



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

CAMPUS IZTACALA

**PERFIL PSICOLOGICO DE LOS USUARIOS DE LA
UNIDAD DE EVALUACION PSICOLOGICA IZTACALA
EN EL AREA DE CLINICA ADULTOS**

REPORTE DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

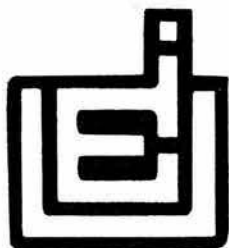
ANGELICA PEREZ TREJO

SINODALES:

MTRO. ARTURO SILVA

MTRA. LAURA E. ARAGON

MTRO. JAIME MONTALVO



LOS REYES IZTACALA

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



U.N.A.M. CAMPUS
TÁCALA

INDICE

IZT.

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO UNO

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA.....	4
1.1 GRECIA ANTIGUA.....	4
1.2 LA PSICOLOGÍA CRISTIANA.....	9
1.3 EDAD MODERNA.....	12
1.4 LAS ESCUELAS PSICOLÓGICAS DEL SIGLO XX.....	16

CAPÍTULO DOS

PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	25
2.1 DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	28
2.2 LAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.....	33

CAPÍTULO TRES

EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	39
3.1 ENTREVISTAS.....	44
3.2 OBSERVACIONES.....	51
3.3 DOCUMENTOS HISTÓRICOS.....	54
3.4 PRUEBAS PSICOLÓGICAS (TESTS).....	55

CAPÍTULO CUATRO

PRUEBAS PSICOLÓGICAS O TESTS COMO TÉCNICA DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	57
4.1 DEFINICIÓN DE TESTS.....	57
4.2 HISTORIA DE LOS TESTS.....	59
4.3 TESTS PSICOLÓGICOS.....	62

CAPÍTULO CINCO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	76
<i>MÉTODO</i>	77
<i>SUJETOS</i>	78
<i>RESULTADOS</i>	78
<i>CONCLUSIÓN</i>	89
CONCLUSIONES GENERALES	91
ANEXO	98
BIBLIOGRAFÍA	107

*A MIS PADRES, NICOLÁS Y YOLANDA
CON TODO CARIÑO POR SU EJEMPLO,
ESFUERZO Y APOYO INCONDICIONAL
PARA MI FORMACIÓN PROFESIONAL*

*A MIS HERMANOS, MILTÓN Y ALEX
CON QUIENES COMPARTO TIEMPO Y ESPACIO*

*A TODAS AQUELLAS PERSONAS,
COMPAÑEROS Y AMIGOS
QUE DE UNA U OTRA FORMA
HAN ESTADO CONMIGO*

CON TODO MI AGRADECIMIENTO
A LA MTRA. LAURA E. ARAGÓN
POR LAS HORAS INVERTIDAS
EN LA SUPERVISIÓN DE ESTE TRABAJO
Y SUS ATINADAS SUGERENCIAS
QUE AYUDARON A CONSTRUIR
LO QUE FINALMENTE HOY DE EXPONE

AL MTRO. JAIME MONTALVO GRACIAS,
POR SU DISPONIBILIDAD
EN LA REVISIÓN DE ESTE
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

GRACIAS AL MTRO. ARTURO SILVA
POR LA CREACIÓN DE LA UNIDAD
DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA IZTACALA
(UEPI) Y POR LAS FACILIDADES
PRESTADAS PARA LA REALIZACIÓN
DE ESTA LABOR

UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL
AL COMITE DE BECA-TEISIS,
POR EL APOYO ECONÓMICO OTORGADO
A LO LARGO DE LA ELABORACIÓN
DEL PRESENTE TRABAJO
Y A D.G.A.P.A. POR EL MATERIAL
QUE BRINDÓ Y SIGUE BRINDANDO
PARA QUE LA UEPI CONTINÚE EN MARCHA

INTRODUCCIÓN

La creación de la Unidad de Evaluación Psicológica Iztacala (UEPI) responde a los artículos 1 y 2 del Estatuto General de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que establece que la UNAM tiene como fines la docencia, la investigación, servir a la sociedad y extender la cultura.

Actualmente el área de Psicología de la E.N.E.P Iztacala brinda atención en Psicología educativa, clínica, social y educación especial; pero es notoria la ausencia de una unidad de evaluación psicológica que permita dar elementos de juicio a las personas que lo soliciten y que tienen también la necesidad de contar con información confiable y válida que le ayuden a tomar decisiones personales, educativas y terapéuticas.

De esta manera la UEPI nace como una necesidad de dar un mayor y mejor servicio a la comunidad.

Los objetivos de la UEPI en las áreas de servicio, investigación y docencia son los que a continuación se mencionan:

SERVICIO

El servicio que se brinda busca como principales objetivos a) proporcionar elementos de juicio para realizar decisiones adecuadas en los ámbitos clínicos,

educativos, de educación especial, laboral y vocacional; b) canalizar al sujeto al servicio reformativo adecuado y c) proporcionar la información a los agentes institucionales sobre los niveles de ejecución de un sujeto o grupos de sujetos, según sea el caso.

INVESTIGACIÓN:

Los objetivos de las líneas de investigación de la UEPI son:

- 1.- Evaluación de la calidad del servicio
- 2.- Validación de instrumentos
- 3.-Estandarización de Instrumentos.- Diseño y construcción de instrumentos de evaluación
- 4.- Confiabilización de Instrumentos

DOCENCIA:

El ejercicio de la docencia comprende tres aspectos los cuales son:

- 1.- Conceptualización: Presenta una delimitación del campo de la evaluación psicológica conforme a diferentes teorías, así como también explicar los supuestos teóricos y metodológicos en los que se sustenta.
- 2.- Construcción: Es la enseñanza de los diferentes procedimientos que existen para evaluar instrumentos de evaluación psicológica.
- 3.- Aplicación: Tiene el propósito de elaborar cursos encaminados a la formación

de profesionales en las ciencias sociales y de la salud, en la identificación y selección del método de medición a utilizar en una evaluación, así como la aplicación e interpretación de resultados.

Conforme a los objetivos del proyecto, la Unidad de Evaluación Psicológica Iztacala responde a las funciones sustantivas que rigen la vida universitaria como son servir a la sociedad, investigar y educar en todas las corrientes del pensamiento y las tendencias de carácter científico y social (Silva 1993).

En este trabajo se reportan específicamente los resultados del servicio de evaluación del ámbito clínico; en el cual para muchos autores como Mischel (1973) la evaluación es muy importante ya que son de gran ayuda para la psicoterapia, pues ayudan a planear programas de tratamiento y objetivos de acuerdo a las necesidades particulares del individuo.

Debido a esta importancia la mayor parte de los psicólogos clínicos utilizan más de un método para realizar sus evaluaciones; en este trabajo veremos brevemente algunas de las herramientas más utilizadas poniendo un especial interés en las entrevistas y en los tests psicológicos que son los métodos utilizados en la UEPI, además de hacer una pequeña revisión de la historia de la psicología en general y de la psicología clínica en particular.

CAPÍTULO UNO

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA

Cuando se habla de Psicología generalmente se dice que es una ciencia joven, con una historia que se remonta al último tercio del siglo XIX, específicamente en el año de 1879, cuando Wundt establece en Leipzig, Alemania el primer laboratorio de psicología experimental (Caparrós, 1990); si bien esto es cierto en lo referente a la psicología científica, la psicología como tal tiene toda una historia, sobre todo de origen filosófico; se podría decir que los problemas psicológicos tienen su origen con el nacimiento del hombre, por lo que establecer una fecha concreta del nacimiento de la psicología sería una empresa interminable, por lo que en este apartado solo mencionaremos algunos antecedentes como son la Grecia antigua con sus principales exponentes Platón y Aristóteles, la psicología cristiana con San Agustín y Santo Tomás, hasta llegar a la edad moderna del siglo XX y sus diferentes escuelas.

1.1 LA GRECIA ANTIGUA

La psicología en sus inicios estaba tan ligada a la filosofía que la palabra "psicología" simplemente no existía; es hasta el siglo XVIII cuando se empieza a

hacer uso del término, el cual significa alma-razón y etimológicamente su significado es ciencia estudio del alma. Así pues en sus inicios el objetivo de la psicología es el estudio del alma. Y es aquí donde la psicología se enfrenta a su primer problema, el definir la naturaleza, la función y aún la existencia del alma.

Por tal motivo a continuación revisaremos algunas concepciones del alma.

La idea del alma nació de un sin número de experiencias como son: nacimiento y muerte, sueños, ensueños, síncope, delirios, etc; inherentes a una primera y oscura consciencia del hombre de su realidad en el mundo.

En el pensamiento primitivo, el alma aparece en correlación mágica con las fuerzas de la vida y se le atribuyen tanto al animal como al hombre, por el hecho de que ambos pueden respirar, sangrar y morir. Cuando esto último ocurría el alma se retiraba al reino de los espíritus o había migración de almas, o se convertían en fantasías y un sin número de representaciones imaginarias, (Muller 1986).

Desde entonces el género humano se expresa primeramente por una actitud animista. Todas las primeras sociedades humanas, han atribuido sus éxitos y sus fracasos a poderes misteriosos, omnipresentes capaces de modificar el curso de las cosas; tal concepción supone el deseo de cancelarse o de apaciguar estas fuerzas mediante prácticas religiosas o mágicas, que de tal modo, aparecen en los orígenes mismos de la vida mental.

La psicología propia de esta mentalidad animista presenta formas variadas, el reagrupamiento de categorías de las creencias manifestadas por algunos pueblos primitivos nos lleva a distinguir diversas clases de alma: Un alma-vida que abandona el cuerpo durante el sueño, que después de la muerte busca otro cuerpo; un alma-sombra: que sigue al cuerpo en estado de vigilia; un alma-reflejo-del-cuerpo que aparece en las aguas o en los objetos brillantes, finalmente el alma que el individuo tiene en común con el animal y que supone una comunidad de destino e incluso de propiedades físicas y morales (Muller op. cit.).

a) LA PSICOLOGÍA DE PLATÓN (428-347 a.c.)

Sobre el alma Platón quiere demostrar que es absolutamente incorpórea y repudia todas las teorías anteriores, que al identificar el alma con un elemento o grupos de elementos, le parecen comprometer irremediabilmente su carácter espiritual y su destino sobre natural.

Para apoyar su tesis Platón recurre a varios argumentos: El alma posee desde siempre la verdad; es el principio de todo movimiento; simple e indivisible y por lo tanto no compuesta, escapa por fuerza a la descomposición, es capaz de una reminiscencias que demuestra su existencia anterior; por participar en la idea de vida, se encuentra investida de una actividad eterna que excluye la muerte. De tal modo Platón concibe la vida psíquica como independiente de la vida del cuerpo, al

que gobierna tal como el alma universal, de la que es una porción; rige los movimientos del universo. Platón compara al alma como un carro de dos caballos conducido por un cochero, el cochero simboliza la razón, uno de los caballos la energía moral y el otro el deseo; Platón especifica que la razón tiene como sede la cabeza, la energía moral el pecho y el deseo en el abdomen.

De la concepción platónica se desprende que sólo la parte superior del alma tiene el privilegio de la inmortalidad, una inmortalidad cuyo carácter personal no es nada dudoso.

La afirmación de la inmortalidad personal había de constituir uno de los motivos importantes del prestigio de que disfrutaría Platón entre los apologistas cristianos, desde Justino hasta San Agustín.

b) LA PSICOLOGÍA DE ARISTÓTELES (384-323 a.c)

La psicología de Aristóteles está dominada por una ontología que presta al universo, por la intervención de una causa final y de un principio de perfección en las cosas, una arquitectura estable y armoniosa en la que cada parte está ordenada por el conjunto. Pero se abre paso un sentido de la observación objetiva, un gusto por lo concreto, una preocupación por lo individual que le confieren, en cierta medida, a pesar del marco dogmático, muchos rasgos de una psicología en el sentido moderno del término.

Considera que los platónicos, en su preocupación por afirmar el carácter sobrenatural del alma, descuidan las condiciones reales, físicas y orgánicas de su existencia, en particular, les reprocha el confundir el principio vital con los elementos que éste organiza.

Para Aristóteles existe una unión y colaboración entre el alma y el cuerpo. La unidad funcional de este último, articulada en funciones diversas, depende de ese único principio activo que es el alma, sin anterioridad real en relación con los elementos que unifica, coordina y gobierna. El alma no puede subsistir sin un cuerpo al que anima. Es principio de vida y de movimiento inminente a las funciones biológicas y fisiológicas. En cuanto a causa primera de la vida, de la sensibilidad y de la inteligencia, es acto, esencia, "forma" y no de una virtualidad cualquiera, sino, determinada, es decir de una existencia capaz "en potencia" de realizarse en esta forma en particular.

En pocas palabras el alma para Aristóteles no es esa exiliada de que habla Platón, encerrada en un cuerpo con la nostalgia de despojarse para siempre de él, es ella la que asegura la armonía funcional de las funciones vitales.

De modo general la psicología de Aristóteles apunta, en relación al idealismo platónico a rehabilitar las sensaciones como fuente de conocimiento, al establecer que no podría engañar en cuanto a su objeto propio. Y es al corazón al que atribuye

un papel privilegiado, admitiendo que este órgano es la sede del pneuma psíquico, a saber, del principio de la vida, de donde parte el movimiento mismo. Mientras el tacto y el gusto son los sentidos más importantes, para la vida natural, el olfato, la vista y el oído manifiestan ya un grado superior y la misma progresión aparece en el juego de las sensaciones (Muller op. cit.).

1.2 LA PSICOLOGÍA CRISTIANA

Lo que caracteriza el surgimiento de la institución cristiana es la inmensa esperanza puesta en la buena nueva, es el anuncio del fin de los tiempos y del advenimiento del Reino de Dios, la llamada a una convención radical, en virtud de una plenitud de amor hacia el padre y sus criaturas en la Fe, esperanza y caridad.

Se trata de algo totalmente distinto de construir sistemas explicativos acerca del mundo ya aclarado: de una experiencia de vida nueva, accesible a todos, de una comunión fraternal en el fervor de un despego del mundo y de sus servidores, para entrar desde ahora en el Reino de Dios.

El racionalismo cede su lugar a un espiritualismo exaltado y la exigencia científica cede su lugar a la Fe, llevada en alas de imaginación.

a) SAN AGUSTÍN (354-430)

Toda la reflexión de San Agustín, preocupado por esclarecer lo más posible las verdades reveladas, está dirigida a Dios y su Psicología emerge constantemente

sobre el fondo de una metafísica intensamente vivida.

En la tierra, el alma, es en primer lugar, el principio vital que vivifica el cuerpo, le confiere su unidad y mantiene la armonía y la proporción en el crecimiento y en la generación. Este principio vital es atribuido también a las plantas. En un segundo grado la vida sensitiva, con sus múltiples resonancias, señala el surgimiento del ánima, que pertenece lo mismo a los animales que al hombre y es capaz de velar por la buena adaptación del cuerpo al que anima.

Las funciones del ánima se refieren a los sentidos externos, en comunicación con el exterior por la vía de los órganos corporales y a un poder de coordinación al que San Agustín llama sentido interno, inseparable de una memoria sensible a la que llamamos hoy sensorio motriz. El tercer grado es el ánima del alma pensante y razonable propia del hombre.

San Agustín admite que el alma humana participa, no solamente en el universo sensible, sino en la inmutable perfección de la verdad.

La postura de San Agustín dominaría los siglos que vendrían después, hasta la difusión de los escritos de Aristóteles en el siglo XII; sin embargo su influencia no ha desaparecido por completo, pues el angustinismo no ha dejado de ejercer una atracción singular sobre aquellas personas inclinadas a un misticismo intelectual, siguiendo las tres distintas teologías: la Fe, la esperanza y la caridad.

b) SANTO TOMÁS DE AQUINO (1224-1275 a.c.)

El pensamiento de Santo Tomás no avanza en el sentido de la interioridad, se orienta deliberadamente hacia el mundo natural, creación de Dios, como intermediario necesario para elevarse a él. Admitiendo que el intelecto humano es capaz de formar principios primeros, considera que su debilidad es no poder formarlos más que a partir de las especies abstractas de las cosas sensibles. No hay conocimiento directo de lo inmaterial.

En Santo Tomás encontramos la concepción piramidal de los seres terrestres: mineral, vegetal, animal hasta llegar al hombre en quien lo propio es el pensamiento. En el universo tomista reinan por doquier las causas finales; los ojos han sido hechos para ver, los sentidos para proporcionar materia al trabajo del intelecto; los minerales, las plantas y los animales para servir al hombre; espíritu encarnado. En cuanto a Dios, esta más allá de nuestro entendimiento y sólo podemos acercarnos a él a partir de las criaturas.

La postura tomista tiene por mira refutar la idea de que la materia corporal puede imprimir su huella en una sustancia incorpórea como es el intelecto y modificarla y apunta también a negar de tal modo, que la sola impresión de los cuerpos sensibles pueda producir el conocimiento intelectual y darnos cuenta y razón del mismo.

En Santo Tomás, el dualismo no es superado más que por la Fe estando

asegurada la unidad fundamental por el poder de Dios, el creador de todas las cosas, que funda para su propia conveniencia el intelecto y las esencias inteligibles (Muller op. cit.).

1.3 EDAD MODERNA

a) EL DUALISMO CARTESIANO

La obra de René Descartes (1596-1650), constituye un punto de referencia incomparable, en cuanto introduce el problema del psiquismo humano en el medio mismo de las preocupaciones. Manifiesta la exigencia de un nuevo racionalismo fundado en la captación directa del sujeto pensante por él mismo. El rigor de su pensamiento al dotar a los problemas de articulaciones precisas, aunque fuesen artificiales, fue saludable para el progreso de la nueva toma de conciencia.

Mientras que la tradición admitía como evidente la existencia del cuerpo humano y del mundo para inferir la del alma y de Dios, Descartes quiere establecer que se puede dudar del cuerpo y del mundo, pero no del pensamiento, evidencia primera e irrefutable. De esta manera, el cartesismo saca a la luz el dualismo del espíritu y la materia.

En lo referente a las percepciones distingue entre percepciones cuya causa es el alma y que se refieren a nuestra actividad voluntaria o imaginaria; aquellas que tienen al cuerpo por causas, debida a la agitación de los espíritus animales y con las

cuales se relacionan los sueños y las alucinaciones. Después tenemos las percepciones que llegan al alma por intermedio de los nervios, unos que se refieren a los objetos exteriores que impresionan a nuestros sentidos y otros a nuestro propio cuerpo y por último las percepciones que relaciona con el alma y que son verdaderas pasiones.

Descartes trata de demostrar que las sensaciones son el resultado de sacudidas de intensidad variable y la imaginación es la capacidad del espíritu para forjar y utilizar imágenes, es decir, elementos en relación con la sensibilidad.

La psicología de Descartes, en particular en las pasiones del alma, constituye una admirable antropología concreta, un verdadero tratado de psicofisiología cuya influencia ha sido considerable. Distingue seis pasiones fundamentales o primitivas: la admiración, en el sentido etimológico de asombro, de sorpresa que exista la atención; el amor, hecho de atractivo; el odio hecho de repulsión; el deseo, orientado hacia el porvenir; la alegría, proveniente de la satisfacción del deseo; la tristeza, proveniente de su no satisfacción, luego las pasiones particulares que se derivan.

Tal psicología tiene como fundamento esa acción recíproca del alma y el cuerpo (Muller op cit.).

b) EL EMPIRISMO INGLÉS

Locke (1632-1704) fue llamado el primer asociacionista, comparó a la mente en su

estado puro, con una hoja de papel blanco sobre la cual escribe la experiencia, así fue como nació el movimiento conocido como el "empirismo inglés." Sin él, el surgimiento de la moderna Psicología, observacional y experimental podría haberse retrasado muchos años.

Para Locke una idea era cualquier cosa en la que se pudiera pensar. Blancura, dureza, hombre, movimiento, embriaguez, elefante, etc; fueron mencionadas por él, como ideas típicas, las que consideraba provenientes de una de dos fuentes: directamente de los sentidos o indirectamente de las reflexiones mentales sobre las ideas conocidas de manera sensorial -ideas sobre las ideas-.

Incluso consideraba que las ideas podían ser simples o complejas; estas últimas compuestas por las primeras y reducibles a ellas, luego de un análisis cuidadoso. De esta manera Locke lanzó al futuro la posibilidad de analizar la mente humana en elementos y también la naturaleza de estos elementos.

Otros autores importantes de este movimiento son Hobbes (1588-1679), para muchos el padre de esta doctrina, fue también asociacionista, ya que habla de las sucesiones de pensamiento, en las cuales una imaginación sigue a otra en el mismo orden que los objetos de los sentidos, de los cuales se derivan: aquellos movimientos que se suceden inmediatamente uno a otro en el sentido, permanecen juntos después de sentirlos. Afirma también que hay dos clases de movimientos: uno

vital, como es el respirar y otro voluntario, como es el hablar, el oír, etc

Mientras Hobbes creía que todo era materia y Locke pensaba que había un mundo físico y una mente para conocerlo, ya sea directa o indirectamente, Berkeley (1685-1753) no compartía ninguno de los dos principios, él afirmaba que nunca se percibía directamente la profundidad visual, sino por medio de claves aprendiendo a interpretarlas.

El tamaño relativo, la interpretación y la perspectiva aéreas son claves mencionadas por Berkeley, es lo que en la actualidad se llama "convergencia binocular". Cuando se enfoca un objeto cercano, los dos ojos convergen y lo que nos dice la distancia desde el objeto fijado es la apreciación de esta convergencia y viceversa (Muller op. cit.).

c) LA PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

La Psicología experimental nació en Alemania en donde ya Herbart (1776-1841) había intentado aplicar las matemáticas al estudio de la vida psíquica, la psicofísica se fijó como tarea determinar la relación que existe entre un fenómeno psíquico (la sensación) resultante de ello, con vistas a extraer sus leyes. Por su parte Weber (1795-1878) realizó investigaciones, en especial táctiles y visuales; a pasar de la fisiología a la Psicología concluyó que la cantidad de excitación necesaria para distinguir una primera sensación de una segunda sensación está en relación con la

sensación inicial. De aquí la ley de Weber de que la excitación crece o decrece de manera continua y la sensación de manera discontinua; y de que la cantidad de excitación correspondiente a un umbral diferencial esta en relación fija con la excitación inicial. En esta misma línea Fechner se propuso deducir matemáticamente, de estos primeros trabajos de Weber, una ley más precisa: la sensación crece como el logaritmo de la excitación.

La ley de Weber-Fechner fue realizada de nuevo por Foucault, pero con un espíritu crítico mayor, en cuanto a la complejidad de los fenómenos sensoriales en sus relaciones con la percepción.

Wundt desempeñó un papel decisivo en la constitución de la psicología experimental, anexándole la fisiología y la anatomía. Su meta fue elaborar una Psicología admitiendo solamente "hechos" y recurriendo, en la manera de lo posible a la experimentación y a la medición, sobre todo como ya se mencionó anteriormente con la fundación de su laboratorio en 1878 (Keller, 1986).

1.4 LAS ESCUELAS PSICOLÓGICAS EN EL SIGLO XX

Es al principio de este siglo cuando se empieza a poner en práctica la psicología como una herramienta terapéutica, para tratar de solucionar los diferentes problemas emocionales que la gente presentaba, pero esto se hizo desde diversos puntos de vista, a continuación se presenta una breve revisión de algunas corrientes

psicológicas más utilizadas.

a) PSICOANÁLISIS

Con Freud (1856-1939) se inicia una nueva forma de comprender los problemas de la sexualidad y la importancia de la edad infantil en la formación del carácter, la angustia, etc.

El psicoanálisis subrayó el medio ambiente interno sobre los estímulos de adentro, en la forma de impulsos e instintos (Matson 1984).

El psicoanálisis fue recibido con reserva por los experimentalistas, que lo acusan de vaguedad en los conceptos, de carecer de pruebas concluyentes, sin respaldo de resultados terapéuticos y sin posibilidad de verificación experimental. Sin embargo hacia 1897 inicia Freud el autoanálisis y en 1900 publica la Interpretación de los Sueños. Entonces aparecen ya sus primeros discípulos entre ellos Jung, Adler, Rank, etc.

La teoría del psicoanálisis a grandes rasgos nos indica que la vida psíquica del hombre tiene dos partes principales: una consciente secundaria y otra inconsciente.

La represión de censura impide a las fuerzas, impulsos y deseos que mueven las acciones humanas, manifestarse como son.

Entre el inconsciente y el consciente se sitúa el preconscious, que en un momento dado se convertirá en consciente.

Aunque reprimidos por la censura, los impulsos siguen luchando contra aquella, inconsciente dinámico, dando a buena parte de las acciones un carácter de transición entre los que consideramos nuestros motivos y los que nos motiva el inconsciente.

Según Freud los sueños son la realización enmascarada de los deseos e impulsos reprimidos, con un contenido manifiesto y un contenido latente que revela el sentido y significado de lo soñado. La interpretación ha de llegar desde el contenido manifiesto.

Los instintos son un puente entre el mundo psíquico y el mundo físico; su gran plasticidad, permite a los instintos cambiar fácilmente de objeto y fin.

El narcisismo acompaña al hombre mientras vive y su descubrimiento derrumbó las barreras entre sexualidad y autoconservación.

Al revisar sus teorías establece Freud como instintos básicos el Eros y el Tanatos.

La teoría de la personalidad establecida en 1921, se basa en el ello, el yo y el super yo, tras haber observado que buena parte de las instancias opresoras son inconscientes.

El control de los impulsos es lo decisivo en la curación, tras de la cual el paciente es dueño de sí mismo (Caparrós op. cit).

b) EL CONDUCTISMO

El conductismo es la primera escuela psicológica americana y una manifestación típica de esta cultura. Se basa en la defensa del carácter objetivo de la psicología, aplicación de los principios de psicología animal a los seres humanos y rechazo de todo concepto y explicación mentalista; hasta el punto de excluir de su programa el tema de la conciencia y prescindir de la introspección.

El conductismo surgió como reacción a la preocupación excesiva a la Psicología del siglo XIX en la conciencia y la introspección como forma de obtener los datos en la actividad mental consciente (Matson op cit).

Thorndike (1874-1949) es el precursor del conductismo; antes que Pavlov y Watson elaboró una teoría de la conducta, basada en el aprendizaje con un enfoque propio de la tradición asociacionista y en la que se han basado todas las teorías que se han elaborado después. Resultado de sus experimentos con gatos, fue la teoría del aprendizaje y su punto central la ley del efecto. En ella se niega que la práctica pueda conducir al aprendizaje; si no hay efectos satisfactorios éste no se da; las respuestas seguidas de desplacer o castigo se debilitan en su asociación con la situación estímulo correspondiente.

J. B. Watson (1878-1958) dio a la Psicología el carácter de estudio de la conducta y supo combinar el funcionalismo, el método experimental de la psicología animal y

el condicionamiento de Pavlov (1849-1936) y Bechrev (1857-1927). Su obra capital el conductismo, apareció en 1925; en ella concede gran importancia al factor herencia en la conducta humana. Watson rechazó la ley de Thorndike por presuponer la introspección y basó su teoría del aprendizaje en la asociación; paso del conductismo metodológico al conductismo radical.

Watson influyó como pocos en la formulación precisa de los objetivos y métodos de la Psicología.

Se conocen como "neo-conductistas" a los psicólogos que en 1930 y desde entonces, abandonan el conductismo radical de Watson conservando su punto de vista metodológico, la visión mecanicista de la conducta, el ambientalismo y el aprendizaje. El neo-conductismo se basa en el principio de estímulo-respuesta y se contrapone a la Psicología mentalista. Entre los neo-conductistas destacados encontramos a: Gutthrie, Hull, Tolman y por supuesto Skinner, quien es el más conocido, ha contribuido como ningún otro al desarrollo del condicionamiento operante, que considera fundamental para comprender la conducta de los organismos.

El mérito de introducir en el conductismo los aspectos cognitivos e intencionales para lograr una combinación del conductismo y la Psicología de la gestalt, se debe a Tolman, cuya influencia en la Psicología contemporánea es cada día mayor por su

insistencia en los aspectos cognitivos.(Caparrós op. cit.).

c) LA GESTALT

La Psicología de la gestalt o de la forma aparece en Alemania y tuvo puntos en común con los movimientos conductista y funcionalista pero se enfrentó en un duelo a muerte con el conductismo, originado por su presentación en Alemania y las peculiaridades de la filosofía y las culturas europeas.

El año de 1912 se considera como el del nacimiento de la gestalt, partiendo de las observaciones de Wertheimer (1880-1943), sobre el fenómeno que él mismo llamó "Fí".

Como toda la Psicología alemana, la gestalt tiene su origen filosófico; la influencia de Kant se proyecta en todos los movimientos, desde los primeros hasta la fenomenología que tanto influyó en la gestalt filosófica y psicológicamente.

Al tiempo de Wertheimer iniciaba el movimiento de la gestalt aparecían importantes trabajos de: Jaensch, Katz y Rubin sobre fenomenología. Sander y Krüger investigan a fondo sobre el tono, en una línea que supone un acercamiento a la gestalt.

Los gestaltistas aducen contra el análisis que destruye la realidad que procura analizar, perdiéndose de vista el objetivo al fragmentarlo. Köhler hace casi una retractación al afirmar que la gestalt no abandona el análisis como método científico aplicado a elementos y unidades naturales, nunca a algo creado artificialmente al

modo que lo hacen otras escuelas.

En contra del enfoque del sistema nervioso, sostenían los psicólogos de la Gestalt que no puede ser considerado como un conjunto de conductores nerviosos aislados. De hacerlo así no sería posible explicar el carácter de la experiencia. Considerarlo como un todo encaja con el principio de la unidad del universo.

d) LA PSICOLOGÍA HUMANISTA

El principal exponente de esta escuela es Carl Rogers, quien basa su teoría de la personalidad sobre todo en sus experiencias terapéuticas, habiendo recibido también una importante influencia del psicoanalista Otto Rank.

Las teorías de Rogers es el sí-mismo y su tipo de terapia se basa en la creencia de que el paciente debe modificar la estructura de su si-mismo.

Rogers define al si-mismo como una estructura compuesta por el conjunto de experiencias que el individuo puede atribuir a su propio cuerpo o a los resultados de su propia conducta. Entonces el sí-mismo es una representación de uno mismo. Tiene un aspecto valorativo, es decir, algunas de las experiencias componentes representan un aspecto positivo y otro negativo.

A pesar de su formación psicoanalítica no ve clara la participación de los procesos inconscientes. No niega que un individuo pueda realizar conductas incongruentes con sí-mismo, por influencia del inconsciente, pero es de la opinión que para conocer

al paciente lo mejor es introducirse en lo que éste se representa sobre sí-mismo.

Este sí-mismo no es algo estático e inmutable, pues la experiencia acumulada va introduciendo nuevos elementos que lo van transformando. Precisamente un signo de salud y seguridad es que el sí-mismo sea fluido y tolerante; la rigidez es señal de amenaza e inseguridad.

En esto se basa la "terapia no directiva" de Rogers. En ella se trata de crear una situación en la cual el paciente puede aceptar experiencias nuevas por no ser amenazado en ningún momento. Las experiencias del individuo serán aceptadas con mayor facilidad cuando el sí-mismo real ha sido aceptado satisfactoriamente en relación con el ideal. Rogers cree también que el organismo lucha por realizarse, superarse y sostenerse, pero que los humanos no pueden realizarse si no pueden escoger los caminos que llevan a su superación (Caparros op cit).

Como hemos podido ver hasta ahora la gran cantidad de investigaciones que los grandes sistemas o escuelas pusieron en marcha trajeron lógicamente consigo el descubrimiento de una abundante colección de datos procedentes de los ámbitos más diversos; ante esta situación resultó imposible no reconocer que cada escuela aportan contribuciones muy importantes.

Por otra parte era imposible que un psicólogo, o grupo de psicólogos lograra ordenar o sistematizar la gran cantidad de datos que iban descubriéndose, en un

único sistema. El resultado inevitable de este estado de cosas fue la especialización; los psicólogos limitaron sus investigaciones a campos o áreas concretas de la Psicología, tal como: la Psicología Educativa, Laboral, Social, etc. Siendo que en este trabajo se verá lo que es la evaluación en Psicología Clínica, haremos una breve revisión en el siguiente capítulo sobre esta área de la Psicología en particular.

CAPÍTULO DOS

PSICOLOGÍA CLÍNICA

En los últimos años el campo de la Psicología ha crecido tan rápidamente y en tantas direcciones que cualquier intento por definirla en una o dos frases, resultaría además de vago o demasiado estrecho rápidamente superado. Como consecuencia el gran público está muy confundido y no sabe con claridad cuál es el campo de la Psicología Clínica. Sin embargo a pesar de esta aparente confusión, hay una serie de aspectos que se dan en casi todas las definiciones de Psicología Clínica, que si se consideran en conjunto ofrecen un perfil bastante claro de lo que es esta disciplina y de lo que hacen los psicólogos clínicos. A continuación se dan algunas definiciones de lo que es Psicología Clínica.

1) "La especialidad de psicología clínica se puede definir como una rama de la psicología que investiga y aplica los principios de la psicología a la situación única y exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar con forma eficaz y con mayor sentido" (Goldenberg 1973, p.1 citado en Bernstein 1982).

2) "En términos generales, la psicología clínica es la aplicación de los principios de

la psicología a la situación psicológica del individuo para una mejor adaptación a la realidad" (Rotter 1971, p.1 citado en Bernstein op cit).

3) "La psicología clínica se preocupa por entender y mejorar la conducta humana...Su aspecto clínico consiste en mejorar las situaciones de las personas que se encuentran en problemas, utilizando para ello los conocimientos, las técnicas más avanzadas, procurando al mismo tiempo, mediante la investigación, mejorar las técnicas y ampliar los conocimientos para lograr mejor eficiencia en el futuro" (Korchin 1976, p.3 cit. en Bernstein op cit.).

4) "La psicología clínica se dedica a los problemas de adaptación psicológica del individuo, determinando y evaluando sus posibilidades de adaptación estudiando y aplicando las técnicas psicológicas apropiadas para mejorarlas" (Shakow 1969 P.14 cit. en Bernstein op cit.).

5) "...Es la aplicación de los principios y técnicas de la psicología a los problemas del individuo. El cuerpo de doctrina que se maneja en esta especialidad proviene de la psicología, la teoría de la personalidad, el psicoanálisis, la psiquiatría y la antropología" (Watson 1951 p. 5 cit en Bernstein op cit.).

En estas diferentes definiciones encontramos puntos en común tales como el identificar a la Psicología Clínica como una subdivisión o especialización de una disciplina más amplia, la Psicología; los psicólogos clínicos, se dedican al estudio y

comprensión de la conducta. Pero al contrario de otros psicólogos, los clínicos estudian en forma casi exclusiva la conducta humana: solo estudian a los animales cuando el hacer los estudios con seres humanos resulta poco práctico, inconveniente, o poco seguro.

La Psicología Clínica intenta aplicar en la práctica los conocimientos obtenidos con la investigación. Así mismo, el psicólogo clínico recoge información de la persona que está observando para analizar y confirmar las conclusiones a las que ha llegado. La evaluación y la medición de las capacidades individuales y de las características personales forman parte de la definición de la Psicología Clínica. Otra característica de esta rama de la Psicología es el que los psicólogos clínicos se dedican a ayudar a personas que tienen problemas psicológicos. Este aspecto terapéutico es el que ha evolucionado más rápidamente en los últimos años y en la imagen estereotipada que la gente tiene del psicólogo clínico.

La Psicología Clínica tiene un aspecto que la distingue de otras ramas de la psicología, es lo que ha sido llamado actitud clínica, o percepción clínica; esto es la orientación exclusiva que tiene el psicólogo clínico de cambiar los conocimientos generados por la investigación clínica y de otro tipo, por los esfuerzos que hace para evaluar a una persona en particular, para poder entenderla y ayudarla, siempre en un contexto de atención individualizada.

Si bien no todos los psicólogos se dedican a todas estas actividades, es la combinación de la investigación, evaluación e intervención necesaria para entender en términos psicológicos, la conducta humana y los conflictos internos respetando a la persona en su individualidad e intentando ayudarla en sus necesidades, dentro de una sola disciplina, lo que da la forma y esencia de la Psicología Clínica (Bernstein, 1982).

2.1 DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Históricamente se puede considerar que han existido tres fases en la Psicología Clínica de 1890 a 1917, de 1918 a 1941 y de 1942 hasta nuestros días; cada una delimitada por algún suceso importante, en particular por dos guerras mundiales. A continuación describiremos brevemente cada una de estas etapas.

a) **NACIMIENTO 1890-1917**

La primera etapa de la Psicología Clínica es aquella que sufre las grandes influencias históricas, sociales y científicas que tuvieron lugar a fines del siglo XIX; así al lado de las bases experimentales sentadas por Wundt, la influencia de la teoría de Darwin sobre estudiosos como Galton y Freud, crea una situación irreversible, a través de la cual se fundamentarán las diferencias individuales que puedan ser objeto de estudio de carácter científico; por lo demás el desarrollo de la medicina impulsa el desarrollo de la Psiquiatría, surge el "movimiento humanitario"

encabezado por Pinel, Dorothea Dix y Tuke; a través del cual se buscó brindar una atención digna a las personas afectadas por alguna perturbación psicológica grave; se creó en la sociedad la necesidad de buscar explicaciones racionales y estrategias de investigación que no dependieran de conceptos mágicos o supersticiones populares (Pérez, 1982).

En este contexto apareció el primer psicólogo clínico; se trata de Lighner Witmer, quien fue el creador y propulsor del nombre de psicología clínica, fue el primero en dar un curso sobre este tema, así como el primero en fundar una clínica psicológica para niños.

Sin embargo su influencia sobre la evolución subsecuente de la Psicología Clínica fue mínima; durante mucho tiempo su nombre y sus actividades fueron ignoradas.

Por su parte Alfred Binet ejerció una influencia mucho más notable; al crear los tests de inteligencia con el fin de facilitarle al gobierno francés la discriminación de los casos de retardo mental y el pronóstico de fracaso escolar. De esta manera Binet da a los psicólogos clínicos un instrumento de trabajo fundamental.

Es importante mencionar también la influencia que tuvieron científicos como Hall quien fue el fundador de la APA (Asociación Psicológica Americana), en 1892; Cattell, quien trataba de determinar las habilidades de estudiantes de la Universidad de Columbia antes de que se inventaran los tests; por su parte James con su libro

Principios de Psicología que contiene ideas e hipótesis relevantes en el campo clínico, también tuvo una gran influencia en la Psicología Clínica.

b) SEGUNDA ETAPA 1918-1941

La consecuencia más importante que la primera guerra mundial tuvo para la Psicología Clínica fue la de centrar la atención de la especialidad en el diagnóstico de adultos no hospitalizados y para poder hacerlo, se elaboraron nuevas y variadas pruebas (Bernstein, op cit).

Cuando Estados Unidos entra a la guerra surge la necesidad de clasificar a un amplio número de adultos de acuerdo a su inteligencia y su estabilidad emocional; como no existían pruebas adecuadas un grupo de la APA realiza las pruebas Alpha y Beta para adultos alfabetos y analfabetas. Se capacitaron a un gran número de psicólogos para aplicar las pruebas y en 1918 habían evaluado a dos millones de adultos.

Después de la guerra siguieron haciéndose pruebas psicológicas tales como: la Prueba de Habilidad Musical de Seashore (1919), Rorschach (1921), Prueba de Analogías de Miller (1926), La Prueba de Goodenough (1921), TAT (1935), Bender (1938), Escala de Inteligencia de Weschler (1939).

Poco a poco los psicólogos, además de sus funciones de diagnóstico, entrenamiento e investigación, comenzaron a dar tratamiento y a fines de los años

treinta ya había algunos que se dedicaban a la practica privada (Bernstein op cit).

c) DESARROLLO EXPLOSIVO 1942 HASTA NUESTROS DÍAS

Al igual que en la primera guerra mundial el ingreso de Estados Unidos a la segunda guerra mundial marca la necesidad de hacer evaluaciones en masa al personal del ejército, nuevamente se formó un comite de Psicología para hacer frente a la tarea (Bernstein op cit).

La imposibilidad del cuerpo médico para atender los innumerables casos de "neurosis de combate", reacciones histéricas producidas por el miedo, traumatismos psicológicos y simulaciones, llevaron a que provisionalmente los psicólogos entraran de lleno al campo de la psicoterapia. Dicho paso tuvo un carácter irreversible, pues a partir de ese momento los psicólogos recibieron el reconocimiento de su aptitud para intervenir a este nivel (Pérez op cit).

Al final de la guerra, ya había muchos psicólogos comprometidos en la terapia para adultos. Las pruebas psicológicas y la terapia utilizadas en el tiempo de guerra, hicieron que el público conociera cada vez más el trabajo y tratara con mayor respeto a la Psicología Clínica (Bernstein op cit).

En los últimos años ha tenido lugar un cambio de énfasis, pasando desde el interés por el sujeto "psicológicamente anormal" al interés por el sujeto normal que se enfrenta a problemas psicológicos más o menos inesperados como consecuencia

de una enfermedad física, de la de la exposición a distintas condiciones ambientales de estrés en la familia o en la vida profesional, o debido a la exposición a situaciones extremadamente difíciles; así la psicología ha ampliado sus fronteras para incluir áreas olvidadas hasta el momento, con el objetivo de proporcionar ayuda a individuos que, claramente no pueden clasificarse como psicológicamente perturbados, aunque necesitan ayuda psicológica. Las razones para estas nuevas demandas parecen ser numerosas, provienen del aumento de las complejidades de la vida moderna, junto con un aumento en el interés por el bienestar del individuo, como por ejemplo los trasplantes y operaciones cardíacas han producido nuevas clases de situaciones para los seres humanos, que hasta hace poco tiempo habrían tenido una menor esperanza de y por consiguiente, habrían evitado los problemas con los que se enfrentan hoy en día. La Psicología Clínica reconoce que los seres humanos "normales", se enfrentan a situaciones a las que no han sido preparados para afrontar.

Además los psicólogos clínicos se enfrentan a nuevos problemas ligados a la civilización moderna; la adicción a las drogas, el aislamiento social en las grandes ciudades, la marginación de grandes poblaciones, la alta tasa de suicidios y más recientemente el SIDA.

Debido a la naturaleza de los problemas, la psicología clínica esta cada vez más

prestando atención a la prevención. La prevención significa, llevar a cabo anticipadamente las conductas apropiadas en la gente normal, lo que llevará a evitar enfermedades futuras o conductas destructivas. Esto ha llevado a los psicólogos clínicos a un trabajo en equipo, junto con médicos, trabajadores sociales, profesores, etc (Richelle, cit. en Buela-Casal 1991).

2.2 LAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Hubo un tiempo en que los psicólogos clínicos trabajaban en un solo tipo de instituciones: las clínicas infantiles o los centros de orientación. Pero en la actualidad se encuentran psicólogos clínicos en los departamentos de psicología de facultades y universidades, hospitales médicos y psiquiátricos, en el ejército, escuelas, correccionales, prisiones, centros de tratamiento infantil, etc. Además del gran número de psicólogos que trabajan en forma independiente.

Igualmente amplia es la gama de problemas que pueden atender, aún cuando por lo general el psicólogo clínico se especializa en uno o varios de ellos: problemas sociales e interpersonales, trastornos sexuales, dificultades conyugales, problemas de lenguaje, asistencia escolar y/o vocacional, perturbaciones comportamentales asociados a la delincuencia, alcoholismo y farmacodependencia y trastornos asociados a disfunciones cerebrales. Por consiguiente el tipo de personas que atiende puede variar desde el infante, hasta el anciano, pasando por los

preescolares, adolescentes, adultos, pareja, padres, familia, etc. (Pérez op cit).

En resumen las actividades del psicólogo clínico son las siguientes:

a) EVALUACIÓN: Para poder evaluar los psicólogos clínicos recaban de sus pacientes una información que cubre muchos aspectos, su conducta, sus problemas, su actividad intelectual, etc. Esta información puede utilizarse para hacer un diagnóstico de problemas de conducta, auxiliar a la elección vocacional, describir las características de la personalidad, seleccionar un tipo de tratamiento adecuado etc.

Los métodos que se pueden utilizar para recopilar los datos son tan variados, que resultaría muy difícil hacer una lista completa; a pesar de su diversidad, se pueden catalogar en tres grandes categorías: las pruebas que pueden ser proyectivas y/o objetivas. Los tests objetivos como los de inteligencia o los inventarios de personalidad comparan las respuestas de un individuo con las obtenidas con un gran número de personas similares, también se les llama tests nomotéticos. Los tests proyectivos que estudian las interrelaciones entre las características de personalidad de un mismo individuo se denominan ideográficos. Además de las pruebas se cuenta con diferentes tipos de entrevistas y observaciones (Richard 1977). Estos tres grupos se pueden utilizar combinados.

b) TRATAMIENTO: Consiste en ayudar al paciente a solucionar los problemas psicológicos que lo angustian. La intervención puede llamarse psicoterapia,

modificación de la conducta, asesoramiento psicológico o de otras maneras dependiendo de la orientación del psicólogo. A pesar de las diferentes orientaciones existen en común cuatro características: 1) el tratamiento o psicoterapia establece una relación genuina y cuidadosa con el paciente, 2) el terapeuta lo ayuda a emprender una auto-exploración psicológica, 3) el psicoterapeuta y el paciente trabajan en equipo para establecer objetivos cuyo fin es resolver los problemas psicológicos del paciente y mejorar su desenvolvimiento personal y 4) el psicoterapeuta enseña al paciente técnicas para hacer frente a la tensión y controlar su vida de forma autónoma y eficaz (Kendall, 1988). Tradicionalmente el tratamiento era individual, pero cada vez se hace más común o que un psicólogo trate a grupos de pacientes que nada tienen que ver o tienen algún tipo de relación (familias, compañeros de trabajo, etc.) El tratamiento puede tener como objetivo disminuir la angustia, los problemas de conducta (o ambos) de una persona o grupo; o bien la prevención de los problemas antes que aparezcan, haciendo los cambios necesarios en las instituciones, el ambiente o la situación social o reforzando la conducta de quienes están en peligro o de la comunidad entera.

Para obtener sus metas el psicólogo puede recurrir a varias docenas de principios teóricos y procedimientos técnicos que explican la aparición o que pretenden la curación de los problemas psicológicos. La terapia puede durar un día o varios años

y los resultados pueden ser el empeoramiento del problema, que todo permanezca igual o inmensos adelantos.

c) INVESTIGACIÓN: Por tradición y entrenamiento los psicólogos clínicos se dedican mucho a la investigación y hay quienes afirman que es en esta área donde mayores aportaciones ha hecho la Psicología Clínica.

Los objetivos de la investigación clínica, incluyen la psicofarmacología, problemas del desarrollo, geriatría, diseño y validación de pruebas, diagnóstico y ajustes de la personalidad, procedimientos terapéuticos, diseño de metodología y el análisis de experimentos.

d) ENSEÑANZA: Muchos psicólogos clínicos dan cursos a nivel de Posgrado, psicología anormal, introducción a la Psicología Clínica, modificación de la conducta (o cualquier otro nombre que se le de a la intervención clínica), tests psicológicos, investigación, diagnóstico clínico etc.

Las técnicas de enseñanza son las tradicionales: clases, sesiones de discusión, demostraciones, laboratorios, investigaciones de campo, etc.

e) CONSULTORÍA: Esta actividad presenta en muchas ocasiones la oportunidad de combinar la investigación, el diagnóstico, el tratamiento y la enseñanza.

Cuando la consulta está orientada a casos, como por ejemplo, hacer el diagnóstico y dar el tratamiento a un "caso problema" presentado por un colega o encontrado en

una clínica. Así como la decisión periódica con el personal de una institución de salud mental, un hospital, una cárcel o el hacer cambios en la organización o estructura de estas organizaciones.

f) ADMINISTRACIÓN: Algunos puestos administrativos ocupados por psicólogos clínicos pueden ser: director del departamento de psicología de una universidad, director de programas de posgrado de Psicología Clínica, director de un centro de asesoramiento para estudiantes, director de un centro de pruebas psicológicas o de una consultoría, psicólogo en jefe de una clínica u hospital etc.

Las personas que están en estos puestos tienen como cometido coordinar las actividades del personal, planear y organizar los recursos, distribuir los presupuestos, desarrollar y llevar a cabo las políticas de la institución, presidir reuniones, servir de mediador en los conflictos con otras instituciones.

Los psicólogos clínicos pueden llegar a ser buenos administradores, pero esto se debe más bien a aptitudes personales o a las experiencias que se han ido acumulando a lo largo de la vida, que a lo que aprendieron en la facultad.

g) SELECCIÓN, ENTRENAMIENTO Y SUPERVISIÓN DE NO PROFESIONALES:

Los psicólogos pueden entrenar a personas que prestan una ayuda valiosa para el desenvolvimiento de su trabajo y sin las cuales muchas veces no es posible manejar ciertos problemas, este podría ser el caso de enfermeras y personal auxiliar dentro

de clínicas y hospitales y de padres o hermanos, en caso de problemas familiares.

h) PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN: Día a día se hace más evidente que la simple intervención a niveles de consultoría no basta y que es más importante prevenir que remediar, en consecuencia la Psicología Clínica se relaciona estrechamente con la Psicología Educativa, pues forzosamente todo programa clínico de prevención es ante todo un programa educativo (Bernstein op cit, Pérez op cit).

Como podemos ver hasta ahora son muchas las funciones que puede cumplir un psicólogo clínico; en el siguiente capítulo haremos una revisión más amplia de una función en particular que es la evaluación y las técnicas más usadas por los psicólogos clínicos.



CAPÍTULO TRES

U.N.A.M. CAMPUS
TÁCALA

EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

IZT.

Hasta la década de los veinte la mayoría de los psicólogos clínicos consideraban que su principal función era la evaluación.

Una definición general del término de evaluación, nos la brinda Bernstein al decir que es "el proceso de recopilar la información que será empleada como la base para la toma de decisiones por parte del evaluador o por aquellas personas a las que se les comunican los resultados" (op cit pág 124).

La evaluación psicométrica, la medición cuantitativa de los atributos humanos y de su conducta evolucionó a partir de la primera investigación psicológica realizada por pioneros como Wundt y Galton. Los psicólogos clínicos fueron los iniciadores de diversos métodos de evaluación y así mismo, de la planificación de pruebas específicas. Así por ejemplo, de la Psicología Clínica surgieron los enfoques objetivos en los que las relaciones creadas empíricamente entre las respuestas que los pacientes dan a las pruebas y su propio funcionamiento psicológico se utilizaron como guía para el diagnóstico.

Se desarrollaron también estrategias proyectivas y conductuales. La evaluación

proyectiva representa un intento de reconocer los conflictos inconscientes difíciles de determinar que los psicólogos clínicos consideran de extrema importancia desde un punto de vista psicoanalítico (Kendall op cit). La evaluación tradicional pretende analizar dimensiones o características que no pueden ser observadas directamente; desde el enfoque tradicional la conducta manifiesta, exterior y observable es "superficial", tan solo supone un indicador de un ambiente hipotético interno (Fernández 1989).

La evaluación conductual enfoca la obtención de muestras directas del comportamiento en la vida real de acuerdo con la orientación psicoterapéutica de la conducta establecida en la Psicología Clínica (Kendall op cit); esto es evaluar directamente las respuestas de los sujetos, observando sus conductas motoras o fisiológicas (a través de los aparatos necesarios) bien requiriendo el auto-informe del sujeto sobre sus conductas específicas y concretas (motoras, cognitivas y fisiológicas) o bien cuestionando sobre sus conductas motoras a las personas allegadas al sujeto (Fernández op cit).

Una innovación complementaria en las estrategias de evaluación fue el empleo de fórmulas estadística, más que los juicios intuitivos de los clínicos para establecer diagnósticos y predicciones con base en los resultados de las pruebas; se ha desarrollado una amplia investigación para comparar una con otras las evaluaciones

"estadística y clínica".

De esta manera la evaluación clínica moderna persigue un conocimiento de las personas centrándose directamente en ellas utilizando para esto principalmente entrevistas, observaciones, tests, documentos históricos; etc.

La cantidad y diversidad de los datos de evaluación potencialmente disponibles indican que nunca podremos conocer todo lo que se puede saber acerca de otra persona. Aun cuando esto fuera posible, esta no es la meta práctica para el clínico ya que el proceso podría ser interminable y demasiado costoso, en tiempo y dinero.

Es así como el clínico debe efectuar algunas elecciones y encontrar algunas soluciones acerca de: 1) cuánta atención se debe de dar a cada nivel de evaluación, 2) el tipo de preguntas que se deben hacer para cada nivel y 3) qué técnicas de evaluación se deben emplear.

Debido a las combinaciones variantes de los clientes, a los ambientes y problemas con los que trabajan los clínicos, las intenciones específicas de la evaluación pueden ser bastante heterogéneas, pero casi todos pueden situarse en tres categorías generales. Las cuales son:

1) Clasificación: Debido a la gran influencia de la psiquiatría en el campo de la psicología, las actividades del psicólogo clínico se orientaba a lograr una meta orientada psiquiátricamente, de esta manera se consideraba importante clasificar al

paciente (neurótico, psicótico, etc.), aún cuando muchos psicólogos no están completamente conformes con esta situación, aun en la actualidad sigue siendo una práctica común, sobre todo en los ámbitos psiquiátricos o de orientación médica.

2) Descripción: Los psicólogos clínicos decidieron después de las guerras mundiales que no era suficiente la administración, calificación e interpretación indiscriminada de una cantidad reducida de pruebas psicológicas, con el propósito de obtener un diagnóstico y se interesaron en una evaluación más amplia que podría producir una comprensión más completa y una descripción más elaborada del cliente.

Como resultado de esto los psicólogos clínicos se movieron a una evaluación cuyo propósito era describir las interacciones de las personas con el ambiente, de esta manera se realizaron unas baterías extensas de entrevistas, pruebas y observaciones elaboradas especialmente con el fin de evaluar comprensivamente a las personas "normales", así como a las que tenían problemas psicológicos.

Todo lo anterior indica que aún cuando todavía se efectúa la actividad de diagnóstica tradicional, la descripción psicológica más amplia es una meta de evaluación más popular hoy en día.

La evaluación que se dirige a la descripción, también se emplea en la investigación sobre el desarrollo de nuevos instrumentos de medición. A menudo se determina el

valor de una técnica especializada para la entrevista, una prueba innovadora o un procedimiento nuevo para la observación, cruzando los hallazgos que se obtengan con sus efectos en comparación con los resultados de los instrumentos descriptivos más establecidos.

3) Predicción: La tercera parte importante de la evaluación clínica es la realización de determinadas predicciones acerca de la conducta humana.

La evaluación que se dirige a la predicción puede implicar:

- a) Una búsqueda de señales o de patrones de respuestas anti sociales o agresivas en una prueba psicológica estandarizada.
- b) Una evaluación más extensa a partir de una variedad más amplia de fuentes de datos o
- c) El desarrollo de instrumentos de evaluación elaborados con el expreso propósito de formular predicciones acerca de eventos bastante poco frecuentes tales como el suicidio.

La evaluación también se puede enfocar sobre otros tipos de predicciones menos dramáticas y que implican la estimación de la calidad de ejecución. Se ha estudiado que los psicólogos clínicos obtienen sus datos de evaluación a partir de cuatro fuentes generales: entrevistas, pruebas psicológicas, observaciones y documentos históricos. A continuación haremos una breve revisión de cada una de ellas .

3.1 ENTREVISTAS

El método de la entrevista se ha utilizado en una gran variedad de situaciones y circunstancias selección de personal, trabajo en algún caso social, medicina, derecho, educación, asesoría vocacional, encuestas sobre opinión pública, etc. En el trabajo de diagnóstico específicamente, la entrevista se utiliza para obtener información acerca del problema del cliente y para valorar la naturaleza de su dificultad (Garfield 1974).

De esta manera se puede definir a la entrevista como "una confrontación interpersonal en la cual una persona (el entrevistador) formula a otra (el respondiente) preguntas cuyo fin es conseguir contestaciones relacionadas con el problema de investigación" (Kerlinger 1975 pág. 338). Así pues la entrevista tiene mucha popularidad y penetración por diversas razones, entre ellas, es la posibilidad de que mientras el clínico conversa con el cliente puede recopilar muestras simultáneas de la conducta verbal y no verbal de una persona; se observa el aspecto y arreglo del individuo, el timbre de su voz sus patrones del habla, el contenido de sus pensamientos, expresiones faciales, postura, etc (Smith 1984). La entrevista no requiere de un equipo especial alguno y se puede llevar a cabo casi en cualquier lugar. Otra de las razones, es que no existe una herramienta de evaluación que sea más flexible que la entrevista.

Se pueden identificar diferentes tipos de entrevistas como son:

a) Entrevistas Iniciales

Es el tipo más común de las entrevistas; el cliente se acerca al clínico por algún problema cotidiano; su acercamiento puede ser voluntario o involuntario como el caso de los criminales, jóvenes u otros. El entrevistador puede usar la información para decidir si puede o no ayudar a la persona, o tomar otra decisión. Si se considera que es necesario un mayor número de entrevistas, se pueden programar sesiones adicionales de evaluación.

b) Entrevistas para la Identificación de los Problemas

Cuando el entrevistador está orientado hacia una clasificación del problema, o ésta se le solicita, generalmente dará algún tipo de diagnóstico. Este puede ser algún tipo de etiqueta (manía, depresión, esquizofrenia, paranoide, neurosis de ansiedad, etc.); o bien puede ser algún tipo de caracterización de la "personalidad" (pasivo-dependiente, anal-compulsivo, etc.). Pero los entrevistadores no orientados psiquiátricamente y los que no necesitan clasificar a la gente usan las entrevistas de identificación de los problemas para desarrollar descripciones más amplias del cliente y el entorno ambiental en que ocurren tales conductas.

Las entrevistas preparadas para clasificar los problemas de los clientes generalmente están más asociados con los procedimientos de admisión a los

hospitales mentales u otros servicios para pacientes internos o externos en que se requiere un "diagnóstico" para fin estadísticos.

Las entrevistas dirigidas a describir más ampliamente y en términos más comprensivos a un cliente y sus problemas, habitualmente se dan en el contexto de la exploración clínica completa, que a menudo precede al tratamiento y es practicado por el evaluador u otro profesional.

c) Entrevista de Orientación

Muchos clínicos llevan a cabo entrevistas especiales para instruir al paciente acerca de los procedimientos de evaluación, tratamiento o investigación que se realizarán.

Las entrevistas de orientación pueden traer beneficios al menos de dos maneras.

Primero, porque se anima al cliente a preguntar y a hacer comentarios y así las ideas erróneas o las faltas de información que podrían obstruir las sesiones posteriores se pueden corregir y tratar.

En segundo lugar estas entrevistas pueden ayudar a eliminar expectativas inadecuadas, al comunicar nuevas expectativas más adaptadas y así facilitar interacciones posteriores.

d) Entrevistas de Terminación

Las personas que ya han terminado una serie de sesiones de evaluación en que

hubo largas entrevistas, pruebas y observaciones están a menudo; comprensiblemente ansiosos por saber "qué encontró el doctor", como se utilizará esa información y quién tendrá acceso a ella. Se puede designar una entrevista (o parte de ella) para explicar o reiterar los procedimientos y el secreto profesional acerca de la información y para proporcionar un breve resumen y una cuidadosa interpretación de los resultados de la evaluación, esto puede ser una buena manera de aliviar cualquier incertidumbre o incomodidad que los clientes y sus familiares pueden sentir en relación a la evaluación.

e) Entrevistas en Situaciones de Crisis

Cuando los problemas cotidianos de una persona son provocadores de una gran tensión y las habilidades para la solución de problemas no han sido eficaces, se dice que la persona tiene una crisis.

En tales casos, el entrevistador no se puede dar el lujo de programar una serie de sesiones de evaluación para seguir alguna forma de tratamiento. La crisis debe enfrentarse en el momento, a menudo en pocos minutos, y los objetivos de la entrevista que de otra manera se hubieran distribuido en varias sesiones se deben combinar. El entrevistador intenta dar apoyo, reunir datos de evaluación e iniciar alguna acción de ayuda.

Una o dos entrevistas bien manejadas durante una crisis pueden ser el principio y

fin del contacto con clientes cuya necesidad de ayuda fuese temporal y específica para una situación. En otros casos la entrevista durante la crisis lleva al establecimiento de un contrato para posteriores sesiones de evaluación y tratamiento.

f) Entrevistas de Observación

Las entrevistas y las pruebas proporcionan una oportunidad para observar varios aspectos de la conducta del paciente. En algunas ocasiones los clínicos llevan a cabo entrevistas preparadas para ver como una persona enfrenta ciertas situaciones.

Sin embargo, debemos señalar que estas son técnicas con propósitos específicos que no se utilizan habitualmente en situaciones clínicas; son más aplicables en actividades de investigación o de selección de personal (Bernstein op. cit.).

ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA

Si consideramos que los diferentes tipos de entrevista pertenecen a un continuo, se vislumbran 2 tipos de entrevistas, en uno de ellos encontramos las entrevistas no directivas, que son aquellas en las cuales el clínico interfiere lo menos posible en el curso natural del discurso del cliente y su elección de temas.

En otro extremo están las entrevistas altamente estructuradas, las cuales debido a su formato rígido de preguntas planeadas y guiadas por las respuestas del cliente, se asemejan a un tipo de interrogatorio.

El propósito del primer tipo de entrevistas es que el cliente se sienta lo más cómodo posible, mientras que el fin de las entrevistas estructuradas es recopilar la mayor parte de información posible. En medio de ambas entrevistas se encuentran muchas mezclas que por lo general se conocen como entrevistas guiadas o dirigidas.

En todos los tipos de entrevista, es preciso que el entrevistador tenga experiencia y se conduzca debidamente. Debe establecer una relación de empatía con el entrevistado, pero sin sentirse demasiado ligado a él emocionalmente debido a que su actitud influye directamente en las posibles respuestas del entrevistado (Morris, 1987).

ETAPAS DE LA ENTREVISTA

Por lo común se piensa que las entrevistas tienen un principio, un desarrollo y un final; pero es muy difícil dividir tan claramente las etapas de la entrevista. Sin embargo el modelo de tres etapas proporciona una guía conveniente para organizar las entrevistas.

PRIMERA ETAPA: Lo primero que se debe establecer es el rapport: una relación armoniosa y cómoda de trabajo. Los clínicos hábiles pueden establecer un rapport considerablemente bueno durante la primera fase de la entrevista inicial, pero incluso para ellos, el proceso continúa en la segunda y la tercera etapas al igual que en los siguientes contactos.

SEGUNDA ETAPA: La transición a la "parte media de la entrevista" inicial debe ser lo más suave y fácil posible para el cliente. En esta parte de la entrevista se pueden combinar las técnicas directivas y no directivas.

TERCERA ETAPA: La última etapa de la entrevista puede proporcionar algunos datos valiosos para la evaluación así como la oportunidad para fomentar el "rapport" aun más.

El clínico comunica varias cosas. En primer lugar señala que es inminente la conclusión de la entrevista. En segundo lugar el clínico elogia la cooperación del cliente al mismo tiempo que lo conforta al decirle que comprende que la entrevista le ha ocasionado bastante tensión. En tercer lugar se sugiere un plan para los últimos minutos, esto presenta una oportunidad para que el cliente aclare sus dudas y realice preguntas o comente cosas que no hizo durante la entrevista (Bernstein op cit).

Todo lo anterior ha puesto en manifiesto la utilidad que tiene esta técnica para el trabajo clínico. Como toda técnica tiene a la vez ventajas especiales y limitaciones muy específicas, que dependen del tipo del problema que se presenta y la finalidad clínica que se pretende obtener. Entre los principales valores de la entrevista está la oportunidad que ofrece al paciente de exponer todo lo que quiera, de participar en una situación de tipo interpersonal y de ser observado. De la entrevista se puede

obtener cierta cantidad de información objetiva, cierto conocimiento acerca de las actividades y sentimientos del cliente y por consiguiente, ciertas bases para hacer deducciones acerca de ciertos problemas. El cliente también puede ocultar sus verdaderos sentimientos por querer dejar una buena impresión al entrevistador, por avergonzarse de haber cometido ciertas conductas socialmente inaceptables etc.

Es muy importante tomar en cuenta que la información dada por el entrevistado puede verse influida o distorsionada de diferentes formas como pueden ser:

- 1) Las características del entrevistador
- 2) Las características del cliente
- 3) Las circunstancias bajo las cuales se lleva la entrevista.

Por estas razones la entrevista puede aportar solo datos parciales y algunas veces relativamente superficiales con respecto al problema del individuo. En casos algo graves de desorden de personalidad o cuando hay que tomar decisiones importantes la entrevista debe ser acompañada de otros métodos de evaluación (Bernstein op cit. Garfield op cit).

3.2 OBSERVACIONES

Para muchos clínicos las observaciones son la forma más válida para conducir la evaluación clínica. Esto es debido en primer lugar a que parece que son muy directas y que pudieran evitar muchos de los problemas relacionados con los

factores de memoria, motivación, estilos de respuesta y los prejuicios acerca de la situación que tan a menudo reducen el valor de las entrevistas y pruebas.

Una segunda ventaja de la evaluación por observaciones es su relación directa con las conductas de mayor interés. Se evalúa la conducta en su contexto social y situacional en lugar de hacerlo en lo abstracto.

Las observaciones tienen la ventaja de que permiten la descripción y análisis de la conducta en términos muy particulares y con gran lujo de detalles.

A pesar de todas las ventajas antes descritas, las observaciones también presentan algunos problemas, debido a que la confiabilidad y validez de los datos que se derivan de las observaciones pueden verse amenazadas por posibles errores y prejuicios del observador y sobre todo porque tienen la desventaja de que no todas las conductas son susceptibles de ser observadas (Bernstein op cit).

a) PROCESO DE OBSERVACIÓN: El observador clínico primero tiene que seleccionar a aquellas personas, categorías de conductas, sucesos, situaciones o períodos de tiempo que serán su foco de atención. En segundo lugar se debe tomar una decisión acerca de si se provocará artificialmente alguna situación específica o se esperara a que surja de manera natural. En tercer lugar se debe planear la manera en que se registrarán las observaciones: las posibles elecciones incluyen el recuerdo del observador, aparatos para probar sonidos y/o imágenes, sistemas

fisiológicos de monitoreo, cronómetros y contadores.

b) TIPOS DE OBSERVACIÓN: Las diferentes metas de evaluación, las poblaciones particulares de clientes, las limitaciones ambientales y otros factores se combinan para producir una amplia variedad de aproximaciones a la observación clínica.

La manera más clara para organizar esta variedad de situaciones es en términos de las situaciones que se emplean en la observación. Una de ellas es la observación naturista donde el evaluador observa la manera como ocurre la conducta en su ambiente natural (escuelas, fábricas, casa, etc.). La observación controlada o experimental se encuentra en el extremo, en este caso el clínico o experimentador prepara algún tipo de situación especial en la que se observa el comportamiento. A menudo se mezclan ciertos aspectos de ambas aproximaciones clínicas.

Existen dos papeles a desempeñar por el observador, los cuales son: los observadores participantes son visibles para los cliente que se observan y que en algunos casos hasta pueden interactuar entre ellos; en otro sentido están los observadores no participantes los cuales no son visibles, a pesar de que la mayoría de los casos los clientes están conscientes de que los están observando.

El reto del clínico o investigador consiste en analizar la observación de tal manera que minimice la influencia de los diferentes factores estudiados que distorsionan la información, de tal manera que los datos que se generan adquieran un valor máximo

en el plan general de la evaluación.

3.3 DOCUMENTOS HISTÓRICOS

Se puede aprender una gran cantidad de cosas acerca de una persona mediante un análisis cuidadoso de documentos históricos como son: registros académicos, expedientes de trabajo, cartas, documentos penales, fotografías, premios y trofeos, expedientes médicos, etc; una revisión a la historia académica de una persona puede proporcionar más información sobre este tema, más precisa, detallada y cuidada que una conversación que ocupe 30 minutos de una entrevista. De manera semejante, la lectura de las partes de un diario o correspondencia, escritas por el cliente en períodos importantes de su vida puede delatar sus sentimientos, emociones, conductas y detalles de situaciones particulares en el momento que ocurrieron que de otra forma podrían deformarse por efecto del recuerdo.

Un conjunto de documentos históricos tienen la ventaja de proporcionar un medio poco costoso para que el clínico amplíe la imagen que tiene de su cliente, dar de una manera sintetizada gran cantidad de información acerca de la conducta manifiesta y encubierta de una persona a través de un prolongado espacio de tiempo y ante diversas situaciones. Sin embargo, es de vital importancia tomar en cuenta que los documentos históricos nos indican los acontecimientos, pero no el por qué sucedieron, por lo que estos documentos son solo un auxiliar en la evaluación y no

puede tomarse como única técnica para evaluar a una persona (Bernstein op cit.).

3.4 PRUEBAS PSICOLÓGICAS (TESTS)

De manera semejante a las entrevistas, las respuestas de las pruebas proporcionan una muestra de conductas. Sin embargo, en una prueba los estímulos que se le dan al cliente están mucho más normalizados y son mucho más consistentes que en el uso de la mayoría de las entrevistas. La idea básica de una prueba es exponer a cada cliente de una manera precisa a los mismos estímulos y bajo las mismas circunstancias. La aplicación de las pruebas puede ser fácil, económica y conveniente; a menudo no es necesaria la presencia de un profesional. La manera estandarizada en que se presentan las pruebas ayudan a eliminar el prejuicio en el contenido y la secuencia de las indagaciones del evaluador. Las respuestas del cliente a la mayoría de las pruebas se puede traducir a puntajes u otros índices numéricos, de esta manera los resultados se pueden analizar matemáticamente (Bernstein op cit).

Los resultados obtenidos a partir de una prueba permiten al clínico realizar una comparación objetiva del comportamiento de un determinado cliente con el de cientos o quizás hasta miles de individuos que ya hayan tomado la prueba.

Sin embargo las pruebas no son aparatos mágicos que siempre manifiestan la "verdad" acerca de la gente. Se les debe evaluar en términos de su confiabilidad y

validez y como otras técnicas de evaluación, algunas veces se han visto que fallan en algunos elementos importantes. Cualquier elemento que no sea "estandarizado" en lo referente a los estímulos de una prueba, incluyendo al evaluador, el cliente, o a la situación de la prueba, amenaza el valor de los datos que se obtienen.

Una vez que el clínico haya recopilado los datos de la evaluación se enfrenta con el problema de determinar y descifrar el significado de estos datos. El resultado de la evaluación en bruto está desprovisto de significado hasta que el psicólogo los interprete. Si la información obtenida ha de servir para alcanzar las metas de clasificar, describir o predecir la conducta humana, se deberá interpretar y cambiar esa información de su forma bruta a hipótesis, imágenes, relaciones y conclusiones.

En el siguiente capítulo se revisará con mayor amplitud una de las técnicas de evaluación que son las pruebas psicológicas o tests.

CAPÍTULO CUATRO

PRUEBAS PSICOLÓGICAS O TESTS COMO TÉCNICA DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Como ya hemos visto en el capítulo tres son diversas las técnicas que el psicólogo clínico utiliza para realizar sus evaluaciones (entrevistas, tests, observaciones, etc.); siendo este un trabajo sobre evaluación psicológica dónde se utilizan preferentemente pruebas o tests, veremos esta técnica con mayor profundidad.

4.1 DEFINICIÓN DE TEST

La Asociación Internacional de Psicología adoptó la siguiente definición: "Es una prueba definida, que implica una tarea a realizar, idéntica para todos los sujetos examinados, con una técnica precisa para la apreciación del éxito o fracaso, o para la puntuación numérica del éxito. Esta tarea puede poner en juego ya sea conocimientos adquiridos (tests pedagógicos), ya sea funciones sensorio motores o mentales (tests psicológicos)" (Calle 1971 pág.16).

Pero esta definición no dejó satisfechos a muchos psicólogos que la catalogaban como demasiado restringida ya que solo podía aplicarse a una categoría particular de tests, a aquellos que aprecian la inteligencia, las aptitudes y los conocimientos, por lo que surgieron nuevas definiciones.

Para Pichot (1989) "se llama test mental a una situación experimental estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento. Tal comportamiento se evalúa por una comparación estadística con el de otros individuos colocados en la misma situación por lo que permite clasificar al sujeto examinado, ya sea cuantitativamente, ya sea tipológicamente". (pág. 11).

Por su parte Calle (1971) nos indica que "los tests son determinadas pruebas psicológicas o mentales mediante los cuales el psicólogo puede analizar los estratos más profundos de la personalidad del sujeto, valorar sus aptitudes, determinar su grado de inteligencia o velocidad mental, precisar su carácter y reacciones y averiguar tanto su vida anímica como mental" (pág. 17).

Por todo lo anterior podemos darnos cuenta que el test es solo un medio para lograr un objetivo y ese objetivo es el de conocer a una persona. Por lo tanto su finalidad es la de ofrecer una valoración objetiva, cuantitativa y/o cualitativa de la conducta, personalidad o capacidad mental del sujeto examinado midiendo diferencias con otro grupo de individuos o entre las reacciones del mismo individuo en distintas ocasiones; sin olvidar que la descripción de la persona es en el momento de su aplicación, pero en ocasiones no predicen de modo confiable cómo se comportará en un futuro. Los trabajos de investigación han demostrado que la conducta no siempre puede pronosticarse en función de caracteres generales como

introversión, ansiedad, agresión. En la determinación del comportamiento intervienen además de los rasgos de la personalidad del individuo la situación que está viviendo actualmente.

Para poder entender mejor el funcionamiento de los tests veremos un poco sobre sus antecedentes y la historia de esta técnica evaluativa.

4.2 HISTORIA DE LOS TESTS

Los primeros problemas que estimularon el desarrollo de los tests en psicología fueron de origen clínico. La fundación de numerosas instituciones especiales en el cuidado de retrasados mentales en Europa y América, creó la necesidad de establecer tipos de admisión y sistemas objetivos de clasificación (Anastasi 1978).

Es en el año de 1838 cuando se da la primera clasificación de débiles mentales por parte de Esquirol; en esta misma época Seguin funda la primera escuela para mejorar la forma de vida de los débiles mentales. La fundación del primer laboratorio de psicología experimental también tuvo una influencia decisiva en el desarrollo del movimiento psicométrico debido al rigor científico de sus métodos (Cerdeña 1978); en el año de 1882 Galton estableció el "Laboratorio Antropológico" para medir las diferencias individuales de conducta, aunque los aspectos medidos por él, como ahora se sabe, estaban más relacionados con las funciones de los sentidos que con la actividad mental. J. Mckeen Catell inspirado en el trabajo de Galton aplicó sus

principios a un campo más amplio, fue el primero en utilizar el término de "Tests Mental" por primera vez en 1890. Catell desarrolló una serie de tests en los que pretendía determinar la aptitud intelectual de los estudiantes universitarios (Moyra 1982).

En 1892 Kraepelin preparó una serie de tests para medir varias actividades mentales en pacientes psiquiátricos, siendo con este trabajo la primera vez que los métodos psicológicos se introdujeron en el campo clínico.

En 1895 el psicólogo francés Alfred Binet critica todos los test anteriores por estar centrados excesivamente en los aspectos sensoriales y en 1905 elaboró una escala de 30 tests en orden de dificultad creciente que aplicó a 50 niños de 3 a 11 años. En 1908 el mismo Binet hace una revisión de su escala, el número de tests fue aumentado y se utilizó por primera vez el término "Edad Mental". En 1916 fue revisada nuevamente por Terman en Stanford, conociéndose esta versión como Stanford-Binet. Así mismo Terman introdujo el concepto de Coeficiente Intelectual (C.I), que se obtiene al dividir la edad mental entre la edad cronológica y multiplicar el resultado por 100.

Spearman introdujo en 1904 la estadística, utilizando la técnica de análisis factorial. Por su parte Woodworth en 1914 amplió la esfera de la medición con tests al abarcar otros aspectos de la conducta además de la inteligencia y de la actividad

sensorial. Trató de medir y expresar cuantitativamente aspectos de la personalidad (Moyra op cit).

Hasta la primera guerra mundial el método de los tests quedó limitado ante todo a los tests de inteligencia y aptitudes, aplicados a la educación y en segundo lugar a la orientación profesional. En 1917 los E.U. tuvieron que reclutar un ejército muy rápidamente, por lo que decidieron utilizar los tests mentales; a partir de aquí los tests tuvieron considerable éxito en la educación, industria y más accesoriamente en la medicina. Si bien los tests más utilizadas todavía eran los de inteligencia, los tests de personalidad se desarrollaron paralelamente, aunque de manera más lenta; ya en 1911 Jung había prestado atención al hecho de que se podía obtener cierta idea de los conflictos mentales de una persona a partir de sus respuestas al test de Asociación de Palabras de Kraepelin.

Pero es a Rorschach al que realmente se debe el uso sistemático de material estructurado en la evaluación de la personalidad como un todo (Pichot op cit Moyra op cit).

El desarrollo de la utilización de tests no es el mismo en todo el mundo; resulta indiscutible que E.U. y Gran Bretaña (también los países del Commonwealth, Australia y África del Sur) encabezan el movimiento. A principios del siglo XX Francia desarrolló sobre todo técnicas de orientación profesional y psicología escolar, al igual

que Suiza y Bélgica. Alemania demostró un interés menor por estos métodos y por su parte la URSS desarrolló numerosas técnicas, pero en esas fechas el método de los tests mentales se prohibió en psicología escolar, orientación y selección profesional por considerarlo "seudo-científica" y "anti-marxista".

La segunda guerra mundial reafirmó el interés por los tests de inteligencia y de aptitudes y constituyó un poderoso estímulo para el desarrollo de test de personalidad. El método adquirió un gran desarrollo en medicina donde hasta 1939 eran poco empleados, excepto para el diagnóstico de la debilidad mental (Pichot op cit).

Durante los últimos años ha habido un gran aumento tanto en el número de tests como en el de áreas de investigación a las que han sido aplicados, pero no han aparecido nuevas innovaciones técnicas importantes (Moyra op cit).

Ahora que ya hemos visto brevemente los orígenes de las pruebas o tests psicológicos, pasaremos a hablar directamente de estas pruebas.

4.3 TESTS PSICOLÓGICOS

Los tests o pruebas psicológicas son instrumentos de medida y bajo ese título un test posee ciertas características, ciertas "cualidades", por ejemplo:

a) CONFIABILIDAD.- La confiabilidad es la exactitud o precisión de un instrumento de medición (Kerlinger 1975). Para que los datos obtenidos de un test puedan

usarse en situaciones prácticas, estos deben satisfacer ciertas condiciones. El instrumento debe dar medidas confiables, de manera que se obtengan los mismos resultados al volver a medir el rasgo, bajo condiciones similares. Los datos deben ser confiables desde dos puntos de vista: deben ser significativos y reproducibles (Magnusson 1978).

La confiabilidad se mide por varios procesos muy diferentes entre sí como son:

I) Constancia test-retest: Se aplica el mismo test después de cierto tiempo a los mismos sujetos. La correlación entre las dos series de medidas se llama coeficiente de confiabilidad.

II) Homogeneidad: Consiste en dividir el test en dos partes equivalentes y calcular la correlación entre los resultados obtenidos en las dos mitades por los mismos sujetos. Cuando el test está constituido por un gran número de preguntas, se compara el resultado obtenido en las preguntas pares con las impares.

III) Equivalencia.- el método consiste en construir dos tests llamados paralelos, es decir, que comprendan preguntas de naturaleza y dificultad análogas y en calcular la correlación entre los resultados de los mismos sujetos en ambas formas.

La confiabilidad de un test depende de numerosos factores. De un modo general los tests de personalidad son menos fieles que los tests de inteligencia y aptitud, sin embargo en la práctica se asume que todos los tests tienen cierto error pero sólo se

considera si las puntuaciones se exceden por un amplio margen.

b) VALIDEZ.- La validez es la exactitud con que se pueden hacer medidas significativas y adecuadas con el test en el sentido que midan realmente los rasgos que pretendan medir. Cuando se examina la validez, se investiga si el test cuya confiabilidad es conocida mide aquello para lo que fue construido (Magnusson op cit).

La apreciación de la validez de un test supone la existencia de criterios. Tales criterios pertenecen a dos grandes grupos: subjetivos y objetivos.

I) Criterio Objetivo de Producto.- La correlación entre el resultado del test y la cantidad de respuestas será un índice numérico de la validez de un test.

II) Criterio Objetivo de Acción.- Cuando la actividad del sujeto no deja un producto medible, se utiliza como criterio una medida de esa actividad.

III) Criterio Subjetivo.- Es el que se emplea con más frecuencia. Se utilizan la(s) definición(es) del comportamiento o del rasgo de personalidad; este criterio presenta algunos problemas de objetividad, por la gran cantidad de definiciones que se pueden presentar para un mismo término (Pichot op cit).

También existen diferentes tipos de validez dependiendo la prueba que se va a validar, por regla general son las siguientes:

1) Validez de Contenido: Implica el examen sistemático del contenido del test para

determinar si comprende una muestra representativa de la forma de conducta que ha de medirse. Este procedimiento se utiliza regularmente para la validación de los tests de rendimiento. Este tipo de test está destinado a medir el grado de dominio del individuo en una habilidad específica o un curso de estudios

2) Validez Predictiva: Indica la efectividad del test en la predicción de un resultado futuro. Para esto se comparan las puntuaciones del test con una medida directa de la ejecución posterior de los sujetos llamada técnicamente criterio. Este tipo de información sobre la validez, es el más importante para los tests utilizados en la selección y clasificación de personal. El procedimiento de validación consiste en aplicar el test a una muestra representativa de la población que se considera, nos indicará la concordancia entre las predicciones efectuadas partiendo de las puntuaciones del test y los resultados observados .

Los criterios que con más frecuencia se utilizan incluyen el rendimiento académico general, la ejecución en formación especializada y la actuación en el empleo (Anastasi op cit).

3) Validez de Constructo: Cuando no hay un índice operativo único y concienzudo de lo que mide un test, como por ejemplo cuando se evalúan constructos hipotéticos, hay que recurrir a este tipo de validez. El constructo que se piensa que subyace al rendimiento en el test se ve validado en la medida en que las puntuaciones del test

mantengan relaciones predichas por la teoría de la que forma parte el constructo. La validez de constructo se basa en correlaciones entre las puntuaciones de varias medidas.

El concepto y el proceso de la validez de constructo se basa en un enfoque hipotético-deductivo de la comprensión o evaluación de la conducta humana que es característico de los enfoques de la evaluación basados en el concepto de rasgo; requiere la acumulación gradual de información procedente de diferentes fuentes, por ejemplo las diferentes edades, la correlación con otros tests, el análisis factorial, etc. Este tipo de validez es muy utilizado por los evaluadores de la personalidad. (Fernández op cit)

c) CLASIFICACIÓN.- Los tests se pueden clasificar de muchas maneras tales como:

- a) Los Tests de Lápiz y Papel: Donde el sujeto responde por escrito
- b) Los Tests de Ejecución: Donde el sujeto efectúa trabajos de ejecución.
- c) Los Tests Proyectivos: Su principal característica es la libertad de respuesta, por ejemplo mientras que en el MMPI el examinado solo puede responder con un "verdadero" o "falso"; en el test proyectivo de Rorschach no hay tales restricciones. Es esta libertad de respuesta la que permite la proyección de su propia personalidad, de esta manera, mientras mayor sea la libertad de respuesta, mayor es la libertad de proyección. El diagnóstico depende de la comparación intraindividual, en una

evaluación de las clasificaciones de configuraciones contenidas por el individuo en los tests.

d) Los Tests Objetivos: El uso de este tipo de tests se basa en tratamientos empíricos y psicométricos de protocolos de tests. Su diagnóstico depende de comparaciones entre individuos y algún grupo de norma; las respuestas que da el sujeto son de tipo cerrado (sí, no, a veces). (Levy 1975)

e) Los Tests Individuales: La prueba se lleva a cabo únicamente con una persona.

Las ventajas de un test individual son:

-Una estrecha relación entre el examinador y el sujeto lo que permite una mayor confianza

-El examinador puede estudiar directamente todas las reacciones del sujeto

-La soledad puede favorecer la concentración, el ritmo de trabajo, etc.

La mayor desventaja que plantean este tipo de test es el tiempo.

f) Los tests Colectivos: Desde la creación de las pruebas Alfa y Beta para seleccionar soldados en la primera guerra mundial se han creado muchas pruebas de aplicación colectiva. También existen pruebas colectivas para medir personalidad.

(Calle op cit)

d) ELEMENTOS QUE COMPONEN UN TEST

Todo test suele estar formado por dos partes:

- a) El test propiamente dicho
- b) Un manual explicativo y demostrativo. El manual tiene una doble misión explicar la prueba, indicando su finalidad y su forma de interpretar y demostrar su validez y confiabilidad.

e) REQUISITOS DE UN TEST

Para que un test sea considerado como bueno, debe cumplir con ciertos requisitos, a continuación se mencionan algunos de ellos.

1. Que las explicaciones resulten claras para que el sujeto realice correctamente la prueba
2. Que su aplicación pueda realizarse con gran amplitud al mayor grupo de personas posibles
3. Que sea objetivo
4. Que resulte interesante, capaz de despertar la atención y el interés del examinado
5. Que resulte lo más económico posible
6. Que su aplicación sea sencilla
7. Que realmente mida, aprecie o investigue lo que se propone
8. Que sea lo más exacto posible, excluyendo el azar y otros elementos ajenos a la inteligencia, aptitud o personalidad del sujeto

9. Que sus resultados sean susceptibles de comparación
10. Que sea lo más rápido posible, de lo contrario aburrirá al sujeto
11. Que pueda ser aplicado al mayor número de edades
12. Que los resultados no dependan de la mayor o menor cultura del sujeto
13. Que su evaluación e interpretación no presente problemas
14. Que haya sido debidamente contrastado e investigado

Nunca hay que exigir de un test más de lo que se pretende y se propone

f) APLICACIÓN DE LOS TESTS

Cuando se va aplicar un test hay que tener en cuenta varias cosas, como son las siguientes:

1. Un test debe emplearse solamente para apreciar las funciones psicológicas para las cuales se ha elaborado
2. Las normas de los tests no tienen valor universal, las normas de interpretación de los resultados son válidas si los individuos examinados por medio de él posean características similares a la de los individuos que forman la muestra
3. El carácter local o regional de las normas de una prueba psicológica está determinada por el psiquismo humano
4. Los tests pueden apreciar la misma función mental, pero utilizando

diferentes contenidos

5. Algunas pruebas psicológicas establecen categorías descriptivas respecto a las funciones que aprecian y señalan los puntajes que limitan dicha categoría. El pretender interpretar los resultados de otro test con esas mismas categorías conduce a estimaciones falsas
6. Las categorías descriptivas están limitadas por valores aparentemente exactos
7. Los resultados de un test no deben emplearse para diagnosticar estados patológicos que afectan la inteligencia o personalidad de los individuos examinados. El psicólogo debe limitarse a interpretar los resultados teniendo en cuenta las desviaciones respecto de la media. Las causas y la naturaleza de estas desviaciones exceden los alcances del método de los tests
8. Las escalas y tests psicológicos aprecian las funciones medidas tales como se dan en el individuo en el momento de aplicación de la prueba. Si las condiciones a las que influyen sobre el individuo se modifican positiva o negativamente, existe gran posibilidad de que estos cambios influyan en los puntajes resultantes de una segunda aplicación (Szekely 1978)

Para que los resultados sean confiables hay que cumplir los siguientes requisitos:

- a) Deben administrarlos e interpretarlos personas capacitados para ello.
- b) Aplicarse en un medio ambiente adecuado.
- c) Ganarse la cooperación del examinado consiguiendo que colabore con agrado y sinceridad a la aplicación del test.
- d) Seguir las instrucciones del manual.
- e) Registrar las respuestas con la mayor exactitud posible.
- f) Puntar debidamente las respuestas.
- g) Convertir las puntuaciones directas en una puntuación normalizada e interpretar la puntuación.

Debido a la gran variedad de conductas y rasgos de personalidad que los tests pueden medir, son muchos los campos en donde se pueden aplicar, tales como:

1. Pedagogía: Permiten conocer y apreciar las aptitudes y posibilidades de los estudiantes se clasifican en:
 - a) carácter
 - b) inteligencia
 - c) aptitud y madurez social
2. Los tests en caracterología: Permiten conocer el carácter del individuo.
3. Clínica: Resultan de gran ayuda para el especialista, ya que le permiten

conocer determinadas facetas del paciente y explorar e investigar sobre su personalidad, analizar reacciones y facilitar un diagnóstico.

También son aplicables en orientación vocacional, comercio, industria, selección etc. (Calle 1977).

g) POSIBLES PROBLEMAS EN LA APLICACIÓN

Cuando se aplica una prueba o batería de pruebas (que es un conjunto de ellas) hay que tener cuidado en los problemas que se puedan presentar, algunos de ellos son:

- a) Ansiedad: Es necesario que el administrador del test actúe de forma que disminuya la ansiedad del examinado para evitar que esto influya en los resultados.
- b) Incentivos y Motivación: Existen estudios que han probado que el elogio puede influir positivamente en el rendimiento. Hay que distinguir entre los casos en el que el sujeto va por su voluntad o es forzado, por lo que es necesaria la motivación.
- c) Falso de los Resultados: Se debe vigilar a los examinados para evitar que "copien" las respuestas, sobre todo en los exámenes colectivos (Cerdeira op cit).

h) SELECCIÓN DE LA BATERÍA DE PRUEBAS

Además de la importancia de una buena aplicación es importante también realizar una buena batería de pruebas, es necesario saber cómo decidir las que son pertinentes, imprescindibles o accesorios.

No existe un único modelo de baterías de pruebas, como no existen dos individuos iguales. A pesar de que en general se tiene un modelo básico de trabajo, cada persona obliga a pensar en una estrategia en particular. Para la formulación de una batería de pruebas en el área clínica hay que tomar en cuenta los siguientes factores:

1.- Quién formula el pedido: si la persona llega directamente se puede proceder con entera libertad y seleccionar los test conforme a las hipótesis provisionales surgidas de la primera entrevista y de la historia clínica.

Si en cambio el pedido viene de otro profesional (maestro, médico, etc.), es imprescindible pedirle que exprese claramente el o los motivos de la solicitud de evaluación para así seleccionar adecuadamente la batería.

2.- Edad cronológica del consultante: Este es un factor muy importante ya que no todos los tests se utilizan en todas las edades y además varía la técnica de aplicación.

Cuando los niños son muy pequeños y aún no hablan claramente se tiene que apoyar en la entrevista con los padres, hasta que el niño tenga la suficiente confianza para aceptar someterse a los tests.

Por su parte los adolescentes, en su mayoría prefieren hacer las entrevistas y los tests de manera individual, sin que sus padres estén presentes, sin embargo si son

menores de edad es imprescindible que alguno de los padres acuda a alguna entrevista para que dé su consentimiento para la evaluación.

En cuanto a los adultos no se han encontrado diferencias sustanciales en cuanto a sus preferencias en la aplicación de los tests.

3.- Nivel sociocultural del sujeto y su grupo étnico: La elección de una batería de tests debe tener en cuenta que la consigna que se le va a dar al sujeto sea perfectamente entendida, que la conducta a través de la cual esperamos la respuesta a la consigna sea habitual para el sujeto, que el material-estímulo también sea familiar. Solo así se podría administrar e interpretar correctamente la batería, en términos de que las respuestas con distorsiones o fracasos pueden ser adjudicados a la patología del individuo que se está evaluando y no al hecho de que no entienda la tarea a realizar.

4.- Casos con déficit sensorial o comunicación: En el caso de personas ciegas, sordas o con problemas de lenguaje se debe tener mucho cuidado respecto a que test se puede utilizar y cual no. Unas pruebas se pueden modificar para adaptarlas al sujeto como por ejemplo el CAT, donde el niño puede escribir historias en lugar de decirlas verbalmente, en caso de tener problemas con el lenguaje.

5.- El momento vital: Otro elemento a tener en cuenta para la selección de la batería es el momento evolutivo en el que se halla el sujeto. El momento ideal es

aquel en que se pueda establecer aunque sea un mínimo de "rappot" con el psicólogo o sea de contacto (García, 1993).

Como se puede observar la aplicación de tests como técnica de evaluación no es sencilla, son muchas las cosas que se deben de tomar en cuenta, o de lo contrario se encontrarán resultados que no sirvan de nada y que perjudiquen a la evaluación y a un posible tratamiento en perjuicio del evaluado.

Es así como con este capítulo se da terminó a la información teórica de este trabajo y en el siguiente se verá lo referente a la investigación del proyecto de evaluación Clínica-adultos.

CAPÍTULO CINCO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El objetivo de este capítulo es reportar los resultados del Proyecto de la Unidad de Evaluación Iztacala en el área de Clínica-adultos, así como un breve resumen del proyecto específico.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ESPECIFICO

El proceso de evaluación se inició con una entrevista inicial o historia clínica en donde se rastrearon los datos generales y familiares del usuario, nivel socioeconómico, estructura familiar, desarrollo psicológico, etc. A partir de los resultados de la entrevista inicial y tomando en cuenta las sugerencias y necesidades del usuario se canalizó para evaluar específicamente el área o áreas donde se detectó algún problema. Los ámbitos donde se llevaron a cabo las evaluaciones fueron los siguientes:

a) *Ámbito Clínico:* El cual comprende miedos irracionales, depresión, habilidades sociales, conflictos interpersonales, adicciones, adaptaciones al medio, personalidad, repertorios asertivos, fobias, ansiedad sexual, problemas maritales, etc.

b) *Ámbito Educativo:* Desempeño académico, ajuste al ambiente educativo,

habilidades cognoscitivas, habilidades intelectuales, problemas de aprendizaje, etc.

c) *Ámbito Educativo Especial:* Desarrollo del lenguaje, aprendizaje, desarrollo psicológico, socialización, repertorios básicos, conductas perturbadoras, cuidado personal, etc.

d) *Ámbito Laboral y Vocacional:* Habilidades manuales, aptitudes de empleo, expectativas, intereses, preferencias, metas, etc.

Una vez obtenidos los resultados se realizó una interpretación y análisis de éstos para realizar el perfil psicológico, con el propósito de dar una sugerencia al usuario y canalizarlo, de ser necesario, al servicio psicológico remediativo.

En este trabajo se reportan específicamente los resultados de las evaluaciones en el área de Clínica-Adultos.

MÉTODO

OBJETIVO GENERAL

Identificar el perfil psicológico del usuario del servicio de la Unidad de Evaluación Psicológica Iztacala (UEPI) en el área de Clínica-Adultos.

La evaluación se llevó a cabo en cubículos de la Clínica de Endoperiodontología de la ENEP Iztacala. Para tal evaluación se utilizaron además de la entrevista, diferentes pruebas psicológicas (ver anexo 1) de acuerdo a los problemas que fueran identificados en la entrevista inicial.

El procedimiento de evaluación consistió de las siguientes fases:

a) entrevista inicial, b) diagnóstico sobre área o áreas en las que se iba a realizar todo el proceso de evaluación, c) elaboración del plan de evaluación, d) proceso de evaluación, e) obtención de resultados, f) interpretación de resultados, g) análisis de resultados, h) elaboración del reporte final, i) sugerencias al usuario, j) entrega del reporte.

SUJETOS

La población que se tomó en cuenta para la elaboración de este reporte consistió en personas de ambos sexos mayores de 18 años a las cuales se le aplicó alguna prueba de psicología clínica. El número total de gente que solicitó el servicio durante los primeros seis meses de la Unidad de Evaluación fue de 145 de los cuales 15 de ellos solicitaron evaluación clínica siendo este el 1.3% de la población total.

RESULTADOS

Los resultados que se encontraron en las evaluaciones que se realizaron en el área de clínica-adultos son los siguientes:

De acuerdo a las entrevistas que se realizaron a los solicitantes nos podemos dar cuenta que la población que acudió al servicio fue por interés propio y no por alguna canalización. A continuación veremos los resultados obtenidos clasificados en tablas, para su mejor comprensión.

U.N.A.M. CAMPUS
NAYARIT

IZT.

Como podemos ver en la TABLA 1 el mayor porcentaje de usuarios fue del sexo masculino, siendo casi tres veces más la cantidad de hombres que se sometieron a evaluación que mujeres

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE %
MASCULINO	11	73.33
FEMENINO	4	26.66

TABLA 1

La TABLA 2 nos muestra las diferentes edades de los sujetos evaluados, los cuales fluctúan entre los 18 y 41 años, encontrándose que fueron los más jóvenes los que hicieron uso del servicio; así podemos ver que la edad de 19 años es la que obtuvo el porcentaje más alto con el 20%, siguiendo las edades de 18, 20, 21 y 26 años con un 13.3% cada uno, mientras que las personas mayores de la muestra 39 y 41 años, sólo alcanza el 6.6%; no acuden al servicio gente mayor de 42 años, es así como el mayor porcentaje de la gente evaluada comprende las edades de 18 a 26 años un 86.8%.

18	2	13.3
19	3	20
20	2	13.3
21	2	13.3
22	1	6.6
23	1	6.6
26	2	13.3
39	1	6.6
41	1	6.6

TABLA 2

Directamente relacionado con el dato anterior de la edad tenemos los resultados de la TABLA 3 que nos indica que el 73.3% de las personas evaluadas son estudiantes y solo encontramos cuatro actividades más, las cuales son técnico, mesero, empleado y el hogar todas ellas con un 6.6% cada uno.

ACTIVIDADES		
ESTUDIANTE	11	73.3
HOGAR	1	6.6
TÉCNICO	1	6.6
MESERO	1	6.6
EMPLEADO	1	6.6

TABLA 3

La TABLA 4 muestra el estado civil de los sujetos, de esta forma nos encontramos con que el 86.6% solteros, mientras que casados y divorciados sólo son un 6.6% cada una, lo cual no es extraño si tomamos en cuenta la edad de la mayoría de los sujetos; los cuales son muy jóvenes como podemos ver en la tabla 2.

ESTADO CIVIL		
SOLTERO	13	86.6
CASADO	1	6.66
DIVORCIADO	1	6.66

TABLA 4

Otro dato muy importante es el que podemos ver en la TABLA 5, lo cual nos indica que los sujetos, no sólo son en su mayoría jóvenes estudiantes solteros, como nos lo indican las tablas anteriores, sino que además el 53.3% de ellos cuentan con estudios superiores y un 40% tienen estudios a nivel bachillerato, sólo el 6.6% tiene estudios secundarios; esto es que el tipo de usuario del servicio de psicología clínica son estudiantes de licenciatura y/o bachillerato.

NIVEL ACADÉMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	0	0
SECUNDARIA	1	6.6
BACHILLERATO	6	40
SUPERIOR	8	53.3

TABLA 5

Por su parte la TABLA 6 nos indica que el principal motivo de consulta que expresaron los solicitantes no fue el de un problema específico, que les causara preocupación o molestia, sino que solicitaron evaluación para conocer su personalidad, el C.I. y orientación vocacional.

Motivo de consulta	Nº de personas	Porcentaje
PERSONALIDAD	15	68.1
INTERÉS VOCACIONAL	4	18.11
CONOCER EL C.I.	3	13.6

TABLA 6

Sin embargo en la TABLA 7 podemos ver que se encontraron una gran variedad de problemáticas, sin que ninguna de ellas alcanzara una puntuación muy alta, ya que la más frecuente fue la ansiedad con un 33.3%; seguida por la dependencia 14.8%, la inestabilidad social 11.1% etc.

ANSIEDAD	9	33.3
DEPENDENCIA	4	14.8
INESTABILIDAD EMOCIONAL	3	11.1
INADECUADAS HABILIDADES SOCIALES	2	7.4
INSEGURIDAD	2	7.4
BAJA AUTO ESTIMA	2	7.4
NERVIOSISMO	1	3.7
CONDUCTAS DEPRESIVAS	1	3.7
RESPUESTAS NEURÓTICAS	1	3.7
AGRESIVIDAD	1	3.7
CONDUCTAS ESQUIZOFRÉNICAS	1	3.7

TABLA 7

En la TABLA 8 podemos ver la zona de residencia de los pacientes, siendo Tlanepantla 33.3% y el Distrito Federal 26.6% los lugares de donde venia la mayor parte de la gente tanto estas últimas como las restantes zonas están cercanas a la ENEP Iztacala, otras zonas de proveniencia de los pacientes son: Naucalpan 13.3%, Coacalco, Ecatepec, Atizapán, Cuatitlán Izcalli con 6.6% cada uno.

TLANEPANTLA	5	33.3
DISTRITO FEDERAL	4	26.6
NAUCALPAN	2	13.3
COACALCO	1	6.6
ECATEPEC	1	6.6
ATIZAPÁN	1	6.6
CUATITLÁN IZCALLI	1	6.6

TABLA 8

Por otra parte la TABLA 9 nos presenta que las pruebas que más se utilizaron para las evaluaciones en el área de psicología clínica fueron: El Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad con un 73.3%, la Escala Weshler de Inteligencia para Adultos (Wais) con el 60% e Inventario de Rasgos Temperamentales de Thrustone con un 20%. Otras pruebas utilizadas fueron Inventario de Respuestas de Ansiedad Estado-Rasgo, Inventario de Respuestas de Ansiedad para Adultos, Inventario Multifacético de la Personalidad, Cuestionario Tetradimensional de la Depresión con un 13.3% cada una; así como Perfil e Inventario de la Personalidad, Test de Factor "g" Escala 3, Test Gestáltico Viso-Motor Bender, Cuestionario de Adaptación para Adultos con un 6.6% cada una; lo cual indica claramente el interés de los usuarios por conocer su personalidad y su nivel de inteligencia.

CUESTIONARIO DE 16 FACTORES DE LA PERSONALIDAD	11	73.3
ESCALA WESHLEER DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS (WAIS)	9	60
INVENTARIO DE RASGOS TEMPERAMENTALES THRUSTONE	3	20
INVENTARIO DE RESPUESTAS DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO	2	13.3
INVENTARIO DE RESPUESTAS DE ANSIEDAD PARA ADULTOS	2	13.3
INVENTARIO MULTIFASETICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI)	2	13.3
CUESTIONARIO TETRADIMENSIONAL DE LA DEPRESIÓN	2	13.3
PERFIL E INVENTARIO DE LA PERSONALIDAD (PPG-IPG)	1	6.6
TEST DE FACTOR "G" ESCALA 3 (CATTELL)	1	6.6
TEST GESTÁLTICO VISO-MOTOR BENDER	1	6.6
CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN PARA ADULTOS	1	6.6

TABLA 9

De acuerdo a los resultados anteriores podemos percibir el perfil del solicitante del servicio de evaluación de clínica como una persona joven entre los 18 y 26 años con estudios a nivel bachillerato o profesional, estudiante, soltero, predomina el sexo masculino y provienen en su mayoría de las zonas de Tlanepantla y Distrito Federal

CONCLUSIÓN

Como hemos visto a lo largo de este trabajo la principal función que distingue al psicólogo clínico de otras áreas de la psicología es la labor terapéutica, en donde la evaluación tiene una importancia primordial para la elaboración de los objetivos y metas del tratamiento, de ahí la importancia de la evaluación psicológica. Si a esto agregamos la gran demanda que la Unidad de Evaluación Psicológica Iztacala (UEPI) ha tenido en los primeros meses de su creación (más de 145 evaluaciones) queda demostrado la necesidad que había entre la comunidad por este tipo de atención que como ya mencionamos con anterioridad esta dividida en diferentes áreas: laboral, vocacional, educativa, educación especial y clínica .

Es así como de acuerdo a los resultados que se obtuvieron en el área de clínica adultos donde encontramos que el perfil de los usuarios del servicio es el de jóvenes solteros estudiantes o profesionista y en un gran porcentaje hombres. Lo

cual nos indica la aceptación que la psicología esta teniendo entre la gente joven con estudios medio superiores como mínimo; que empiezan a observar a la psicología como una disciplina que puede auxiliarlo en su vida cotidiana y no solamente una profesión dedicada a "curar" a la gente que esta "mal de la cabeza"; y contrario a esto se ha podido verificar que las personas con bajo nivel académico siguen mostrándose reacios a acudir a un psicólogo.

Es obvio que aún hace falta mucho trabajo en el área de información al público, dar a conocer más la profesión, lo que puede y no puede hacer por la gente y qué es lo que se puede esperar de esta disciplina, ya que tampoco hace milagros.

Otros puntos importantes que se encontraron fue el de la poca asistencia de mujeres, así como también el bajo porcentaje de adultos en general que solicitaron el servicio de evaluación. Dar razones o motivos del por qué sucedió esto seria caer en las especulaciones pero nos parece que es un suceso que puede ser estudiado a futuro si es que se sigue presentando a lo largo de las siguientes etapas de la (UEPI).

Es importante aclarar que este trabajo no pretende generalizar los datos obtenidos y que solo es un estudio de la muestra total que se presentó en esta primera etapa de la UEPI, por lo que es probable que de volver hacer un estudio similar con una muestra distinta de sujetos los resultados serán diferente.

CONCLUSIONES GENERALES

El objetivo de este trabajo fue el de conocer el perfil del usuario del servicio de la Unidad de Evaluación Psicológica Iztacala (UEPI) en el área de clínica adultos, para llegar a él se hizo una breve revisión del surgimiento de la psicología en general y de la psicología clínica en particular.

De esta manera hemos visto que la psicología tiene un origen filosófico y es hasta el siglo XVIII, cuando se utiliza por primera vez este término que significa etimológicamente el estudio del alma, es así como se han revisado los distintos conceptos que de ella han realizado diferentes filósofos en distintas épocas como los son: Platón, para quien el alma era incorpórea, inmortal y de carácter espiritual, muy independiente de la vida del cuerpo; por su parte Aristóteles consideraba que había una unión y colaboración entre el alma y el cuerpo ya que es ella la que le da vida a ese cuerpo; para San Agustín el estudio de el alma esta dirigido a Dios y a buscar la perfección de la verdad; Descartes introduce el problema del psiquismo humano, establece que se puede dudar del cuerpo y del mundo, pero no del pensamiento. Es así como el problema del dualismo fue objeto de estudio desde la filosofía griega hasta Descartes.

La doctrina dominante de gran parte del siglo XIX fue el asociacionismo inglés cuyos principales exponentes son: Locke, Hobbes, Berkeley, entre otros, esta teoría consiste en explicar el todo por sus elementos, lo complejo por lo simple. Así el asociacionismo pretende analizar el mundo de nuestra mente, nuestras ideas, nuestro conocimiento, nuestra conciencia intelectual. Todo ello con el fin de descubrir los últimos elementos y el modo de como a partir de dichos elementos surge nuestro complejo mundo intelectual y mental. Así hasta llegar a la psicología experimental que nace en Alemania en 1878, con la creación del primer laboratorio experimental fundado por Wundt quien conjugo sus conocimientos de medicina, fisiología y dentro de esta al asociacionismo inglés.

Por su parte la psicología clínica nace en el año de 1890, con la creación de la primera clínica psicológica infantil fundada por Witmar y la creación de las primeras pruebas psicológicas de Binet. El ingreso de Estados Unidos a las dos guerras mundiales fueron de gran importancia para el desarrollo de la psicología clínica. Tanto en la primera guerra mundial como en la segunda se tuvo que seleccionar a un gran número de personas para el ejército. Además de las evaluaciones que era la tarea principal de los psicólogos, tuvieron que empezar a realizar tratamientos debido a la gran cantidad de casos de "neurosis de guerra" que se presentó entre los soldados que venían del frente de batalla y que no podían ser

atendidos por los médicos.

De esta forma nos encontramos que a través de la historia de la psicología clínica la evaluación ha tenido una gran importancia a tal grado que en un inicio era lo único que los psicólogos realizaban. En la actualidad cuando la principal función del psicólogo clínico es el tratamiento, una correcta evaluación es primordial para alcanzar los objetivos y las metas establecidos en la terapia.

Para la elaboración de una buena evaluación el psicólogo cuenta con diversas técnicas que puede utilizar, por lo regular se utiliza más de una técnica, pero por regla general las pruebas psicológicas en la mayor parte de las veces siempre están incluidas.

Debido a la importancia que la evaluación tiene en el campo de la psicología clínica, la creación de la UEPI es de gran trascendencia, ya que viene a cubrir un espacio que hasta ahora en la ENEP Iztacala no había sido cubierto, a pesar de que la licenciatura de psicología tiene dentro de su programa de estudios asignaturas como Psicología Aplicada Laboratorio VI cuyo objetivo es el de abordar aspectos de diagnóstico y evaluación de problemas en el área de retardo en el desarrollo, ciegos, sordos, parálisis cerebral, hiperactividad etc; y Psicología Aplicada Laboratorio VII, en donde se debe realizar un análisis funcional de problemas clínicos, diseño de procedimientos de modificación de conducta, así como la implantación de dichos

procedimientos en problemas como alcoholismo, depresión, tabaquismo, problemas maritales, etc; en donde la evaluación es fundamental.

Sin embargo la enseñanza de pruebas psicológicas no está establecida en el programa de estudios y en las prácticas de clínica la técnica que más se utiliza es la entrevista, que como se ha comentado con anterioridad tiene un gran valor en lo que a recopilación de información se refiere, pero es necesario hacer uso de más de una técnica evaluativa y si bien las pruebas psicológicas no son la panacea para la Psicología clínica es una técnica que combinada con la entrevista puede ser de gran ayuda para el psicólogo. Esto solo por hablar del área clínica pero también podría ser de gran apoyo para otras áreas que se cursan en la carrera de psicología como la educativa y la educación especial. Si a lo anterior agregamos que no hay un solo curso oficial o materia que tome en cuenta la psicología industrial en una zona que paradójicamente cuenta con un gran número de industrias como es Tlanepantla y debido a la fuerte demanda que la UEPI ha tenido en esta primera etapa, nos demuestra la necesidad que había de que se brindara este servicio.

Las técnicas de evaluación que se han utilizado en la UEPI son las entrevistas dirigidas con el objetivo de realizar una historia clínica del paciente, pruebas psicológicas y en algunos casos específicos documentos históricos.

Los resultados que se encontraron después de un año de evaluación nos

Los resultados que se encontraron después de un año de evaluación nos indican la baja demanda que hubo del área de clínica adultos, solo un 1.3%, si bien este fenómeno no ha sido estudiado dado que el servicio apenas inicia, podemos suponer de acuerdo a las entrevistas realizadas que esto se puede deber a los mitos y rumores que aún se manejan en torno a la psicología que la catalogan como una disciplina orientada a tratar a los "locos" o "perturbados", por lo que la mayor parte de la gente se niega a ser catalogada en esta categoría.

Así tenemos que el perfil del solicitante del servicio en esta área de la UEPI es el de una persona joven, estudiante o profesionista y en su mayoría hombres, quienes en general expresaron como motivo de consulta el querer conocer su personalidad 68.1% y si bien nadie expresó preocupación por algún problema específico los resultados nos indican que algunas de las personas que solicitaron el servicio sabían de antemano de la existencia de alguna problemática, pero la encubrieron solicitando algo más general que les brinde la oportunidad de resolverla de manera un tanto indirecta.

De los problemas encontrados no hubo uno que predominara en todos los sujetos, siendo la ansiedad la que alcanzó el porcentaje más alto con un 33.3%.

Con la información anterior surgen una serie de cuestionamientos que pueden ser estudiados más adelante, como son el por qué la baja asistencia de mujeres al

servicio de evaluación, aunque sí es importante anotar que de acuerdo a la información que nos brindó el servicio de clínica hay un alto porcentaje de mujeres que acuden directamente a la terapia sin pasar antes por la evaluación, esto puede deberse a diversas causas como son el desconocimiento del servicio o algunos otros motivos que sería interesante investigar, así como también la baja demanda del área de clínica adultos que contrasta fuertemente con la gran población de niños evaluados tanto en el área educativa 41.3% como en la clínica infantil 19.3%; este dato es muy importante pues no hay que olvidar que muchas veces los niños reflejan la problemática familiar que puede tener su origen en los adultos, por lo que se nos presentan nuevas vertientes de investigación en las siguientes etapas de la UEPI.

Después de un año de trabajo en el servicio de evaluación podemos concluir que la creación de la UEPI fue un acierto, pues era algo que hacía falta a la comunidad cercana a la ENEP Iztacala, que la Psicología está siendo aceptada cada vez más por la población joven, con estudios medio superiores y superiores y que por lo contrario en lo que respecta a las personas mayores de 40 años y con baja escolaridad continúa rodeada de mitos y mala información en lo que a la función del psicólogo se refiere, surgiendo aun malos entendidos sobre los pacientes psicológicos a los que muchas personas aún tachan como anormales. Así mismo surgen nuevas líneas de investigación para las siguientes etapas de la UEPI, pues

este trabajo está lejos de concluir y cerrar las investigaciones que aún pueden y deben realizarse.

ANEXO I

PRUEBAS UTILIZADAS

TITULO:	CUESTIONARIO DE 16 FACTORES DE LA PERSONALIDAD (16 PF)
AUTORES:	CATTELL, EBER, TATSOOKA
OBJETIVO:	EVALUAR LA PERSONALIDAD
ESTRUCTURA:	EVALÚA 16 FACTORES DE LA PERSONALIDAD FUNCIONALMENTE INDEPENDIENTES Y PSICOLÓGICAMENTE SIGNIFICATIVAS. CONSTA DE LAS FORMAS A Y B PARA PERSONAS CON INTELIGENCIA NORMAL Y LAS FORMAS C Y D PARA PERSONAS MENOS COMPETENTES
FACTORES A EVALUAR:	<ul style="list-style-type: none"> A.- EXPRESIVIDAD EMOCIONAL B.- INTELIGENCIA C.- FUERZA DEL YO E.- DOMINANCIA F.- IMPULSIVIDAD G.- LEALTAD GRUPAL H.- ACTITUD SITUACIONAL I.- EMOTIVIDAD L.- CREDIBILIDAD M.- ACTITUD COGNITIVA N.- SUTILEZA O.- CONCIENCIA Q1.- POSICIÓN SOCIAL Q2.- CERTEZA Q3.- AUTOESTIMA Q4.- ESTADO DE ANSIEDAD

NOMBRE:	ESCALA WESHLEER DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS (WAIS)
AUTOR:	WESHLEER
OBJETIVO:	ESTA ESCALA ESTÁ DISEÑADA PARA ESTABLECER EL NIVEL DE INTELIGENCIA DE INDIVIDUOS ADULTOS
ESTRUCTURA:	LA ESCALA ESTÁ CONSTITUIDA POR DOS ÁREAS LAS CUALES SON: VERBAL CON SEIS SUB ÁREAS Y DE EJECUCIÓN CON CINCO SUB ÁREAS
FACTORES A EVALUAR:	VERBAL INFORMACIÓN COMPRENSIÓN ARITMÉTICA SEMEJANZAS RETENCIÓN DE DÍGITOS VOCABULARIO EJECUCIÓN CLAVES FIGURAS INCOMPLETAS DISEÑO DE CUBOS ORDENACIÓN DE DIBUJOS ORDENACIÓN DE OBJETOS

NOMBRE:	INVENTARIO DE RASGOS TEMPERAMENTALES DE THURSTONE
AUTOR:	L. THURSTONE
OBJETIVO:	EVALUAR RASGOS DE LA PERSONALIDAD
ESTRUCTURA:	CONSTA DE 140 ÍTEMS QUE CUBREN SIETE ÁREAS DIFERENTES
FACTORES A EVALUAR:	A) ACTIVO V) VIGOROSO I) IMPULSIVO D) DOMINANTE E) ESTABLE S) SOCIABLE R) REFLEXIVO

NOMBRE:	TESTS DE FACTOR "G" ESCALAS 2 Y 3
AUTOR:	CATTELL; A.K.S
OBJETIVO:	SE DISEÑO PARA APRECIAR LA INTELIGENCIA INDIVIDUAL POR MEDIO DE PRUEBAS NO VERBALES
ESTRUCTURA:	ORIGINALMENTE EXISTEN TRES ESCALAS (1,2,3) LA ESCALA 3 TIENEN DOS FORMAS PARALELAS (A Y B)
FACTORES A EVALUAR:	LA PRUEBA CONSTA DE CUATRO ESCALAS 1.- SERIES 2.- CLASIFICACIÓN 3.- MATRICES 4.- CONDICIONES

NOMBRE:	INVENTARIO MULTIFASÉTICO DE LA PERSONALIDAD (IMMPI)
AUTOR:	STARKES R; HATHAWAY; Mc KINLEY
OBJETIVO:	INSTRUMENTO MULTIDIMENSIONAL PARA DETERMINAR LA PERSONALIDAD DE SUJETOS "NORMALES"
ESTRUCTURA:	EL MMPI ESTA CONSTITUIDO POR 13 ESCALAS, MÁS LA DE INTROVERSIÓN SOCIAL EN DONDE CONTRIBUYO OTRO AUTOR (DRAKE)
FACTORES A EVALUAR:	<ol style="list-style-type: none"> 1. HIPOCONDRIASIS 2. DEPRESIÓN 3. HISTERIA 4. DESVIACIÓN PSICOPÁTICA 5. MASCULINIDAD-FEMINEIDAD 6. PARANOIA 7. PSICASTENIA 8. ESQUIZOFRENIA 9. HIPOMANÍA 10. INTROVERSIÓN SOCIAL 11. FRASES OMITIDAS 12. MENTIRA 13. VALIDEZ 14. CORRECCIÓN

NOMBRE:	INVENTARIO DE ANSIEDAD: RASGO-ESTADO (IDARE)
AUTOR:	C.D. SPIELBERGER; R. DÍAZ-GUERRERO
OBJETIVO:	INVESTIGAR FENÓMENOS DE ANSIEDAD EN SUJETOS ADULTOS SIN SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS
ESTRUCTURA:	ESTA CONSTITUIDA POR 2 ESCALAS (A-RASGO) Y (A-ESTADO) CON 20 REACTIVOS CADA UNA.
FACTORES A EVALUAR:	LA ESCALA A-RASGO: CONSISTE EN 20 AFIRMACIONES EN LAS QUE SE LE PIDE AL SUJETO DESCRIBIR COMO SE SIENTE GENERALMENTE. LA ESCALA A-ESTADO: TAMBIÉN CONSISTE EN 20 AFIRMACIONES, PERO LAS INSTRUCCIONES REQUIEREN QUE EL SUJETO INDIQUE CÓMO SE SIENTE EN UN MOMENTO DADO

NOMBRE:	INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (ISRA)
AUTOR:	TOBAL; MIGUEL; CANO
OBJETIVO:	EVALUAR LAS RESPUESTAS COGNITIVAS, FISIOLÓGICAS Y MOTORAS DE ANSIEDAD ANTE SITUACIONES DE LA VIDA COTIDIANA.
ESTRUCTURA:	EL INVENTARIO CUENTA CON 23 SITUACIONES Y 24 RESPUESTAS CON UN TOTAL DE 224 REACTIVOS
FACTORES A EVALUAR:	A) SITUACIONES QUE IMPLICAN EVALUACIÓN Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDADES B) SITUACIONES SEXUALES Y DE INTERACCIÓN SOCIAL C) SITUACIONES FÓBICAS D) SITUACIONES HABITUALES O DE LA VIDA COTIDIANA

NOMBRE:	TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR BENDER
AUTOR:	BENDER L.
OBJETIVO:	MEDIR EL NIVEL DE MADURACIÓN DE FUNCIÓN GUESTÁLTICA VISOMOTORA
ESTRUCTURA:	CONSTA DE UN JUEGO DE NUEVE FIGURAS GEOMÉTRICAS
FACTORES A EVALUAR:	LA FUNCIÓN GESTÁLTICA VISOMOTORA SE EVALÚAN LAS DIFERENTES FUNCIONES MOTORAS DEL SUJETO, RELACIONADAS CON LO VISUAL

NOMBRE:	CUESTIONARIO ESTRUCTURAL TETRADIMENSIONAL PARA LA DEPRESIÓN
AUTOR:	ALONSO-FERNÁNDEZ FRANCISCO
OBJETIVO:	<p>1.- ESQUEMATIZAR EL ESTADO CLÍNICO DEPRESIVO EN FORMA DE UN DEPRESOGRAMA (PERFIL Y DIAGRAMA)</p> <p>2.- FACILITAR EL DIAGNÓSTICO O LA DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN</p> <p>3.- DISTRIBUIR LA DEPRESIÓN EN UNA TIPOLOGÍA INTEGRADA POR 15 GRUPOS CLÍNICOS, CON EL PROPÓSITO DE FORMAR GRUPOS HOMOGÉNEOS DE PACIENTES DEPRESIVOS</p> <p>4.- PERMITIR EL SEGUIMIENTO DEL CURSO DE LA DEPRESIÓN, MEDIANTE EVALUACIONES SUCESIVAS</p> <p>5.- ABRIR NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN PARA LA BÚSQUEDA DE CORRELACIONES ENTRE LOS TIPOS CLÍNICOS DE LA DEPRESIÓN, CON PROPÓSITO DE TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN</p>
ESTRUCTURA:	LA ESTRUCTURA DEL ESTADO DEPRESIVO SE IDENTIFICA EN CUATRO DIMENSIONES SEMIOLÓGICAS (LA AFECTIVIDAD, LA IMPULSIVIDAD, LA SINTONIZACIÓN, EL RITMO)
FACTORES A EVALUAR:	<p>EL CUESTIONARIO CONSTA DE CUATRO DIMENSIONES</p> <p>1.- HUMOR DEPRESIVO</p> <p>2.- ENERGÍA</p> <p>3.- DISCOMUNICACIÓN</p> <p>4.- RITMOPATÍA</p>

NOMBRE:	PERFIL E INVENTARIO DE LA PERSONALIDAD PPG-IPG
AUTOR:	GORDON L.
OBJETIVO:	PROPORCIONAR UNA MEDIDA DE OCHO RASGOS DE LA PERSONALIDAD RELATIVAMENTE INDEPENDIENTES Y PSICOLÓGICAMENTE SIGNIFICATIVOS.
ESTRUCTURA:	ESTA FORMADA DE DOS SUB-PRUEBAS: EL PPG QUE CONSTA DE 18 GRUPOS DE REACTIVOS Y EL IPG DE 20 GRUPOS DE REACTIVOS. CADA REACTIVO CONSTA DE CUATRO FRASES LLAMADAS TÉTRADAS
FACTORES A EVALUAR:	ESCALA PPG ORIGINALIDAD CAUTELA RESPONSABILIDAD SOCIABILIDAD ESCALA IPG ASCENDENCIA ESTABILIDAD EMOCIONAL RELACIONES PERSONALES VIGOR

NOMBRE:	CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN PARA ADULTOS
AUTOR:	BELL, H.
OBJETIVO:	OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LO QUE EL INDIVIDUO PIENSA Y SIENTE DE SUS RELACIONES FAMILIARES, SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE SU ORGANISMO, ACERCA DE SUS AMISTADES O RELACIONES EXTRA FAMILIARES, SU GRADO DE CONTACTO SOCIAL Y COMO EL INDIVIDUO VIVE SUS SENTIMIENTOS Y EMOCIONES; TAMBIÉN PERMITE EVALUAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO Y LAS CIRCUNSTANCIAS AMBIENTALES EN QUE ÉSTE SE REALIZA
ESTRUCTURA:	EL CUESTIONARIO CONTIENE 160 REACTIVOS DIVIDIDOS EN CINCO ÁREAS
FACTORES A EVALUAR:	A) ADAPTACIÓN A LA SALUD B) ADAPTACIÓN SOCIAL C) ADAPTACIÓN EMOCIONAL D) ADAPTACIÓN PROFESIONAL

BIBLIOGRAFÍA

- ANASTASI; A. 1978 *TESTS PSICOLÓGICOS*, ESPAÑA, EDIT. AGUILAR, pp. 3-10
- BERNSTEIN; D. 1982, *INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA*, MÉXICO, MCGRAW-HILL, pp. 3-7
- CALLE; R. 1977, *APLICACIÓN Y VALORACIÓN PRÁCTICA DE LOS TESTS*, BARCELONA, EDIC. CEDEL, pp. 9-20
- CALLE; R. 1971, *TESTS PSICOLÓGICOS Y MENTALES DE FACIL APLICACIÓN*, BARCELONA, EDIC. CEDEL, pp. 11-17
- CAPARRÓS; A. 1990, *HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA*, BARCELONA, EDIT. CEAC, pp. 25-31
- CERDA; E. 1978, *PSICOMETRIA GENERAL*, BARCELONA, EDIT. HORDER, pp. 93-95 180-181
- FERNÁNDEZ; R.1989, *LOS MÉTODOS DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL*, MADRID, EDIT. RIO, pp. 44-49
- GARCÍA; M. 1993, *NUEVAS APORTACIONES AL PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO*, BUENOS AIRES, NUEVA VISIÓN, pp. 95-106
- GARFIELD; S. 1979, *PSICOLOGÍA CLÍNICA EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD Y LA CONDUCTA*, MÉXICO, MANUAL MODERNO, pp. 1-5 124-132
- GOLDENBERG; CITADO EN BERNSTEIN; D. 1982 *INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA*, MÉXICO, MCGRAW-HILL, p. 5
- KELLER; F. 1987, *LA DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA*, MÉXICO, TRILLAS, pp. 11-22
- KENDAL; P. 1988, *PSICOLOGÍA CLÍNICA. PERSPECTIVAS CIENTÍFICAS Y PROFESIONALES*, MÉXICO, LIMUSA, pp. 134-148

- KERLINGER; F. 1975, *INVESTIGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO*, MÉXICO, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, pp. 225-236
- KORCHIN; CITADO EN BERNSTEIN; D. 1982 *INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA*, MÉXICO, McGRAW-HILL, p. 5
- LEVY; L. 1975, *LA INTERPRETACIÓN PSICOLÓGICA*, MÉXICO, FONDO DE CULTURA ECONÓMICA, pp. 163-195
- MAGNUSSON; D. 1978, *TEORÍA DE LOS TESTS*, MÉXICO, TRILLAS, pp. 77-153
- MATSON; F. 1984, *CONDUCTISMO Y HUMANISMO*, MÉXICO, TRILLAS, pp. 23-28
- MISCHEL; W. 1973, *PERSONALIDAD Y EVALUACIÓN*, MÉXICO, TRILLAS, pp. 168-170
- MORRIS; CH. 1987, *PSICOLOGÍA: UN NUEVO ENFOQUE*, MÉXICO, PRENTICE-HALL HISPANOAMERICANA, p. 387
- MOYRA; W. 1982, *TÉCNICAS DE EVALUACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA*, MADRID, EDIT. MAROVA, pp. 9-17
- MULLER; F. 1986, *HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA: DE LA ANTIGÜEDAD A NUESTROS DÍAS*, MÉXICO, FONDO DE CULTURA ECONÓMICA, pp. 15-17, 55-77, 124-146, 203-218
- PÉREZ; A. 1982, *PSICOLOGÍA CLÍNICA; PROBLEMAS FUNDAMENTALES*, MÉXICO, TRILLAS, pp. 52
- PICHOT; P. 1989. *LOS TESTS MENTALES*, MÉXICO, EDIT. PAIDOS, pp. 16-18
- RICHARD; D. 1966 *TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA*, BUENOS AIRES, EDIT. PAIDOS, p. 18
- RICHELLE; CITADO EN: BUELA-CASAL; G. 1991, *MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA APLICADA*, ESPAÑA, SIGLO XXI, pp. XVII-XXII

ROTTER; CITADO EN BERNSTEIN; S. 1982, *INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA*, MÉXICO, McGRAW-HILL, p.2

SHAWOK; CITADO EN BERNSTEIN; S. 1982, *INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA*, MÉXICO, McGRAW-HILL, p. 2

SILVA. A. Y ARAGÓN; L. 1993, *PROYECTO DE UNIDAD DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA IZTACALA*, ESCRITO INEDITO, pp. 1-7

SMITH; R. 1984, *PSICOLOGÍA; FRONTERAS DE LA CONDUCTA*, MÉXICO, HARLA, pp. 488, 517, 565

SZEKELY; B. 1978, *LOS TESTS. MANUAL DE TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA*, BUENOS AIRES, EDIT. KAPELUZ, pp. 39-46

WATSON; CITADO EN BERNSTEIN; S. 1982, *INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA*, MÉXICO, McGRAW-HILL, p. 2