

EL PSICODIAGNÓSTICO DE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE DESDE UN ENFOQUE MULTIMODAL

Dra. en Psicología Graciela Lis Rossi

Abstract

Learning problems are described with the Multimodal Model of Arnold Lazarus. Its usefulness is considered for Psychodiagnosis, affording a holistic and thorough study of all possible alterations in learning, as well as that of the individual analysis. A case study that exemplifies its importance in personality assessment, therapeutic results, and the integration of other techniques used in child psychodiagnosis was included.

Keywords: Psychodiagnosis, Multimodal Model, Learning Problems

Resumen

Se describen los problemas de aprendizaje a través del enfoque Multimodal de Lazarus. Se indica la utilidad de incluir este instrumento de investigación en el psicodiagnóstico, tanto por permitir hacer un análisis global y exhaustivo de todas las alteraciones posibles en el aprendizaje; como por posibilitar el análisis individual de casos particulares. Se incluye una casuística que ejemplifica su importancia en la evaluación de la personalidad, en los resultados terapéuticos y en la integración de las demás técnicas utilizadas en el psicodiagnóstico de niños.

Palabras clave: Psicodiagnóstico - Enfoque Multimodal - Problemas de Aprendizaje

Como psicóloga clínica y pedagoga con orientación en Psicodiagnóstico, dedicada en gran parte a los problemas de aprendizaje, me propongo presentar lo que considero un instrumento práctico que permita hacer un psicodiagnóstico completo y simple de aquellos pacientes que presentan dificultades en el aprendizaje. Tarea por demás de difícil teniendo en cuenta la complejidad causal de este tipo de trastornos.

Hoy considero una opción valiosa el “Enfoque Multimodal de A. Lazarus” (Lazarus, 1983) puesto que proporciona un modelo comprensivo para la evaluación y la terapia. Además permite al terapeuta cuestionarse permanentemente la efectividad de la práctica aunque evita clasificaciones como las etiquetas diagnósticas o categorías nosológicas.

El modelo al que recurre para una evaluación de la personalidad posee siete variables o modales: Biológico, Afectivo, Sensaciones, Imágenes, Cognoscitivo, Conductas y Social (B.A.S.I.C.Co.S.). Si bien éste autor no estudió específicamente la clínica del aprendizaje, considero que su esquema diagnóstico puede completar nuestra tarea de psicodiagnosticadores.

Primero definiremos Problemas o trastornos de Aprendizaje, como todo aquel emergente, síntoma, alteración o variable que sitúa al sujeto sustancialmente por debajo de lo esperado, dada su Edad Cronológica, su Cociente Intelectual y la escolaridad propia de su edad; o que interfieren significativamente el rendimiento académico.

A partir de esta definición voy a describir las posibles alteraciones de cada uno de los siete modales del B.A.S.I.C.Co.S. con el objeto de encontrar un instrumento organizador para evaluar en forma detallada y completa aquellos elementos de la personalidad que inciden en las alteraciones que se producen en el proceso de aprendizaje.

Modal biológico

El modal Biológico se refiere al organismo. Dieta, peso, altura, edad. Enfermedades previas y actuales, antecedentes nosológicos y hereditarios. Medicamentos ingeridos, accidentes sufridos y repercusiones físicas, intervenciones quirúrgicas, insomnio, etc.

Por lo tanto, tomamos al cuerpo como infraestructura y consideramos las variables neurofisiológicas y madurativas del sujeto que nos consulta. Comprendería todos aquellos trastornos cuyas causas están en el S.N.C. que tiene a cargo la coordinación de los órganos comprometidos con la manipulación del entorno. (Rossi, 1990)

En este nivel puramente fisiológico de los procesos de aprendizaje, de la actividad fisiológica de los sectores superiores del S.N.C. que sustentan las praxias, las gnosias y el lenguaje; los síntomas en la patología suelen ser similares a los errores que los niños cometen a lo largo del proceso de aprendizaje con la diferencia que los patológicos se estabilizan mientras que los otros son fugaces.

En este punto es fundamental el trabajo en equipo con el pediatra, neurólogo y/o neuropsicólogo, endocrinólogo, etc. Dado que comprendería la sintomatología asociada a medicamentos que afectan los aprendizajes y las L.C. debido a causas genéticas, prenatales, perinatales o postnatales; así como también las diferentes patogenias: gnóstico-práxicas (cuando no logra

el nivel funcional de gnosias visuo y temporoespaciales o praxias manuales), afásicas (por deficiencias analíticas-sintéticas del analizador verbal), y anártricas (bajo nivel funcional del analizador cinestésico-motor-verbal), metabólicas, glandulares, alimenticias, enfermedades crónicas, infecciones, trastornos en el área perceptiva-motora (lateralidad, etc.). (Azcoaga, J. et als,1997).

Modal afectivo

El modal Afectivo cubre las emociones (el significado subjetivo y sentido que uno le da a la experiencia). Tenemos en cuenta las emociones auténticas (alegría, afecto, miedo, enojo, tristeza) y sustitutivas o “rebusques” (ansiedad, culpa, vergüenza, fobias, depresión, envidia, celos, odio, etc.) (Kertész, R. 1997).

Aquí es conveniente diferenciar que tipos de emociones despertó el ingreso a la escuela o cualquier otro tipo de aprendizaje anterior como el control de esfínteres, el alimentarse, etc. Las ansiedades persecutorias en relación al crecimiento asociado a la muerte o a la independencia y la soledad que el conocer conlleva, alteran en calidad y cantidad al aprendizaje. La vergüenza o temor al ridículo, la confusión en la identidad y el ser por contraposición, los celos y el odio hacia el que aprende, la envidia propia y el temor a la envidia que despierta al otro el poseer conocimiento, etc. pueden impedir el aprendizaje.

Sensaciones

Este modal se refiere a la información que llega a través de los órganos de los sentidos, aún antes de ser interpretada. Sensación física es la percepción de los cambios en el funcionamiento corporal (dolores, contracturas, dificultad para respirar, fatiga, acidez, sudoración, etc.) También tenemos en cuenta los estímulos sensoriales que le pueden agradar o no.

En el aprendizaje puede influir todo déficit en los órganos de los sentidos que impida la adquisición de datos como también la calidad y cantidad de estímulos recibidos desde el nacimiento. Las condiciones de abrigo y comodidad, etc.

Estaría en relación al entorno material, la cantidad y calidad de los estímulos que constituyen el campo de aprendizaje y a la propia percepción del sujeto de su funcionamiento corporal. (Azcoaga, J. et als,1997).

Imágenes

Las imágenes son representaciones mentales de los datos de los sentidos (visuales, auditivas, kinestésicas, olfativas, cenestésicas, gustativas).

Se pueden dar como imágenes mnémicas, oníricas, de la fantasía etc. Están localizadas en el hemisferio cerebral derecho.

Aquí incluimos aquellos trastornos en la conservación de los datos (hábitos-memoria) o los asociados a la imagen corporal, a la imagen educativa del maestro y del propio niño como alumno o con respecto a su propia capacidad de aprendizaje, etc. (Rossi, 1995). Cuando el aprendizaje está asociado a imágenes de frustración, de pérdida, de soledad, rivalidad o por el contrario de completud donde no es necesario aprender, probablemente tenemos un rendimiento escolar disminuido.

Cognitivo

El modal Cognitivo se refiere a las ideas, creencias, valores, diálogos internos, toma de decisiones. Aquí analizamos el contenido y el proceso de elaboración de las cogniciones (localizadas preponderantemente en el hemisferio izquierdo). Es decir, las ideas que el sujeto tiene sobre su propia capacidad de aprendizaje tales como: “No sirvo...todo me cuesta más...tengo mala suerte... Es fácil... estudiar no sirve para nada...etc.” Las dudas al tomar decisiones que se le presentan cuando debe seleccionar conceptos para responder a una consigna, por ejemplo.

Las distorsiones cognitivas (estudiadas por Beck, 1979) o desvíos sistemáticos en la forma de procesar el conocimiento que derivan frecuentemente en bajo rendimiento académico pueden ser: el pensamiento de todo o nada, la catastrofización, magnificar lo negativo/minimizar lo positivo, inferencias arbitrarias, sobregeneralización, etc.

Luzuriaga (1972) menciona contraprosos de conceptualizar, juzgar y razonar que lleva al individuo a actuar con graves deficiencias para adquirir los datos de la realidad, conservarlos y /o elaborarlos. Esto nos es manifestado en la consulta como desatención, desinterés, aburrimiento, búsqueda extenuante, olvidos o acopios de información que llevan a no comprender, hasta la despersonalización, la negación de la realidad o su intelectualización.

Por ejemplo, la creencia de que “aprender significa crecer”; frecuentemente suele sostener serias dificultades en el aprendizaje, pues aprender se transforma en algo peligroso al acercarnos a la vejez y muerte propia o de nuestros seres queridos.

Las creencias nucleares o más profundas del sujeto que hace sobre sí mismo, el mundo y las personas que lo rodean se forman en el seno de su familia. Por eso, es muy importante indagar sobre lo que piensan y sienten los padres del niño acerca de las dificultades que atraviesa así como también acerca de su propia historia de aprendizaje escolar. Finalmente todo esto dará lugar a alguna conducta: Pienso y veo; luego siento y hago (Kertész, R. 1997)

Conducta

Aquí nos referimos a la conducta observable y objetiva. Estaría lo que hacemos o decimos, las estrategias o esquemas conductuales de cada persona. Incluiría las producciones gráficas y verbales del niño o el “no hacer”.

Las conductas perturbadoras más frecuentemente relacionadas con el bajo rendimiento escolar son las descritas en el DSM IV como Trastornos del aprendizaje (de la lectura, del cálculo, o de la expresión escrita), como Trastornos de la comunicación, o como Otros trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia (de ansiedad, reactivo, disocial, etc.).

Social

Se refiere a las relaciones interpersonales actuales y pasadas. Incluiría el contexto social familiar, escolar y de grupo en que se mueve el niño (Bronfenbrenner, 1987). Si las estructuraciones sociales son constitutivas del proceso de equilibración de los conocimientos será muy útil indagar sobre la historia de sus aprendizajes y en que tipo de medio que se realizó.

El factor a tener en cuenta es la organización de los estímulos más que la cantidad. Un medio flexible si bien es fuente de conflicto y desequilibrio facilita la actividad compensadora con su organización y por lo tanto el cambio y progreso del niño. Es diferente en el caso de medios rígidos (de reglas y horarios inmutables) donde no se toleran los desequilibrios o en medios aleatorios (sin reglas) que producen estructuraciones muy frágiles. Esto no sólo es válido para el ambiente familiar en que se desenvuelve el niño sino también para el tipo de enseñanza más o menos organizada que recibe. Un caso típico son las dificultades originadas en la discontinuidad escolar por cambios sucesivos de escuelas.

Si el contexto escolar respeta el contexto de pertenencia del niño, sus períodos de crisis, las diferencias individuales, fomenta la creatividad, la autocrítica, le provee al sujeto de un nuevo contexto de pertenencia y de refugio de tensiones ayudándolo al desprendimiento de su familia, al logro de su autonomía y a la formación para la vida social. En caso contrario, espera conductas tipificadas agravando sus dificultades o provocándolas. Por ello, al considerar este modal tenemos en cuenta el medio en el se inserta para evaluar la capacidad adaptativa del sujeto y de sentido de la realidad como también para dar un pronóstico.

Perfil multimodal

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados, estamos en condiciones de armar un primer Perfil Multimodal de doble entrada a través

de un proceso Psicodiagnóstico que incluye Entrevista Inicial con los padres y las entrevistas con aplicación de la batería de tests correspondiente al niño.

Primero veamos en un esquema lo que deberíamos indagar y a través de qué técnicas exploratorias.

Perfil multimodal del psicodiagnostico. (rossi, 2000)

	INVESTIGAMOS	TECNICAS DGN.
BIOLOGICO	Salud del niño, medicamentos, accidentes u operaciones sufridas. C.V.M.	Examen clínico y neurológico. Bender. Diferencias en C.I. Verbal y Ejecutivo del WISC.
APECTIVO	Emociones auténticas y sustitutivas que despiertan la escolaridad y el aprendizaje en el niño y sus padres. Qué significado tiene esto para ambos.	C.A.T. Pareja Educativa. Persona bajo la Lluvia. Test de M. Thomas. Test de Lüscher Entrevistas.
SENSACIONES	Las sensaciones desagradables y/o agradables que percibe al entrar a la escuela, ante las pruebas o cualquier otra situación de aprendizaje. También los impedimentos sensoriales.	Test de M. Thomas. Animal Preferido. Desiderativo Hora de Juego. Diferencias en CI del WISC
IMAGENES	Imagen corporal, de la familia, de la relación educativa y las asociadas a esta última. También las imágenes fantaseadas de futuro.	H.T.P. Flía K. Pareja Educativa T. de M. Thomas. Claves del WISC
COGNITIVO	Las ideas o creencias que sostienen el síntoma emergente o la conducta inadecuada. Cómo procesa la Información. Cómo resuelve las consignas	Observación de la conducta durante las pruebas y de los cuadernos. C.A.T. T. de Düss. Bender. WISC.
CONDUCTA	Comportamiento adaptativo o no dentro de su familia, en la escuela, ante el aprendizaje, con otros adultos y niños. Sus producciones. Qué conductas son reforzadas por los padres y/o por la escuela.	Observación de cuadernos Conductas y producciones WISC. RO C.A.T.
SOCIAL	Relación o tipo de vínculo con el entrevistador, con el grupo, maestros, padres y con el propio aprendizaje. En qué medio se desempeña.	C.A.T. FLIA K. Entrevista con padres y maestros. En WISC: Subtest de Información, Comprensión y Ordenamiento de Hist.

Completando este cuadro con los problemas y síntomas relevantes de cada uno de los modales, podemos establecer un Perfil Multimodal de primer orden de la personalidad al que le podemos agregar las técnicas terapéuticas apropiadas para ser aplicadas (en el lugar de las diagnósticas que aparecen en el cuadro anterior). Para amplificar algún aspecto del problema como en este caso, el trastorno de aprendizaje, realizamos este mismo estudio sobre ese síntoma en particular dando lugar a un Perfil Multimodal de segundo orden.

Vamos a ejemplificar lo antedicho con el Caso Mariana:

Mariana, 11 años, es traída a la consulta por su mamá en el último mes de cursar su sexto año. El motivo: incontinencia esfinteriana dentro de la escuela o cuando sale de compras, desde hace 2 meses aproximadamente. Debe solicitar permiso para concurrir al baño varias veces durante las clases, aún en aquellas materias que más le gustan como Matemáticas. Siempre fue una excelente alumna pero ahora bajó su rendimiento, justo en momentos donde cursa para rendir en una escuela de mayor exigencia académica. Tiene dos hermanos mayores que ella. Pertenece a una familia de clase media de comerciantes. La madre comenta que es una niña “que no es agradable” que no va hacia los demás, es solitaria. No les toca el piano porque “no sabe bien”. La niña dice que no puede concentrarse porque piensa constantemente en que debe pedir permiso para ir al baño y se avergüenza. Los datos evolutivos son normales. Tuvo un accidente: se cayó en la escuela y hubo que operarla (pues se quebró).

Se realizó el proceso Psicodiagnóstico con Entrevista para padres, Entrevista para la niña y batería de tests (H.T.P. FIA K. P.B.la LLUVIA, Pareja Educativa, C.A.T., T. de M. Thomas). Esta información se volcó en un Perfil Multimodal de primer orden que se puede observar en la página siguiente.

Mariana recibió 14 sesiones de Psicoterapia donde se trabajaron los 7 modales con resultados que son expresados por la niña misma en la última sesión donde hace una evaluación de la terapia recibida. Dice: “Me enseñaste a controlarme más, dejé de ir al baño en la escuela... Ahora voy como todo el mundo...” “Yo te decía lo que no me gustaba...” “Me ayudaste a cómo decir lo que yo sentía”... “Yo le conté a algunas de mis amigas”...

Perfil multimodal de segundo orden: caso mariana (rossi, 2000).

	DATOS RELEVANTES	TECNICAS
BIOLOGICO	11 años. Trastornos de eliminación 5 veces por día.	Chequeo médico. Entrenamiento esfinteriano
AFFECTIVO	MIEDO “que me salga mal”... “a menstruar”... “Que nunca se me pase...” BRONCA de no poder controlar la situación.	Expresión de emociones. Soluciones posibles ante diferentes situaciones temidas. Etc. Asesoramiento a la madre
SENSACIONES	Siente dolor de panza, que se le mojan las manos, nerviosismo...	Técnicas de relajación. Respiración.
IMAGENES	Se acuerda cuando fue al centro a hacer compras con una compañera y ella tenía fiebre. Se imagina que si no hace esto la agarra un monstruo.	Análisis para pérdida de sentido de la conservación y cambio de imágenes.

COGNITIVO	Su objetivo de vida está constreñido a lo escolar. Es una carga demasiado pesada ser adulto. Prefiere quedarse niña. La madre le dice: “Nadie te va a querer” La niña dice: “Los nervios no me dejan pensar”	Asociación Libre. Técnicas cognitivas: análisis y modificación de las creencias e imágenes ansiógenas y de la dependencia en la aprobación ajena. Asesoramiento a padres.
CONDUCTAS	No habla, no participa. No pide lo que necesita. En la escuela pide permiso varias veces para ir al baño.	Entrenamiento Asertivo. Ensayo de nuevas conductas y refuerzo de los éxitos por la familia y la escuela.
SOCIAL	La maestra de Matemática dijo: “Nadie pide permiso para ir al baño” La madre prioriza los objetivos, no considera lo que siente. La niña posee normas muy estrictas para la elección de sus íntimos. Autoritaria y susceptible.	Asesoramiento a padres y escuela. Entrenamiento Asertivo. Modelado. Informe o Devolución al maestro.

Conclusion

“Una evaluación precisa” afirma A. Lazarus (1983), “requiere un estudio sistemático de cada modalidad separada y las interacciones entre las siete modalidades de los B.A.S.I.C.CO.S.” El perfil de modalidades inicial obtenido a través de las entrevistas y algunas técnicas, nos provee de un análisis macroscópico de la personalidad. Ahora, al someter cualquier ítem de dicho perfil a un estudio más detallado establecemos un Perfil de Modalidades de segundo orden que posibilita una revista microscópica del síntoma y nos permite seguir caminos terapéuticos más productivos.

Para estudiar el cómo de la sintomatología es necesario analizar las interacciones entre los modales, cómo influye uno sobre los restantes (emociones sobre sensaciones, etc.). Es importante, también examinar la secuencia u “orden de encendido” de los diferentes modales frente a una situación dada. Procedimiento llamado rastreo que permite establecer las secuencias de disparo o activación de las modalidades facilitando el rapport junto a la posibilidad de la toma de conciencia, el control y cambio. (Rossi, 2000)

Un enfoque Multimodal requiere que se responda a través del diagnóstico esencialmente sobre:

1. Los problemas específicos e interrelacionados
2. Las variables que lo mantienen

3. La instancia solucionadora del problema para ese individuo.

La simpleza y amplitud son cualidades integradoras de los resultados del Psicodiagnóstico que enriquece nuestro trabajo diagnóstico y psicoterapéutico, a la vez que simplifica la tarea última del proceso: la realización del Informe.

En cuanto al proceso de Devolución posee una concepción que respeta el origen del término (del latín *devolvêre*, rodar, restituir una cosa a la persona que la poseía) además de sus aspectos técnicos, estéticos y éticos (Rossi, 1995). Tiene en cuenta el qué, cómo y porqué se compartirá determinada información con el sujeto. Además provee una situación de intercambio y de análisis constante del terapeuta y su práctica.

Por todo esto, considero que incorporar este instrumento diagnóstico Multimodal constituye un valioso aporte para el Psicodiagnóstico, así como la integración de las técnicas Psicodiagnósticas con el enfoque Multimodal podrían constituir un enriquecimiento para la tarea del Coaching Educativo Integrado.

References:

- Aberastury, A. (1969). *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de niños*. Paidós. Bs. As. Argentina.
- Azcoaga, J. Derman, B. Iglesias, A (1997). *Alteraciones del Aprendizaje Escolar: Diagnóstico, Fisiopatología y Tratamiento*. Paidós Ibérica. España.
- Beck, A. Rush, J. Shaw, B. Emery, G (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Edición española: *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Editorial Española: Desclée de Brouwer, 1992. España.
- Bourgés, S (1980) *Tests para el psicodiagnóstico infantil*. Ed. Cincel. Madrid.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós. Barcelona
- Cayssials, A. (1998). *La escala de inteligencia WISC-III en la evaluación psicológica infanto-juvenil*. Paidós. Bs. As.
- Ellis, A. Abrahms, Eliot (2005). *Terapia Racional Emotiva*. Ed. Pax. México.
- Fromm, E. (1980). *El miedo a la libertad*. Paidós Studio. Barcelona - Bs. As.
- Erikson, E. (1985). *Infancia y sociedad*. Ed. Hormé. Paidós. Bs.As.
- García Arzeno, M. (1993). *Nuevas aportaciones al Psicodiagnóstico clínico*. Ed. N. Visión. Bs. As.
- Grassano de Pícolo, A. (1984). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. Ed. N. Visión. Bs As.
- Kerman, B. (1998). *Nuevas Ciencias de la Conducta* Ufflo. Bs. As.
- Kertész, R. (1997). *Análisis Transaccional Integrado*. Ippem. Bs. As.
- Lazarus, A. (1983). *Terapia Multimodal*. Ippem. Bs. As.

- Lunazzy, H. (1992). *Lectura del Psicodiagnóstico*. Ed. Belgrano. Bs. As.
- Luzuriaga (1972). *La inteligencia contra sí misma*. Ed. Psique. Bs. As.
- Oro, O. (2005). *Persona y personalidad*. E.F.A.L.V.Frankl. Argentina.
- Paín, S. (1976). *Los problemas de aprendizaje*. N. Visión. Bs. As.
- Paín, S. (1984). *Psicometría Genética*. N.Visión. Bs. As.
- Paín, S. (2000). *Aportes para una clínica del aprender*. Ed. HomoSap. Rosario.
- Piaget, J. (1990). *La formación del símbolo en el niño*. F.C.E. Bs. As.
- Querol, S. Y Chaves Paz (1997). *Adaptación y aplicación del test de La Persona bajo la Lluvia*. Ed. PSIQUE. Argentina.
- Rossi de Bergés, G. (1995). Psicodiagnóstico y Ética en las Instituciones Escolares. *Boletín Informativo de ADEIP*. Año 4, N°15
- Rossi, G. (1988). *Factores- causa de los problemas de aprendizaje*. Jornadas Nacionales de Psicodiagnóstico. (s.p) 18/9/88. U.N.T. Tucumán.
- Rossi, G. (1990). *El papel de la maduración en coordinación visomotora o la inteligencia en el aprendizaje de la lectoescritura*.- Biblioteca especializada “J. J. Bernstein” N 0062. IV Jornadas Nacionales de Psicodiagnóstico. U.N.C. Córdoba.
- Rossi, G. (1995). *Reflexiones acerca de la Devolución en el Psicodiagnóstico Infantil*. Biblioteca especializada “J. J. Bernstein” N 0406. IX Jornadas Nacionales de Psicodiagnóstico. ADEIP. Cap. Fed.
- Rossi, G. (1998). *Psicodiagnóstico Infantil: la devolución al maestro*. Biblioteca especializada “J. J. Bernstein” 0915. II Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. ADEIP. Santa Fe.
- Rossi, G. (2000). *Un enfoque multimodal de los problemas de aprendizaje*. (Biblioteca especializada “J. J. Bernstein” 1553). Jornadas Nacionales de Psicodiagnóstico. ADEIP. La Plata.
- Rossi, G. (2007 a). *La investigación de la inteligencia y la personalidad como bases para el rendimiento*. ISSN 1667 -6750. XIV Jornadas de Investigación de la UBA. Tercer encuentro de investigadores del Mercosur. (p.a). Tomo I. (pag. 441). Bs. As.: UBA. <http://www.aacademica.com/000-073/339>
- Rossi, G. (2007 b). *Mala praxis en el Psicodiagnóstico*. XI Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. C.L. 4. (pag. 62). ADEIP. S. S. De Jujuy.
- Rossi, G. (2007 c). *Por qué test de Personalidad en problemas de rendimiento*. XI Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. C.L. N 5. (p. 62) ADEIP. S. S. De Jujuy.
- Rossi, G. (2008). *Investigando un modelo de diagnóstico integral de la personalidad*. XV Jornadas de Investigación de la U.B.A. Cuarto encuentro de investigadores del Mercosur. (Tomo III pag. 501). U.B.A. Bs. As.
- Rossi, G. (2009). *¿Qué medimos cuando medimos rendimiento?* XIII Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. XX Jornadas Nacionales de ADEIP:

Libro: Psicodiagnóstico, Devolución, Trascendencia y Responsabilidad (pag. 154) U.N.C. Córdoba.

Rossi, G. (2009). *Personalidad e inteligencia: las rutas del rendimiento*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Flores. Bs. As. Argentina

Rossi, G. (2011). *Hacia un modelo integral tridimensional de diagnóstico de la personalidad*". U.N.T. Congreso de Psicología del Tucumán. Tomo II: Congreso de Psicología del Tucumán. (pag. 7). UNT. S.M. de Tucumán.

Rossi, G. (2011). *Modelo integral tridimensional de diagnóstico de la personalidad*. (RES. HCD. N: 085-10-2010). Póster presentado en el II Congreso de Psicología del Tucumán. Libro del Congreso (pag. 116). Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán. S.M. de Tucumán.

Rossi, G. (2012). *Un nuevo modelo de diagnóstico de la Personalidad*. World Federation for Mental Health. (ISBN 978-987-23478-5-7) VII Congreso Argentino de Salud Mental.. En "Diagnóstico o estigma" (pag. 259). Asociación Argentina de Salud Mental. Bs. As.

Rossi, G. (2013). *La concepción de sujeto como elemento de pronóstico*. (ISSN 1667 -6750). XX Jornadas de Investigación de la UBA. Noveno encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur. Tomo II. (pag. 60). Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Bs. As. <http://www.academica.com/000-054/911>

Tallis, J y Soprano, A. (1991). *Neuropediatría. Neuropsicología y aprendizaje*. Nueva Visión. Bs. As.