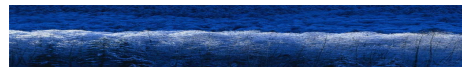


¿ ?

# **PREGUNTAS UTILIZADAS EN LA ENTREVISTA Y TERAPIA PSICOLOGICA**



**ELABORADO Y COMPILADO POR: RICHARD TORRES**

**E-mail: richard262@hotmail.com**

**2013**

**Visitá y unite a:  
Psicología, libros y más,  
<https://www.facebook.com/groups/395068163948229/>**

**SAN LORENZO - PARAGUAY**

## Contenido

Introducción -----	3
Determinación del conflicto-----	4
Fragmento de entrevista Aaron Beck -----	7
El feedback de un terapeuta sensible o inexperimentado-----	9
Recomendaciones para el entrevistador -----	10
Tipos de respuestas que NO SON indicadoras de escucha -----	11
Entrevista motivacional de Miller-Rollnick (conductas adictivas) -----	12
Modelo –M. Erickson. -----	14
Modelo cognitivo-conductual Aaron t. Beck-----	15
Modelo McKay, Davis y Fannig -----	18
Actitudes y conductas inadecuadas de los pacientes, manejo cognitivo -----	19
Métodos de la terapia racional emotiva T.R.E para vencer la resistencia -----	24
Las preguntas clave -----	26
Formato de entrevista psicológica inicial -----	28
Formato, ejemplos y conceptos del Informe Psicológico -----	35
Bibliografía -----	50

## **A MODO DE INTRODUCCIÓN**

El presente material fue elaborado a partir de libros con entrevistas de Psicólogos y Psicoterapeutas en sus distintas sesiones, casos y años de experiencia. Se describen varios modelos, con ejemplos de POTENCIALES PREGUNTAS y cuestionamientos que el entrevistador podrá tener en cuenta utilizar dentro de sus criterios, observaciones y expectativas hacia el “Paciente-Cliente-Usuario del servicio” entrevistado, como en la determinación de las circunstancias del conflicto, etapas para el cambio, el manejo de ansiedad-recaídas, distorsiones cognitivas y resistencias.

Esta dirigido a estudiantes y profesionales de psicología.

Estos ejemplos no obedecen a un intento de imposición, ni su uso es estricto para las entrevistas, anamnesis e informes, únicamente se presenta como alternativa de apoyo y queda a criterio del Profesor/a a cargo de la cátedra, la utilización u omisión de cualquiera de los ítems.

---

### **La entrevista es:**

Una forma de encuentro, comunicación e interacción humana de carácter interpersonal e intergrupala (esto es, dos o más de dos personas), que se establece con la finalidad, muchas veces implícita, de intercambiar experiencias e información mediante el diálogo, la expresión de puntos de vista basados en la experiencia y el razonamiento, y el planteamiento de preguntas.

Tiene objetivos prefijados y conocidos, al menos por el entrevistador. En la asignación de roles, el control de la situación o entrevista lo tiene el entrevistador. Implica la manifestación de toda la gama de canales de comunicación humanos: verbal (oral), auditivo, cinestésico, táctil, olfativo, no verbal (gestual y postural) y paralingüístico (tono, volumen, intensidad y manejo del silencio) Aragón (2002)

Entre los objetivos de la entrevista psicológica están: evaluar, diagnosticar e investigar. Estos aspectos permiten trazar una dirección de trabajo para sugerir estrategias de intervención.

Las principales ventajas de la entrevista sobre otros tipos de instrumentos de evaluación psicológica son: la relación interpersonal establecida entre el entrevistado y el entrevistador, con valor empático y emocional que esto conlleva y que puede facilitar posteriormente el proceso de intervención; la flexibilidad para que el entrevistador se adapte a las peculiaridades del entrevistado, retrocediendo, avanzando, profundizando sobre la marcha, de acuerdo con las necesidades del caso; la posibilidad de observar el comportamiento del entrevistado, la factibilidad de obtener grandes cantidades de información de todo tipo, tanto objetiva como subjetiva; y evaluar a personas que difícilmente pueden ser examinadas por otros medios.

### **Tipo de entrevista por objetivos**

De acuerdo a los objetivos la entrevista psicológica se divide en cinco grandes campos, que se describen a continuación:

- a. Entrevista de investigación. Su objetivo es recolectar información pertinente para responder una pregunta de investigación, ya sea en investigación cuantitativa o cualitativa; se conduce en función del paradigma de investigación usado.
- b. Entrevista psicopedagógica o psicoeducativa. Su función es determinar las posibles interferencias en el proceso de enseñanza aprendizaje, además de localizar sus causas e influir en su solución.
- c. Entrevista de orientación vocacional. Se realizan con el fin de asesorar a un sujeto en la elección de un empleo, escuela o carrera en función de sus características personales: aptitudes, intereses, tipos de inteligencia, estilo de aprendizaje.
- d. Entrevista clínica. Su objetivo es conocer el funcionamiento de la personalidad de un sujeto: sus motivaciones, frustraciones y dinámica de personalidad. Puede ser diagnóstica, terapéutica y de asesoría.
- e. Entrevista laboral. Se aplica para conocer las características de un candidato a un puesto laboral para elegir al más idóneo. Puede ser de selección, ajuste o salida.

### **Tipo de entrevista por estructura**

Esta clasificación se refiere a la forma como se conduce la entrevista y cómo se estructuran las interrogantes que el entrevistado debe contestar. En función de este criterio encontramos cuatro acepciones:

- a) Entrevista estructurada o cerrada. En este tipo de entrevista, el entrevistador se presenta a la entrevista con un cuestionario bien estructurado, que el entrevistado debe responder; el entrevistador se ciñe fielmente al cuestionario y no pregunta nada fuera de él.
- b) Entrevista semi estructurada. En esta modalidad, si bien el entrevistador lleva un guión de preguntas básicas, tiene la libertad de cuestionar al entrevistado sobre aquellos temas que le interesen, o bien omitir algunos temas de acuerdo a su criterio.
- c) Entrevista abierta o no estructurada. En este caso el entrevistador tiene la flexibilidad para adaptar la entrevista a las características psicológicas del entrevistado, avanzando o retrocediendo en función de su propósito. Se le llama abierta por esta característica de no seguir un guión.
- d) Entrevista tipo panel. En ella un entrevistador hace una serie de preguntas iguales a un grupo de entrevistados para conocer sus distintas opiniones. Del mismo modo el formato puede variarse cuando un grupo de entrevistadores entrevistan a una sola persona.

### **Ejemplos de preguntas**

#### **Determinación del conflicto**

Está usted dispuesto a compartir información conmigo acerca de este problema?"

Como Usted siente que están las cosas por casa?

Ni siquiera una discusión ocasional?....Luego qué pasó?

Desde cuándo, o qué tiempo hace que estas así, o empezaron las dificultades con.....

Qué pensaba sobre lo que su madre había dicho

A que hora se queda dormido?... y se despierta....

Que piensa acerca de lo que le esta sucediendo.....Cuénteme más al respecto.....

Determinación de las circunstancias

Te da la impresión de que es así?

Que cree usted qué puede haber desencadenado esto que sientes

Que piensa acerca de lo que le esta sucediendo

Entiendo comote sientes

Y cómo ve él..... (ej. Padre, esposo/a).....ésta situación?

Usted cree.....Había en su vida en aquel entonces algo que pudo haberlo afectado hoy?

Cuénteme más al respecto.....

Alguna vez se sintió: triste, desganado, irritable por más de dos semanas?"

Se siente más triste a la mañana o a la tarde?

Por qué crees tú que es así?

Admiras tanto a:.....que te gustaría ser como ella/ el?

Como seria un recuerdo más vívido de su niñez

Y la experiencia más llamativa en la adolescencia...

Y por que "No";

"Puede ser...

Con respecto a eso..... Comote sentiste

Déjeme ver si le he entendido correctamente.....

Estoy entendiendo esto correctamente?

Usted cree...que es culpable de esta situación

Últimamente te has sentido muy culpable por tomar la decisión acerca de....

Por lo que usted dice...No crees que te auto castigas con respecto a esta situación?

Por qué crees tú que es así?

Cómo llamaría usted a lo que siente en esos momentos

Quisiera explicarme que es lo que siente cuando le da el ataque.....(ej. pánico)?

Hay algo más que le inquiete

Así que te parece que eres una mala persona

Te da la impresión que no le agradas a tus compañeros -amigos

### **Etapas para el cambio**

Qué es lo que quieres cambiar?

Cómo sabrás que no necesitas volver a verme?

Como sabrás que las cosas te van mejor?

Qué haces,..... Piensas,..... sientes,..... Cuando el problema no está?

Cómo consigues que eso pase.....

Qué piensas que tú podrías hacer para que esos éxitos ocurrieran más a menudo

Qué crees que te ayudó hacerlo

Qué es lo que te indicará que nuestras sesiones han sido valiosas para ti?

Qué crees que te indicará que tú puedes...?

Qué será distinto en tu vida cuando la situación/depresión ya se haya ido?

Qué sientes que será distinto en tu vida cuando hayamos terminado esta sesión?

Que piensas si te digo que el cambio que estas buscando ya ha empezado?

Cuál será la primera señal que te indicará que estas haciendo lo necesario para vencer la .... ..X situación?..... (Ej. Depresión)

Qué podrías hacer distinto en los próximos días que te acercara más a tu meta?

Qué crees que harás distinto en la escuela que les indicará a tus padres que empiezas a ir en buen camino para graduarte?

Cómo te sentirás cuando hayas conseguido tus objetivos?

### **Ansiosos-recaídas**

Que tiene que pasar para prevenir que vayas marcha atrás?"

Qué tiene que pasar para que continúes con todos estos cambios?"

Cuál es la primera señal que notarías si se todo se empezara a echar para atrás

Si tuvieras que adivinar, ¿cuándo crees que la x situación..... (Ej. Miedo a..) Estaría dispuesta a encerrarte en casa otra vez?

Cómo tendría que hacer la x situación..... (Ej. Fobia a.. ) Para conseguir encerrarte en casa de nuevo?

Qué crees que te ayudará con la ansiedad la próxima semana?

Si tuvieras que adivinar, cómo dirías que te va a tratar la depresión la próxima semana?

### **Alucinaciones**

Escucha voces?"

En este momento está escuchando voces

Pensó en suicidarse?" ideaste?

Como? De que forma

Luego qué pasó?..

Como pude usted probarse a si mismo que esas voces están ahí realmente?

### **Pacientes difíciles**

Qué podría pasar si usted fuera a hablar acerca de...?

Cuál es la peor cosa posible.

Que podría suceder si hablara acerca de...?

Hay algo que haría más fácil para usted discutir este asunto?"

Hay alguna pregunta que quisiera hacer antes de proseguir?

Cuáles son las preocupaciones que le dificultan hablar de este asunto?"

### **Temerosos**

Cuál es la situación atemorizante

Cuán probable es que suceda.

Y qué pasaría si sucede lo que teme

Desea realizar alguna pregunta

Como te aseguras de que esa amenaza que sientes, realmente te ocurrirá?

### **Fragmento de Entrevista Aaron Beck –Paciente “K”. Dx: tdp.**

Terapeuta: Aunque la sesión se desarrolló muy bien, usted tuvo algunos sentimientos mezclados.

¿Cuáles son sus pensamientos de esta semana sobre ese asunto?

Paciente: No estoy segura de lo que sentí sobre la semana pasada. Estoy muy confundida. Incluso pensé en dejar la terapia.

Terapeuta: Esto me sorprende un poco. Por un lado, lo hizo bien y su ansiedad se redujo en seguida, pero de pronto piensa en abandonar la terapia. ¿Qué cree que está sucediendo?

Paciente: No lo sé. Algo me ocurrió la semana pasada. ¿Tengo un conflicto porque sé que puedo hacerlo? ¿Tengo miedo de llegar a ser independiente? Me gusta que “AB” [su esposo] me cuide.

Terapeuta: Esto parece muy importante. Ayúdeme a entenderlo. ¿Para usted conducir significa que podría volverse más independiente, y eso la preocupa?

Paciente: Tal vez.

Terapeuta: ¿Qué sucedería si se vuelve más independiente?

Paciente: Bien, podría fracasar.

Terapeuta: ¿Qué quiere decir?

Paciente: Las personas independientes hacen cosas. Y yo podría fracasar. Supongo que si me apoyo en “AB”, no puedo fracasar.

Terapeuta: Entonces, si es capaz de conducir significa que es más independiente, y en tal caso estará más expuesta al fracaso en algunas cosas.

Paciente: Eso creo.

Terapeuta: Muy bien. Hay mucho que decir sobre eso, pero me ayuda a comprender lo que le está pasando. Parecería que su éxito le asusta porque rechaza el modo como se ve a sí misma.

¿Podemos 'dedicar algún tiempo a discutir esto, para tratar de comprender de qué se trata?

Paciente: Sí, me gustaría hacerlo, porque todo me parece muy confuso. (Gran parte de la sesión se dedicó a reunir y examinar la red de cogniciones referentes a la dependencia.)

Terapeuta: Muy bien, resumiendo, se diría que no estaba usted preparada para todos los cambios que puede acarrear una mayor independencia. Me pregunto si no tendría sentido ir un poco más despacio, para que sienta que controla más su cambio y que lo realiza a un ritmo que puede controlar.

Paciente: ¿Podemos hacer eso? Me siento más cómoda ahora. Estoy empezando a tranquilizarme.

Terapeuta: ¿Se le ocurren formas de avanzar más despacio, a una velocidad más aceptable para usted?

## **Modelo de cuestionamiento social -escolar**

### **Área personal**

- ▣ Como te has sentido de ánimo últimamente?
- ▣ Hay algunos problemas y situaciones que impiden tu rendimiento?
- ▣ Como es tu adaptación y motivación a la escuela?
- ▣ Consideras que últimamente hay cambios importantes en tu vida y como han influido?

### **Área escolar**

- Como es tu rendimiento actual en la escuela?
- Que calificaciones has obtenido a la fecha?
- Como es tu relación con los profesores?
- Como es tu relación con los compañeros?
- Tienes o has tenido algún problema con alguien?
- Cuales son tus planes escolares a corto, mediano y largo plazo?

### **Área interpersonal**

- Como es tu vida social?
- Tienes amigos en la escuela o fuera?
- Con que frecuencia sales con ellos?
- Tienes novio o novia y como la frecuentas?
- Que acostumbras hacer en tu tiempo libre?
- Cuales son tus principales actividades o compromisos sociales?

### **Área familiar**

- Como consideras o calificas tus relaciones familiares?
-



- Con quien vives actualmente?
- Con que frecuencia platicas con tus padres y como?
- Platican de la escuela?
- Con cual de los dos te llevas mejor?
- En que aspectos puede mejorar tu relación con ellos tenga un impacto positivo en la escuela?

### **Áreas específicas**

- Que has pensado hacer respecto al problema?
- Has buscado ayuda de algún tipo?
- Consideras que yo te podría ayudar de alguna manera?
- Has hablado con tu profesor del problema
- Has tocado el tema con tus compañeros

#### ***El entrevistador***

*El instrumento de trabajo del entrevistador es él mismo, su propia personalidad, que entra indefectiblemente en juego en la relación interpersonal; con el agravante de que el objeto que debe estudiar es otro ser humano, de tal manera que, al examinar la vida de los demás, se halla directamente implicada la revisión y examen de su propia vida, de su personalidad, conflictos y frustraciones.*

*La vida y la vocación de psicólogo, que son los técnicos encargados profesionalmente de estar todos los días en contacto estrecho y directo con, el submundo de la enfermedad, los conflictos, la destrucción y la muerte. Hubo que recurrir a cierta ficción y disociación para el desarrollo y ejercicio de la psicología: ocuparse de seres humanos como si no lo fuesen.*

*José Bleger*

**Durante el feedback un** terapeuta sensible o inexperimentado, a consecuencia de sus reacciones no verbales (el movimiento afirmativo de la cabeza en exceso, fruncir el ceño o el entrecejo, un suspiro, levantar las cejas, desviar la mirada), puede ser sorprendido por ciertos comentarios del paciente hacia él, algunos ejemplos son:

- Esto realmente le tomó por sorpresa?
- Tal vez no era lo que usted esperaba escuchar. ?
- Cosas como ésta se le hacen difíciles de escuchar. ?
- Imagino que esto puede darle algo de miedo.
- Se está empezando a preocupar sobre lo que puede hacer con esto. ?
- Imagino que debe ser duro escuchar esto, pero de alguna manera usted oirá
- Imagino que me estará diciendo: «Ya te lo dije».?
- Es difícil de creer?
- Esto debe ser molesto o confuso para usted.
- En su vida le pasa lo mismo?
- Veo que a usted le pasa algo parecido

- Le sorprende lo que le estoy diciendo?
- Esta cansado de escucharme?
- Me parece que no me esta entendiendo/escuchando
- Podrá UD. realmente con este caso?

### **Recomendaciones para el entrevistador, según A. Beck,**

En lo posible iniciar

cada cuestionamiento con;

- ▢ Usted siente...
- ▢ · Usted piensa...
- ▢ · Por lo que usted dice...
- ▢ · Usted cree...
- ▢ · En otras palabras...
- ▢ · Entiendo que...
- ▢ · Parece que...
- ▢ · Lo que me dice es que

- 
- No prejuizar
  - No ser complaciente ni sobre protector
  - No ser agresivo o autoritario
  - Ser firme y claro
  - Transmitir empatía y confianza
  - No dejarse llevar por el “efecto de halo”
  - Canalizar y hacer seguimiento
  - Dar ayuda práctica
  - Definir acciones, metas, objetivos y actividades específicas

- dejar hablar libremente
- actuar de manera segura y cordial
- tener paciencia
- permitir silencios y el llanto
- guardar la confidencialidad
- No perder el tema central
- Usar lenguaje apropiado
- Permitir explicaciones
- Observar y escuchar
- Tomar apuntes
- Atento a los detalles
- Usar varios tipo de preguntas
- tomar en cuenta el nivel y la cultura del entrevistado
- establecer la empatía y el rapport
- no juzgar, ser imparcial
- Ser atento y puntual

Thomas Gordon (1970) ha delimitado doce tipos de respuestas que **NO SON** indicadoras de escucha:

1. Ordenar, dirigir, o encargar.
2. Alertar o amenazar.
3. Dar consejo, realizar sugerencias, o sugerir soluciones.
4. Persuadir con lógica, discusión, o enseñanza.
5. Moralizar, sermonear, o decir a los pacientes lo que «deberían» hacer.
6. Estar en desacuerdo, juzgar, criticar, o culpabilizar.
7. Estar de acuerdo, aprobar, o rogar.
8. Culpabilizar, ridiculizar, o etiquetar.
9. Interpretar o analizar.
10. Reafirmar, simpatizar, o consolar.
11. Cuestionar o poner a prueba.
12. Retirarse, distraerse, hacer broma, o cambiar de tema.

Ej.

(El número de cada uno de los obstáculos procedentes de la lista anterior aparece anotado entre paréntesis):

Paciente: Simplemente, no sé si dejarle o no.

Terapeuta: Debe hacer lo que crea que es mejor. (# 5)

P: ¡Es que ése es justamente el tema! ¡No sé lo que es mejor!

T: Sí, lo sabe, está en su corazón. (#6)

P: Sí, me siento atrapado, ahogado en nuestra relación.

T: Entonces deberían separarse durante algún tiempo y comprobar si usted se siente mejor. (#3)

P: Pero la amo, ¡y le haré tanto daño si la dejo...!

T: Pero si no lo hace, puede estar perdiendo su vida. (#2)

P: ¿No sería egoísta?

T: Es justo lo que tiene que hacer, cuidarse de sí mismo. (#4)

P: No sé cómo tengo que hacerlo.

T: Estoy seguro de que lo conseguirá. (#10)

## Entrevista Motivacional de Miller-Rollnick-1999

### (Conductas adictivas)

Ejemplos de preguntas para provocar afirmaciones automotivadoras.

#### 1. Reconocimiento del problema

¿Qué cosas le hacen pensar que esto sea un problema?

¿Qué dificultades ha tenido con la forma en que usted utiliza las drogas?

¿De qué maneras cree que usted u otras personas se han visto afectadas por el hecho de que usted ej. beba?

¿De qué maneras esto ha sido un problema para usted?

¿De qué maneras su uso de tranquilizantes no le ha dejado hacer lo que usted quería hacer?

#### 2. Preocupación

¿Qué hay en su manera de beber que usted u otras personas podrían ver como motivos de preocupación?

¿Qué es lo que le preocupa en la forma en que usted utiliza las drogas?

¿Qué es lo que imagina que le ocurriría?

¿Cómo se siente con su forma de jugar?

¿Hasta qué punto le preocupa?

¿De qué formas esto le preocupa?

¿Qué cree que le ocurrirá si no realiza un cambio?

#### 3. Intención de cambiar

El hecho de que usted esté aquí quiere decir que al menos una parte suya piensa que ha llegado el momento de hacer algo.

¿Cuáles son las razones que usted ve para cambiar?

Si pudiese tener un cien por cien de éxito y las cosas salieran exactamente como usted desearía, ¿qué podría pasar?

¿Qué cosas le hacen pensar que debería continuar bebiendo de la manera que lo ha venido haciendo?

¿Y qué puede decirme de lo contrario? ¿Qué es lo que le hace pensar que ha llegado el momento de cambiar?

¿Qué piensa sobre su forma de jugar en estos momentos?

¿Cuáles serían las ventajas de realizar un cambio?

Entiendo que se sienta atrapado. ¿Qué es lo que debería cambiar?

#### 4. Optimismo

¿Qué le hace pensar que si decide introducir un cambio, lo podría hacer?

¿Qué le lleva a pensar que podría cambiar si así lo desea?

¿Qué es lo que cree que le funcionaría, si decidiese cambiar?

Una vez que el proceso ha empezado, la introducción de un estímulo directo para continuar es a menudo efectiva. En este caso, la forma general de la pregunta es: «¿Qué más?»:

- ¿Qué más ha notado o le ha preocupado?
- ¿Qué otras preocupaciones ha tenido?
- ¿Cuáles son las otras razones por las que necesitaría cambiar?
- ¿Qué otras cosas le ha comentado la gente?
- ¿Qué más cree que podría superar?
- ¿Qué otros problemas ha tenido?
- ¿Qué más le preocupa sobre su forma de ..... p. ejemp. “beber”?

#### Utilizar los extremos

También se puede pedir a los pacientes que describan los puntos extremos de sus preocupaciones, que imaginen las consecuencias más negativas. Algunas de las preguntas para formular son las siguientes:

- ¿Qué es lo que más le preocupa?
- ¿Cuáles son los peores miedos que podría sufrir si no cambiase?
- ¿Cuáles cree que son las peores cosas que le podrían pasar si continúa comportándose de la manera en que lo ha venido haciendo hasta ahora?

#### Mirando hacia atrás

En ocasiones resulta útil que las personas recuerden el tiempo anterior a que el problema surgiera, y que comparen ese tiempo con la situación actual. A continuación citamos algunos ejemplos:

- ¿Recuerda un tiempo en el que las cosas le iban bien? ¿Qué es lo que ha cambiado?
- ¿Cómo eran las cosas antes de que empezara a beber tanto? ¿Cómo era usted entonces?
- Dígame, ¿cómo se conocieron ustedes dos, y qué les atrajo tiempo atrás? ¿Cómo eran entonces las cosas?
- ¿Cuáles son las diferencias entre el Juan de hace diez años y el Juan de hoy?
- ¿De qué forma su consumo de drogas ha hecho que usted parase, que no siguiera adelante con su desarrollo personal?

#### Mirando hacia delante

Ayudar a las personas a que imaginen un cambio futuro es otra forma de provocar afirmaciones

Automotivadoras. Aquí se pregunta al paciente cómo se imagina a sí mismo después de un cambio:

- Si decide cambiar, ¿cuáles son las esperanzas que tiene para el futuro?
- ¿Cómo le gustaría que le fueran las cosas?

- Entiendo que se siente realmente frustrado en este momento. ¿De qué manera le gustaría que las cosas cambiasen?
- ¿Cuáles son las opciones que tiene ahora? ¿Qué es lo que le gustaría hacer?
- ¿Cuáles serían los mejores resultados que usted podría imaginar si llevase a cabo un cambio?

### **Modelo de entrevista de Milton Erickson.**

(1) ¿Cuándo se produce el problema?

Aquí se buscan regularidades en la reiteración del problema en el tiempo:

▣ ¿Hay momentos en los que el problema aparece habitualmente o siempre, o en los que no aparece nunca?

▣ ¿Hay algún momento específico del día, de la semana, el mes o el año en el cual el problema surge con más o menos frecuencia?

(2) ¿Dónde aparece el problema?

▣ ¿Hay algún lugar donde el problema siempre se produce, o es más probable que se produzca?

▣ ¿Hay algún lugar donde el problema no surge nunca?

(3) ¿Cuáles son las acciones del problema?

▣ Si hubiera una grabación en vídeo del problema en acción, ¿qué veríamos?

▣ ¿Qué posturas y gestos específicos, qué frecuencias de acciones, interacciones, diálogos, etc., podríamos ver y oír en esa presentación activa del problema?

(4) ¿Con quién se produce?

▣ ¿Quién es más probable que esté rondando por ahí cuando aparece el problema a?

▣ ¿Qué hacen y dicen esas otras personas antes, durante y después que aparece la conducta problema?

▣ ¿Qué dicen esos otros significativos sobre el individuo que tiene el problema, o sobre el problema en si mismo?

(5) ¿Cuáles son las excepciones a la regla del problema?

Puesto que es poco probable que un problema ocurra siempre, se indaga por aquellos eventos que interrumpen el problema.

(6) ¿Qué es lo que el cliente o los clientes hacen de modo distinto, o qué actividades quedan excluidas a causa del problema?

▣ ¿De qué modo el problema obstaculiza lo que las personas harían habitualmente o les gustaría hacer?

(Suele preguntársele al cliente qué haría de una manera distinta si el problema estuviera resuelto.)

(7) ¿Qué es lo que el cliente muestra en la sesión que está relacionado con el problema?

Este punto se refiere a que el cliente puede mostrar sólo alguna parte del problema o el problema se despliega completo en la sesión (aunque el/los clientes no se percaten).

(8) ¿Cuáles son las explicaciones y marcos (encuadres) del cliente respecto al problema?

Las explicaciones y marcos de referencia que poseen los clientes pueden ser información útil o forman parte del problema.

▣ ¿Qué es lo que el cliente cree que ocasionó o causa el problema?

▣ ¿Cuáles son, si existen, las dificultades más profundas a las que el cliente atribuye el problema?

▣ ¿Qué indica el problema sobre su identidad o sus previsiones del futuro?

▣ ¿Qué metáforas, analogías o imágenes emplea el cliente cuando habla del problema.

▣ ¿Cuáles son o han sido las explicaciones de los otros significativos (familiares u otros profesionales involucrados) que pueden haber orientado sus actitudes respecto del cliente y el modo de tratarlo, afectando también al modo en que el cliente pensaba el problema?

(9) ¿Cuáles son las soluciones intentadas por el cliente o los otros significativos, acerca del problema?

▣ ¿Qué han estado haciendo el cliente y los otros significativos (incluso los terapeutas) para tratar de resolver el problema?

(10) ¿Cómo podremos saber que hemos tenido éxito?

Es necesario conocer las imágenes e ideas que el cliente tiene acerca de cómo sabrá que el problema está resuelto.

Algunos ejemplos de estas preguntas pueden ser los siguientes:

▣ ¿Qué sucederá en los otros ámbitos de su vida cuando el problema ya no esté presente?

▣ "Este parecería un buen lugar para empezar, pero me gustaría saber adónde voy, de modo que puedo escuchar más para encontrarlo que será útil. Si es posible, dígame qué es lo que espera que suceda en su vida cuando hayamos tenido éxito. ¿Qué hará después de la terapia? ¿Cómo se darán cuenta los otros que ha cambiado? ¿Cómo lo sabrá usted?

### **Modelo cognitivo-conductual Aaron T. Beck**

A continuación se presentan algunos ejemplos del MÉTODO DE LAS PREGUNTAS, en algunas de las técnicas cognitivas:

Terapeuta: De modo que le sigue pareciendo que lo censuran aunque haya encontrado muy pocas pruebas sólidas en el pasado de que esto sea realmente así...

Paciente: Sí. Aún pienso a menudo que a los demás no les agrada lo que hago, y entonces no me siento cómodo con ellos.

Terapeuta: ¿Cómo le parece que podrá comprobar si esas creencias que usted tiene son o no correctas?

Paciente: No lo sé.

Terapeuta: Bien, en general, si usted quiere saber cómo piensa otra persona, ¿qué hace?

Paciente: Le pregunto...

Terapeuta: ¿Y por qué entonces no pregunta en esas situaciones, para ver si es correcta su creencia de que los otros lo censuran?

Paciente: Supongo que podría hacerlo, pero quizás a ellos no les guste y no me digan la verdad.

Terapeuta: Es posible, pero casi siempre, según mi experiencia, si uno le pregunta a alguien qué es lo que siente, y si lo hace de forma tranquila y se muestra receptivo, consigue una respuesta sincera. Por ejemplo, ¿cómo podría preguntarle a su jefe qué piensa de usted y su trabajo?

Paciente: Podría decirle algo así: "Jack, te veo preocupado por algo. Hay algo que no te gusta en la marcha de mi proyecto".

Terapeuta: Sí, creo que ése sería un buen modo de abordar el tema. Le propongo una tarea para la semana que viene. Cada vez que piense que alguien censura lo que hace, pregúntele si es así, y registre la respuesta que esperaba y la que realmente le dieron.

Paciente: De acuerdo, trataré de hacerlo.

#### 1. COMPRENSIÓN DE SIGNIFICADOS ASOCIADOS A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

- . "¿Qué quiere decir con...?"
- . "¿Por qué razón piensa o cree eso?"
- . "¿Por qué es tan importante eso que piensa para UD.?"

#### 2. CUESTIONAMIENTO DE EVIDENCIAS:

- . "¿Qué pruebas tiene para creer eso?"

#### 3. REATRIBUCIÓN:

- . "¿Pueden haber otras causas que expliquen ese suceso?"
- . "¿Ha pensado usted en la posibilidad de que influyera..?"

#### 4. EXAMEN DE OPCIONES ALTERNATIVAS DE INTERPRETACIÓN:

- . "¿Puede haber explicaciones distintas para ese suceso, otras formas de verlo?"
- . "¿Son posibles otras interpretaciones?"
- . "¿Qué otras cosas pensó ante ese suceso?. Veamos las evidencias para cada interpretación y sus consecuencias."

#### 5. EXAMEN DE CONSECUENCIAS ANTICIPADAS:

- . "¿A qué le lleva pensar eso?"
- . "¿Le es de alguna utilidad?"

#### 6. COMPROBAR LOS EFECTOS:



. "Si ocurriera lo que teme, ¿sería tan horrible?"

. "¿Se podría hacer algo si ocurriese?"

#### 7. EXAMEN DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS:

. "¿Qué ventajas tiene mantener ese pensamiento, y qué desventajas?"

#### 8. ESCALAR UN PROBLEMA:

. "¿Podríamos acercarnos gradualmente a ese problema?"

. Hacer jerarquías

#### 9. CAMBIO DE IMÁGENES:

. "¿Podríamos afrontar esa situación preparándose con la imaginación como paso previo al real?"

. Técnicas de inoculación al estrés.

#### 10. ETIQUETAR LA DISTORSIÓN COGNITIVA:

. "De los errores cognitivos vistos, ¿qué tipo de error sería este?"

. "¿Qué alternativas podríamos encontrar a ese error?"

#### 11. ASOCIACIÓN GUIADA PARA ENCONTRAR SIGNIFICADOS ASOCIADOS ENTRE SI:

. "¿Y si eso fuera así, entonces que significaría para UD.?"

#### 12. DISTRACCIÓN COGNITIVA:

. "¿Podríamos probar algún método para desviar su atención?"

. Uso de relajación, imágenes incompatibles, recuerdos positivos, etc.

#### 13. AUTOINSTRUCCIONES:

. "¿Podríamos probar a cambiar su diálogo interno?"

. Uso de auto instrucciones.

#### 14. VALORAR LAS PROBABILIDADES DE OCURRENCIA DE UN EVENTO TEMIDO:

. "¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso?"

. "Otras veces lo pensó, ¿y qué ocurrió en realidad?"

#### 15. PREVENCIÓN COGNITIVA:

"¿Podríamos comprobar qué sucede en realidad si UD. no actúa como piensa que debería, y ver así, si eso es tan grave como cree?"

#### 16. ROL PLAYING:

. "¿Podemos representar esa escena y ver que pasos podría seguir, a modo de guía mental?"

#### 17. USO DE EXPERIMENTOS PERSONALES:

. ¿Podríamos comprobar esa idea, ideando una prueba a modo de experimento?

. Uso de técnicas conductuales

#### 18. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS:

. "Podríamos pensar en varias alternativas a ese problema, valorar cual podría ser más ventajosa, ponerla en práctica y comprobar sus resultados?"

### **Modelo McKay, Davis y Fannig (1985)**

Listado basado en la recopilación de McKay, Davis y Fannig (1985) de distorsiones cognitivas y su manejo:

1-FILTRAJE/ABSTRACCIÓN SELECTIVA ("No lo soporto", "Horroroso")

A-¿Qué ha ocurrido otras veces?. ¿Realmente fue tan malo?

B-¿Se puede hacer algo si volviera a ocurrir?

2-POLARIZACIÓN ("Bueno-Malo", "Blanco-Negro")

A-¿Entre esos dos extremos, podrían existir puntos intermedios?

B-¿Hasta qué punto o porcentaje eso es así?

C-¿Con qué criterios o reglas está midiendo esto?

3-SOBREGENERALIZACIÓN ("Todo, ninguno, siempre, nunca...")

A-¿Cuántas veces ha sucedido eso realmente?

B-¿Qué pruebas tiene para sacar esas conclusiones?

C-¿Dónde está la prueba de que las cosas sean siempre así?

4-INFERENCIA ARBITRARIA O INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO ("Me parece...")

A-¿Qué pruebas tiene para pensar eso?

B-¿Podríamos comprobar si eso es cierto?

5-VISIÓN CATASTRÓFICA ("¿Y si ocurriera...?")

A-Otras veces lo ha pensado, ¿y qué ocurrió en realidad?

B-¿Qué posibilidades hay de que ocurra?

6-PERSONALIZACIÓN ("Se refieren a mí", "Compararse con otros")

A-¿Qué consecuencias tiene compararse cuando sale perdiendo? ¿Le ayuda en algo?

B-¿Qué pruebas tiene para pensar eso?

C-¿Qué criterios está usando? ¿Es razonable?

D-¿Podríamos comprobar si eso es así?

-7-FALACIA DE CONTROL ("No puedo hacer nada con esto", "Toda la responsabilidad es mía")

A-¿Qué pruebas tiene para pensar eso?

B-¿Puede haber otros factores que hayan influido en eso?

8-FALACIA DE JUSTICIA ("Él/Ella es injusto/a")

A-¿Qué pruebas tiene para mantener ese criterio?

B-¿Tiene derecho esa persona a tener un punto de vista diferente al suyo?

C-¿En realidad usted no está tan solo deseando que las cosas sean de otra manera?

9-FALACIA DE CAMBIO ("Si esa persona o situación cambiara, entonces yo entonces podría...")

A-¿Qué pruebas tiene para mantener que el cambio dependa de eso?

B-Aunque eso no cambiase, ¿se podría hacer algo?

10-RAZONAMIENTO EMOCIONAL ("Si me siento mal eso quiere decir que soy un neurótico")

A-¿Qué pensó para sentirse así? ¿Pudo sentirse así a consecuencia de esa interpretación errónea?

B-¿Sentirse así de qué modo prueba de que usted sea un X?

11-ETIQUETACIÓN ("Soy/Es un X, y tan solo un X")

A-¿Esa calificación prueba totalmente lo que es UD. o esa persona?

B-¿Está utilizando esa etiqueta para calificar una conducta? ¿Una conducta describe totalmente a una persona?

C-¿Puede haber otros aspectos o conductas de esa persona que no puedan ser calificados con esa etiqueta?

12-CULPABILIDAD ("Por mi culpa", "Por su culpa")

A-¿Qué pruebas tiene?

B-¿Pudo haber otros factores que intervinieran en ese suceso?

C-Sentirse y creerse culpable, ¿qué cambia de ese asunto?

13-DEBERÍAS ("Yo debo, no debo, Él/Ellos deben...")

A-¿Qué pruebas tiene para mantener que eso tenga que ser así necesariamente?

B-¿Realmente es tan grave que eso no sea como debe? ¿Podíamos comprobarlo?

C-¿Está usted quizás confundiendo sus deseos con sus exigencias? Esa exigencia, ¿cómo le está perjudicando?

-14-FALACIA DE RAZÓN ("Tengo la razón y no me la dan")

A-Dígame, para UD. ¿qué es tener la razón? ¿Y ese criterio es razonable?

B-¿Puede tener el, otro puntos de vista diferente? ¿Los está escuchando?

15-FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA ("Aunque ahora sufra, el día de mañana todo se solucionará y yo tendré mi recompensa")

A-¿Qué pruebas tiene para pensar que la situación no pueda ser modificada ya? ¿Qué podría hacer ya?

B-¿Pensar eso puede ser de ayuda o tan solo un consuelo pasajero?

## **Actitudes y conductas inadecuadas de pacientes, manejo cognitivo**

A) EJEMPLOS DE RAYMY (1975):

I. EL CONCEPTO ERRÓNEO DE SER UNA PERSONA ESPECIAL (NARCISISTA):

-Manejo:

- a) Evitar la confrontación directa del concepto.
- b) Iniciar su revisión solo cuando se han podido recoger una serie de incidentes de rechazo.
- c) "Jugar doblemente" diciéndole al paciente aclaraciones del tipo: "Por supuesto tú no eres responsable de haber adquirido tal concepto erróneo...Tu no te has mimado a ti mismo, sino que han sido otras personas quien te han mimado".

## II. EL CONCEPTO ERRÓNEO DE LA INCAPACIDAD ("COMPLEJO DE INFERIORIDAD"):

-Manejo:

- a) Aclararle al paciente que este concepto se alimenta de dos fuentes: falta de habilidades personales reales y aversión fóbica-evitativa (miedo) a afrontar ciertas tareas.
- b) Clarificar con el paciente cuales son sus déficits y aversiones, y trabajar con ellos.
- c) Tener en cuenta que el paciente confunde el "No puedo" con el "No quiero" (aversivo).

### B) EJEMPLOS DE BECK (1979):

#### 1. "LA TERAPIA COGNITIVA SE BASA EN LA UTILIZACIÓN DEL PENSAMIENTO POSITIVO":

-Manejo:

- a) Los pensamientos positivos no son necesariamente válidos o correctos. Una persona puede engañarse a si misma durante un tiempo con tales pensamientos, pero se desilusionará cuando compruebe que no son reales.
- b) La terapia cognitiva se basa en el uso del poder del pensamiento "realista", en el uso de habilidades para corregir las distorsiones cognitivas; sobretodo mediante la comprobación empírica de estas distorsiones.

#### 2. "YO NO ESTOY DEPRIMIDO (O ANSIOSO, IRRITADO..ETC) PORQUE DISTORSIONE LA REALIDAD, SINO PORQUE LAS COSAS VAN REALMENTE MAL. CUALQUIERA SE SENTIRÍA ASÍ EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS"

-Manejo:

- a) El terapeuta expone que no sabe ciertamente si las cosas son tan malas como el paciente las pinta, pero que quiere conocer antes los hechos para tomar una postura.
- b) El terapeuta ayuda a distinguir los problemas reales de los pseudo problemas; y en ambos ayuda a manejar pensamientos catastrofistas y acciones de afrontamiento (p.ej enviar a una mujer que había recibido malos tratos a una Asociación de defensa de mujeres maltratadas).
- c) Mostrar también que gente distinta responde de modo distinto ante situaciones similares.

#### 3. "SE QUE ME INTERPRETO LAS COSAS EN SENTIDO NEGATIVO, PERO NO PUEDO CAMBIAR MI PERSONALIDAD"

-Manejo:

- a) En primer lugar el terapeuta pregunta al paciente por qué cree que no puede cambiar.

- b) En general, el terapeuta expone al paciente que no es necesario (o ni siquiera posible) cambiar toda su personalidad, sino solo algunos de sus modos de pensar y actuar habituales.
- c) A continuación el terapeuta puede preguntar si el paciente ha cambiado creencias y acciones en el pasado (p.ej algo que decían sus padres, maestros...etc.), llevar o confeccionar una lista de conductas modificadas en su pasado, o de acciones difíciles superadas.

4. "CREO LO QUE USTED ME DICE EN EL PLANO INTELECTUAL, PERO NO EN EL EMOCIONAL":

-Manejo:

- a) Informar de la confusión emoción-pensamiento en el lenguaje.
- b) Tener en cuenta que el paciente puede mantener dos posturas ante un tema. El paciente puede entender lo que le dice el terapeuta pero no lo cree (y por ello no modifica su emoción al respecto).
- c) Trabajar la modificación de creencias o supuestos personales.

-5. "NO PUEDO MANEJAR MIS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS CUANDO ESTOY ALTERADO":

-Manejo:

- a) Decirle que espere a estar menos alterado y entonces trabaje la modificación de P.A. o...
- b) Utilice técnicas de distracción (p.ej relajación, desviar la atención, etc.) y cuando esté mas tranquilo modifique sus P.A...o
- c) Decirle que con la práctica logrará mayor habilidad, e incluso programar tareas de dificultad creciente.

6. "YA QUE NO ME GUSTA PENSAR EN MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y LOS TENGO, ES PORQUE QUIERO ESTAR ASÍ O SOY ASÍ":

-Manejo:

- a) Mostrar que los P.A son automáticos e involuntarios y no, producidos voluntariamente.
- b) Mostrar al paciente las desventajas de los P.A y si desea tenerlos.
- c) Diferenciar entre hábitos y personalidad.

7. "QUIERO UNA GARANTÍA DE QUE ESTA TERAPIA CURARÁ MI TRASTORNO":

-Manejo:

- a) Informar al paciente que vivimos en un mundo problemático y que no existen garantías absolutas para ninguna empresa.
- b) Sin embargo, comentarle que para obtener resultados buenos el paciente tiene que esforzarse y trabajar en las tareas que se le asignan.
- c) Si el paciente mantiene la creencia de que él no tiene que hacer ningún trabajo y que es el terapeuta quien debe de sacarle de su estado; el terapeuta puede preguntar al paciente si en su pasado superó problemas de este modo, que tipos de problemas y con qué resultados; y además si eso le devolvió al paciente la confianza en sus recursos personales.

8. "LA TERAPIA COGNITIVA SE OCUPA DE PROBLEMAS SUPERFICIALES Y NO DE LOS SERIOS

PROBLEMAS QUE ME HACEN SENTIR ASÍ":

-Manejo:

- a) Reconsiderar las expectativas terapéuticas del paciente.
- b) Cualquier tema que sea importante para el paciente es objeto de discusión (p.ej los sueños, los temas existenciales, las experiencias infantiles..etc.).
- c) El terapeuta en esos temas, igualmente trabajará con las distorsiones cognitivas.

-9. "SI LAS DISTORSIONES COGNITIVAS NEGATIVAS ME HACEN SENTIR MAL, ¿LAS DISTORSIONES COGNITIVAS POSITIVAS ME HARÍAN SENTIR BIEN?":

-Manejo:

- a) El terapeuta puede decir que en la manía están presentes las distorsiones cognitivas positivas.
- b) Se trata de tener un desarrollo del pensamiento realista y empírico.

10. "LLEVO VINIENDO CUATRO SEMANAS A TERAPIA Y NO HE MEJORADO":

-Manejo:

- a) Contrastar con el paciente si sus expectativas son realistas.
- b) Informarle del curso en zig-zag de la evolución y las recaídas.

11. "NO PUEDE TRATAR MI TRASTORNO SIN VER TAMBIÉN A LA PERSONA X. ELLA ES LA CAUSA DE MI TRASTORNO":

-Manejo:

- a) El terapeuta muestra que las emociones extremas dependen de los P.A y S.P más que de los eventos externos.
- b) Pero puede ser útil entrevistarse con esa persona para incluirla como colaboradora en la terapia o sugerirle un marco terapéutico más amplio (pareja, familia); en este último caso si esta no accede, le dice a la persona que ha pedido ayuda que el problema se puede trabajar, aun así.

12. "SOY MAS INTELIGENTE QUE USTED, ¿COMO VA A PODER AYUDARME?":

-Manejo:

- a) El terapeuta puede decirle a este paciente, que es posible que en muchas áreas sea mas brillante que el, pero que el está especializado en el área terapéutica.
- b) Además si este paciente inicia un debate intelectual, el terapeuta puede cortarlo preguntándole directamente: ¿Esta actividad intelectualizante le ha servido alguna vez para resolver sus problemas emocionales?

13. "LA TERAPIA COGNITIVA NO DARÁ RESULTADO PUES MI TRASTORNO TIENE UNA BASE BIOLÓGICA":

-Manejo:

- a) Contrastar al paciente con fracasos farmacológicos anteriores. (Lógicamente estamos hablando de casos donde los fármacos no ocupan una posición preponderante o exclusiva).
- b) Informar al paciente de la idea trasnochada de separar mente y cuerpo; y que la terapia produce un cambio bioquímico.

14. "TENGO QUE AFIRMAR MI INDEPENDENCIA NO PERMITIENDO QUE EL TERAPEUTA HAGA SURGIR LO MEJOR DE MI":

-Manejo:

- a) Este paciente suele negarse a realizar las tareas para casa o discute frecuentemente con el terapeuta.
- b) El terapeuta dice al paciente: "Yo no puedo obligarle a creer o a hacer algo. Usted es el último responsable en colaborar o no conmigo. Yo puedo ayudarle a modificar algunas de sus creencias y conductas, desarrollando otras más adaptativas, pero no puedo obligarle a realizar este trabajo".
- c) Además al terapeuta con este paciente le pide con frecuencia sugerencias, opiniones..etc.
- d) También puede exponer las desventajas de decir "no" a todo.

B) EJEMPLOS DE BECK (1988): (Adaptados de la terapia de parejas)

1. OPINIONES DERROTISTAS ("MI CÓNYUGE ES INCAPAZ DE CAMBIAR", NADA PUEDE MEJORAR NUESTRA RELACIÓN"..ETC):

-Manejo:

- a) Informar al paciente que si él efectúa algunos cambios puede promover cambios en el otro. Se puede comenzar redefiniendo los problemas específicos, seleccionando el más susceptible de cambio y generando alternativas.
- b) Las opiniones derrotistas se ponen a prueba en general, seleccionando problemas específicos susceptibles de cambio y generando alternativas.
- c) La táctica general es dividir la "gran montaña de problemas" en problemas específicos abordables; y poniendo los abordajes a prueba como argumento empírico contra la desesperanza.

2. OPINIONES DE AUTOJUSTIFICACIÓN ("ES NORMAL COMPORTARSE COMO YO", "CUALQUIERA EN MI LUGAR HARÍA LO MISMO" ...ETC):

-Manejo:

- a) ¿El hecho de que su cónyuge reaccione igual es una razón válida para usted en el sentido de si cambia algo?
- b) Alguien debe tomar la iniciativa del cambio, y bien podría ser usted.

-3. ARGUMENTOS DE RECIPROCIDAD ("NO HARÉ NADA A MENOS QUE LO HAGA TAMBIÉN MI CÓNYUGE", "NO ES JUSTO QUE YO HAGA TODO EL TRABAJO"):

-Manejo:

- a) Usted está aquí y el/ella no. Bien podría iniciar usted el cambio.
- b) No es necesario la necesario la presencia del cónyuge para iniciar el cambio.
- c) Si usted mantiene esa idea de la equidad a toda costa, ¿qué beneficios le encontrará de cara a su relación?

4. ARGUMENTO DE QUE EL PROBLEMA ES EL CÓN-YUGE ("MI CÓN-YUGE ES IMPOSIBLE, ESTÁ ENFERMO, LOCO...", "LA CULPA ES SUYA"):

-Manejo:

- a) Pedir pruebas para comprobar el grado de veracidad de esas opiniones.
- b) Explicar que podría ser una buena solución entrenarse en ignorar, al menos inicialmente, la irracionalidad del cónyuge y centrarse en lo que podría hacerse para reducir el conflicto.
- c) Informar de que en las luchas encarnizadas ninguno quiere ceder, creyendo que al hacerlo el otro gana ventaja. Mostrar la falacia de tal argumento, redefiniendo esa debilidad como una actitud fuerte basada en la habilidad.

### **Métodos de la terapia racional emotiva T.R.E. para vencer la resistencia -(Ellis , 1983)**

1. DEFINICIÓN DE RESISTENCIA: La conducta del cliente que el terapeuta califica de antiterapéutica. (Y la del terapeuta).

2. LA CAUSA DE LA RESISTENCIA: En gran parte se debe a las cogniciones y creencias explícitas o implícitas del cliente. (Y del terapeuta).

3. CREENCIAS IRRACIONALES COMUNES A LA RESISTENCIA:

- 1-"Debo cambiarme perfectamente, y soy un paciente incompetente e incurable sino lo hago así".
- 2-"El terapeuta (y otros) deben ayudarme a cambiar, y si "no lo hace son personas despreciables".
- 3-"El cambio de mi mismo debe ocurrir rápida y fácilmente, y es horrible e insoportable si no ocurre así"

Nota: Lo mismo respecto al terapeuta.

4-FORMAS COMUNES DE RESISTENCIA:

1) RESISTENCIA SALUDABLE: Cuando los terapeutas mantienen atribuciones y hacen interpretaciones erróneas de la conducta de sus clientes que estos no comparten (p.ej Edipo, gestalt incompleta...), la resistencia es ¡La del terapeuta!.

2) RESISTENCIA POR UN MAL EMPAREJAMIENTO PACIENTE-TERAPEUTA:



Se les asigna un terapeuta que no les gusta por diversas razones (ideas políticas, edad, masculinidad, feminidad, etc.). El terapeuta puede trabajar con los prejuicios antiterapéuticos y o (a menudo, acertadamente) concluir la relación.

### 3) RESISTENCIAS POR PERTURBACIONES TRANSFERENCIALES:

Se buscarán las creencias irracionales subyacentes y se debatirán (p.ej "Mi terapeuta debe de responderme como lo hacía mi padre; de lo contrario no podré seguir la terapia").

### 4) RESISTENCIAS POR LA CONTRATRANSFERENCIA DEL TERAPEUTA:

Los terapeutas pueden encontrar clientes que no sean de su agrado por diversas razones y condenarles intolerantemente por ello. Es aconsejable entonces que detecten sus propias creencias irracionales y las debatan (p.ej "Este cliente actúa tan agresivamente como mi padre lo hizo conmigo, ¡No debería actuar así, y ¡es una persona horrible por actuar así!").

### 5) RESISTENCIAS DEBIDAS A LAS ACTITUDES MORALISTAS-CONDENATORIAS DE LOS TERAPEUTAS:

Muchos terapeutas condenan a los clientes y así mismos por diversas conductas, bloqueando la relación (p.ej "Mi cliente debería trabajar en terapia y no lo hace...Fanfarrón!; "Hoy me he enfadado con el cliente y no debí hacerlo, ¡Soy un pedazo de neuroticazo!").

### 6) RESISTENCIAS RELACIONADAS A PROBLEMAS DE AMOR-ODIO ENTRE CLIENTE Y TERAPEUTA

Algunas veces terapeutas y clientes demoran la terminación de las terapias (o la aceleran) debido al surgimiento de experiencias afectivas intensas de uno hacia el otro (que pueden estar basadas en datos reales como el atractivo físico y no necesariamente en restos de experiencias infantiles).

Un cliente/terapeuta puede fomentar así la resistencia para asegurar que la terapia continúe indefinidamente (consciente o inconscientemente).

### 7) RESISTENCIA POR MIEDO A REVELARSE:

Algunos pacientes experimentan a veces deseos o sentimientos ¡demasiados conscientes para ellos! y temen revelarlo a sus terapeutas por vergüenza y/o temor al rechazo (p.ej "Debo de evitar que el terapeuta se entere de que tengo deseos sexuales por mi madre, pues si lo hago me rechazará y eso sería horrible").

### 8) RESISTENCIA PROCEDENTE DE LA BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN:

Algunos pacientes desean evitar la ansiedad perturbadora producida por el esfuerzo terapéutico para quedarse con sus beneficios inmediatos (p.ej. "No puedo soportar que el cambio sea tan costoso e incómodo, las cosas deberían ser mas fáciles.

### 9) RESISTENCIA DE LA GANANCIA SECUNDARIA:

Algunos pacientes obtienen ventajas de sus síntomas (p.ej. evitar acudir a un trabajo desagradable por una parálisis histérica). Esas ganancias secundarias son estimuladas por creencias irracionales, más o menos conscientes como "Ya que el trabajo es malo, debo de evitarlo a toda costa y decirlo directamente pues sería horrible que se enteraran de mi opinión").

#### 10) RESISTENCIA PROVENIENTE DE SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA:

Algunos pacientes se resisten al trabajo terapéutico porque creen que no tienen esperanza en cambiar y están desesperados por ello. Tan pronto como retroceden o recaen, aunque sea un poco (proceso común en toda terapia) concluyen en sus creencias irracionales y se desesperan (P.ej. "Este retroceso prueba que no tengo esperanzas, y que nunca venceré mi depresión, ¡Esto no debió de ocurrir, soy un depresivo, podría suicidarme!").

#### 11) RESISTENCIA MOTIVADA POR EL AUTOCASTIGO:

Algunos pacientes se culpan de experimentar ciertos sentimientos o realizar ciertas conductas y ¡expián! su culpa mediante sus síntomas (p.ej."Odio a mi hermana,, eso es terrible, merezco sufrir y tener esta depresión por ello").

#### 12) RESISTENCIA MOTIVADA POR EL MIEDO AL CAMBIO O AL FRACASO:

Algunos pacientes tienen una exagerada necesidad irracional de seguridad y certeza y prefieren los límites impuestos por el campo de acción de sus síntomas a experimentar una incomodidad mayor ante el cambio. Otros prefieren estar protegidos contra posibles trabajos (p.ejun problema de timidez, donde la evitación social previene del fracaso en una relación afectiva íntima).

#### 13) RESISTENCIA MOTIVADA POR OPOSICIONISMO Y REBELIÓN:

Algunos pacientes se oponen o rebelan contra su terapeuta porque perciben sus acciones como una intromisión en su libertad. Mantienen Creencias Irracionales como: "Tengo que evitar que el terapeuta (y otros) me digan lo que tengo que hacer, pues me controlarían y podrían suceder cosas horribles (como humillaciones o engaños)".

#### 14) RESISTENCIA POR EXPECTATIVAS TERAPÉUTICAS ERRÓNEAS O DISTINTAS A LA TERAPIA:

. Algunos pacientes no revelan sus expectativas de tratamiento verdaderas hasta avanzado el tratamiento, o algunos terapeutas no la detectan previamente produciéndose resistencias en la terapia: p.ej. un paciente que desea ser ayudado exclusivamente por medicación, ya que no cree o no quiere tratamiento psicológico.

## **Las preguntas clave**

Las preguntas clave son preguntas abiertas. No se pueden responder con un simple «Sí» o «No».  
Hacen que el paciente piense y hable sobre el cambio.

El tema central de las preguntas clave es aclarar «el paso siguiente».

Posibles preguntas clave.

¿Qué es lo que cree que hará?

¿Qué es lo que quiere decir con su forma de ..... (ej. Beber) ?

Ahora debe ser incómodo para usted ver todo esto... ¿Cuál es el siguiente paso?

¿Qué es lo que usted cree que tiene que cambiar?

¿Qué podría hacer? ¿Qué opciones tiene?

Parece como si las cosas no pudieran seguir de la manera en que han seguido hasta ahora. ¿Qué es lo que piensa hacer? De las cosas que he mencionado aquí, ¿cuáles son las razones más importantes para cambiar?

¿Cómo lo hará?

¿Qué es lo que ocurrirá ahora?

¿Hacia dónde nos dirigimos ahora?

¿Cómo le gustaría que fueran las cosas a partir de ahora, de una forma ideal?

¿Qué es lo que le preocupa sobre su forma de cambiar el uso que hace de las drogas? ¿Cuáles serían algunas de las cosas positivas de la posibilidad de cambiar?

## ENTREVISTA PSICOLÓGICA INICIAL

### Datos generales

Fecha \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ sexo m ( ) f ( )

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Intentos de corregir el Problema \_\_\_\_\_

Informante \_\_\_\_\_

### Constitución del núcleo familiar

Datos	Del padre	De la madre
Nombre		
Edad		
Ocupación		
Escolaridad		
Edo. General De salud		
Dependencia		
Lugar de nac.		
Estado civil		

<b>Datos de los hijos</b>
---------------------------

Nombre		Sexo	M( )	F ( )	Edad	
		Sexo	M( )	F ( )	Edad	
		Sexo	M( )	F ( )	Edad	
		Sexo	M( )	F ( )	Edad	
		Sexo	M( )	F ( )	Edad	
		Sexo	M( )	F ( )	Edad	
		Sexo	M( )	F ( )	Edad	
Finados		Sexo	M( )	F ( )	Edad	

**Familiares cercanos co-habitanes en el hogar**

Nombres	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad

Pertenece a una familia integrada ( ) desintegrada ( ) adoptiva ( )

(En caso de tutores también)

### Antecedentes heredo familiares

Algún miembro de la familia presenta o presento padecimientos orgánicos Funcionales importantes

\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de padecimientos? \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

trato \_\_\_\_\_

Actualmente el se encuentra bajo algún tipo de tratamientos

Si ( ) no ( ) que tratamiento \_\_\_\_\_

### Antecedentes Pre, Peri y Postnatales

Fue planeado el embarazo si ( ) no ( ) ¿por que \_\_\_\_\_

Duración del embarazo \_\_\_\_\_

Enfermedades o accidentes durante el embarazo

\_\_\_\_\_

Riñas durante el embarazo

\_\_\_\_\_

Ingirió algún tipo de medicamentos durante el embarazo si ( ) no ( ) ¿cuáles?

\_\_\_\_\_

Existió control medico durante el embarazo \_\_\_\_\_

Parto normal ( ) cesárea ( ) fórceps ( ) otros ( )

Duración del parto \_\_\_\_\_

Lloro inmediatamente al nacer si ( ) no ( ) color de piel \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Parto atendido en: casa ( ) hospital ( ) clínica ( ) otro ( )

\_\_\_\_\_

Alimentación materna \_\_\_\_\_ de formula \_\_\_\_\_

Edad del Destete \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Desarrollo motor**

A que edad tuvo control del cuello y cabeza \_\_\_\_\_

A que edad se sentó solo \_\_\_\_\_ A que edad camino \_\_\_\_\_ Gateo \_\_\_\_\_

Como considera los movimientos de su hijo \_\_\_\_\_

Comportamiento del niño durante la primera infancia \_\_\_\_\_

---

### **Desarrollo del lenguaje**

A que edad comenzó a decir sus primeras palabras \_\_\_\_\_

Las primeras frases \_\_\_\_\_

Presenta alguna dificultad para articular algún fonema \_\_\_\_\_

Tartamudez \_\_\_\_\_

### **Historia medica**

Enfermedades y accidentes

importantes \_\_\_\_\_

Enfermedades y accidentes

importantes \_\_\_\_\_

Temperatura de 40° \_\_\_\_\_

Ha presentado cuadros convulsivos \_\_\_\_\_

Que tratamiento ha recibido \_\_\_\_\_

Cuales han sido los cambios en el comportamiento del niño ante las enfermedades y/o

accidentes \_\_\_\_\_

---

### **Desarrollo conductual**

Como es el sueño del niño (a) \_\_\_\_\_

Con quien duerme el niño (a) \_\_\_\_\_

Ha necesitado algo para dormirse si ( ) no ( ) ¿por qué

---

Se mueve, habla, grita, llora o bruxismo mientras duerme \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Presenta sonambulismo \_\_\_\_\_

Forma de alimentarse \_\_\_\_\_

Que hace usted cuando no quiere dormir \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hay algo que le cause miedo \_\_\_\_\_

### **Control de esfínteres**

A que edad comenzó a avisar \_\_\_\_\_

Que procedimiento siguió \_\_\_\_\_

A que edad controlo esfínteres \_\_\_\_\_

Como corrigió cuando no avisaba a  
tiempo \_\_\_\_\_

Que preparación se le ha dado al niño acerca de lo  
sexual \_\_\_\_\_

### **Historia escolar**

Asistió a guardería si ( ) no ( ) ¿por qué? \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Curso (a) jardín de niños \_\_\_\_\_ rendimiento \_\_\_\_\_

Edad de ingreso a primaria \_\_\_\_\_

Que actitud tomo el niño al ingreso de la escuela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Grados reprobados \_\_\_\_\_ cuantas veces \_\_\_\_\_

Cambio de la escuela y/o  
maestro \_\_\_\_\_

Cual ha sido su rendimiento escolar del niño (a)

\_\_\_\_\_



---

Quien se encarga de revisar las tareas del niño (a)

---

Que hace usted cuando el niño no quiere hacer la tarea \_\_\_\_\_

Difiere el comportamiento del niño en la casa al de la escuela \_\_\_\_\_

### **Relaciones interpersonales**

Se relaciona de manera adecuada con sus padres si ( ) no ( ) ¿por que? \_\_\_\_\_

---

Como se relaciona con sus hermanos \_\_\_\_\_

---

Como es la actitud de los padres hacia el niño \_\_\_\_\_

---

Cual es la opinión de los padres de su hijo \_\_\_\_\_

---

Cual es la actitud de su maestro \_\_\_\_\_

---

Como se relaciona con sus amigos \_\_\_\_\_

### **J u e g o**

Cuales son los juegos favoritos del niño \_\_\_\_\_

En que lugar juega \_\_\_\_\_

Horario \_\_\_\_\_ quienes participan en el juego \_\_\_\_\_

### **Dinámica familiar**

Como califica usted su relación de pareja \_\_\_\_\_

---

---

Que opina de su esposo\_\_\_\_\_

---

Que opina de su esposo como padre\_\_\_\_\_

---

Que opina de su esposa\_\_\_\_\_

---

Que opina de su esposa como madre\_\_\_\_\_

---

Como se califica usted misma como madre\_\_\_\_\_

---

Quien participa en las actividades que realiza en casa\_\_\_\_\_

---

Quien se ha hecho cargo del niño la mayor parte del tiempo\_\_\_\_\_

---

Como educan a los niños\_\_\_\_\_

---

Quien toma las decisiones de reprender al niño cuando comete alguna  
travesura\_\_\_\_\_

---

Como lo hace\_\_\_\_\_

---

**(Universidad o clínica -logo)****EJEMPLO INFORME PSICOLOGICO**

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ "Paciente AB" \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

FECHAS DE EXAMEN \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA (describir "el porque" de la consulta inicial y subsiguientes)

Es traída por su padre debido a que presenta diversas manifestaciones de ansiedad y tensión, como pesadillas y dolores abdominales, en clara relación con las visitas que debe realizar a su madre. Al respecto, el padre informa que está en litigio con la madre de "Paciente AB" por la tutela de la niña y que estas visitas se encuentran temporalmente suspendidas, a petición de la madre, la cual aduce que la actitud de "Paciente AB" hacia ella le habría provocado problemas por los que debió consultar psiquiatra.

**ANTECEDENTES ANAMNESICOS RELEVANTES**

(Exponer en forma breve y precisa, en orden cronológico, los antecedentes biográficos del menor examinado, especialmente los que pudieran tener alguna relación importante con el examen realizado, ya sea en relación a los motivos que llevaron al examen o a la interpretación de los resultados.)

"Paciente AB" es hija de padres que actualmente se encuentran separados y cuyo matrimonio fue legalmente anulado. Está actualmente entregada a la tutela del padre, el cual ha formalizado un nuevo matrimonio. Convive con ellos también un medio hermano de "Paciente AB" (de 25 años de edad, estudiante), el cual es hijo de una anterior relación de la madre de "Paciente AB" con otra persona, y el cuál el padre de "Paciente AB" adoptó legalmente luego de casarse con la madre de "Paciente AB".

La madre, luego de haberse mostrado durante varios meses de acuerdo con la resolución judicial, ha iniciado un juicio reclamando la tenencia de "Paciente AB".

EXAMEN SOLICITADO POR: Señalar quien lo solicitó, medico, Licenciado, Profesor o Fiscal

**ESTUDIO SOLICITADO:**

(Señalar una evaluación de nivel y funcionamiento intelectual, de personalidad u otra.

Por ejemplo:

Evaluación de Nivel y Funcionamiento Intelectual y de deterioro. Tipo de personalidad y carácter,

Coficiente intelectual, Aptitudes...etc.

**- EXAMEN REALIZADO**

Qué entidades psicológicas se van a evaluar:-Capacidades cognitivas: intelectual, proceso del pensamiento.

-Trastorno Mental: grado de deterioro -Personalidad: afectividad, agresividad

Ejemplo.

Exploración de núcleos conflictivos. Aptitudes y cualidades. Nivel de adaptación al stress escolar. Test Psicometrico, Etc..

PRUEBAS APLICADAS:

Se citan las pruebas realizadas como por ejemplo;

- Entrevista clínica
- Test de Completación de Frases de Sack (SSCT)
- Escala de Inteligencia para Adultos, de Wechsler (WAIS) ,
- Test de Bender, método BIP de Canter.
- Domino
- Heymans, Eysenk
- Raven
- TAT
- CAT

RESULTADOS

Se exponen los resultados objetivos de las pruebas aplicadas, en el orden de los estudios solicitados. Es conveniente iniciar la exposición de los resultados de cada estudio con una breve frase introductoria. Los diferentes ejemplos de esta sección podrían ser:

Ejemplo 1

Del análisis del protocolo de la prueba aplicada, así como de sus respuestas y actitud ante la entrevista, se desprende que "Paciente AB" presenta actualmente diversos conflictos que la afectan tanto en su relación con los demás como en su autoestima.

Es evidente un profundo resentimiento y temor frente a la figura materna, que a la vez le genera sentimientos de culpa. El resentimiento y temor deriva de un continuo maltrato y violencia ejercidos por la madre en contra de ella y que "Paciente AB" no se atrevía a reconocer o informar a otras personas. Actualmente considera que su mayor error ha sido "quedarme callada (cuando me pegaba mi mamá) desde que era chica", a la vez que "daría cualquier cosa por olvidar la vez que yo trataba de disimular que mi mamá no me pegaba". Refiere que "el recuerdo más vívido de mi niñez es cuando me pegaba mi mamá". Debido a esto, siente un fuerte rechazo hacia su madre y temor a encontrarse con ella. Por otra parte, el clima de violencia originado por las frecuentes disputas que presenció en la convivencia de sus padres, contribuyeron a que interiorizara la idea de que su familia no era normal y que ella no contaba con apoyo afectivo, salvo el de su "nana". Si bien reconoce que su padre siempre la ha querido y nunca la trató mal, no se sentía protegida por él frente a los castigos de su madre, debido a que él no se enteraba de los malos tratos que recibía, situación que es ahora muy diferente:

El nuevo matrimonio de su padre le permite sentirse parte de una familia en la que es querida y que le da seguridad y en la cual existe una figura materna con la cual ha podido desarrollar vínculos afectivos más normales y de confianza, en evidente contraste con la relación anterior con su madre biológica.

Ejemplo 2

Se aprecia un rendimiento general disarmónico entre los diferentes subtest, aunque similar en ambas escalas consideradas en conjunto.

Se destacan con un desempeño que claramente supera el rango normal promedio las funciones de memoria a largo plazo o de evocación (caudal de conocimientos adquiridos), abstracción y conceptualización y comprensión y fluidez verbal. Sobre el rango promedio, aunque en menor grado, se encuentran también los puntajes correspondientes a las capacidades de comprensión y apreciación de situaciones (juicio crítico) y la atención y percepción de detalles o discriminación de lo esencial y accesorio.

En un nivel correspondiente al promedio normal se encuentra la capacidad de análisis y síntesis a nivel concreto, en tanto las funciones de memoria a corto plazo o de retención y la captación de secuencias lógicas, alcanzan el límite inferior del rango normal.

Ligeramente inferior al rango normal es su desempeño en las capacidades de percepción de relaciones espaciales y la de concentración y razonamiento aritmético. Disminuida se aprecia la concentración y coordinación óculo-manual.

El cálculo del índice de deterioro en base a los puntajes obtenidos, arroja un valor de deterioro residual de 2% (= al total de deterioro menos el deterioro normal a la edad), indicador de que el grado de deterioro que presenta no es superior al deterioro normal para la edad (negativo para deterioro patológico).

### Ejemplo 3

WAIS.

En la aplicación de esta prueba obtiene los siguientes puntajes:

Se aprecia un rendimiento general relativamente armónico en torno al rango promedio normal.

Alcanza un desempeño superior al rango normal en las funciones de abstracción y conceptualización, de comprensión verbal, concentración y coordinación óculo-manual y de análisis y síntesis a nivel concreto. En el límite superior del rango normal se ubican las capacidades de comprensión y apreciación de situaciones (juicio crítico) y la memoria a corto plazo o de retención. En el límite inferior del rango normal, por otra parte, se ubican las capacidades de memoria a largo plazo o de evocación, atención y percepción de detalles y la captación de secuencias lógicas. Ligeramente inferior es su desempeño en las funciones de concentración y razonamiento aritmético y en la percepción de relaciones espaciales.

Test de Rorschach.

En la aplicación de esta prueba se obtiene un protocolo con un número normal de respuestas, cuyo análisis formal permite las siguientes conclusiones:

Área del pensamiento y de la actividad intelectual.

Presenta un tipo de pensamiento con déficit de sentido común o práctico, que rehuye o evita las situaciones concretas. Enfrenta la realidad de un modo global y superficial, analizando las situaciones a partir de impresiones subjetivas, más que en forma racional realista. Se mueve por sobre (o por fuera) las situaciones, sin enfrentarlas o intentar su control activo. Las metas personales son, en este sentido, irrealmente altas: puede tener ideas originales o intenciones, pero no tiene la necesaria capacidad y persistencia para concretizarlas y realizarlas. Necesita del estímulo e incentivo externo para ser activa y productiva. Hay cierto déficit en el enjuiciamiento crítico de la propia productividad intelectual y una apreciación muy subjetiva de la realidad, que dificulta la adecuada adaptación y manejo de las situaciones.

Área de la afectividad.

El tipo vivencial es de tendencia extratensiva e inestable: Hay una gran permeabilidad frente a la estimulación externa, con intentos de control a través de la racionalización y evitación. Interpreta y procesa cognitivamente las emociones, como una forma de mantener distancia y no verse sobrepasada por ellas. De esta forma, sin embargo, se mantiene más bien fuera de las situaciones, en lugar de efectivamente manejarlas. Muy egocéntrica, enfrenta la realidad sólo desde su propia subjetividad o con referencia a sí misma.

Se aprecian ligeros índices de ansiedad y temor en el enfrentamiento de la realidad, con necesidades afectivas no satisfechas, que contribuyen a la sensación de desadaptación.

Área de las relaciones interpersonales.

Aún cuando posee cierta capacidad de empatía, sus necesidades narcisistas la llevan a ser muy egocéntrica en las relaciones interpersonales: los demás interesan en la medida que satisfacen sus necesidades de atención. Debido a esto mismo, le resulta difícil establecer relaciones interpersonales profundas o con compromiso personal, resultando éstas superficiales e insatisfactorias. Puede tener especiales dificultades en la relación con imágenes de autoridad.

Selección de láminas TAT.

Enfrenta esta prueba con evidente inseguridad y una actitud defensiva, que la lleva a adoptar una actitud dependiente, por momentos congraciativa y en otros tratando que sea el otro quién tome las decisiones o defina las situaciones.

Las metas personales aparecen altas, pero con una actitud contemplativa más que activa o de ejecución frente a ellas. Se siente cansada, como habiendo trabajado mucho y esperando el apoyo o auxilio de otros para poder descansar adecuadamente.

Frente a las figuras parentales evita involucrarse en la situación, haciendo un relato muy "externo", en el cual no hay relación con la figura materna. Esto podría indicar la existencia de un conflicto que evita enfrentar y reconocer, o una relación muy superficial. La figura paterna es obviada, remplazándola por un abuelo que estaría orgulloso de los logros de ella.

Ante la imagen de la relación heterosexual, evade las connotaciones sexuales o de relación de pareja, reflejando un sentimiento de inadecuación o incomodidad frente al tema.

Se aprecia un rendimiento general..... (Se continua con el análisis funcional o cualitativo del rendimiento, a partir del puntaje y de las características de las respuestas del sujeto.

#### Ejemplo 4

##### ANÁLISIS DEL TEST DE FRASES INCOMPLETAS DE SACKS –

Se observa que el alumno se muestra;

Ante los padres; sentimiento de ambivalencia; rencor y añoranza por padre ausente.

Ante el grupo familiar actual; inestabilidad emocional por no ser hija biológica.

Ante el género y sexo opuesto; ideas y sentimientos coherentes con respecto al futuro

Ante sí misma; sentimiento de minusvalía, leve temor personal intrafamiliar, excesiva autoacusación y desvalorización

Resumen interpretativo

Principales áreas de conflicto y trastorno.

Autoconcepto negativo, metas no concretas, relacionamiento con los hermanos y compañeros nulos y escasos

Interrelaciones entre las actitudes.

Demuestra, desvalorización y sentimientos de culpa en exceso.

Estructura de la personalidad

Distorsión del Yo, Depresiva, melancólica. , introvertida.

Introversión sentimental con intuición

-Grado en que el examinado responde a los impulsos y estímulos externos.

-Bajo y escaso, temor a ser maltratada e incomprendida

Adaptación emocional

-Represión de las emociones. Sentimientos de culpa, y ambivalencia. , introversión.

Madurez

-Nivel de madurez en desarrollo. Adaptación sexual

Nivel de realidad

-Óptimo. Temores reales.

Manera en que se expresan los conflictos

-drástica y determinante, rechazos.

#### OBSERVACIONES.

(Terminando el informe en base a los resultados obtenidos en la aplicación de las pruebas, se puede hacer comentarios y apreciaciones, ya sea en relación a las respuestas o rendimientos obtenidos, la actitud y conducta del examinado durante el examen u otro aspecto que resulte de interés)

#### Ejemplo 1

A pesar de la evidente carga emocional que significa para "Paciente AB" tener que hablar de lo que vivió en la relación de sus padres, y de que a raíz del juicio ha debido enfrentar reiteradas entrevistas con psicólogos, que no han tenido para ella mayor utilidad, se logra una buena relación y colaboración de parte de ella. Es evidente que tiene claridad respecto de su situación actual y de cómo ella quisiera que se definiera su futuro: "Espero que en el futuro yo viva definitivamente con mi papá y mi mamá deje de molestar".

#### Ejemplo 2

Es de interés destacar que en una evaluación anterior (mayo de 1999) se obtuvo resultados muy similares a los actuales en el WAIS (CI Verbal = 123; CI Manual = 112 y CI Total = 120; índice de deterioro negativo para deterioro patológico), aunque diferente en el Test de Bender –BIP, que en aquella oportunidad resultó también negativo para organicidad. Esto podría sugerir la existencia de un proceso degenerativo o de envejecimiento orgánico cerebral, que aun no compromete significativamente las funciones cognitivas. En este sentido, podría ser de interés realizar una evaluación de seguimiento en un plazo de aproximadamente un año.

#### CONCLUSIONES.

(Se enumeran, de acuerdo al orden en que se efectuó el estudio, los resultados y conclusiones más importantes de cada uno de los aspectos analizados. Evitar al máximo dar muchos detalles o repetir párrafos o las fundamentaciones de los hallazgos -se fundamenta antes, en cada punto según corresponda-)

(Sólo cuando corresponda, por ejemplo, si se ha realizado una evaluación intelectual de un escolar cuyo examen fue solicitado por el colegio, a raíz de problemas de rendimiento escolar y se detectaron dificultades de orientación espacial, problemas de lateralidad y signos de inmadurez neurológica -mediante el test de Bender correspondería indicar o solicitar una evaluación neurológica y una evaluación por especialista en trastornos específicos del aprendizaje -si tiene CI normal-o por especialista en deficiencia mental -si es deficiente-. Por otra parte, si se trata de un sujeto que va a ser sometido a tratamiento, puede ser recomendable dejar la indicación de una reevaluación en un plazo determinado).

#### Ejemplo 1.

Considerando los antecedentes recogidos en el actual examen de "Paciente AB", y los resultados obtenidos en las evaluaciones de personalidad realizadas tanto a su padre como a su madre, y que fueron anteriormente informadas al juzgado, estimo que para la salud mental y adecuado desarrollo psicológico de la menor, especialmente en el plano de la afectividad, es preferible no imponerle la obligación de visitar a su madre.

Independientemente de ello, es necesario que reciba apoyo psicoterapéutico, orientado a elaborar y superar los conflictos que presenta y evitar mayores secuelas psicológicas.

#### Ejemplo 2

-Nivel y funcionamiento intelectual sin alteraciones al momento del examen, alcanzando un rango diagnóstico correspondiente a Inteligencia Normal Promedio.

-Estructura de personalidad con tendencias depresivas y fuertes mecanismos neuróticos del tipo de la represión de los afectos, negación y evasión de los problemas.

### **Ejemplo 2 INFORME PSICOLÓGICO**

El informe psicológico tiene como finalidad condensar o resumir conclusiones referentes al objeto de estudio. Incluimos aquí solamente el informe que se refiere al estudio de la personalidad, que puede ser empleado en distintos campos de la actividad psicológica, y en cada uno de ellos se deberá tomar en cuenta y responder específicamente al objetivo con que dicho estudio se ha llevado a cabo. Se trata, por otra parte, solamente de una guía y no de casilleros a llenar.

El orden en que se redacta un informe no tiene nada que ver con el orden en que se han recogido los datos o en el que se han hecho las deducciones.

1) Datos de filiación: Nombre, edad, sexo, estado civil, nacionalidad, domicilio, profesión u oficio.

2) Procedimientos utilizados: Entrevistas (número y frecuencia, técnica utilizada, "clima" de las mismas, lugar en que se llevaron a cabo), Tests (especificar los utilizados), juego, registros objetivos (especificar), etcétera. Cuestionarios(especificar). Otros procedimientos.

3) Motivos de estudio: por quién fue solicitado y objetivos del mismo. Actitud del entrevistado y referencia a sus motivaciones conscientes.



4) Descripción sintética del grupo familiar y de otros que han tenido o tienen importancia en la vida del entrevistado. Relaciones del grupo familiar con la comunidad: status socioeconómicos, otras relaciones. Constitución dinámica y roles, comunicación y cambios significativos del grupo familiar.

Salud, accidentes y enfermedad del grupo y de sus miembros. Muertes, edad y año en que tuvieron lugar, causas de las mismas. Actitud de la familia frente a los cambios, a la enfermedad y al enfermo.

Si resulta posible, incluir el grupo en alguna de las clasificaciones reconocidas.

5) Problemática vital: Referencia sucinta de su vida y sus conflictos actuales, de su desarrollo, adquisiciones, pérdidas, cambios, temores, aspiraciones, inhibiciones y formas de enfrentarlos o sufrirlos. Diferenciar entre lo afirmado por el entrevistado y por otras personas de su medio con lo inferido (diagnóstico médico) y personalidad obsesiva (diagnóstico por el psicólogo). Diferenciar entre lo que se afirma y lo que se postula como probable. Si hay algún dato de muy especial valor, especificar la técnica con la que se lo ha inferido o detectado. Incluir una reseña de las situaciones vitales más significativas (presentes y pasadas), especialmente aquellas que asumen el carácter de situaciones conflictivas y/o repetitivas.

6) Descripción, de estructuras de conducta, diferenciando entre las predominantes y las accesorias.

Cambios observados

7) Descripción de rasgos de carácter y de la personalidad, incluyendo la dinámica psicológica (ansiedad, defensas), citando la organización patográfica (si la hubiere).

- Incluir una apreciación del grado de madurez de la personalidad.
- Constitución (citar la topología empleada).
- Características emocionales e intelectuales incluyendo: manejo del lenguaje (léxico y sintaxis, etc.), nivel de conceptualización, emisión de juicios, anticipación y planeamiento de situaciones, canal preferido en la comunicación, nivel o grado de coordinación, diferencias entre manejo verbal y moto, capacidad de observación, análisis y síntesis, grado de atención y concentración.
- Relaciones entre el desempeño intelectual, social, profesional y emocional y otros

Ítems significativos en cada caso particular.

- Considerar las particularidades y alteraciones del desarrollo psicosexual, cambios en la personalidad y en la conducta.

8) Si se trata de un informe muy detallado o muy riguroso (por ejemplo, un informe pericial), incluir resultados de cada test y de cada examen complementario realizado.

9) Conclusión. Diagnóstico y caracterización psicológica del individuo y de su grupo. Responder específicamente a los objetivos del estudio (por ejemplo, en el caso de la selección de personal, orientación vocacional, informe escolar, etcétera).

10) Incluir una posibilidad pronóstica desde el punto de vista psicológico, fundando los elementos sobre los cuales se basa.

11) Posible orientación. Señalar si hacen falta nuevos exámenes y de que índole. Señalar la forma posible de subsanar, aliviar u orientar al entrevistado, según el motivo del estudio o según las necesidades de la institución que ha solicitado el informe.

---

## INFORME PSICOLOGICO

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

FECHAS DE EXAMEN \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES ANAMNESICOS RELEVANTES

EXAMEN SOLICITADO POR:

ESTUDIO SOLICITADO:

EXAMEN REALIZADO

PRUEBAS APLICADAS:

RESULTADOS

OBSERVACIONES.

---

## CONCLUSIONES.

### LA ENTREVISTA ESCOLAR Y FAMILIAR

Este ejemplo contiene una relación bastante exhaustiva de los aspectos que pueden tener interés para la evaluación del contexto familiar. Es imprescindible hacer una selección previa de dichos contenidos eligiendo tan sólo los que sean más pertinentes y adecuados a cada caso.

#### 1. Datos sobre el alumno en su contexto familiar

- Características personales y relaciones sociales.

Actitud y estilo ante las tareas cotidianas.

Respuesta ante las reglas familiares.

Estado de ánimo habitual.

Forma de enfrentar los conflictos y frustraciones

Actitud y relación con adultos conocidos y desconocidos.

Actitud y relación con iguales.

Relación con los miembros de su familia. Grado de integración y pertenencia a grupos de amigos.

Grado de dependencia/independencia en la vida cotidiana; estilo comunicativo.

Grado de autonomía.

Nivel de autonomía en la comida, aseo, control de esfínteres y vestido.

Autonomía para los desplazamientos dentro y fuera de casa.

Cuidado de sus cosas.

Responsabilidades en tareas del hogar.

Desenvolvimiento en el barrio y en contextos novedosos.

Responsabilidad en la organización de su vida cotidiana.

Responsabilidad que asume en la toma de decisiones.

- Juego y ocio.

Tipo de juegos preferidos.

Actividades de ocio dentro y fuera de casa.

Preferencia por actividades en solitario o sociales.

- Grado de independencia para entretenerse.

Papel que ocupa dentro del grupo de juegos.

Televisión -tiempo que dedica, programas preferidos-.

Deportes y actividades extraescolares.

Lectura -tiempo que dedica, lecturas preferidas-.

Otras aficiones. Participación en grupos de scouts, colonias, otras.

Forma de compaginar los estudios con el tiempo libre.

Desarrollo de sus fines de semana.

Desarrollo de sus vacaciones.

• Salud y otras intervenciones extraescolares.

Estado general de salud.

Sueño y alimentación.

Mediación y efectos secundarios.

Tratamientos rehabilitadores; repercusiones en el mundo familiar y escolar.

Intervenciones psicoterapéuticas; repercusiones en el mundo familiar y escolar.

Intervenciones educativas extraescolares; conexión con el centro escolar.

• Actitud y hábitos en los estudios.

Actitud ante los estudios y el medio escolar.

Actitud ante las tareas escolares en casa.

Grado de autonomía/dependencia para realizarlas.

Hábitos de estudio -horarios, estrategias-.

Utilización de los recursos materiales y personales disponibles en la casa.

Grado de aceptación y utilización de adecuaciones de acceso para las necesidades educativas especiales. Datos sobre el propio medio familiar que favorecen o dificultan el desarrollo del niño.

• Estructura familiar

Composición del núcleo familiar.

Relación con la familia extensa.

Actividades profesionales o académicas de los distintos miembros.

- Relaciones familiares.

Estructura jerárquica.

Relaciones que se establecen con el niño: dedicación y reparto de responsabilidades -afinidades y rechazos-.

Quién ejerce la autoridad sobre el niño.

Formas de entender y afrontar los conflictos.

Cuáles son las normas fundamentales para los hijos.

Grado de acuerdo en las normas.

Hasta qué punto se cumplen.

Cómo ponen límites los distintos componentes.

Formas de entender y afrontar los conflictos.

Grados de comunicación entre los distintos miembros.

Pautas educativas.

Aspectos en los que se favorece la autonomía o la dependencia en los hijos.

- Valores predominantes.

Actitudes, expectativas, reparto de tareas respecto de los distintos sexos.

Actitudes ante otras culturas o subculturas o cambios sociales.

Actitudes ante las personas con discapacidades.

Preocupación por la salud, hábitos saludables.

Actitud ante el consumo.

Valoración de las relaciones sociales fuera del contexto familiar.

Implicación en la vida comunitaria.

Valoración de distintas capacidades -intelectuales, sociales-.

Importancia que se da a los estudios y a los distintos contenidos curriculares.

Actitud ante las distintas alternativas profesionales Identificación con grupos culturales, étnicos o religiosos.

- Vida cotidiana y ocio.

---

Rutina habitual en jornadas escolares y en fines de semana.

Momentos de mayor relación con el hijo.

Momentos más conflictivos.

Actividades predominantes.

Valoración del ocio.

Ocio compartido con hijos y ocio exclusivo de padres.

Fomento de actividades deportivas en los hijos.

Papel de la televisión; límites y normas al respecto.

Fomento del contacto con iguales.

Fomento de la lectura.

- Actitud ante las necesidades especiales del hijo.

Aspectos que más les preocupan respecto de la evolución de su hijo.

Aspectos que consideran más positivos en su hijo.

Causas a las que atribuyen las dificultades -genético, escolar, familiar, falta de refuerzo-.

Expectativas respecto de las posibilidades actuales y futuras de un hijo.

Grado en que se asumen las dificultades y el propio déficit del hijo.

Influencia en la dinámica y relaciones familiares.

Nivel de información, ideas y relaciones familiares.

Nivel de información, ideas y creencias sobre déficits específicos.

Calidad de la comunicación de los padres -y hermanos-con el hijo.

- Ayuda en el proceso de enseñanza -aprendizaje.

Actitudes y actuaciones ante los éxitos y fracasos escolares del hijo.

Percepción de la propia responsabilidad e influencias en el proceso educativo-escolar del hijo.

Percepción de la propia capacidad de ayuda.

Clima-relación que se crea en la colaboración en torno a tareas escolares y opinión sobre las mismas.

Materiales de apoyo al estudio -libros, entre otros-.

Condiciones ambientales para el estudio -ruido, aislamiento-.

Momentos de intervención del adulto.

---

Disposición a hacer cambios y adaptaciones en la vida familia en función del déficit.

Actuaciones desarrolladas hasta el momento (en el hogar, en el colegio, en otros lugares); valoración del éxito o fracaso.

Adaptaciones en la comunicación.

Adaptaciones en los espacios y materiales.

Apoyos personales (clases particulares, tratamientos específicos).

Aspectos en los que los padres colaborarían con gusto.

Aspectos para los que no se sienten capacitados o motivados.

Posibilidades reales de dedicación a los hijos en función de horarios laborales y otras actividades.

- Relación familia -escuela.

Percepción de la relación con el profesorado implicado.

Grado de información sobre la marcha escolar del hijo.

Valoración de los cauces de comunicación con la escuela.

Grado de satisfacción con la educación-curriculo que se proporciona.

Opinión sobre el régimen de escolarización (integración, C. específico).

Expectativas cumplidas y no cumplidas.

Participación en las actividades conjuntas familia-escuela: reuniones, fiestas, otras.

Participación con los comités de padres de familia escolar, y otros comités; nivel de sintonía-divergencia respecto de las preocupaciones de la escuela en cuanto al hijo.

Sugerencias acerca de las opciones educativas más idóneas para el sujeto.

Grado de intercambio de medidas especiales entre la familia y la escuela

--adaptaciones de acceso--.

Historia escolar del niño narrada por los padres del menor. Propio equipo.

Experiencia con otros equipos o profesionales de la orientación.

Datos sobre el entorno social que favorecen o dificultan el desarrollo del alumno.

- Características y servicios del pueblo o barrio.

Parques y zonas recreativas donde se pueda contactar con sujetos con las mismas necesidades educativas. Servicios médicos, sociales, educativos u otros a los que asiste o puede asistir el niño.

Nivel de conocimiento de la familia de los recursos disponibles.

Grado de participación de la familia en los mismos.

Grado y satisfacción con dicho servicios.

• Grupos de referencia fuera del contexto escolar y familiar.

Pandillas o grupos con los que se identifica el alumno.

Relaciones afectivas y de pareja.

Grupos con los que habitualmente se relaciona.

Valores predominantes en dichos grupos.

Grado en que consigue integrarse el alumno.

Papel que desempeña en dicho grupo.

### **Informe psicopedagógico**

Aparece aquí el trabajo de Pérez Solís (2003), los apartados del mismo se describen a continuación:

1. Datos personales:

-Nombre del sujeto.

-Fecha de nacimiento.

-Edad.

-Fecha de exploración.

-Dirección.

-Grado escolar.

-Escuela a la que asiste.

-Edad de los padres.

-Escolaridad de los padres.

-Número de hijos.

2. Profesionales que han intervenido.

-En este apartado se describen los profesionales que han intervenido en anteriores etapas del proceso del sujeto; se incluyen médicos, especialistas psicológicos y pedagógicos.

3. Motivo de la valoración.

-La razón de este apartado es analizar la causa por la que el individuo ha sido canalizado al servicio, tal como lo describen los padres o el sujeto.



#### 4. Procedimiento de valoración.

4.1. Técnicas y pruebas utilizadas. En este elemento se describen las pruebas psicométricas usadas en el diagnóstico, así como las técnicas que se utilizaron en el mismo.

4.2. Conducta durante la exploración. Se narra aquí la conducta del sujeto durante las distintas entrevistas y aplicación de las pruebas psicométricas.

#### 5. Historia personal del sujeto.

a) Historia evolutiva. Se describen los aspectos relevantes del desarrollo motor, emocional, de lenguaje e intelectual a través de los periodos prenatal, perinatal y postnatal del sujeto.

b) Historia clínica. Se anotan los elementos pertinentes de la historia y evolución de las enfermedades y afecciones del individuo.

c) Historia escolar. Se narra la evolución del sujeto a través de sus distintas etapas escolares.

d) Autonomía personal. Se escriben los aspectos pertinentes sobre los hábitos de autonomía personal y su capacidad para actuar y operar en su entorno.

6. Aspectos sociofamiliares. Se describen los aspectos relevantes acerca de la estructura de la familia del individuo, su estado socioeconómico, su dinámica familiar, sus intercambios, las fortalezas y debilidades de la misma.

#### 7. Resultados e interpretación de las pruebas.

a) Datos normativos y generales. En este apartado se describen los resultados de las pruebas psicométricas y de competencia académica del sujeto.

b) Valoración funcional de los aspectos psicopedagógicos. Aquí se narran los resultados de la evaluación de las competencias curriculares, así como las necesidades y fortalezas psicoeducativas y los datos importantes sobre los elementos pedagógicos y funcionales que se consideren importantes.

8. Síntesis diagnóstica. El apartado incluye un breve juicio sobre el estado del sujeto, así como sus necesidades educativas, problemas de aprendizaje o requerimientos particulares.

9. Modalidad educativa recomendada. Se precisa la recomendación dada por el evaluador acerca de la mejor opción educativa del sujeto.

#### 10. Orientaciones.

a. Estilo de aprendizaje. En este apartado se describe la forma en que el sujeto aprende; a que estímulos responde mejor, su nivel de atención, los reforzamientos a los que responde, nivel de fatigabilidad, intereses y motivaciones.

b. Orientaciones para la intervención educativa. Se refleja en este apartado las sugerencias acerca de la intervención planeada para el individuo, de la forma más precisa posible, con las estrategias, recursos, materiales y técnicas a utilizar. El proceso de elaboración del informe debe comenzar con la organización de la información más notable recogida durante el proceso de diagnóstico. El informe debe ser eminentemente descriptivo y comprensible para sus destinatarios. Dependiendo de a quién se dirija, pueden existir distintas versiones de un mismo informe; versiones que pueden variar en cuanto a su estructura, tipo y amplitud de la información. Sin embargo, los elementos esenciales deben aparecer, sea cual sea la versión del informe.

Debe recalcar que este tipo de informes son de carácter confidencial y la información debe manejarse de manera discrecional y sólo debe ser expuesto a las personas que requieran conocer la información.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aaron t. Beck, John Rush, Brian Shaw , Gary Emery, *terapia cognitiva de la depresión*, 19º ED. 2010
- Aaron t. Beck -Arthur Freeman, *terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*, 1973
- Albert Ellis, *terapia racional emotiva*, 1983
- Isabel Díaz Portillo *la técnica de la entrevista psicodinamica*, 1994
- M. Erickson. *La entrevista psicológica*. 1991
- Miller-Rollnick *entrevista motivacional de conductas adictivas-1999*, paidós
- Mckay, Davis y Fannig, *distorsiones cognitivas y su manejo*, 1985
- Raymy, *manejo cognitivo actitudes y conductas inadecuadas de los pacientes*, (1975)
- Hellmut Brinkmann. *Apuntes Técnicas de Evaluación Psicológica*.1995
- José Bleger, *Temas de psicología (Entrevista y grupos) buenos aires*. Paidós. 1978
- Luís enrique Morga Rodríguez. *Teoría y técnica de la entrevista*