve focal.
Fuente: elaboración propia.

El Informe psicológico

El Informe psicológico es un documento escrito y firmado por el profesional psicólogo y se realiza en la última etapa del proceso de diagnóstico psicológico. Se destaca que este puede ser utilizado como documento legal. El Informe deberá ser entregado al paciente y sólo bajo su autorización a un tercero, ello con la excepción de peritajes judiciales.

El psicólogo vierte en un escrito aspectos sensibles a un sujeto, de allí que su manejo es de extraordinaria delicadeza y sensibilidad. El Informe contendrá aspectos biográficos, entregados por el sujeto en un marco de confidencialidad, resultados de test aplicados y además una impresión fruto del examen clínico (observación clínica y actitud frente al examen). Todas esas dimensiones darán fundamento a las conclusiones diagnósticas y a las sugerencias. Estas últimas podrían contener elementos a considerar en un proyecto terapéutico.

A continuación, se presenta una pauta de informe de diagnóstico psicológico Figura 6.

INFORME PSICOLÓGICO*

I. IDENTIFICACIÓN:

Nombre:

Edad (indicar meses. Ej. 17 años y 9 meses):

Fecha de nacimiento:

Estado civil:

Hijos:

Escolaridad:

Profesión/ocupación:

Exámenes realizados (los test):

Fecha de la evaluación:

II. MOTIVO DE CONSULTA/EVALUACIÓN:

Se refiere sólo al motivo de consulta manifestado por el paciente y/o sistema consultante, a la derivación por parte de terceros o, a una interconsulta realizada por otro profesional. Cabe destacar que el motivo de consulta latente se realiza en términos de un análisis comprensivo en el marco de estudio del caso diagnóstico.

III. OBSERVACIÓN CLÍNICA/ACTITUD Y CONDUCTA FRENTE AL EXAMEN:

Se refiere al examen clínico propiamente tal que realiza el psicólogo, en el cual, gracias a la observación, escucha y vivencia, se obtiene información respecto del sujeto que se está investigando. Ejercicio que se deberá realizar a lo largo del proceso.

Se deberían considerar aspectos relativos a: aspecto del sujeto (delgado, grueso, alto, bajo, aspecto sano, enfermo, entre otros); presentación (vestimenta adecuada o no al ciclo etéreo, orden, limpieza); lenguaje verbal no verbal, análisis de ellos; motricidad fina, gruesa; contacto, relación; actitud colaboradora, reticente; actitud disposicional frente al examen.

En el caso de un sistema consultante, se describe brevemente a la persona que acompaña al paciente y la interacción que se produce entre ellos.

Figura 6. Modelo de Informe de diagnóstico psicológico.

III. ANTECEDENTES RELEVANTES:

Estará relacionado con antecedentes de desarrollo, familiares, escolares, mórbidos (enfermedades anteriores físicas y psíquicas, tratamientos previos). Antecedentes laborales, sociales y de pareja, si el caso lo permite.

En el caso de haber recabado poca información, se señala que las conclusiones deberán leerse relacionándolas con aspectos biográficos del sujeto, los que por x motivos no fue posible obtener.

IV. RESULTADOS DE LOS TEST PSICOLÓGICOS:

Se colocan los resultados de los distintos test aplicados, con sus respectivos aspectos cuantitativos y cualitativos. Se puede operar los test por test o realizando una síntesis conjunta de ellos referida a dimensiones relevantes en base a confluencias y divergencias.

V. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS:

Colocar una síntesis general de los resultados del diagnóstico psicológico. Debe quedar claro lo que corresponde a resultados de exámenes psicológicos, lo que corresponde a la clínica a manos desnudas y lo que corresponde a la historia. Se debe conectar lo descriptivo con lo comprensivo del caso. Es el momento de realizar una breve discusión diagnóstica, entregar el diagnóstico de manera clara, sin los subtítulos (taxonómico, personalidad/subjetividad, conflicto y condicionantes sociales), ellos sólo apuntan al estado actual del sujeto.

VI. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS:

Corresponde a indicaciones generales y/o a un esbozo de proyecto terapéutico. Integrando perspectivas interdisciplinaria e intersectorial.

Nombre del Estudiante

(En caso de tratarse de un informe en el marco de una práctica profesional)

Nombre del Profesional

Nº de Identificación Nacional

Fecha de emisión del informe.

* Todo Informe psicológico contiene datos confidenciales acerca de la persona del examinado. Se solicita, por lo tanto, mantener estos reportes en lugar seguro y privado a fin velar por los derechos del paciente.

A modo de conclusión

El modelo expuesto implica la integración de la formación teórica y práctica cursada a nivel del pregrado de la carrera de Psicología. Se trata de un método de diagnóstico psicológico por etapas, que desde una mirada crítica e integral propone una matriz diagnóstica elemental que facilite posteriormente diseñar planes de intervención y orientar hacia las mejores decisiones en términos de bienestar, calidad de vida y salud mental de las personas, a fin de responder satisfactoriamente a las necesidades del consultante.

A través de las etapas del proceso de diagnóstico, tal como se pudo apreciar, es posible ubicarse en momentos donde la observación y descripción son más relevantes, en tanto que en otros son más significativas la comprensión e interpretación por parte del clínico. Estos niveles de análisis serán mediados por la relación intersubjetiva entre el consultante y el clínico.

Se pensó que el aprendizaje basado en ejercicios diagnósticos en etapas como un proceso educativo que ejemplifica el marco conceptual y procedimental intrincado, que promueve el desarrollo de un pensamiento crítico, requiriendo un rol activo en la formación de conceptos complejos en el marco de aspectos éticos profesionales susceptibles de considerar en el quehacer.

Por último, el ejercicio diagnóstico es complejo y de alta responsabilidad pues su desenlace involucra una opinión respecto de la salud mental de una persona, ya sea niño, adolescente o adulto, que necesariamente tendrá significancia en un tratamiento, en una orientación profesional, pudiendo eventualmente sellar el futuro de una persona. Este ejercicio clínico deberá ser técnicamente eficaz y eficiente y estar enmarcado por aspectos de la ética profesional, lo cual necesariamente invita al profesional psicólogo a una profunda reflexión en permanencia y considerar aspectos vertidos en el Código de Ética del Colegio de Psicólogos (2008).

Referencias

- Ayres, J. et al. (2008). El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En D. Czeresnia, *Promoción de la salud: conceptos reflexiones y tendencias*. Lugar Editorial.
- Capponi, R. (1995). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Editorial Universitaria.
- Colegio de Psicólogos de Chile. (2008). *Comisión de Ética*. <http://colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2021/06/1999-Codigo-de-Etica-2a-Edicion.pdf>
- Dowling, A. S. (2005). George Engel, MD (1913-1999). *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2039.
- Garaigordobil, M., Durá, A. & Pérez, J. (2005). Síntomas Psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/ Annuary of Clinical and Health Psychology*, 53-63. https://www.researchgate.net/publication/28203413_Sintomas_psicopatologicos_problemas_de_conducta_y_autoconceptoautoestima_Un_estudio_con_adolescentes_de_14_a_17_anos
- Hirsch Adler, A. (2003). *Elementos Significativos de la Ética Profesional*. Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], México. Reencuentro.
- Kleinke, Ch. L. (1998). *Principios Comunes en Psicoterapia* (2ª Ed.). Desclée De Brouwer.
- Loubat, M. (2005). Supervisión en Psicoterapia: Una Posición Sustentada en la Experiencia Clínica. *Revista Terapia Psicológica*, 23(2), 75-84.
- Loubat, M. & Moris, M. (2008). Diagnóstico Psicológico. Estudio de casos en base a un análisis por etapas. En M. Loubat, *Diagnóstico Psicológico Más que una Intuición* (pp. 157-191). Edit. FAHU-VRA-USach.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile [MINSAL]. (2018). *Modelo de gestión de la red temática en salud mental*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-deGesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]/ Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). *Temas de Salud Mental*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Schink, H. (2006). Concepto de Competencia y Educación para la Vida: por competencias en Educación, una mirada desde la educación viva. *Revista Colegio tecnológico*, 6, 15-18.
- Vives, M. (2005). *Tests Projectivos: Aplicación al diagnóstico y tratamiento clínicos*, Universidad de Barcelona. Edicions Universitat Barcelona.

Sobre los autores y las autoras

Andrés Alejandro Albornoz Bustos

Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoanálisis (UAI-ICHPA), Psicoterapeuta y Psicoanalista de la Sociedad Chilena de Psicoanálisis. Profesor de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: andres.albornoz.b.@usach.cl

Carmen Gloria Baeza

Dra. en Psicología (Universidad de Santiago de Chile), profesora adjunta, Escuela de Psicología Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: carmen.baeza@usach.cl

Marcelo Díaz S.

Dr. en Filosofía (Universidad del País Vasco, España), bachiller y magíster en Filosofía (Universidad Austral de Chile). Enseña Epistemología, Filosofía de la Mente y de las Ciencias Cognitivas en el Departamento de Filosofía de la Universidad de Santiago. Correo electrónico: marcelo.diaz.s@usach.cl

Michele Dufey

Dra. en Psicología (Universidad de Chile), académica Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Correo electrónico: mdufey@uchile.cl

Ana María Fernández

Dra. en Psicología (Universidad de Chile), profesora titular, Escuela de Psicología Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: ana.fernández@usach.cl

Roberto Gárate Maudier

Psicólogo clínico, Universidad de Santiago de Chile. Magíster en Ciencias Biológicas, mención Neurociencias, Universidad de Chile. Académico Escuela de Psicología USACH. Docente de cátedras “Diagnóstico Psicológico”, “Práctica en Psicodiagnóstico” y “Técnicas de evaluación psicológica de adultos”. Correo electrónico: roberto.garate@usach.cl

Antonio Letelier S.

Dr. en Psicología (Universidad de Santiago de Chile). Miembro del Centro de Estudios de Ética Aplicada (CEDEA), Facultad de Filosofía y Humanidades Universidad de Chile. Presidente Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile. Profesor Escuela de Psicología Usach. Correo electrónico: antletelier@u.uchile.cl; antonio.letelier@usach.cl

Margarita Loubat O.

Dra. en Educación y Psicología (Universidad Central, Chile), Licenciatura, Máster y Diploma de Estudios Superiores Especializados en Psicología Clínica y Patológica (Universidad René Descartes, París V, Francia). Exdirectora Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: margarita.loubat@usach.cl

Makarena Moris I.

Magíster en Psicología Social Aplicada y psicóloga clínica (Universidad de Santiago de Chile). Académica Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile. Profesional de la salud pública área Oriente. Correo electrónico: makarena.moris@usach.cl

Carlos Ramírez Muñoz

Doctor en Psicología (Universidad de Santiago de Chile). Psicoanalista en formación de la Sociedad Chilena de Psicoanálisis (ICHPA). Psicólogo clínico. Académico Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile. Académico Escuela de Psicología, Universidad Andrés Bello. Académico, magíster en Psicología mención Teoría y Clínica Psicoanalítica. Universidad Diego Portales. Correo electrónico: carlos.ramirez.m@usach.cl

Este libro fue posible gracias al apoyo de la
Universidad de Santiago de Chile a través de
la Facultad de Humanidades.

En la presente edición trabajó el equipo
completo de Editorial Usach:

Director
Galo Ghigliotto

Equipo editorial
Catalina Echeverría (editora)
Andrea Meza (diseñadora)
Ana Ramírez (diseñadora)
Consuelo Olgún (editora adjunta)

Equipo administrativo
Martín Angulo (jefe administrativo)
Claudia Gamboa (secretaria)
Daisy Farías (auxiliar de servicio)

Equipo comercial
Emiliana Pereira (jefa comercial)
Javier Solís (ventas)
Pablo Masquiarán (asistente de bodega)



*

Esta
primera
edición de
*Praxis diagnóstica
y de intervención clínica.*
*Reflexiones bajo el prisma de un
constructo psicológico y social de sujeto
de base orgánica* se terminó de editar en
mayo de 2023.

Para los textos de portada se utilizó
la tipografía Patua One; para
el interior se utilizó la
tipografía Adobe
Caslon Pro.



Este libro busca reforzar, desde un punto de vista teórico-práctico, la comprensión de un proceso de análisis diagnóstico de la salud mental de un sujeto de forma integradora. Constituye, asimismo, una herramienta de apoyo a la docencia para la carrera de Psicología y está a disposición de quien se interese por la psicología clínica. Los ensayos contenidos en este libro fueron escritos por académicos de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile y ofrecen una panorámica sobre la psicopatología y su funcionamiento como una teoría que se esfuerza en explicar el origen y la naturaleza de las variaciones de la normalidad.

Praxis diagnóstica y de intervención clínica: reflexiones bajo el prisma de un constructo psicológico y social de sujeto de base orgánica es un texto que profundiza en la problemática clínica del sujeto, disciplina en la cual confluyen la dimensión social e histórica, para desplegar, de esta forma, una discusión interdisciplinaria que debe ser releída y reinterpretada desde nuevas ópticas conce

