

PSICODIAGNÓSTICO Y PSICOANÁLISIS punto de encuentro*

Rosa María Royo Esqués

Psicóloga clínica. Psicoanalista (SEP-IPA).

Docent: Societat Catalana del Rorschach i Mètodes Projectius

Fundació Vidal i Barraquer (URL)

rosaroyo@copc.es

“Si el psicoanalítico yerra en su diagnóstico incurrirá en una falla de carácter práctico, impondrá al enfermo un esfuerzo inútil y desacreditará su terapia.”

La iniciación del tratamiento. *Sigmund Freud*

The mutual needs and benefits of the relationship between Psychodiagnosis and Psychoanalysis are discussed.

The theoretical framework emerging from Psychoanalysis is better adapted to the needs of psychological diagnosis than the medical-psychiatric model. By contrast, psychoanalysis has benefited from a diagnosis system that takes into account parameters beyond the purely psychopathologic: intra-psychological functioning, emotional and relational environments, the possibilities of creating or developing a therapeutic relationship, aspects of health, and the possibilities of personal development.

Projective Methods emerge from and/or are improved by the encounter between Psychodiagnosis and Psychoanalysis.

Psychoanalysis and Psychodiagnosis, together with the use of Projective Methods, have helped psychologists consolidate their professional identity and extend areas of intervention.

Key words: Psychoanalysis. Psychodiagnosis. Projective Methods. The role of the psychologist.

El encuentro entre Psicodiagnóstico y Psicoanálisis está basado en la necesidad mutua. Tanto el Psicodiagnóstico como el Psicoanálisis, teniendo al inicio los dos como referencia el modelo médico, precisaban, para seguir su desarrollo, otro marco. Un marco que tuviera más en cuenta los elementos psicológicos y sociales respecto de la salud y la enfermedad psíquica. Por formación y práctica, desde mi doble vertiente, considero que el encuentro de los dos campos ha dado y puede seguir dando valiosos frutos.

* artículo publicado en: Revista de PSICOTERAPIA. Vol.XVI – Nº 62 FREUD: 150 ANIVERSARIO (2005)

Si miramos hacia atrás y nos ponemos en el lugar del psicólogo que realiza diagnósticos, veremos que anteriormente se seguía el modelo médico de la época. Se tomaba en cuenta la enfermedad y sus síntomas más que quien la padecía. Desde esa perspectiva los psicólogos se convertían, la mayor parte de las veces, en pasadores de tests. De aquellos tests que estaban supeditados a la clasificación de síntomas, ya que eran un sistema eficaz para dar respuestas en un modelo que no analizaba al individuo en su totalidad, teniendo en cuenta su subjetividad, sino que lo ordenaba dentro de unas categorías psicopatológicas, - los llamados modelos categoriales de la personalidad-, en los que subyace la perspectiva médica y en los que se intenta ubicar al sujeto en un diagnóstico perfectamente acotado.

Freud iniciando el camino del Psicoanálisis da entrada al mundo inconsciente y afectivo. Y, junto con sus coetáneos, conceptualizó elementos básicos para la comprensión de la mente y los vínculos humanos, a la vez que desarrolló un método para acceder e incidir en ella. La escucha psicoanalítica permitió acercarse a los fenómenos psicológicos y relacionales desde un vértice amplio y creativo, teniendo en cuenta las diversas realidades que los sustentan.

En ese sentido, la teoría psicoanalítica le dio al psicólogo un marco de referencia diferente en el cual se tenían en cuenta aspectos valiosos a la hora de comprender el funcionamiento mental de las personas. Se pasó del modelo categorial, como decía, caracterizado por la clasificación en estructuras homogéneas, mutuamente excluyentes y de líneas divisorias bien definidas, al modelo dimensional, -más utilizado desde un punto de vista psicológico-. Este se caracteriza por la flexibilidad adaptativa, no tener líneas divisorias bien definidas y tomar en consideración el contexto.

El Psicoanálisis proveyó así de un modelo de trabajo que permitía a los psicólogos el acercamiento emocional al paciente. Ya no iban a quedarse sólo examinando los síntomas que describían tal o cual cuadro psicopatológico, sino que desde el Psicoanálisis se miraba a la persona desde un punto de vista global. Se incluían las áreas afectivas, somáticas, cognitivas, comportamentales, sociales, y además se introducía al propio psicodiagnosticador en el campo de observación. El vínculo que se establecía en la relación con la persona diagnosticada pasaba a ser un elemento a analizar, -transferencia y contratransferencia-, ya que no se diagnosticaba la mente como algo aislado sino una persona en relación con su mundo. Con estas premisas el trabajo del psicodiagnosticador empezó a cobrar identidad propia.

No obstante, como todo inicio, comportó ciertos problemas relacionados con transplantar una metodología de trabajo a otro campo, por muy afín que éste sea. Freud refiriéndose al cuidado que era conveniente tener al extrapolar conceptos psicoanalíticos a otros campos dijo: *“Tanto para los hombres como para los conceptos es peligroso que sean arrancados del terreno donde se han originado y desarrollado”* Y algo de esto era inevitable que pasara al principio con los conceptos psicoanalíticos llevados al terreno del Psicodiagnóstico. Quizás lo más sustancial fue que se dio un movimiento pendular y, siguiendo el modelo psicoanalítico en lugar del médico, se dejó en segundo término el uso de los tests para valorar casi exclusivamente la técnica de entrevista libre. Se adoptó más que se adaptó el encuadre psicoanalítico en el proceso diagnóstico. Otra vez se encontraban los psicólogos en su tarea diagnóstica faltos de identidad.

Ha sido un trabajo de tiempo encontrar el propio lugar. Salvando algunas dificultades de toda extrapolación, la teoría y la técnica psicoanalítica han dado a los psicólogos, -en el campo del Psicodiagnóstico-, un marco de referencia de gran valor para entender a la persona en sus dinámicas intrapsíquicas y en los vínculos que establece.

Por su parte el Psicoanálisis, como teoría en la que se tiene en cuenta aspectos variados de la persona, -su funcionamiento intrapsíquico, su mundo emocional y relacional-, no podía diagnosticar a quien pudiera beneficiarse de un tratamiento de orientación psicoanalítica, siguiendo los parámetros que hasta la fecha se usaban y que, desde el modelo médico-psiquiátrico, se siguen utilizando.

El diagnóstico psiquiátrico está orientado a la clasificación de los síntomas para determinar un cuadro psicopatológico y el alivio o, si es posible, la resolución de los mismos mediante psicofármacos. Las terapias de orientación psicoanalítica, sin negar el beneficio de los fármacos, bien al contrario, haciendo un uso combinado cuando es necesario, se basan en el tratamiento de la persona en su conjunto. Por descontado que se ocupan de los síntomas, pero de aquellos síntomas que padece una persona concreta, de comprender el sufrimiento que va asociado a ellos, qué expresan de ella, cómo conectan con su biografía, el sentido que pueden tener para la persona, cómo los (sobre)lleva, etc. Es decir, el Psicoanálisis procura el alivio sintomático pero no exclusivamente. Como decía Freud, hablando de los fines del Psicoanálisis: *“Transformar el padecimiento neurótico en el infortunio cotidiano”*. En definitiva hacer de nuestro mundo interno un lugar más habitable viviendo más tranquilos con nosotros mismos y con los demás.

El Psicoanálisis se ocupa de la persona individual, en sus similitudes y diferencias con los otros. Cuando hablamos de categorías, de cuadros, estamos minimizando, cuando no borrando, lo subjetivo. Estamos en un diagnóstico general no en un diagnóstico en “singular”.

Las categorías clínicas hablan de la enfermedad psíquica, el Psicoanálisis, partiendo también del modelo médico, estaba, y aún está, en riesgo de caer en la trampa del diagnóstico categorial. Cuando ordena, según una sistematización basada en la psiquiatría, pierde también su especificidad. Entonces hace diagnósticos psiquiátricos disfrazados de Psicoanálisis. Por tanto, necesitaba un sistema diagnóstico que se basase en los mismos postulados teóricos, las mismas ideas en cuanto a la génesis, funcionamiento y evolución de la mente.

El Psicodiagnóstico, basado en los elementos psicológicos, coloca a la persona y sus relaciones en el centro, y el sujeto en singular reaparece.

No obstante, igual que al psicodiagnóstico le costó servirse del marco psicoanalítico sin perder su identidad, algo similar pasó desde el Psicoanálisis. Éste como tratamiento basado en la palabra, se trabajaba y trabaja fundamentalmente con la entrevista clínica como método de diagnóstico, y se ha visto como una interferencia la inclusión de otros métodos. Esto sigue siendo un aspecto a resolver.

Otro elemento que desde el Psicoanálisis se podía ver como una pérdida de identidad, era como manejar la información que provee un Psicodiagnóstico para que no marque excesivamente el trabajo terapéutico posterior. Esto es un riesgo real, como lo es cualquier información que nos llega por otras vías que no sean directas de la persona que nos consulta, por ejemplo: datos que nos comunican padres, maestros, médicos,... En ese sentido es necesario buscar el equilibrio entre los beneficios que nos aporta el Psicodiagnóstico y el hecho de que no condicione la labor terapéutica. Siguiendo a Freud, poder mantener la mente en un nivel adecuado de atención flotante y según Bion, sin memoria, sin deseo y sin conocimiento, posiciones que se van adquiriendo con la experiencia.

En la medida que la colaboración entre los dos campos aumenta también lo hace el beneficio mutuo obtenido. Los miedos iniciales de confundir los ámbitos de trabajo y por

tanto, la identidad profesional, se van diluyendo y el intercambio se va convirtiendo en riqueza para todos.

De este intercambio, del punto de encuentro, nacen algunas de las Técnicas Projectivas, se perfeccionan y amplía su uso. Éstas se revelan como instrumentos, además de la entrevista, adecuados para dar respuesta a las necesidades del Psicodiagnóstico de orientación psicoanalítica.

Los Métodos Projectivos, como indica su nombre, se basan en el mecanismo de proyección. El término “Proyección” fue introducido por Freud ya en 1894, en su escrito “La neurastenia y la neurosis de angustia”, pero será en “Las neuropsicosis de defensa” de 1896, donde lo conceptualizará: *“la proyección es un proceso que consiste en atribuir los propios impulsos, sentimientos y afectos a otras personas o al mundo exterior, como un proceso defensivo que nos permite ignorar estos fenómenos “indeseables” en nosotros mismos”*.

Aunque el concepto de proyección surgió en conexión con los mecanismos de defensa frente a la enfermedad, -neurosis, psicosis-, el mismo Freud amplió el término en “Tótem y Tabú”: *“Pero la proyección no está especialmente creada con fines de defensa; también surge cuando no hay conflictos. La proyección de percepciones internas al exterior es un mecanismo primitivo que, por ejemplo, influye también sobre nuestras percepciones sensoriales, de modo que normalmente desempeña el papel principal en la configuración de nuestro mundo exterior. Bajo condiciones que no están aún suficientemente determinadas, incluso las percepciones internas de procesos ideacionales y emocionales se proyectan al exterior,...”*

Las Técnicas Projectivas nacen al amparo de estas ideas, pero a la vez con su uso e investigaciones realizadas, -tanto para perfeccionar las técnicas mismas como para explorar diferentes campos de aplicación-, han contribuido al desarrollo de la psicología proyectiva y a enriquecer el concepto de proyección para su uso dentro del marco psicoanalítico.

José Luis, tiene 8 años y vive en un Centro para niños maltratados, del que es derivado por rabietas, a una unidad de tratamientos especializados que superviso. Durante el proceso diagnóstico se le pasó el Test de Rorschach, que como sabemos se trata de un test proyectivo, compuesto por diez láminas

realizadas con manchas de tinta sin forma específica. En la lámina II, la primera que incluye el color mediante unas manchas rojas, José Luis se colapsó, se alteró, se puso muy nervioso y cuando pudo hablar dijo:

“Un extraterrestre. La cabeza y el cuerpo y su agujero y la sangre que sale de las piernas. La sangre está cayendo al suelo. Lo sé porque mi padre le hizo sangre a mi tía en la cara con un puñetazo cuando yo tenía 3 años y era así, roja. No quiero que me hagan hablar de ello” .

Sin entrar en la técnica de cómo la psicóloga manejó la administración del test después del impacto emocional del niño, podemos observar como los estímulos ambiguos del test ponen en marcha el proceso de proyección. Y como facilitan el inicio de la comunicación de aspectos emocionales y experiencias de vida, a veces difíciles de verbalizar espontáneamente. Valga el ejemplo, en casos como éste, cuando las experiencias son muy dolorosas, a menudo los niños que las han vivido no las comparten, sino que las encierran en su mente mediante el silencio, perdiéndose así las posibilidades de comprenderlas y metabolizarlas.

Un Psicodiagnóstico realizado con Métodos Proyectivos da mucha información, en un espacio de tiempo relativamente breve, a diferentes niveles: tipo de percepción, de ideación, de ansiedades y defensas frente las mismas, mundo afectivo, relacional, estructura de personalidad, psicopatología y aspectos sanos; elementos relacionados con las vivencias actuales o lo que es más duradero de la personalidad,... Información que será útil para conocer las posibilidades de llevar a cabo el tratamiento y de planificarlo: criterios de adecuación, líneas de trabajo y límites del mismo.

Los Métodos Proyectivos, en la medida de su especificidad y potencia, al describir una persona en sus dinámicas internas y externas, en sus posibilidades de evolución y cambio, marcan una importante diferencia respecto del diagnóstico psiquiátrico. Por un lado no etiquetan según un modelo, -que aunque supuestamente las clasificaciones médicas son ateóricas (DSM) dejan a la persona encasillada-. Por otro, tampoco dan una visión fija de la persona sino que hacen una descripción de su funcionamiento en un momento dado de su vida, como una fotografía. Y además, a diferencia del diagnóstico psiquiátrico que subraya la patología, -el “mal funcionamiento” de la mente-, el diagnóstico psicológico,

además de analizar los aspectos patológicos, tiene en cuenta los aspectos sanos y evolutivos de la persona.

El uso de los Métodos Proyectivos también nos permite acceder a un nivel de comunicación diferente de la comunicación verbal. Hay cuestiones que las personas no comunican, no porque las oculten sino porque no están a un nivel conciente claramente accesible para ellas.

Marta, una niña de 7 años, vino a consulta a demanda de la escuela porque en el último tiempo había bajado el rendimiento, se aislaba de las otras niñas y en general la veían desganada pero con cierta irritabilidad.

En el dibujo de la familia había pintado a los miembros de la suya. Me llamó la atención un detalle en el dibujo de la madre, un cuadrado negro muy marcado en la falda. Como es habitual en la pasación de los Tests Gráficos, al final de la misma, se le pide a la persona alguna aclaración sobre detalles que, por alguna razón, nos llamen la atención y creamos que puedan aportar información.

Era evidente que el cuadrado negro era un punto de ansiedad, por el grafismo nervioso y el color que tomaba el dibujo en ese punto a diferencia del resto. Le pregunté qué era y la niña como si fuera algo muy evidente me contestó que el delantal de mamá.

La respuesta era muy consecuente. No sé si cuando ella lo dibujaba pensaba en un delantal o esa fue la respuesta que dio para justificar su dibujo frente a mi pregunta, el caso es que perceptivamente se adecuaba bastante bien. No obstante, la respuesta no me dejó tranquila. Así que esa mancha negra fue haciendo camino en mi mente, dejé fluir la imaginación y pensé en embarazos, abortos,... quizás recientes ya que la sintomatología de Marta así lo era. En la entrevista de devolución a los padres indagué con alguna pregunta del estilo: ¿Ha habido últimamente alguna novedad en la familia?. La primera respuesta fue que no, pero al poco la madre dijo que a ella le habían operado en el último año, tuvo un cáncer y le habían “vaciado”. Había salido todo bien por tanto no me habían dicho nada en la primera entrevista, no lo pensaron y además estaban seguros que eso a la niña no le había afectado porque no lo sabía, no le habían dicho nada, solo que a mamá la operaban de apendicitis.

Esta información de los padres me permitió hacer una hipótesis diagnóstica: el cuadrado negro había tomado sentido para mí, se había convertido en un “vacío” negro, en un agujero en la comunicación familiar.

Sus padres con el deseo de aliviarla y no cargarle con ansiedades propias, habían silenciado un hecho muy importante de la vida familiar. Marta había captado alguna cosa de los momentos de angustia que, sin duda, pasó la familia. También había elaborado sus propias hipótesis que, al no contrastarlas, no podía saber si coincidían con la realidad. Ahora sería yo quien tendría que verificar la hipótesis con otros datos diagnósticos, evaluar si la enfermedad de la madre había influido y, de ser así, cómo en la problemática que Marta presentaba. Sabemos que un solo dato no constituye un diagnóstico pero nos puede orientar.

Éste es solo un ejemplo de la riqueza de estos métodos para que los pacientes se expresen, ya sea en el ámbito consciente como en el de sus fantasías, mundo interno y aspectos inconscientes.

El Psicodiagnóstico, en el encuentro con el Psicoanálisis, trabaja investigando en el desarrollo de los Métodos Proyectivos para evaluar los indicadores que las terapias de orientación psicoanalítica necesitan y garantizar un trabajo adecuado. Así, además del diagnóstico psicopatológico, se necesitará conocer las posibilidades que la persona tiene de responder a esa terapia concreta y la motivación para comprometerse en ella.

Teniendo en cuenta las características en las que se basan las terapias de orientación psicoanalítica será importante conocer la disposición del paciente para implicarse emocionalmente y establecer un vínculo terapéutico, al mismo tiempo que la capacidad de relacionarse consigo mismo, con su mente, en los aspectos conscientes e inconscientes o por lo menos la posibilidad de desarrollarlas.

Evidentemente al terapeuta, por formación y experiencia, se le suponen ambas condiciones, -implicación emocional y vincular consigo mismo y con el paciente- y en consecuencia, la capacidad de decidir en qué proyectos terapéuticos se embarca. La contratransferencia es fundamental a la hora de hacer la indicación, y ésta se observará especialmente en el contacto directo con el paciente, pero también en los datos del Psicodiagnóstico, tanto si éste lo ha realizado él mismo como si viene derivado de otro

profesional. Esta información podrá ayudar al terapeuta a tomar la decisión de entrar en un proyecto terapéutico concreto, evaluando en qué medida se ve con motivación, capacidad, tiempo,... para ello.

Un Psicodiagnóstico elaborado dentro de este contexto se aleja de la idea de que la persona que pide nuestra ayuda o asesoramiento, es un sujeto pasivo, una mente aislada a estudiar, de la que obtendremos datos “científicamente” manejables, que darán peso específico a nuestros resultados. Bien al contrario, desde esta perspectiva, siguiendo la idea freudiana de “escuchar al paciente”, lo involucraremos en el proceso diagnóstico y en los pasos que de él se sigan, ya sea orientación, asesoramiento o tratamiento. Freud, dándoles la voz, nos ha ayudado a poner a las personas que nos consultan en una posición activa en cuanto a la resolución de sus conflictos y a sus posibilidades de evolución. Y, como hemos visto, también a los psicólogos nos ha involucrado abriendo la escena de lo personal a lo interpersonal. Para poder conducir la situación el psicodiagnóstico tiene que comprender lo que está sucediendo en el consultante, en el mismo y en la relación. Es decir, aprender a observar y observarse.

Hasta ahora he subrayado especialmente el uso de los Métodos Proyectivos como parte integrante y específica del Psicodiagnóstico, pero teniendo en cuenta que fue Freud quien le dio la palabra al paciente diciéndole: *“cuénteme lo que le pasa”*, no quisiera finalizar sin mencionar la Entrevista como un instrumento fundamental de nuestro trabajo, que bien administrada nos suministra abundante material proyectivo.

Debido a su versatilidad y como proceso natural entre las personas, la Entrevista va a estar presente en todo proceso diagnóstico. De las otras técnicas elegiremos unas u otras, pero la entrevista siempre formará parte. Por tanto se convierte en nuestra herramienta básica, por lo menos en los adultos, en los niños puede ser el dibujo o la hora de juego. La Entrevista también es el primer paso en toda intervención psicológica tan importante que puede encauzar nuestra gestión o malograrla.

Un psicólogo entrenado que establezca un encuadre de trabajo adecuado, es decir dar a la persona que consulta un marco de respeto, confianza y cordialidad, ofrecerá la oportunidad de que el entrevistado exponga mucho de sí mismo, sus preocupaciones, recuerdos, proyectos, posiciones, expectativas, teorías,... Así como, al psicólogo le facilitará la

observación a nivel no verbal de comunicaciones importantes respecto a la expresión facial, gestos, conducta, tono afectivo,...

El proceso diagnóstico en general, pero quizás de forma más tangible la Entrevista diagnóstica, además de las funciones de exploración, diagnóstico, pronóstico, indicación terapéutica, también provee de elementos terapéuticos. El intento de organizar las ideas sobre lo que le ocurre a uno mismo para ser entendido por otro, y si a la vez ese otro lo recibe con interés, sin juzgar sino con el ánimo de comprender, ya se está dando un primer paso en el alivio del problema a tratar y a su vez, en cierta medida, puede empezar un proceso de elaboración.

Hace unas semanas me decía María, una adolescente de 16 años, en una entrevista diagnóstica hablándome de sus amigos:

“Silvia me explicó un problema que tiene con el chico con el que está enrollada. Dice que ella siempre tiene que hacer cosas que no quiere. Solo lo que a él le da la gana. Siempre tiene que adaptarse ella a él y que no sabía si dejarlo o no.”

María me explicaba que cuando la amiga le comentaba sus dudas, ella no sabía que contestar, no sabía como ayudarle:

“Le he estado escuchando, pero me sentía mal porque no sabía qué decirle. Yo la escuchaba y pensaba ‘sé lo que dice pero ¿qué le digo?’. Yo no tengo ni idea de lo que ella tendría que hacer.”

Después de un silencio María afirmó:

“De todas formas creo que Silvia se aclaraba un poco al decirlo en voz alta.”

Una vez más son las personas que nos consultan quienes nos enseñan a ayudarles.

Naturalmente el grado de beneficio terapéutico de la Entrevista diagnóstica dependerá, por un lado, de la posibilidad del entrevistado de expresarse, de comunicar y compartir sus vivencias. Y por otro, de la actitud receptiva y contenedora del entrevistador que junto con su forma de escuchar, de relacionar los datos y proponer hipótesis, da un enfoque de la

experiencia emocional en el que le muestra al entrevistado su forma de tratar con ella, a veces nueva para este último.

Al principio del escrito decía que el Psicoanálisis diagnosticaba, antes de su encuentro con el Psicodiagnóstico, fundamentalmente por medio de la Entrevista. Posteriormente, por la colaboración mutua, se van incorporando las Técnicas Proyectivas. Ya no hace falta optar, entre una u otros. Lo que se observa es que son métodos complementarios y que su unión enriquece los resultados del Psicodiagnóstico.

D. Rapaport, psicoanalista, dirá: *“puesto que los métodos clínicos obtienen una muestra de la conducta, que es amplia pero no sistemática, y dado que los procedimientos de tests obtienen una muestra estrecha pero sistemática, la práctica clínica sólida siempre utilizará a ambos, cada uno para compensar las desventajas del otro”*.

Recapitulando, el encuentro entre Psicoanálisis y Psicodiagnóstico, y el uso de los Métodos Proyectivos ha favorecido que el psicólogo consolidara su entidad profesional y ampliado sus campos de intervención.

Al hablar de salud o enfermedad ahora se incluye -además de aspectos biológicos- los psicológicos y sociales en el desarrollo del individuo. De esta forma ha pivotado el trabajo psicológico desde la enfermedad psíquica hacia la salud mental y las problemáticas humanas.

Este punto es muy importante porque por un lado ha ampliado el trabajo de los psicólogos clínicos y por otro ha diversificado las áreas de incidencia más allá de la clínica.

Los psicólogos clínicos no siempre tratan con enfermos, enfermedades y sus síntomas. El trabajo es de orden “psicológico” y por tanto existe un campo de actuación amplio dentro de la salud. A menudo consultan personas por padecimientos variados pero que no corresponden a la psicopatología. Por ejemplo y por nombrar solo algunos: problemas relacionados con momentos vitales, -adolescencia, crisis mitad de la vida,...-, o problemas puntuales, -crisis de pareja, un accidente, el debut de una enfermedad orgánica...-

El Psicodiagnóstico basado en los postulados psicoanalíticos y usando Métodos Proyectivos es útil en diferentes ámbitos, además del clínico: la evaluación en recursos humanos, los peritajes judiciales, el marco escolar y la ayuda en la rehabilitación social, entre los más conocidos.

Se considera la relación entre Psicodiagnóstico y Psicoanálisis, su necesidad y beneficios mutuos.

El Psicodiagnóstico ha obtenido un marco teórico referencial que se adapta, mejor que el modelo médico-psiquiátrico, a las necesidades del diagnóstico psicológico. El Psicoanálisis, por su lado, se ha beneficiado de una forma de diagnosticar que tiene en cuenta otros parámetros además de los psicopatológicos, -funcionamiento intrapsíquico, mundo emocional y relacional. Posibilidades de establecer o desarrollar un vínculo terapéutico. Aspectos de salud y capacidad de evolución,...-

Del encuentro surgen y/o se perfeccionan los Métodos Proyectivos.

Psicoanálisis y Psicodiagnóstico junto con el uso de las Métodos Proyectivos ha favorecido la consolidación de la identidad profesional del psicólogo y ampliado sus campos de intervención.

Palabras clave: Psicoanálisis. Psicodiagnóstico. Métodos Proyectivos. Rol del psicólogo.

Referencias bibliográficas:

- ABT, L.E. – BELLAK (1967) *Psicología Proyectiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- ANZIEU, D. (1961) *Los Métodos Proyectivos*. Buenos Aires: Abaco.
- CAMPO, V. (1995) *Follow-up and treatment assessment with the Rorschach*. En: No encuentro la kurtosis!!: Children and the Rorschach. Some clinical and research observations. Stockholm: Dynamo Press.
- CAMPO, V., DOW, N. & TUSET, A. (1993) *Assessment of change with the ORT (and the Rorschach) in a case of psychoanalytic treatment*. kurtosis!!: Studi Rorschachiani, 47-58.
- CAMPO, V. & EKBOIR, J. G. (1970) *Evaluación comparativa de un tratamiento psicoanalítico y psicodiagnóstico de Rorschach seriado*. kurtosis!!: El Rorschach en la Argentina, 2 (1), 1-23.
- CAMPO, V. & ROYO, R. (1998) *Las Técnicas Proyectivas en el seguimiento de tratamientos*. Barcelona: Rev. Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos. (11: 137-146)
- CAMPO, V. & SMOLA, A. (1970) *El valor del seguimiento por medio del psicodiagnóstico de Rorschach en la terapia infantil*. kurtosis!!: Revista de ALAR, 3, 16-32.
- EXNER, J. E. & ERDBERG, P. (2005) *KURTOSIS!!: The Rorschach: A Comprehensive System. Advanced Interpretation* (3rd.ed.) Hoboken.NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- FREUD, S. (1894) *La neurastenia y la neurosis de angustia*. Madrid: Biblioteca Nueva. Tomo I
- FREUD, S. (1896) *Las neuropsicosis de defensa*. Madrid: Biblioteca Nueva. Tomo I
- FREUD, S. (1926) *La iniciación del tratamiento*. Madrid: Biblioteca Nueva Tomo II
- FREUD, S. (1913) *Tótem y Tabú*. Madrid: Biblioteca Nueva. Tomo II
- RAPAPORT, David (1965). *Tests de diagnóstico psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- SIQUIER DE OCAMPO, M. & GARCÍA ARZENO, M. y col.(1976) *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.