



Especialista en peritación psicológica forense



www.isfap.com - info@isfap.com

TEMA IV. LA ENTREVISTA II

La entrevista diagnóstica

Es evidente que existen muchos tipos de entrevista, pero aquí nos vamos a referir a la entrevista psicológica con finalidades exclusivamente diagnóstica. En un proceso diagnóstico es un instrumento imprescindible tanto para la obtención de información – entrevistas iniciales – como para la devolución diagnóstica – entrevista final-.

Los resultados de las pruebas psicométricas y proyectivas ya sean colectivas o individuales, adquieren todo su valor relativo en el contexto de las entrevistas en que tales datos pueden ser comprobados, aquilatados y puestos en relación con la conducta actual e histórica del sujeto y de su grupo familiar.



El modelo de entrevista psicodiagnóstica en el que empezamos a referirnos presenta las siguientes características básicas:

1. Es una técnica individualizada. Se estructura en torno a dos personas: el psicólogo y el sujeto -adulto, niño, adolescente, padres o un grupo familiar considerado como unidad-.
2. Utiliza la observación directa como técnica fundamental. La información que se recoge se basa no sólo en lo que el sujeto dice, sino en cómo lo dice – enunciado y enunciación-, en sentido muy amplio, que puede ser observado por el psicólogo en la situación peculiar que configura la entrevista.
3. Pretende una comprensión global del sujeto. Nos brinda la ocasión de poner conductas parciales – síntomas de todo tipo, características del aprendizaje, puntuaciones

obtenidas en los diferentes tests...- en relación con una visión más amplia y compleja de su personalidad. Esto es, se pretende una referencia permanente a la personalidad global del sujeto.

4. Esta técnica tiene por finalidad no sólo recopilar una información y devolver otra información, sino, sobre todo, y mediante técnicas adecuadas – especialmente la disociación operativa- que el psicólogo comprenda al sujeto en su problemática y que pueda, a partir de ello, favorecer la comprensión del sujeto con respecto de sí mismo.

5. La entrevista es, sin duda, una entrevista subjetiva que se basa en una relación interpersonal -psicólogo/sujeto-. Es imprescindible que el psicólogo controle permanentemente, en la medida en que sea posible, su subjetividad, la cual, si bien de una parte le permite comprender al sujeto por su identificación con él, por otra, aporta el peligro de no discriminar adecuadamente los conflictos del sujeto de los del psicólogo. A este juego simultáneo de identificaciones y tomas de distancia con respecto al sujeto entrevistado nos referimos con el concepto de disociación operativa del psicólogo.

La aplicación de esta técnica ofrece la posibilidad de disociarse; es decir, de dividirse mentalmente en dos partes: Una parte que juega el entrevistador al preguntar, escuchar e identificarse empáticamente con el entrevistado, pero sin confundirse con él, en la cual se pone en juego un mecanismo psicológico profundo, que es la identificación proyectiva y otra, que observa reflexivamente lo que está ocurriendo en el encuentro y, a la vez, se auto-observa, entrando y saliendo mentalmente de la situación, como observador participante. De esta forma, el entrevistador puede observar tres aspectos de la situación de encuentro: En primer término, el entrevistado; en segundo lugar, el vínculo que se está generando entre ambos -como consecuencia del estilo de comunicación producido y, finalmente, a sí mismo. El mecanismo de la disociación operativa aparece como una herramienta muy adecuada para manejar tanto lo que nos ocurre -la contratransferencia, como también lo que provoca mi presencia en ese otro la transferencia-.

6. La entrevista, como todo el proceso psicodiagnóstico, debe de estar orientada siempre al beneficio del paciente, esto es, que al sujeto le sea útil. En este sentido, será norma para el psicólogo que no deba investigar más allá ni más acá de lo que sea necesario para el sujeto. Y que debe de hacer la devolución diagnóstica solamente de aquellos aspectos que el sujeto, y en su caso el grupo familiar, estén en condiciones de tolerar y convertir en algo realmente beneficioso para ellos mismos. La devolución diagnóstica debe de ser dosificada en función de las capacidades cognitivas del sujeto. En este punto habrá de tener el psicólogo un especial cuidado con el manejo de sus propias ansiedades.

Objetivos de la entrevista de psicodiagnóstico

A. Elucidación y análisis de la consulta. Qué le ocurre al sujeto, por qué acude a nosotros. Constituiría básicamente la información sobre el conflicto actual. Este aspecto



es imprescindible ya que, sin conocer adecuadamente el motivo, todo lo demás como la anamnesis, tests, etc. Carece de significación.

Tengamos en cuenta que por ejemplo en psicología escolar, es bastante frecuente que la entrevista se produzca por necesidad o deseo del sujeto sino del propio psicólogo que a ella le convoca. En este caso es necesario convertir al sujeto en protagonista del encuentro. Buscar su deseo y su motivo. Sin ello, ninguna entrevista serviría para algo.

B. Conocer las expectativas del sujeto respecto del diagnóstico y al rol del psicólogo... qué espera del psicólogo, que pretende conseguir de él. A este motivo y a

esta demanda debe de seguir una definición por parte del psicólogo: si puede hacerse cargo del diagnóstico de tal conflicto y si puede y está dispuesto a intentar satisfacer las demandas del sujeto. Hay motivos de consulta que exceden el papel profesional del psicólogo y hay demandas que no pueden ser atendidas por múltiples motivos – el carácter omnipotente que al psicólogo se pretende otorgar, por ejemplo-.

C. Elaborar la anamnesis o historia clínica del paciente. Existen varios modelos, según los diferentes autores. Y naturalmente la anamnesis variará según sea realizada por el sujeto, o en su caso, por los padres del mismo.

La palabra anamnesis pertenece, originariamente, al cuerpo de la filosofía. El término, acuñado por Platón- anamnesis = recuerdo, en el contexto de “el saber como un recordar” o como “diálogo del alma consigo misma”- se toma, por el materialismo filosófico, incorporando también el sentido epicúreo, correlativo a prolepsis – “anticipación”, “proyecto”, “programa”, “plan”-. Anamnesis nos remite a la presencia de formas o modelos ya realizados -pretéritos, en este sentido- en la medida en que sólo a partir de ellos podemos entender la constitución de las prolepsis, planes o programas; lo que obliga a concebir el “futuro proyectado”, no tanto como el acto creador o anticipador de una “fantasía mitopoiética”, cuanto como un efecto de la anamnesis.

Con la anamnesis pretendemos:

1. Conocimiento de importantes hitos en el desarrollo del sujeto y su ubicación cronológica, y posterior comparación con la evolución supuestamente normal – pensemos, por ejemplo, en la edad en que se efectúan determinados aprendizajes como la locomoción, el lenguaje, control de esfínteres -.
2. Calidad de estos aprendizajes, y conductas en general – lenguaje: dinámica de su aprendizaje; trastornos del mismo; trastornos asociados -.

3. Significación de un dato concreto – lo que es normal estadísticamente, puede ser tomado como anormal en un determinado ambiente familiar, o al revés. A su vez, acontecimientos similares pueden tener una significación histórica diferente para un mismo sujeto -.

4. Relación de cada dato con el resto de ellos – qué conductas manifiesta el sujeto en las distintas separaciones y situaciones de cambios: destete, comienzo de locomoción, comienzo de escolaridad, separaciones familiares, etc.-. Ello nos permitirá conocer líneas fundamentales de evolución del sujeto.

5. Cada dato nos informa acerca del sujeto, pero también acerca del ambiente familiar – como encaran los padres, por ejemplo, las calificaciones escolares, o la determinación de un sujeto de no seguir estudiando, o de los amigos que tiene; o cuales son sus deseos con respecto de tal o cual cosa -.

Con la anamnesis no tratamos de conocer exhaustivamente la historia del sujeto, sino a través de algunos datos significativos y relacionados siempre con el motivo de consulta, acercarnos a una comprensión del sujeto en su evolución, en su situación actual y en la relación con su ambiente familiar histórico y actual.

D. Observación, en la situación de entrevista, de diferentes conductas del sujeto que no pueden ser apreciadas por los tests. Comparación entre lo que el sujeto dice y él como lo dice – discrepancias entre los mensajes comunicativos y metacomunicativos-. Su lenguaje no verbal – gestos, apariencias físicas, reacciones somáticas, posturas, etc.-.

Discrepancias entre el lenguaje verbal y no verbal. Secuencia en que brinda datos positivos y negativos. Comparación entre el vínculo que establece con el psicólogo y los que dice establecer fuera. Tipos de ansiedades del sujeto en los distintos momentos de la entrevista,

E. Valorar la capacidad del sujeto, y en su caso de los padres, para aceptar un posible diagnóstico, y orientación posterior, y adecuar, por tanto, estos a tal capacidad.

Se parte de la idea de lo que el psicólogo debe de comunicar al sujeto no es todo aquello que haya podido saber de él, sino exclusivamente de aquello que pueda ser útil. Deberá por tanto valorar cuidadosamente, por la actitud del sujeto a lo largo de las entrevistas, en qué disposición se halla para recibir el diagnóstico.

F) Llevar a cabo una adecuada selección de la batería de tests que puede pasarse al sujeto. En función del motivo de la consulta y de otros datos obtenidos según los apartados anteriores, el psicólogo valorará la procedencia o no de aplicarle pruebas al sujeto y cuáles en caso de hacerlo.

Técnicas de la entrevista

El inventario de técnicas que se utilizan en la entrevista es muy abundante. Podría informarse que cada escuela y cada autor establecen su inventario propio. Establecimiento de rapport apropiado, concordancia, aceptación, comprensión empática, reflejo de sentimiento, señalamientos, interpretaciones, estructuración, reflexión, recapitulación, utilización de silencios, etc. son conceptos, a veces ambiguos, con frecuencia reiterativos, que aluden a distintas técnicas para abordar los conflictos del sujeto y la comprensión de los mismos.

Es claro que algunas de estas técnicas no tienen ningún lugar en la entrevista de diagnóstico, como el reflejo del sentimiento o la interpretación, que solamente podrían ser utilizadas en entrevistas terapéuticas y en circunstancias determinadas.

Nos limitaremos a comentar dos técnicas que pueden ser muy valiosas para el diagnóstico, el encuadre o estructuración y el silencio.



El encuadre

Hace referencia a todo aquello que enmarca la relación psicólogo/sujeto, sin constituirla. El elemento mudo del diagnóstico. Aquello que debe de permanecer definido y estable. Alude a aspectos

espaciales, temporales, económicos, a determinados aspectos de los roles respectivos, etc. Por ejemplo: cual va a ser la tarea del psicólogo, qué se espera del sujeto, quien o quienes deben de acudir a la entrevista, qué días, cuanto durarán cada una de ellas, cuanto tendrán que pagar por ello, posibilidades y limitaciones en cuanto al uso del material que se les brinde, etc.

A lo largo del proceso diagnóstico se irán estableciendo distintas estructuraciones según el momento y los propósitos del psicólogo. A su vez, hay estructuraciones que pueden ser explícitas o implícitas según las características del sujeto.

Lo que se pretende con la técnica del encuadre puede resumirse en tres puntos básicos:

A. Reducir al mínimo posible el gran número de variables que entran a formar parte en la relación bipersonal de la entrevista; elementos que van desde la puntualidad del psicólogo, utilización del mismo local y despacho, la estabilidad del rol de psicólogo y que intentan delimitar un espacio en que puedan verse con más nitidez las peculiaridades del sujeto.

B. Si este marco que es el encuadre permanece estable, las transgresiones que el sujeto efectúe al mismo pueden ser elementos altamente informativos – un sujeto que ha acudido puntualmente a todas las entrevistas y encuentra múltiples dificultades para acudir a la entrevista de devolución. Un sujeto, en determinado momento, insiste en ser acompañado en las entrevistas futuras por un familiar -.

C. El encuadre externo, conjunto de elementos que permanecen estables y son conocidos previamente por el sujeto, pretende comunicar implícitamente al sujeto la existencia de otro encuadre, interno: La actitud permanente de aceptación del psicólogo hacia él. El psicólogo no variará en su actitud independientemente de cuales sean los problemas y fantasías del sujeto.



El silencio en la entrevista.

Dejando a un lado el silencio o los silencios del sujeto que nos brindan importantes elementos diagnósticos, haremos un breve comentario acerca del silencio del psicólogo entendido como un

instrumento valioso, de ser bien utilizado. Si para un psicólogo es importante preguntar, tanto o más lo es el escuchar. Con nuestro silencio, que debe de ser traducción de una clara actitud de escucha, favorecemos la precipitación de la palabra del sujeto que puede así decirnos algo más acerca de sus conflictos.

El sujeto es quien puede saber consciente o inconscientemente, a donde debemos dirigirnos para localizar y entender aquello que le hace sufrir o le conlleva trastornos. También sabe el ritmo que puede tolerar en esa búsqueda. El debe de ser, por tanto,

quien guíe el camino de la exploración diagnóstica, especialmente en lo relativo al conocimiento de la situación actual. Con frecuencia, el directivismo del psicólogo, sus preguntas que no cesan, sus cambios de dirección pueden ser sino palos de ciego, y en cualquier caso una notable pérdida de tiempo y esfuerzo que pueden evitarse esperando a que el sujeto nos hable de aquello que le preocupa y le ha traído hacia nosotros.

En la consulta psicológica se comprueba de continuo que las emociones y sentimientos, con frecuencia dolorosos, que el sujeto experimenta necesitan del silencio, del respeto y de la comprensión para ser dichos. La palabrería, la curiosidad indiscriminada, las faltas de respeto a la intimidad y a los sentimientos del sujeto es evidente que pueden engendrar nuevas defensas y entorpecer algo que en principio se buscaba: que el sujeto nos permita comprenderle y se comprenda mejor a sí mismo.

La fase devolutiva del proceso psicodiagnóstico. El papel del informe

La fase devolutiva se caracteriza por:

1. La devolución de información al sujeto – y/o a sus padres – debe de ser cuidadosamente preparada. La devolución es necesaria e importante por:
 - a. Se constituye en una contestación que el sujeto recibe a su petición expresada a través del motivo de consulta.
 - b. El sujeto tiene derecho a conocer aquellos aspectos de su conducta o personalidad que han sido puestos en evidencia a través del proceso de exploración.
 - c. La no devolución de información al sujeto suele erigirse en un factor alentador bien de la fantasía de agravamiento o enfermedad., bien de la ignorancia de los aspectos disfuncionales.

d. Las propias características de personalidad del sujeto – en sujetos adolescentes, que suelen tener una actitud de desconfianza, a la vez que están muy necesitados de conocer aspectos de su propia identidad -.

e. Para el psicólogo-examinador constituye una actitud psicoprofiláctica, ya que devolver la información al sujeto le permite no hacerse cargo de toda la ansiedad que genera el problema, y permite que el sujeto pueda tomar una parte activa en su resolución.

2.La devolución de información está limitada por las características peculiares de los sujetos, y la valoración del efecto y significado de dicha información para el sujeto y para su contexto.

3. Todos los sujetos tienen derecho a devolución específica – niños, adolescentes, estados psicóticos...- con las matizaciones que sean pertinentes en cada caso, y con independencia de que haya que facilitar información a la institución, a la familia, etc.

4. Existen dos tipos principales de devolución:

-La devolución oral.

-La devolución escrita – el informe-.

5. La devolución oral se compone de:

a. La información relativa a los principales resultados de las exploraciones. Esto no consiste en facilitar datos técnicos o explicaciones interpretativas, sino que es vincular exploración realizada a las conclusiones que se emiten.

b. El juicio diagnóstico a nivel descriptivo, expresando claramente su alcance y limitaciones.

c. Las indicaciones pronósticas y/o terapéuticas que se derivan del juicio diagnóstico.

d. La propia actitud del sujeto ante los contenidos de la devolución nos puede indicar la adecuación, pertinencia o acierto de la misma, o no. El sujeto es el único referente que nos permite modificar o revisar el contenido de la devolución.

e. Debe de omitirse todo juicio numérico o reduccionista de rasgos de la conducta – por ejemplo, C.I., etc.-. Los rendimientos deben de ser valorados por su adecuación a las exigencias del entorno, sin necesidad de recurrir a comunicar su expresión numérica, que no es un dato con el que deba de operar el sujeto.

f. Comunicar primero los contenidos menos ansiógenos.

6. La devolución escrita. El informe.

En la elaboración de un informe hay que tener en cuenta aspectos esenciales:

a. De qué hay que informar.

b. Hay quién hay que informar.

El informe tiene la característica de ser un elemento al que tanto el sujeto como el entorno rodean de una “oficialidad” o “argumento de verdad” que hace extraordinariamente delicado el contenido y uso que se hace de los informes.

Características de los informes

a. El contenido del informe ha de organizarse en torno al motivo de su realización. El informe ha de recoger toda la información relevante para que la persona o personas a las que va dirigido puedan tomar las decisiones acerca del sujeto.

b. El informe ha de ser claro y coherente. La información debe de tener una determinada seriación, y todos los datos deben de estar adecuadamente contextualizados respecto de su validez y fiabilidad relativa. Discriminar así mismo, la fuente en la que se apoya los datos,

y la argumentación empleada para la aceptación y/o refutación de las hipótesis. El lenguaje del informe ha de ser adecuado a las personas que lo van a leer.



c. Deben de omitirse, en la medida de lo posible, todos los juicios diagnósticos sindrómicos o reduccionistas, las expresiones numéricas de la conducta, y cualquier otro dato técnico, si el

destinatario del informe no posee la formación necesaria para interpretarlos adecuadamente.

d. Las decisiones acerca del sujeto deben de ser expresadas en términos de probabilidad, y nunca como decisiones unívocas.

7. Puede utilizarse un modelo general de informe.

8. la fase devolutiva tiene aspectos específicos en función de las características de los sujetos- por ejemplo, con niños, con padres, con determinados tipos de personalidad-.

9. La formulación de un encuadre terapéutico, en el seno de la entrevista de devolución, generalmente basta con una entrevista, puede ser modulada por la valoración de los cambios de la conducta y actitud del sujeto a lo largo de todo el proceso de exploración, y en especial con respecto de la entrevista inicial. Pueden obtenerse de esta manera, indicadores de buen y mal pronóstico de la indicación terapéutica que se formula, en base a la valoración del aprendizaje del sujeto en el proceso psicodiagnóstico como muestra representativa de su capacidad de aprendizaje en la terapia.

10. Si el proceso psicodiagnóstico constituía un fin en sí mismo, procede formular un encuadre de control o seguimiento para valorar la validez y valor predictivo del proceso realizado.

El informe clínico de adultos

Modelo de informe

A. Denominación del informe.

-Informe clínico.

-Informe psicopedagógico

-Informe de orientación vocacional.

-Informe para descripción.

-Informe de internamiento.

B. Datos del paciente

C. Motivo del informe.

D. Antecedentes personales. Referentes al desarrollo y patológicos relevantes.

E. Antecedentes familiares. Referente a lo patológico relevante.

F. Anteriores exploraciones. Síntesis de lo más relevante.

G. Exploración actual. En interconsulta.

-Exploración médica (realizada por...)

-Examen neurológico.

-Exploración psicopatológica

-Pruebas. Evaluación de los resultados, prueba a prueba.

En todos estos elementos se incluye la conducta durante la evaluación.

H. Discusión clínica. Hipótesis significativas y su valoración

I. Diagnóstico.

1. Descriptivo-psicológico. Incluir datos de nivel CI y tipo, si es pertinente.

2. Clínico

3. Vincular.

-Descriptivo.

-Estructural.

-Dinámico.

J. Pronóstico.

1. Desarrollo intelectual y escolar.

2. Adaptación social y familiar.

3. Personalidad.

K. Tratamientos o indicaciones. En Interconsulta.

1. Farmacológicos.

2. Psicoterapéuticos.

3. Educativos.

4. Ambientales y de régimen vital.

L. Supervisiones periódicas. Indicarlas.

Fecha y firma.

Número de Colegiado.

Modelo de historia clínica-psicológica para adultos

A. Datos de filiación.

- Nombre y apellidos.
- Fecha y lugar de nacimiento.
- Sexo y estado civil.
- Profesión, estudios.
- Fecha de la primera consulta.
- Caso remitido por....



B. Motivo de consulta y presentación.

- Motivo de consulta – o ingreso- manifiesto del sujeto.
- Motivo de consulta – o ingreso- de los familiares del sujeto.
- Motivos de consulta latentes detectados.
- Modo de presentación. Aspecto, somatotipo, gestualidad, emocionalidad acompañante.
- Tipo de vínculo que ofrece al examinador.

C. Antecedentes familiares.

1. Características del grupo familiar paterno del sujeto, con reseña de todas las figuras presentes, y ausentes significativas. Árbol familiar, con las caracterizaciones patológicas, en su caso.
2. Descripción de las figuras importantes: edad, tipo de personalidad y carácter, profesión, tipo de vínculo con el paciente, causa de fallecimiento, antecedentes patológicos, etc.

D. Antecedentes personales patológicos.

1. Enfermedades que ha tenido el sujeto, curso y resolución. Vivencia acompañante.
2. Situaciones traumáticas o de crisis personal reseñables.

E. Curva Vital.

Caracterización de las principales etapas, en orden cronológico.

1. Embarazo y parto: aspectos ambientales y patológicos que lo signifiquen.
2. Lactancia y desarrollo. Lactancia, dentición, habla, marcha, esfínteres, desarrollo psicomotor, socialización, juegos, enfermedades infantiles/salud, conductas patológicas, vínculo con padres y hermanos.
3. Escolarización: Fases, características, vivencia subjetiva, grado de aprovechamiento, trastornos del aprendizaje.
4. Adolescencia. Feminidad/virilidad, potencia o menarquia, grado de integración de lo sexual – información y praxis-, dependencia/independencia, fantasías y proyectos, conflictos familiares, etc.
5. Estudios, profesión. Elección, características de su desempeño, causas de los cambios, problemas de adaptación, etc.

6. Relaciones sociales. Amigos/as, relaciones de pareja – caracterización del vínculo y del otro -. Sexualidad: manifestaciones, vivencias, conflictos, evolución. Agresividad y motivación social.

7. Propio grupo familiar: pareja o cónyuge. Hijos. Caracterizaciones de cada figura, vínculos, historia relacional, etc.

8. Otros.

9. Evaluación autobiográfica, y a través de documentos personales.

F. Rasgos caracteriales.

Autodefinición, hábitos conductuales, intereses, actitudes y valores.

G. Entorno social.

-Medio ambiente y hábitat.

-Nivel socioeconómico y cultural.

-Aspectos culturales y subculturales relevantes.

H. Exploración. En interconsulta.

Citando las pruebas específicas aplicadas y sus conclusiones. Si es por observación, contextualizar los rasgos observados.

1. Delimitación de los síntomas.

-Contenido

-Contingencias.

-Consecuencias.

-Antecedentes

-Duración, periodicidad.

2. Exploración psicopatológica (fenomenológica).

-Constitución.

-Conciencia.

-Atención, sugestionabilidad.

-Orientación.



-Lenguaje.

-Pensamiento. Forma; curso y velocidad; estructura, tipo; contenido.

-Psicomotricidad. Coordinación, tono, motórica, mímica.

-Afectividad. Estados de ánimo; labilidad o rigidez; sexualidad; indiferencia.

-Memoria.

-Sueño/vigilia.

-Sensopercepción.

Modelo para la realización de entrevista clínica infantil, con los padres de los sujetos.

Aspectos para investigar

1. Desarrollo del niño e historia.

-Hijo y sexo deseado o no deseado. Condiciones y estados de ánimo de la madre durante el embarazo y el parto.

-Alimentación. Dificultades y problemas surgidos de ellas; duración de la lactancia, pecho y biberón.

-Desarrollo del niño. Opinión de la madre sobre su normalidad. Precocidad, etc.

-Control de esfínteres. Época de duración.

-Hábitos varios –chuparse el dedo, por ejemplo-, y actitud frente a ellos, duración, métodos para corregirlos. Adquisición de los hábitos de independencia personal – vestirse, lavarse -. Relaciones entre los hermanos. Actitud del niño a lo largo de los años. Hábitos de orden sexual y actitud de la familia con respecto a ellos. Preguntas concernientes al sexo y la procreación.

-Historia escolar del niño, variaciones en el rendimiento y en la actitud hacia la escuela.

-Enfermedades, variaciones en el carácter.

2. Historia familiar.

-Breve historia de la vida y evolución de la familia. Propósito. Comprensión e incomprensión mutuas. Enfermedades crónicas, dificultades particulares. Éxito o ganancias.

-Padre. Actitud de la pareja hacia él. Breve historia de su vida. Salud. Temperamento y carácter. Sus condiciones como cabeza de familia, actitud hacia la madre, los hijos y particularmente hacia el paciente. Hábitos tóxicos – alcohol, etc.-.

-Madre. Describir en lo posible cómo se presenta en la entrevista; actitudes, gestos hacia nosotros, actitud hacia la pareja y los hijos. Juicio sobre la propia vida. Salud, enfermedades.

-Hermanos. Salud, relaciones recíprocas, actitud frente al paciente.

-Otros familiares. En lo posible, antecedentes psicológicos de los abuelos, maternos y paternos, si viven en la misma casa o han estado cerca del niño en los primeros años; su vida, actitud, conducta y sentimiento con respecto a él.

3. Vida familiar. Situaciones actuales, materiales y psicológicas; conceptos educativos; amenazas de privar de afectos, de marcharse, de enfermarse, etc. Acuerdo o desacuerdo de los padres respecto a la conducta a adoptarse.

-Problema. Todas estas preguntas se refieren a la vida presente del niño. A propósito de ello conviene indicar siempre la actitud de la familia; deben de anotarse sólo los datos positivos, dejar que la madre hable espontáneamente y, en lo posible, copiar textualmente lo que dice.

A. Alimentación. Come bien, tiene caprichos; se alimenta solo; recurre a médicos diversos para conseguir que se alimente. Tiene reacciones alérgicas o dificultades digestivas. Actitud de la familia con respecto de sus hábitos y alimentación. Particularidades de la familia.

B. Sueño. Número de horas, siesta. Horario regular, sueño tranquilo o intranquilo. Pesadillas, terrores nocturnos; duerme solo, deben de acompañarlo. Teme la oscuridad. Cuando se despierta. Otras particularidades.

C. Eliminación. Mueve el vientre a diario, solo. Frecuencia del uso de enemas, supositorios, purgantes, etc. La familia se preocupa especialmente por el funcionamiento del intestino. Se orina de noche, qué actitud tiene la familia frente a esto. A qué lo atribuyen. Cómo tratan de educarlo. Cómo reacciona el niño.

D. Trastornos digestivos. Dolores de estómago. Vómitos. Náuseas; excesos, diarreas, constipación.

E. Trastornos respiratorios. Tos, fatiga.

F. Trastornos circulatorios. Palpitaciones, enrojecimiento, palidez, fatiga.

G. Trastornos musculares o motores. Inestabilidad motriz, tics, parpadeos, espasmos, destreza manual, zurdera.

H. Sentidos. Agudeza visual y auditiva.

I. Humor, conducta, reacciones afectivas. En la casa, en la escuela; alegre/triste; Tiene accesos de depresión. Activo, sumiso, pasivo, rebelde; celos; generoso, egoísta, cruel, cabecilla. Hace fácilmente amigos, se asila. Mentiras. Hábitos de independencia personal. Hurtos, vagancia, llanto fácil, pendenciero. Amenazas, castigos. Juegos, relaciones con hermanos, padre, familiares.

J. Actividad intelectual. De comprensión fácil, lenta. Atención concentración.

K. Palabras. Completas, correctas, defectos, tartamudez, etc.

L. Hábitos nerviosos o manipulaciones del cuerpo. Se chupa el dedo, se muerde las uñas, se masturba. Otros.

M. Educación sexual. Qué información tiene. Menstruación. Regularidades. Actitud. Erecciones.

N. Accesos. Convulsiones. Ausencias. Jaquecas. Ataques, desmayos, mareos en circunstancias especiales.

Ñ. Rendimiento y progreso en la escuela.

Bibliografía

- Arfouilloux, J.C. La entrevista con el niño. Marova, Madrid 1980.
- Bingham y Moore. Cómo entrevistar. Rialp, Madrid 1960.
- Bleger, J. Temas de Psicología. Nueva Visión, Buenos Aires 1972.
- Bleger, J. Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. Revista de Psicoanálisis de la A.P.M., n° 31, 1999.
- Cruz Roche, R. Estatuto metodológico del encuadre. Revista de Psicoanálisis de la A.P.M. n°31, 1999
- -Deutsch, F. y Murphy. W.F. The clinical interview. Vol.1.Diagnosis. Vol.2 Therapy. Interna. University Press, New York, 1966.
- Etchegoyen, H. Los fundamentos de la técnica analítica. Amorrortu, Buenos Aires 1986.
- Guillaumin, J. La dinámica del examen psicológico. Magisterio español, Madrid 1970.
- Mannoni, M. La primera entrevista con el psicoanalista. Granica, Buenos Aires 1973.
- Ocampo, Mls. y otros. Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. Nueva Visión, Bs Aires 1974.
- Orozco, E. Las funciones del encuadre. Revista de Psicoanálisis de la APM, n° 2, 1985.
- Racker, H. Estudios sobre técnica psicoanalítica. Paidós. Bs Aires, 1979.
- Rolla, E. Elementos de Psicología y psicopatología psicoanalítica. Galerna, Buenos Aires 1971.
- Sarason, I.G. Personalidad: un enfoque objetivo. Limusa, México 1978
- Silva, F. La entrevista. En Fernández Ballesteros y Carrobbles, Evaluación conductual. Pirámide, Madrid, 1981.
- Sullivan, H.S. La entrevista psiquiátrica. Psiqué, Buenos Aires 1971.

Cuestiones

1. Señala la disociación operativa del psicólogo. Indica que mecanismo psicológico se ponen en juego.
2. Indica algunos de los objetivos de la entrevista en el proceso de psicodiagnóstico.
3. Qué se pretende con la anamnesis.
4. Indica las pretensiones con la técnica del encuadre.
5. Reflexiona sobre la necesidad de la fase devolutiva en la entrevista diagnóstica.
6. Un sujeto te llama para contactar y demandarte una consulta. Indica qué aspectos le señalarías, cuales no, y señala como la encuadrarías para realizar la consulta.

La misma persona acude. Indica tu forma de intervención en este primer contacto, ya en consulta.