

## La evaluación clínica como una función integral del psicólogo

Elizabeth Jorge <sup>1</sup>

### Resumen

En el ejercicio profesional del psicólogo, la evaluación clínica es una función fundamental, ya que posibilita: indagar, plantear objetivos, intervenir, pronosticar y volver a evaluar si los objetivos se alcanzaron. El trabajo que aquí se presenta busca reflexionar sobre la complejidad de esta función, tanto en su ejercicio como en su enseñanza en el ámbito universitario. Se la considera una función *integral*, dado que se encuentra en estrecha relación con las otras funciones del psicólogo clínico: investigación, prevención, asistencia y capacitación; a la vez que está vinculada a ciertos temas transversales: ética, habilidades de entrevista, capacidad de auto-observación, entre otros.

Palabras clave: Evaluación – Clínica – Función - Psicólogo.

### The clinical assessment as the psychologist's integrative function

#### Abstract

In the psychologist professional practice the clinical assessment is an essential function, since it makes possible to: inquire, set objectives, intervene, make a prognosis and re-evaluate when the goals are achieved. The work presented here seeks to reflect on the complexity of this function, both in its practice and in its teaching in the university field. It is regarded as an integrative function, as it is closely related to the clinician's other functions: research, prevention, care and training for it is linked to certain cross-issues: ethics, interview skills, self-observation ability, among others.

Keywords: Assessment – Clinic – Function - Psychologist.

### Introducción

La evaluación clínica es una función fundamental en el ejercicio del psicólogo, dado que le permite al profesional: indagar, plantear objetivos, intervenir, pronosticar y volver a evaluar si los objetivos se alcanzaron (Lemos, 2012).

El presente artículo nace a partir de la experiencia docente en el ámbito universitario en la Cátedra de Psicología Clínica. Los alumnos que cursan esta asignatura es la primera vez que tienen contacto con las funciones del psicólogo que se desempeña en esta área. Sin embargo, las representaciones que aparecen con mayor frecuencia son las de psicología clínica como sinónimo de terapia y psicoanálisis, y la formulación del diagnóstico en términos psicopatológicos (Jorge, 2017).

Este escrito tiene el objetivo de resaltar la complejidad de esta función, tanto en su ejercicio como en su enseñanza en el ámbito universitario. Se la

considera una función *integral*, dado que se encuentra en estrecha relación con las otras funciones del psicólogo clínico (investigación, prevención, asistencia y capacitación), a la vez que está vinculada a ciertos temas transversales (ética, habilidades de entrevista, capacidad de auto-observación, entre otros).

En este sentido se concuerda con lo planteado por Buendía (1999), quien afirma que lo característico del psicólogo clínico no está definido por alguna o la multiplicación de las actividades que realiza. Sino lo que define la especificidad del rol del psicólogo clínico es la *actitud clínica*, es decir, la combinación de investigación, evaluación e interacción necesaria para entender en términos psicológicos, la conducta humana y los conflictos internos, y poder ayudar a la persona dentro de una sola disciplina. En definitiva, la combinación de la teoría, la investigación, los métodos de evaluación y tratamientos aplicados.

Se presenta en primer lugar la definición de

<sup>1</sup> Fac. de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Email: eli21jorge@gmail.com

la evaluación clínica, luego se la articula con las otras funciones del psicólogo y, por último, se reflexionan sobre tres temas transversales en su formación.

*Definiendo conceptos: qué se entiende por evaluación clínica*

Actualmente se entiende a la evaluación clínica como un proceso de recoger y organizar la información acerca de una persona, para lograr una mejor comprensión de ella y poder hacer alguna predicción acerca de su conducta futura (Ladines Flores & Sumba Vega, 2014). La información que el profesional busca obtener se relaciona con las características conductuales, emocionales, cognitivas o sociales de la persona que consulta (Lemos, 2012). Para recopilar estos datos puede utilizar una serie de técnicas, tests y/o herramientas de evaluación (Fernández Ballesteros, en Ladines Flores & Sumba Vega, 2014).

El método implementado es el *método clínico*, es decir, el estudio en profundidad del caso singular (Ulloa, en González, 2015). Tiene tres primeras etapas de procedimientos: observar, elaborar hipótesis y diagnosticar. Estas etapas son previas a la última de modificar u operar (intervención terapéutica) para modificar operativamente de aquello que se encuentra en una situación crítica y/o de desequilibrio, con las técnicas psicológicas que se consideren más necesarias para lograrlo (Passalacqua, 2003).

Más allá del marco teórico de referencia del profesional, se puede decir que toda evaluación clínica tiene distintos momentos o fases: pedido de consulta, primeras entrevistas, elaboración de las primeras hipótesis y de la estrategia diagnóstica, selección e implementación de técnicas, tests y/o herramientas de evaluación, análisis de todo el material, entrevista de devolución e informe final. Dependiendo del marco referencial, se puede hacer hincapié en algunas etapas más que en otras, o no utilizar determinadas técnicas o test. Si bien excede al objetivo de este trabajo, se puede describir brevemente el proceso de evaluación clínica como sigue:

La tarea diagnóstica comienza con una *consulta*. Es el llamado que hace una persona, dado que algo le preocupa, le molesta o lo hace sufrir, sea a sí mismo o a otros. De esta manera, acude buscando una respuesta a sus inquietudes. Con este pedido de consulta se inicia la *pre-entrevista*, la cual finaliza con la apertura de la primera entrevista (Albajari, 2004). En las *primeras entrevistas*, se parte de la observación de la persona y

se busca responder a la pregunta ¿qué la hace sufrir o padecer? A partir de ello se intentará la comprensión e interpretación de su padecimiento, de qué modo lo transita, cuál es el sentido que le otorga. Para ello el profesional establecerá un diálogo con el entrevistado. Ese diálogo permitirá la organización de la información y la complementación de los datos (Guberman, 2009). El tipo de conjeturas y preguntas que realiza el psicólogo están íntimamente relacionadas con la teoría científica a la que adhiere. Y de ella dependerá la *estrategia diagnóstica* que se elija para continuar el proceso. Es decir, la selección de los instrumentos, tests y técnicas que se utilizarán y su secuencia (García Arzeno, 2000). Después de obtener y considerar los resultados de todas las técnicas diagnósticas, después de haber elaborado una conclusión diagnóstica y pronóstica, el profesional establece una estrategia para la *entrevista de devolución* (García Arzeno, 2000). Es decir, una “comunicación verbal discriminada y dosificada que el psicólogo hace al entrevistado, a sus padres y al grupo familiar, de los resultados obtenidos” (Siquier de Ocampo, García Arzeno & Grassano, 2003, p. 392). El *informe psicológico* escrito es un documento que certifica la labor del profesional. En él se reflejará su competencia para analizar y elaborar los datos aportados por las diferentes técnicas (Cattaneo, 2006). En relación con el contenido, los límites de lo que debe contemplar y lo que no, están marcados por el destinatario del informe (Gómez, Segura Camacho, Castrillón, & Perilla, 2016.).

Debe tenerse en cuenta que, según quiénes sean los consultantes, el proceso adquiere diferentes características. En el proceso antes descrito se puede considerar el caso de una consulta realizada por jóvenes o adultos. Si la consulta se hiciera por un niño o un adolescente, el proceso de evaluación clínica adquiere otras particularidades. El *pedido de la consulta* es realizado por los padres u otro adulto. A partir de los 15 años aproximadamente, el mismo joven puede solicitar acudir a un profesional. A los 18 años suelen realizar ellos mismos la consulta. En cuanto a las entrevistas, tanto las *primeras entrevistas* como las *entrevistas de devolución*, se realizan primero con los padres (excepto en los adolescentes de 18 años que ya viven solos), y luego se hace con los niños y adolescentes. La modalidad elegida dependerá de la estrategia que diseñe el profesional, acorde a la edad. Además, si el psicólogo lo cree conveniente puede implementar entrevistas familiares o vinculares.

En concordancia con lo antes expuesto, se

pueden señalar principalmente dos tipos de razones (teóricas y prácticas) a considerar al momento de diseñar la estrategia de evaluación clínica (Cattaneo, 2006). Entre las *razones teóricas* es importante considerar el marco conceptual del profesional ya que determina el modo de entender la persona, el concepto de aparato psíquico, de salud y de padecimiento. Entre las *razones prácticas* se pueden mencionar: la edad del consultante, los objetivos de la evaluación, el tiempo disponible, las características de los materiales o las técnicas que se implementarán, las características de la persona que consulta, la validez y la confiabilidad de los resultados, el dominio y la preferencia por parte del profesional por alguna técnica, lo que solicita quien deriva, etc.

Cabe mencionar una distinción entre evaluación clínica y psicodiagnóstico. Mikulic (2013) sostiene que ambos términos suelen utilizarse como complementarios, o distinguirse aludiendo a distintas acepciones. En general, el término psicodiagnóstico es empleado desde el Modelo Psicodinámico, para referirse a un proceso de evaluación que incluye el uso de las pruebas proyectivas y la hora de juego, en el caso de niños. De esta manera, y tal como se lo entiende en este artículo, evaluación clínica sería más abarcativo, aludiendo a la función del psicólogo clínico que puede adoptar diferentes maneras según el modelo teórico al que el profesional adscriba (psicodiagnóstico, entrevistas preliminares, diagnóstico familiar sistémico, evaluación cognitiva, etc.).

Siguiendo a Ladines Flores y Sumba Vega (2014, pp. 24-25) se pueden resumir las características de la evaluación clínica:

1. Una expresión compresiva que abarcaría dentro de sí lo que se desea conservar de disciplinas como el psicodiagnóstico, test psicológicos, medición, y la evaluación conductual, guardando a la vez una estrecha relación con la valoración de intervenciones o de programas de intervención.
2. Da importancia a los repertorios positivos de la conducta.
3. Se considera multimétodo o mejor dicho multiinstrumento estrategia o técnica.
4. En primer plano surge la evaluación y no las técnicas empleadas.
5. La evaluación psicológica es una disciplina abocada a la solución de problemas, personales, institucionales, sociales y ambientales.
6. La evaluación psicológica implica una relación en los momentos de tratamiento, post tratamiento

y pretratamiento, con estimaciones y juicios de valor, por ello con cuestiones éticas consideradas.

Acorde a los planteos de Passalacqua (2003), se puede entender la evaluación clínica como “ardua y compleja”, dado que exige del profesional que busca especializarse en ella, el esfuerzo de conocer, ampliar y profundizar, en forma constante, ciertas técnicas y conocimientos propios de la disciplina y otros que la complementan. Además, debe tener una capacidad sintética que va más allá de la preparación teórica y técnica. Por otra parte, el profesional debe comprender que cada persona es única y siempre diferente de cualquier otra, aunque puedan compartir ciertos mecanismos, estilos, historia, medios y factores hereditarios. Por ello, es poseedora de múltiples facetas y complejidades formadas a través de sus años de vida. A todo ello debe atender el psicólogo, en poco tiempo y a veces con escasos elementos, tratando de captar lo más ampliamente posible. A pesar de esta complejidad, facilitará el comprender cómo es la persona que consulta, qué factores determinaron el surgimiento de los mecanismos (patológicos o no), y cuáles son sus dinanismos particulares y singulares de sostener el padecimiento. Asimismo permitirá determinar si es abordable o no con una psicoterapia. Por otra parte, la complejidad de esta función del psicólogo clínico se asienta en la interrelación con las otras funciones. En el siguiente apartado se presentan algunas reflexiones en torno a este tema.

#### *La evaluación clínica y su relación con las otras funciones del psicólogo*

Tal como se mencionó anteriormente, se considera a la evaluación clínica como una función *integral*, dado que se encuentra en estrecha relación con las otras funciones del psicólogo clínico: investigación, prevención, asistencia y capacitación.

La *investigación* es un proceso en el que se hace una pregunta o una serie de preguntas, y como consecuencia se inicia un camino sistemático para obtener respuestas válidas. Además, se debe considerar que el tipo de pregunta que se formula determina en gran medida las características formales del diseño (Cortada de Kohan, Macbeth & López Alonso, 2008). En la práctica profesional, cada consultante, sea individual, pareja o grupo, presenta al profesional un reto nuevo, un enfrentamiento con la incertidumbre. Más allá de la formación teórica y la experiencia, cada persona es

particular y es importante atender a esa singularidad. En la evaluación clínica se podría pensar que una de las preguntas iniciales es ¿qué la hace sufrir o padecer a esta persona que realiza la consulta? Para responderla, el profesional elabora una estrategia diagnóstica que le permita obtener la información necesaria. De esta manera, podría pensarse que en sí misma la evaluación es un proceso de investigación.

Por otra parte, siguiendo a García Arzeno (2003), se puede decir que la función de la evaluación tiene dos objetivos en relación con la investigación: la creación de nuevos instrumentos para la exploración de la personalidad, y planificar la indagación para el estudio de una problemática o padecimiento<sup>2</sup>. En el primer objetivo se puede pensar tanto en la elaboración de un nuevo instrumento como en la adaptación de uno ya existente. En ambos casos se busca que el profesional cuente con una herramienta adecuada (con validaciones psicométricas) para el estudio de la población de interés. De lo contrario, la utilización de instrumentos en contextos culturales ajenos al contexto de creación puede generar mediciones poco válidas y confiables debido a diversos sesgos (provenientes de las características de las muestras de estandarización, el idioma, la familiaridad con los ítems del test y la modalidad de aplicación). Es por ello que aplicar un instrumento en un contexto que no sea el de su origen sin efectuar los análisis psicométricos correspondientes constituye una práctica inadecuada (Conn, Medrano & Moretti, 2013).

El segundo objetivo, planificar la indagación de una problemática o padecimiento, requiere de cierta estandarización del proceso de evaluación clínica. De esta manera se trabajaría con una estrategia diagnóstica que permitiría: a) facilitar la evaluación de la población en estudio, b) reducir y simplificar los esfuerzos logísticos de la evaluación; c) evaluar una mayor cantidad de variables y al mismo tiempo calcular ciertos indicadores según la literatura científica, d) comparar los datos obtenidos con los resultados de estudios previos (nacionales o internacionales), y e) facilitar la toma de decisiones para la prevención e intervención, sustentadas teórica y empíricamente (Gómez et al, 2016).

Más allá de la posición que se tome para considerar la interrelación entre evaluación e investigación, se pretende destacar que la tarea del profesional en estas funciones parte de los emergentes de la práctica clínica. De esta manera, se puede lograr que los resultados de la investigación contribuyan a

mejorar los dispositivos con los que opera el psicólogo clínico, obtiene respuestas a los interrogantes, a la vez que los hallazgos se puedan convertir en conocimiento transmisible (Slapak, Cervone & Luzzi, 2009).

La otra función con la que se relaciona la evaluación clínica es la *prevención*. Prevenir es anticipar, preceder, imposibilitar con medidas anticipadas la enfermedad, el trastorno, lo patológico, el padecimiento. Se pueden diferenciar dos conceptos: *pre-ver* (es saber con anticipación lo que va a pasar) y *pre-venir* (es prepararse con anticipación) (Videla, 1998; Gentes, 2015). Tradicionalmente es una función que suele estar más asociada a otras áreas de la psicología (como la sanitaria). Sin embargo, el psicólogo clínico en este campo aporta su escucha clínica y el análisis de los mensajes y discursos; favorece la construcción de la historicidad, la resignificación y la elaboración; favorece la participación, la interrogación y la autogestión de individuos, grupos o equipos, entre otras (Jorge, 2015, b). Es decir, la actuación del psicólogo clínico abre la posibilidad de “subjeter la prevención”, dando lugar a la circulación de la palabra. Tal como sostienen Hoyos et al (2003), darle la palabra al sujeto que, en general es excluido en la lógica discursiva de los programas de promoción y prevención, es invitarlo a hablar de su relación particular con los factores que inciden en su salud (de riesgo y de protección), de su historia personal y social, de su implicación en lo que le está sucediendo y de su compromiso para buscar vías de resolución.

En relación con la evaluación clínica, se puede considerar a la prevención desde dos aspectos: desde quién(es) consultan, y desde el profesional. Cuando se hace referencia a los consultantes, se puede discriminar si es a nivel individual o a nivel grupal. En estos casos, la prevención implica el trabajo para se desarrollen habilidades en los propios individuos, de modo tal que se impida la aparición de problemas psicológicos. Asimismo, contempla la aplicación de programas a nivel comunitario, que tiendan a neutralizar y/o controlar los factores causantes de padecimiento (Buendía, 1999).

Desde el punto de vista del profesional se puede decir que la evaluación clínica le permite al psicólogo elaborar hipótesis de cómo será el vínculo posterior (en caso de una indicación terapéutica) (García Arzeno, 2003), a la vez que puede determinar si es el profesional más adecuado para ese consultante. Como sostienen Fajardo-Dolci et al (2012), la competencia profesional se sustenta en conocimientos vigentes, habilidades y experiencia. Es

por ello que es importante reconocer las limitaciones que tenemos como profesionales, y si es necesario, derivar al consultante oportuna y adecuadamente.

Las relaciones entre las funciones de la evaluación clínica y *asistencia* suele ser más clara entre los profesionales. En la práctica cotidiana se aceptan como sinónimos asistencia, terapia o proceso terapéutico. Éste puede concebirse como un proceso en el que se despliega una relación entre un paciente y un terapeuta, sobre la base de un acuerdo por el cual el terapeuta se compromete a recibir las comunicaciones del paciente y éste a aceptar las intervenciones del terapeuta (Dorfman Lerner et al, s/d).

Siguiendo a García Arzeno (2003) se pueden mencionar tres vínculos principales entre ambas funciones a) la evaluación clínica posibilitaría que el consultante acepte mejor las recomendaciones; b) facilitaría la elección de la estrategia terapéutica más adecuada; y c) permitiría la evaluación del tratamiento.

En el primer caso, la autora señala que la evaluación clínica posibilitaría que el consultante acepte mejor las recomendaciones, dado que las conclusiones a las que arriba el profesional son dialogadas con el o los consultantes, de manera gradual y atendiendo a las respuestas de sus interlocutores. El poder presentar la información desde los aspectos más adaptativos y continuar con los menos adaptativos, le permite al profesional registrar el grado de tolerancia o intolerancia por parte de los consultantes. Esto se da al final del proceso de evaluación, en la entrevista de devolución. Se destaca la importancia de este momento, ya que puede constituirse en un espacio donde interactúan diferentes actores, donde se pueden expresar ciertos conflictos o malestares que por diferentes motivos no han sido expresados hasta el momento. El desafío con el que se encuentra el psicólogo se debe a poder verbalizar esta situación cuando se encuentra invisibilizada, involucrando a todas las personas que puedan colaborar para lograr un cambio en relación al motivo de consulta. Otro de los desafíos a los que se enfrenta el profesional, es mostrar los beneficios de la iniciación de un tratamiento psicoterapéutico de una manera lo más neutral posible dejando en claro los motivos de la indicación, y los riesgos de no recibir asistencia psicológica (Canelo & Simari, 2015).

Otra de las relaciones entre las funciones de asistencia y evaluación clínica, está dada porque ésta última facilitaría la elección de la estrategia terapéutica

más adecuada. Los hallazgos obtenidos a través de la pericia diagnóstica implementada le permitirán al profesional hacer estimaciones futuras en torno a cuatro aspectos: a) la extensión del tratamiento, b) el formato de la terapia, c) los recursos que podrán aplicarse (incluyendo las técnicas a utilizar), y d) el pronóstico estimado (Fernández Álvarez, 2006).

Por último, la evaluación diagnóstica, permitiría la apreciación sobre proceso asistencial. Se pueden señalar principalmente dos momentos para llevar a cabo esta evaluación: una durante el tratamiento y otra hacia el final. En el primer caso, la evaluación clínica se concibe como un “re-test” que posibilita apreciar los avances terapéuticos con mayor objetividad y realizar ajustes si es necesario. Hacia el final del proceso terapéutico del tratamiento, posibilita valorar los logros alcanzados y planificar el alta, indagar el motivo de un impasse en el tratamiento, o dialogar sobre la disparidad de opiniones sobre el final del proceso terapéutico (por ejemplo, uno quiere terminar y el otro se opone) (García Arzeno, 2003; Fernández Álvarez, 2006).

Como se ha reflexionado hasta el momento, la evaluación clínica se relaciona con las otras funciones del profesional psicólogo que ejerce en el área clínica. Se propone a continuación la articulación con la función de la *capacitación*, haciendo referencia especialmente a la formación de los estudiantes en las carreras universitarias de grado.

#### *La formación de los futuros profesionales en la evaluación clínica*

Puede afirmarse que toda sociedad aspira a que los egresados del área de salud sean ciudadanos técnicamente competentes, que cumplan con las funciones definidas en su perfil profesional, que tengan habilidades científico-técnicas para estar informados y actualizados, que sus conocimientos sean válidos, que sepan reconocer cuándo una información es requerida para una toma de decisión clínica y cuándo es incompleta, por lo que deben saber investigar y a su vez producir conocimientos científicos. Sin embargo, también reclaman sensibilidad, modestia, sencillez, ética, moral y trato humanitario (Trujillo Sáinz et al, 2014).

En consonancia con lo anterior, se podría decir que en la *formación en evaluación clínica* en los estudiantes universitarios, se toman como punto de partida las competencias referidas al “saber” (conocimientos teóricos), el “saber cómo” (herramientas

y procedimientos) para llegar al “hacer” (práctica). En la situación actual, los alumnos acceden a los dos primeros momentos: saber y saber hacer. Es decir, aprenden los contenidos teóricos sobre evaluación clínica y los procedimientos y herramientas para llevarla a cabo. Si bien no llegan a la práctica, la propuesta de trabajar con material clínico (ofrecido por los docentes) los acerca al accionar profesional.

Sin embargo, resulta de interés destacar que la evaluación clínica es importante dado que abre un inter-juego entre quien consulta y quien responde a la demanda (profesional) donde inevitablemente se producirán cambios. En este sentido, se retoman las palabras de Montobbio (2013), cuando sostiene que

hacer lugar a la subjetividad, ubicar qué del deseo de cada quien está involucrado en tal o cual demanda, es el eje insoslayable de nuestras intervenciones. Por eso, la necesidad de detenernos a pensar, a escuchar al otro, fomentando la discusión en cada uno de los ámbitos de trabajo es una tarea específica que hace a nuestra responsabilidad como profesionales de la salud mental. Se trata de mantener abierta la posibilidad de producir algo nuevo allí donde parece que ocurre siempre lo mismo, cuestionando supuestos y haciendo lugar a la dimensión subjetiva comprometida en tal o cual problema de salud. Nuestra responsabilidad pasa por construir la definición clínica del problema de salud haciendo lugar a lo diferente (p. 15).

Se considera que en la formación de los futuros profesionales en el ejercicio de la evaluación clínica, se hace necesario contemplar determinados temas transversales<sup>3</sup>. Para este escrito se han contemplado tres: la ética, las habilidades para la entrevista y la capacidad de auto-observación, no pretendiendo dejar cerrada la posibilidad de incorporar otros temas de interés para el análisis de la evaluación que realiza el psicólogo clínico.

En relación con la ética, y atendiendo a la Declaración Universal de principios éticos para psicólogos y psicólogas (2008), se pueden nombrar cuatro ejes sobre los cuales los profesionales deben basar su práctica cotidiana: a) respeto por la

dignidad de las personas y los pueblos, b) cuidado competente del bienestar de los otros, c) integridad, y d) responsabilidades profesionales y científicas con la sociedad. El *respeto por la dignidad* reconoce el valor inherente de todos los seres humanos, lo que significa que todos los seres humanos son dignos de igual consideración moral. El *cuidado competente del bienestar de los otros* implica trabajar en su beneficio y, sobre todo, intentando no hacer daño. Ello incluye maximizar los beneficios, minimizar el daño potencial, compensando o corrigiendo el daño. El cuidado competente requiere la aplicación del conocimiento y habilidades apropiadas para el contexto natural, social y cultural, de una situación. También requiere la habilidad para establecer relaciones interpersonales que refuercen potenciales beneficios y reduzcan potenciales daños. Por su parte, la *integridad* está basada en comunicaciones honestas, abiertas y precisas. Incluye reconocer, controlar y manejar sesgos potenciales, relaciones múltiples, y otros conflictos de interés que pudieran implicar un daño a otros o su explotación. El levantamiento de la confidencialidad y comunicación completa de la información debe ser balanceada junto con otras consideraciones éticas, incluyendo la necesidad de proteger la seguridad o la confidencialidad de otros, y respetando las expectativas culturales. Por último, las *responsabilidades* incluyen contribuir al conocimiento acerca del comportamiento humano y a la comprensión que las personas poseen sobre sí mismas y sobre los demás, y utilizar tal conocimiento para mejorar la condición de individuos, familias, grupos, comunidades, y de la sociedad. También incluye llevar adelante sus actividades dentro de la sociedad de acuerdo a las más elevadas normas éticas, y estimulando el desarrollo de estructuras y políticas sociales que beneficien a todas las personas y pueblos.

Tal como puede deducirse estos principios deben ser considerados en todo el proceso de la evaluación clínica, desde las primeras entrevistas, la elaboración de la estrategia diagnóstica y la comunicación de los hallazgos. Además, es importante agregar que, a la luz de las nuevas legislaciones en salud mental (Ley Nacional N° 26657 y Ley Provincial N° 9848, y sus respectivas reglamentaciones), se reconoce un amplio y diverso conjunto de derechos que deben ser garantizados. Esto se apoya en el concepto de autonomía del sujeto, quien debe participar activamente en el proceso de atención. Para ello, debe ser informado, favorecer la expresión de

una opinión informada, lograr que esta opinión influya en la toma de decisiones de un tercero, y participar co-responsablemente en la toma de decisiones (De Lellis, 2015). De esta manera, el *consentimiento informado* puede considerarse como un proceso que requiere de un profesional dispuesto a considerar junto con el consultante, todas las opciones, incluyendo el rechazo de las indicaciones que realice el psicólogo (Valverde Eizaguirre & Inchauspe Aróstegui, 2014).

Otro de los temas a considerar en la enseñanza de los futuros profesionales es la formación en las *habilidades para la entrevista*. Siguiendo a Fernández Liria & Rodríguez Vega (2006) se puede decir que la entrevista es un acto único donde se ponen en juego las aptitudes del clínico y el consultante, en una interrelación irrepetible. Los autores hablan de un primer nivel de habilidades que se ponen en juego durante ese encuentro: las *habilidades de escucha y las habilidades que facilitan la actividad narrativa*. Dentro de las primeras se encuentran la actitud general de escucha, la atención a lo no explícito, la atención a la comunicación no verbal y la atención a la respuesta experimentada por el profesional. Dentro del segundo grupo de habilidades se pueden mencionar: Facilitadores no verbales y de intervención verbal mínima, parafrasear, reflejar empáticamente, recapitular, hacer preguntas abiertas, hacer preguntas cerradas, clarificar, y silencio. Estas habilidades deben ser entrenadas en el ámbito universitario, sea con ejercicios dentro de las aulas (por ejemplo, mediante la técnica de Rol Playing) y/o en prácticas de grado.

Si se tiene en cuenta que la entrevista es la técnica fundamental de la labor profesional del psicólogo, y más aún en la evaluación clínica, se espera que el estudiante cuente con un entrenamiento que le permita adquirir y mejorar el repertorio de habilidades para llevarla a cabo.

Por último, la *capacidad de auto-observación* es otro de los temas a los que debe atenderse en la formación de los estudiantes. Sin embargo, el desarrollo de esta capacidad se ve favorecida también por la experiencia profesional, el espacio de terapia personal y la supervisión por un psicólogo experto.

Fernández Liria & Rodríguez Vega (2006) refieren que el profesional debe utilizar su “Yo Observador” para atender a las reacciones emocionales y al desencadenamiento de pensamientos y comportamientos, es decir, la *contratransferencia*. Como dice García Arzeno (2000), “el psicólogo escucha, piensa, recuerda, siente, asocia, revive, etcétera y todo esto transcurre mientras va

conociendo al sujeto” (p. 16).

Retomando los aportes de Racker, se pueden analizar tres tipos de contratransferencia:

(a) la que se origina por la percepción de deseos o intenciones del entrevistado, y que representa la puesta en escena de aquello que lo trae a la consulta. Asimismo, se pueden reconocer dos sub-tipos dentro de esta primera categoría: complementaria y concordante. En la contratransferencia complementaria, el profesional tiene reacciones que son de alguna manera el adjunto o el suplemento ante algo que expresa el consultante (el entrevistado manifiesta agresión al terapeuta y el profesional se siente amenazado o con miedo). La concordante se da cuando las reacciones del psicólogo son de la misma naturaleza que los del entrevistado que consulta.

(b) la contratransferencia que puede considerarse como resultado de los patrones personales de comportamiento, las necesidades, los conflictos o las angustias del profesional. En esta categoría se contemplan las necesidades interpersonales del terapeuta (como por ejemplo, la necesidad de halago, de reconocimiento, de mantener la autoridad, etc); las opciones profesionales (orientación teórica, posicionamiento en la escucha y el modo de intervenir, la supervisión), y el sesgo introducido por el sistema de valores del propio profesional.

(c) el tercer tipo de contratransferencia descrita es la interactiva, la cual se caracteriza por el hecho de poner en juego reacciones relativamente novedosas para ambos, tanto el profesional como el entrevistado, desencadenadas por el encuentro en el consultorio.

En este punto se retoman las ideas de Etchegoyen (2002), quien cita a Racker para afirmar que la contratransferencia opera en tres formas: a) como obstáculo: donde aparecen los peligros de escotomas o puntos ciegos; b) como instrumento: para detectar qué es lo que le está pasando al entrevistado; y c) como campo: en el que consultante puede adquirir una experiencia viva y distinta de la que tuvo originalmente, o de la que cree haber tenido.

## Conclusión

A lo largo del trabajo se buscó resaltar la importancia de la evaluación clínica en el ejercicio del psicólogo. Asimismo, se buscó hacer foco en la complejidad de esta función, tanto en su ejercicio como en su enseñanza en el ámbito universitario.

Se partió de considerar la evaluación psicológica como una función *integral*, dado que se encuentra en estrecha relación con las otras funciones del psicólogo clínico (investigación, prevención, asistencia y capacitación), a la vez que está vinculada a ciertos temas transversales (ética, habilidades de entrevista, capacidad de auto-observación, entre otros).

Se buscó resaltar la responsabilidad profesional que implica la evaluación clínica de una persona (niño, adolescente, joven o adulto), que llega a la consulta y sobre la cual no tenemos conocimientos *a priori*. Mediante el proceso de evaluación no se intentará “develar lo ya conocido”. Por el contrario, se aspira a construir en ese encuentro entre el consultante (niño, adolescente, joven o adulto) y el psicólogo, un saber nuevo sobre el malestar que los trae a la consulta. Solo con esta nueva “creación” sobre el motivo que los lleva a consultar, se podrán generar otros modos de abordar ese padecimiento. Como dice Untoiglich (2013), “se tratará de construir verdades parciales, escritas en lápiz, que abran a nuevas reescrituras y que ayuden a crear diversas estrategias para esa situación, que siempre estará en revisión” (p. 14).

De esta manera, el diagnóstico que se construya en la evaluación clínica, podrá funcionar como una “brújula que orienta el camino y las acciones a seguir” (Wettengel, Untoiglich & Szyber, 2009). Por lo tanto, no

debe presentarse como un saber acabado y cerrado.

Para finalizar, se puede decir que atender a esta complejidad con que se ha planteado el tema de la evaluación clínica, permitiría seguir reflexionando sobre las exigencias que se hacen a la formación de los psicólogos. Se hace necesario capacitar a los futuros profesionales para que comprendan que el ejercicio de la función evaluativa se ubica en los tiempos lógicos de la escucha clínica. Escucha que permite pensar quién es esa persona, cómo ha decidido hacer en este momento la consulta. Es darle el lugar a la palabra sobre un sufrimiento que ya no es soportable para sí mismo y/o para otros. Pero también es abrir un espacio de conocimiento sobre los recursos con los que cuenta y sus limitaciones. En relación con el profesional, permitirá decidir si es necesario un tratamiento y quien será el profesional que se responsabilice por ello. En síntesis, la evaluación clínica permite al psicólogo poder llegar a una “conclusión necesaria aunque conjetural” sobre el o los consultantes y la relación con el profesional (Fernández, en Garaventa, 2014, p. 18).

La capacitación de los futuros psicólogos sólo puede hacerse buscando garantizar el dominio y la pericia en las competencias profesionales, y haciendo foco en las interrelaciones de las funciones en el ejercicio profesional. Sirva entonces este trabajo como un puntapié para futuras reflexiones en torno a esta temática.

---

## Notas

<sup>2</sup> En el texto original estos objetivos son atribuidos al Proceso Psicodiagnóstico; sin embargo, la autora de este escrito considera que se pueden hacer extensivos a cualquier modalidad de evaluación clínica.

<sup>3</sup> Siguiendo a Rosales López (2015) se puede afirmar que el concepto de “temas transversales” es una denominación técnica con la que se hace referencia a contenidos de enseñanza y aprendizaje que, por su relevancia formativa, no pueden delimitarse en el ámbito de una determinada disciplina o área curricular, sino que deben ser objeto de tratamiento en todas o en una pluralidad de ellas. De esta manera, son contenidos que se van a desarrollar mediante diversas actividades de los estudiantes. La transversalidad promueve una renovación cualitativa del proceso de enseñanza-aprendizaje, aproximando los contenidos enseñados a la realidad social y personal de los estudiantes.

## Referencias

- Albajari, V. L. (2004). *La entrevista en el proceso psicodiagnóstico*. (1ª Ed. 1ª Reimp.). Buenos Aires: Psicoteca Editorial.
- Buendía, J. (1999). *Psicología Clínica. Perspectivas actuales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Canelo, E. & Simari, C. (2015). Entrevista de devolución a padres: Análisis descriptivo de los fenómenos observados en el examen preventivo de salud obligatorio de la UBA. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Cattaneo, B. (2006). *Informe Psicológico. Elaboración y características en diferentes ámbitos*. Buenos Aires: Eudeba Editorial.

- Conn, H.; Medrano, L. & Moretti, L. (2013). Adaptación del cuestionario de Alianza de ayuda Revisado versión paciente (HAQ-II-P) para la población de cordobeses. *Terapia Psicológica*, 31 (2), 165-174.
- Cortada de Kohan, N.; Macbeth, G. & López Alonso, A. (2008). *Técnicas de investigación científica con aplicaciones en Psicología, Ciencias sociales y Ciencias de la Educación*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De Lellis, M. (Comp.). (2015). *Perspectivas en Salud Pública y Salud Mental*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos Ediciones.
- Declaración Universal de principios éticos para psicólogos y psicólogas. (2008).
- Dorfman Lerner, B.; Greco, N. J.; López Moreno, C. M.; Pelegrin, C. & Telecemian de Anger, L. (s/d). Estrategias técnicas para el tratamiento de pacientes borderline (BL). *Revista de Psicoanálisis*, pp. 597-610. En Apuntes del "Seminario de Psicopatología", dictado en el Centro de Estudios Psicoanalíticos Sigmund Freud de Córdoba, por la Lic. Susana Villafañe, en el Año 2010.
- Etchegoyen, R. H. (2002). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Fajardo-Dolci, G.; Meljem-Moctezuma, J.; Rodríguez-Suárez, F.; Zavala-Villavicencio, J.; Vicente-González, E.; Venegas-Páez, F.; Campos-Castolo, E. & Aguirre-Gas, H. (2012). Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. *Revista CONAMED*, 17 (1), 30-43.
- Fernández Álvarez, H. (2006). Los múltiples rostros de la evaluación en psicoterapia. *RIDEP*, 21 (1), 149-168.
- Fernández Liria, A. & Rodríguez Vega, B (2006). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. (3a Ed.). España: Desclée de Bouwer.
- Garaventa, J. (2014). El diagnóstico ¿senda o destino? Encuentros y desencuentros en torno a un concepto central en nuestras prácticas. En Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2014). *Revista Nuestra Ciencia "La cuestión del diagnóstico en Psicología"*, 15, 15-23.
- García Arzeno, M. E. (2000). *Reflexiones sobre el quehacer psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión Editorial.
- García Arzeno, M. E. (2003). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Buenos Aires: Nueva Visión Editorial.
- Gentes, G. (2015). *El psicólogo clínico en la función preventiva*. [Ficha de Cátedra]. Apuntes de la Unidad N° 3 de la Cátedra de Psicología Clínica. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Gómez, V.; Segura Camacho, S.; Castrillón, D. & Perilla, L. E. (2016). Estandarización de una batería para la evaluación de factores de riesgo psicosociales laborales en trabajadores colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 19 (2), 221-238.
- González, C. (2015). *La investigación en Psicología Clínica*. [Ficha de Cátedra]. Apuntes de la Unidad N° 1 de la Cátedra de Psicología Clínica. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Guberman, M. B. (2009). *El proceso psicodiagnóstico y sus problemas*. Buenos Aires: Lumen Editorial.
- Jorge, E. (2011). *Proceso Psicodiagnóstico con adolescentes*. [Ficha de Cátedra]. Apuntes de la Unidad N° 2 de la Cátedra de Psicología Clínica. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Jorge, E. (2015, a). *Construcción de vínculos, construcción de nuevas posibilidades*. Trabajo de análisis teórico-clínico presentado para obtener la Matrícula Especialista en el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. [Inédito].
- Jorge, E. (2015, b). *Modalidades de intervención desde la función preventiva del psicólogo clínico*. Propuesta pedagógica presentada en el Concurso Docente a la Cátedra de Psicología Clínica. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. [Inédito].
- Jorge, E. (2017). Representaciones sobre la Psicología Clínica en alumnos de cuarto año de la carrera. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20 (4), pp. 1519-1531.
- Ladines Flores, V. & Sumba Vega, D. (2014). *Análisis del proceso de evaluación psicológica en los Departamentos de Consejería Estudiantil en la provincia del Azuay*. [Tesis]. Facultad de Psicología, Universidad del Cuenca (Ecuador).
- Lemos, V. (2012). La evaluación infantil: Desafíos y propuestas. *XV Congreso Latinoamericano de ALAMOC*.
- Martínez Rodríguez, D. (2014). La formación para la investigación en el Pregrado: cambios en su práctica pedagógica. *Espiga Científica*, 11, 12-23.
- Mikulic, I. (2013). *La evaluación psicológica y el análisis ecoevaluativo*. [Ficha de Cátedra]. Cátedra Teoría y Técnica de Exploración Psicológico I. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Montobbio, A. (2013). *Cuando la clínica desborda el consultorio. Salud mental y Atención primaria con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Noveduc Editorial.

- Passalacqua, A. (2003). *Psicodiagnóstico de Rorschach. Sistematización y nuevos aportes*. (5a Ed.). Buenos Aires: Ediciones Klex.
- Rosales López, C. (2015). Evolución y desarrollo actual de los Temes Transversales: posibilidades y límites. *Foro de Educación*, 13 (18), 143-160.
- Siquier de Ocampo, M. L.; García Arzeno, M. E. & Grassano, E. (2003). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. (1ª Ed. 25ª Reimp.). Buenos Aires: Nueva Visión Editorial.
- Slapak, S.; Cervone, N. & Luzzi, A. M. (2009). Estrategias metodológicas en la investigación clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII, 157-176.
- Trujillo Saínz, Z.; González Crespo, E.; Concepción Pérez, N. & Sosa Hernández, H. (2014). Evaluación de competencias clínicas en estomatología como expresión de la calidad del proceso docente educativo. *Revista de Ciencias Médicas*, 18 (3), 492-501.
- Untoiglich, G. (Comp.). (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz; La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires: Noveduc Editorial.
- Valverde Eizaguirre, M. & Inchauspe Aróstegui, J. (2014). Peculiaridades del consentimiento informado en Salud Mental. Considerando el caso TDA/H como ejemplo. *Clínica Contemporánea*, 5 (2), 113-136.
- Videla, M. (1998). *Prevención. Intervención psicológica en Salud Comunitaria*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Wettengel, L.; Untoiglich, G. & Szyber, G. (Comp.). (2009). *Patologías actuales en la infancia. Bordes y desbordes en clínica y educación*. Buenos Aires: Noveduc Editorial.

Fecha de recepción: 07/05/2017

Fecha de aceptación: 12/04/2018