



---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.**

“EL PSICÓLOGO EN ACTIVIDADES DE PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO  
CON ADOLESCENTES.”

**T E S I S.**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA PRESENTA:

**CÉSAR ROMÁN MORALES ROYO.**

DIRECTORA DE TESIS

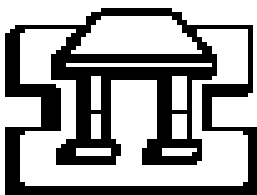
Lic. BERTHA ESTHER GALLEGOS ORTEGA.

DICTAMINADORES:

Dr. MARCO EDUARDO MURUETA REYES.

Dra. AMPARO CABALLERO BORJA.

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

A mis asesores, por sus valiosas aportaciones en el enriquecimiento de este trabajo.

“...Cree que tu arte es una cima inaccesible, no sueñes en dominarlo. Cuando puedas hacerlo, lo conseguirás, sin saberlo tú mismo...” Horacio Quiroga.

#### **A RADIOACTIVO Y ROCK101.**

A LUIS G. SALAS, Jaime Pontones, Dominique Peralta, **LYNN FAINCHEIN**, el “Flaco”, a “La Claqueta”, “Radio Bestia”, “Los Cuernos de la Luna”, “Jazz en la noche”, “Retroactivo”, Iñaki, Clauzzen, José Álvarez, Julio, Ilana Zod, “Cha”, Edgar David y **JORDI SOLER por hacer el soundtrack de la película de mí vida.**

*We don't need no education. We don't no thought control. No dark sarcasm in the classroom. Teachers leave kids alone...Waters, R. (1978). Pink Floyd. The wall. Columbia Records, U.K.*

A mis amigos:

**ÁNGELES**, por envejecer juntos desde aquel lejano '93. Felipe, Alberto, Jorge y Eli. A LAMIA por el aroma de la noche. A MARIPOSA ZEN “*una mujer muy joven con unas alas enormes.*” En particular a “**SARCETH**”, “**ORDOG CADAVERE**”, “**LA MANIS**” Y **VANNE** por su alta capacidad de espontaneidad y debraye haciendo importante cualquier momento. A todos ustedes...gracias...¡Totales!

EL LUNÁTICO ESTA EN LA HIERVA  
RECORDANDO JUEGOS Y GUIRNALDAS DE MARGARITAS Y RISAS  
HAY QUE MANTENER A LOS LUNÁTICOS EN LA VEREDA.

EL LUNÁTICO ESTA EN EL HALL, EL LUNÁTICO ESTA EN MI HALL  
EL PERIÓDICO TIENE SUS CARAS PLEGADAS HACIA EL SUELO  
Y CADA DÍA EL CHICO DE LOS PERIÓDICOS TRAE MÁS.  
Y SI LA PRESA SE ROMPE CON MUCHOS AÑOS DE ANTELACIÓN  
Y SI NO HAY SITIO EN LA COLINA  
Y SI TU CABEZA EXPLOTA TAMBIÉN CON OSCUROS PRESAGIOS  
NOS VEREMOS EN EL LADO OSCURO DE LA LUNA.

EL LUNÁTICO ESTA EN MI CABEZA  
TÚ LEVANTAS LA HOJA, TÚ HACES EL CAMBIO  
TÚ ME VUELVES A ARREGLAR HASTA QU ESTE CUERDO.

TÚ CIERRAS LA PUERTA CON LLAVE Y TIRAS LA LLAVE  
HAY ALGUIEN EN MI CABEZA PERO NO SOY YO  
Y SI LA NUBE ESTALLA ATRONANDO TU OÍDO  
GRITAS Y NADIE PARECE OÍR.  
Y SI LA BANDA EN LA QUE ESTAS COMIENZA A TOCAR DIFERENTES MELODÍAS  
NOS VEREMOS EN EL LADO OSCURO DE LA LUNA..

Waters, R. (1973). Brain Damage. En: Pink Floyd. Dark side of the moon. EMI Records Ltd. U.K.

A mí alma mater.                      A mí familia.                      A mis abuelitos.                      A la familia Becerra Juárez.

A **DANILÚ**, “asesora alterna” por ser uno de los pilares más importantes en la realización de este trabajo desde el inicio. Por irritarte y alegrarte más que yo durante las vicisitudes de este trayecto. Por ser la guía y mi maestra de psicodiagnóstico.

## **ÍNDICE:**

Resumen.	9
Introducción.	10

### **CAPÍTULO 1.**

#### **GÉNESIS DE LA EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA.**

1.1 Recorrido histórico.	22
1.1.1. De la antigüedad al siglo XIX.	23
1.1.1.1. Míticos.	23
1.1.1.2. Racional-especulativa.	24
1.1.2. El siglo XIX.	25
1.1.3. Siglo XX.	29
1.1.3.1 Medición de la inteligencia.	29
1.1.3.2. Medición de la personalidad.	32
1.2. Principales tendencias en evaluación psicológica.	34
1.3. La entrevista en evaluación psicológica.	36
1.4. Pruebas y evaluación.	42

### **CAPÍTULO 2.**

#### **IMPORTANCIA DEL PSICODIAGNÓSTICO.**

2.1. Evaluación de la posguerra.	47
2.2. Psicodiagnóstico, una definición.	48
2.3. Psicodiagnóstico y rango poblacional.	53
2.4. ¿Quién determina el momento oportuno para el uso del psicodiagnóstico?	54
2.5. Indicadores esenciales en la integración del psicodiagnóstico.	55
2.5.1. Características del pensamiento y del contacto con la realidad (inteligencia y/o solución de problemas).	57

2.5.2. Área perceptomotora.	57
2.5.3. Área afectiva.	59
2.6. Estructuración de baterías.	60

## **CAPÍTULO 3.**

### **TEST PROYECTIVOS. BASES TEÓRICAS.**

3.1. Historia y definición.	61
3.2. Características y clasificación de las técnicas proyectivas.	66
3.3 Distintas acepciones de proyección.	69
3.4. Proyección y percepción en psicoanálisis.	72
3.4.1. Proyección.	72
3.4.2. Tipos de proyección.	75
3.5. Percepción.	76
3.6.El papel del Yo en la producción imaginativa.	79
3.7. Fundamentos teóricos.	81

## **CAPÍTULO 4.**

### **TESTS PROYECTIVOS. DESCRIPCIÓN, MATERIAL, ADMINISTRACIÓN E INTERPRETACIÓN.**

4.1. Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender.	83
4.1.2. Principios de organización perceptual.	84
4.1.3. Descripción de las figuras geométricas.	86
4.1.4. Aplicaciones del test de Bender.	89
4.1.5. Administración del test.	89
4.1.6. Interpretación del test gestáltico visomotor.	92
4.1.6.1. Forma de evaluar en el test de Bender las 25 alteraciones perceptuales de las figuras geométricas.	92
4.1.6.2. Indicadores emocionales en el Bender, según criterios de Koppitz.	95
4.2. Test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover.	96
4.2.1. Administración del test.	98

4.2.2. Interpretación.	99
4.3. Test del Dibujo de una Persona Bajo Lluvia.	102
4.4. Test de casa, árbol, persona. H.T.P. (house, tree, person).	103
4.4.1. Aplicación del H.T.P.	105
4.4.2. Interrogatorio posterior.	106
4.4.2.1. Rasgos específicos de la casa.	106
4.4.2.2. Rasgos específicos del árbol.	107
4.4.2.3. Rasgos específicos de la persona.	108
4.5. Test del Dibujo de la Familia de Corman.	109
4.5.1. Aplicación del test.	110
4.5.2. Interpretación del test.	111
4.5.2.1. Plano gráfico.	111
4.5.2.2 Plano de las estructuras formales.	112
4.5.2.3. Plano del contenido o interpretación clínica.	113
4.5.2.4. Interpretación psicoanalítica.	113
4.6. El test de Frases Incompletas de Sacks .	114
4.6.1. Descripción de las áreas de adaptación del test de frases incompletas de Sacks.	116
4.6.2. Administración del test de frases incompletas de Sacks.	117
4.6.3. Interpretación y puntaje.	118
4.7. Test de Cuadros para Adolescentes de Symonds.	119
4.7.1. Análisis de contenido.	120
4.7.2. Análisis formal.	122
4.8. Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI).	122
4.8.1. Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPIA).	124
4.9.El futuro de las técnicas proyectivas.	126

## **CAPÍTULO 5.**

### **ESCALAS DE INTELIGENCIA WECHSLER.**

5.1. Características generales de las escalas Wechsler.	134
5.2. Administración de las escalas Wechsler.	135
5.2.1. Variables del examinador.	136
5.2.2. Variables del menor.	136
5.2.3. Relación entre el examinador y el niño.	137
5.3. Escala Wechsler de inteligencia para niños (WISC).	137
5.4. Escala Wechsler de inteligencia para adultos (WAIS).	137
5.5. Administración de las Escalas Wechsler.	138
5.6. Determinación del perfil.	140
5.6.1. Edad escalar.	142
5.7. Limitaciones de las escalas Wechsler.	142

## **CAPÍTULO 6.**

### **PSICOPATOLOGÍA INFANTIL.**

6.1. Psicopatología infantil. Contexto histórico.	144
6.2. Sistemas de clasificación en psicopatología infantil.	148
6.3. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).	152
6.3.1. Clasificación de los trastornos infantiles en los DSM.	158
6.3.2. Principales ventajas e inconvenientes de los sistemas de clasificación.	159

## **CAPÍTULO 7.**

### **ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN NUESTRO PAÍS.**

7.1. Etapa prehispánica.	162
7.2. Etapa premoderna.	162
7.3. Inserción del psicólogo en una institución de salud mental pública.	167
7.3.1. Clínica de la Adolescencia. Funciones y actividades.	168

7.3.2. Método.	172
----------------	-----

## **CAPÍTULO 8.**

### **ESTUDIOS DE CASO.**

8.1. Un caso de Trastorno oposicionista desafiante (TOD).	174
8.1.1. Técnicas aplicadas.	177
8.1.2. Integración de resultados.	177
8.1.3. Sugerencias de tratamiento.	180
8.2. Un caso de trastorno biológico secundario.	181
8.2.1. Técnicas aplicadas.	182
8.2.2. Integración de resultados.	182
8.2.3. Sugerencias de tratamiento.	188
8.3. Un caso de trastorno esquizotípico.	188
8.3.1. Técnicas aplicadas.	190
8.3.2. Integración de resultados.	190
8.3.3. Sugerencias de tratamiento.	196
8.4. Un caso de bajo rendimiento crónico; descartar trastorno afectivo y valoración de coeficiente intelectual.	197
8.4.1. Técnicas aplicadas.	198
8.4.2. Integración de resultados.	199
8.4.3. Sugerencias de tratamiento.	204
8.5. Un caso de trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos; rasgos límites de personalidad e intento suicida.	204
8.5.1. Técnicas aplicadas.	205
8.5.2. Integración de resultados.	206
8.5.3. Sugerencias de tratamiento.	210
8.6. Un caso de trastorno por estrés agudo.	210
8.6.1. Técnicas aplicadas.	212
8.6.2. Integración de resultados.	212
8.6.3. Sugerencias de tratamiento.	217
8.7. Un caso de trastorno límite y valoración de coeficiente intelectual.	218



8.7.1. Técnicas aplicadas.	220
8.7.2. Integración de resultados.	220
8.7.3. Sugerencias de tratamiento.	225
8.8. Un caso de tricotilomanía; valoración de coeficiente intelectual y valorar rasgos de personalidad.	225
8.8.1. Técnicas aplicadas.	226
8.8.2. Integración de resultados.	227
8.8.3. Sugerencias de tratamiento.	230
Conclusión.	231
Referencias.	241
Anexos.	248

## **R E S U M E N.**

Una de las principales actividades del quehacer del psicólogo es la evaluación de los individuos ya sea que está se realice en el campo de trabajo público o privado. La presente obra representa una aproximación al análisis de categorías y conceptos a nivel histórico, filosófico-epistemológico, metodológico, conceptual y práctico sobre la manera en que estos profesionales de la salud mental realizan evaluación mediante el uso del psicodiagnóstico clínico; que emerge de la convergencia de la psicometría y la psicología dinámica en la primera mitad del siglo pasado.

El Interés de esta obra se centra en el proceso psicodiagnóstico dentro de una institución de carácter público. Se describe el desarrollo de la evaluación siguiendo los lineamientos de aplicación del material compuesto por escalas de inteligencia y test proyectivos de acuerdo con las modalidades establecidas por dicha institución. Se muestra a través de tres tipos diferentes de valoración psicodiagnóstica los resultados obtenidos en la evaluación de distintas problemáticas que actualmente enfrenta la juventud mexicana.

El objetivo del presente trabajo es exponer las funciones realizadas y las posibilidades de desarrollo del psicólogo dentro de la Clínica de la Adolescencia, mediante la realización de psicodiagnóstico clínico con adolescentes durante su paso por el hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro". Para cubrir dicho objetivo se hace necesario la explicación de los procesos de evaluación en psicología, la exposición de la historia y bases teóricas que caracterizan a las técnicas proyectivas, además de la descripción del(os) material(es), necesarios para la administración e interpretación de dichas técnicas así cómo de las escalas Wechsler de inteligencia.

## INTRODUCCIÓN.

Los psicólogos ofrecen una creciente variedad de servicios a la comunidad, entre éstos la evaluación sigue siendo una actividad central ya que, al ser una disciplina científica y para indagar sobre su objeto de estudio, la psicología no puede prescindir de la cultura de la medida; así con el objetivo de partir de un mismo punto, en el capítulo uno se realiza un estudio retrospectivo sobre los orígenes y las distintas maneras de hacer evaluación en psicología.

Fernández Ballesteros (en Cohen y Swerdlink, 2000), realizó dicho recorrido a través de tres períodos históricos que van de lo mítico pasando por lo racional-especulativo hasta llegar al siglo XX donde el hombre hizo patente la necesidad de comprobar la existencia de diferencias entre él y sus pares mediante el uso de diversos métodos e instrumentos como forma de descripción.

De acuerdo con la autora, el origen de la evaluación se localiza en el horóscopo y las cartas astrales, sin olvidar, los relatos de la Edad Media. Gradualmente los métodos fueron modificándose; en el continente asiático una variante de evaluación era la resistencia física. En occidente y bajo la perspectiva del imperio helénico surge la fisiognomía aristotélica que consistía en evaluar a las personas a través de rasgos corporales, sentando así, las bases para el surgimiento en el siglo XVII de la frenología.

Para la segunda mitad del siglo XIX el científico británico Robert Charles Darwin (en Garaigordobil, 1998), publicó un trabajo que tuvo influencia importante sobre las diferentes disciplinas científicas y sobre el pensamiento moderno en general. Una de las mayores aportaciones de “El origen de las especies por medio de la selección natural”, es el énfasis que el autor puso sobre las diferencias individuales.

Francis Galton en 1852 (en Cohen y Swerdlink, 2000 y Airen, 1996), influido por las ideas de su primo Charles Darwin decidió explorar aquello en que los sujetos diferían, dirigiendo sus esfuerzos a la exploración y cuantificación de éstas mediante el diseño y desarrollo de muchas herramientas de evaluación psicológica como cuestionarios, escalas, inventarios etcétera.

Por otro lado, Wilhelm Wundt en 1879 (en Cohen y Swerdlink, 2000), estableció en la ciudad de Leipzig, Alemania, el primer laboratorio de psicología experimental donde en contraposición a Galton (en Randy y Frick, 2000), el interés ahora era medir aquellas cualidades en que los individuos eran semejantes.

Para finalizar con esta visión retrospectiva, el siglo XX da a luz a las primeras pruebas formales de inteligencia con Bidet (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999), y de personalidad con Murria (en Garaigordobil, 1998), sin olvidar las consecuencias que los conflictos bélicos acaecidos en dicho siglo traerían consigo para el desarrollo de las pruebas psicológicas; ya que como menciona Montes de Oca (2000), "la Segunda Guerra Mundial reafirmó el interés por los test de inteligencia y de aptitudes y constituyó un poderoso estímulo para el desarrollo de los test de personalidad" (pág. 21).

Debido a la presencia de diversos enfoques teóricos en el campo del diagnóstico y de clínica en general, está claro que existen dos principales tendencias en evaluación; la evaluación conductual y la evaluación tradicional.

Fernández Ballesteros (en Guerra, Guerrero y Santiago, 1999), define la evaluación conductual como un modelo que pretende el análisis objetivo de los comportamientos de un sujeto, determinado con base a los tres sistemas de respuestas (motor, fisiológico y cognitivo), identificando y manipulando variables que inciden directamente en el comportamiento del individuo; así trata de determinar de una manera operativa y cuantitativa las relaciones funcionales que surgen entre la conducta problema y los factores que la controlan. Por evaluación

tradicional dicha autora entiende “un sistema de psicodiagnóstico realizado con base en test psicométricos, proyectivos o subjetivos a través de los cuales puede llegarse a describir, clasificar y, en el caso más extremo, explicar la conducta de un ser humano mediante el análisis de la estructura de la personalidad, en las que se articulan características, rasgos, factores, necesidades, defensas y conflictos. Todas ellas tienen en común el hecho de ser construcciones internas (psicométricas, psicodinámicas, psiquiátricas), subyacentes en el sujeto, inobservables y que le predisponen a la acción” (en Fernández Ballesteros, 1988, citado en Guerra, Guerrero y Santiago, 1999, pág. 16).

Con el advenimiento de las dos principales tendencias de evaluación y con la aceptación masiva de las diferentes herramientas que emplea la psicología para evaluar a los individuos, el término “prueba” llegó a formar parte del lenguaje coloquial empleándose sin discriminación semántica alguna, sin embargo, es notable la existencia de diferencias entre los distintos términos que conforman la evaluación.

Una vez comprendido lo anterior, es necesario definir de manera clara lo que se entiende por psicodiagnóstico; así, en el capítulo dos se expone el origen y definición de dicho término; analizando cuál es el momento ideal para su uso, cuáles son los indicadores que lo conforman para así, comprender su importancia.

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, se celebró la Conferencia de Boulder en 1946, donde se inauguró la psicología clínica de las posguerra, ahí se definió el área en el que los psicólogos debían participar a partir de la tríada: diagnóstico con test, terapia e investigación. En los años anteriores a la guerra, el diagnóstico había sido la única función del psicólogo clínico.

Gradualmente los psicólogos empezaron a funcionar más como copartícipes que como técnicos, compartiendo responsabilidades en psicoterapia, sin embargo, su contribución primaria y principal, aunque no la única, era la evaluación psicodiagnóstica (en Àvila y Rodríguez, 1992).

A raíz de la convergencia de la psicometría y la psicología dinámica surgió el modelo dominante de la evaluación de la posguerra, emergiendo así, la denominación psicodiagnóstico. La autoría del término se le adjudica a Roschach (en Ajuriaguerra y Marcelli, 1992), quién tituló de esta manera su obra final sobre el test de manchas de tinta, sin embargo, a lo largo de esta obra se muestran las diferentes definiciones realizadas por distintas personalidades en diversos períodos históricos.

Etimológicamente el término psicodiagnóstico “deriva del griego gignosko que significa tener conocimiento, aprender a conocer, conocer, entender algo...” (en Maganto, 1995; en Garaigordobil, 1998, pág. 25). En su acepción tradicional, el término tiene influencia del modelo médico-psiquiátrico ya que su objetivo era lograr una clasificación taxonómica.

El diagnóstico psicológico es una tarea compleja que consiste en explicar la conducta y los procesos mentales dentro de una situación dinámica en la que se concibe al sujeto como un ente total, en el psicodiagnóstico es necesario integrar los datos de manera que permitan comprender globalmente el padecimiento o desajuste por el que la persona asiste a consulta; es decir, “el psicodiagnóstico es esencialmente un proceso de inferencia clínica mediante el cual el psicólogo examina los datos obtenidos, ordenándolos y organizándolos dentro de un marco de referencia constituido por las teorías del desarrollo y de la personalidad” (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999; pág. 7).

El psicodiagnóstico es de gran importancia, ya que como menciona De Verthelyl (1997): “éste permite una indicación terapéutica más certera y personalizada y una predicción de las posibles vicisitudes del proceso y alerta sobre los aspectos patológicos que pueden haber quedado encubiertos en la entrevista” (pág. 28).

En este país la inmensa mayoría de la población está conformada por jóvenes (ente el 65 y 70 % aproximadamente), por tanto, el período de desarrollo predominante será la infancia y la adolescencia.

Así, la evaluación psicodiagnóstica se sugiere cuando se detectan en el adolescente conductas, actitudes o estados de ánimo que afecten considerablemente su desempeño en el ámbito social, familiar o académico o bien cuando dichas conductas no corresponden a lo esperado para su edad ni para su nivel de desarrollo psicológico. “En el psicodiagnóstico se hace una exploración minuciosa de la fuente del conflicto, autoestima, seguridad, relaciones interpersonales, relaciones con figuras parentales y con hermanos; así como miedos, frustraciones, fantasías y mecanismos de defensa utilizados contara la ansiedad, además de explorar los niveles de maduración neurológica y nivel intelectual, a fin de conocer la forma en que sus dificultades emocionales afectan su vida emocional y académica” (en Uribina, 2003; pág. 1).

Por tanto, “para ofrecer un tratamiento adecuado y oportuno a las necesidades de cada paciente es necesario que el psicólogo realice evaluaciones diagnósticas mediante la utilización de diversas técnicas psicológicas, siendo el psicodiagnóstico el que desempeña un papel determinante ya que la demanda de evaluaciones psicodiagnósticas adquiere gradualmente caracteres de verdadera exigencia social” (en Ávila y Poch, 1997; citado en Guerra, Guerrero y Santiago 1999; pág. 10).

El psicodiagnóstico emplea una cierta cantidad de procedimientos que pretenden cubrir varias áreas del funcionamiento psicológico tanto a nivel consciente como inconsciente utilizando técnicas proyectivas así como test más objetivos y estandarizados, dirigiendo la interpretación tanto a signo simbólicos como a las respuestas cuantificables. El propósito es describir al individuo de forma tan completa como sea posible, en todas sus facetas y niveles.

A través de los métodos proyectivos se intenta comprender en lo posible procesos cognitivo-perceptivos del paciente y la estructura de personalidad que subyace. Con los psicométricos se intenta medir o verificar en términos cuantitativos el rendimiento actual o nivel de desarrollo actual de un sujeto en algunos factores parciales, obteniendo y registrando datos sobre una muestra de resultados alcanzados bajo condiciones tipo.

Aunque frecuentemente marcadas por la controversia, las técnicas proyectivas han constituido por mucho tiempo uno de los principales instrumentos del psicólogo clínico en la búsqueda de una adecuada descripción de la personalidad. Según Abt (citado en De Verthelyi, 1997), “la psicología proyectiva ha sido esencialmente un movimiento de protesta contra ciertos conceptos de psicología académica y la tradición norteamericana del conductismo, y fue ya un gesto de irreverencia científica el cuestionar un enfoque y comprensión del hombre ampliamente aceptados en la época” (pág. 9).

Los partidarios del psicodiagnóstico consideran que “este proceso da por resultado un análisis de la personalidad y del funcionamiento psicológico del individuo más ricos y diferenciados que lo que se pudieran obtener por cualquier otro medio cualquiera. Los críticos, dependiendo de sus orientaciones y valores, señalan numerosos defectos” (en Ávila y Rodríguez, 1992; pág. 47).



Todo proceso psicodiagnóstico es conformado por técnicas proyectivas y de inteligencia. El capítulo tres aborda la historia de las técnicas proyectivas mencionando antecedentes relevantes, así como la definición de dichas técnicas.

Se ha mencionado que las técnicas proyectivas manifiestan su rebeldía en contra de la evaluación estadística y normativa pero oficialmente este término fue acuñado por Frank en 1939 entendiendo a ésta como aquellos métodos de evaluación en los cuales el sujeto emite libremente respuestas a estímulos poco estructurados.

De manera general, se puede decir que son tres los hitos históricos que dan origen a las técnicas proyectivas:

1. La técnica de asociación de palabras de Jung (1904).
2. La publicación del psicodiagnóstico de Roschach en 1921.
3. El test de Exploraciones de personalidad de Murria (1935), predecesor del TAT de 1938.

Así, a través de su historia, “los tes proyectivos han generado más investigaciones que ninguna otra técnica diagnóstica” (en Klopfer y Tabulbee, 1976; Reynolds y Sunberg, 1976; citado en Korchin y Schuldber, 1992; pág. 51).

Un aspecto importante dentro de la proyección es la inclusión del término percepción, como menciona Abt y Bellak (1999), los métodos proyectivos, en algún grado dependerán de la percepción individual de cada sujeto. De acuerdo con estos autores la apercepción es un término que interviene dentro de la proyección y consiste en que toda percepción está en relación con la experiencia del sujeto que percibe.

Una vez comprendidos los conceptos que intervienen en las pruebas proyectivas, se analiza la importancia del YO como instancia psíquica dentro de la producción imaginaria ya que éste participa en diversos grados dentro de las producciones imaginativas. Bellak (1999), propone que la participación del YO varía en diferentes niveles de graduación; que va de lo mínimo hasta lo máximo, siendo el nivel mínimo de participación iónica cuando el sujeto se encuentra en el sueño; la intervención máxima ocurre en la solución de problemas o creaciones artísticas.

Para finalizar con el capítulo tres; se presenta lo que se espera que ocurra en un futuro próximo con las técnicas proyectivas, mencionando aquellos esfuerzos realizados con el objetivo de reactualizar dichas técnicas y acercarlas a diferentes perspectivas teóricas como la conductual-cognitiva, la psicología de la percepción y la psicometría mostrando así, la flexibilidad que poseen estas técnicas, sin embargo, sería muy presuntuoso encuadrar dentro del enfoque positivista (el conductual en particular), las técnicas proyectivas ya que su esencia radica en la capacidad que tienen para obtener información del inconsciente del sujeto mediante el uso de material inestructurado.

De maneras más profunda en el capítulo cuatro se abordan todas aquellas pruebas proyectivas o baterías que se usan dentro del psicodiagnóstico, describiendo sus principios teóricos, forma de uso, material a emplear, la manera de administrar cada una de ellas, tiempo de desarrollo, así como la manera de interpretar la información obtenida con el objetivo de integrar toda la información recabada mediante la aplicación de los distintos test proyectivos, en un informe psicodiagnóstico.

Otra parte esencial que conforma el psicodiagnóstico son los test de inteligencia; en el capítulo cinco se menciona el desarrollo que ha tenido el término inteligencia, conceptualizado desde el marco educativo, biológico y psicológico, la manera de administración e interpretación de las escalas de Wechsler, además de la descripción de aquellas variables (del examinador, del examinado y de la relación

entre ambos), que pueden influir durante la aplicación del mismo y las limitaciones existentes dentro de estas escalas.

El capítulo seis hace énfasis en la psicopatología infantil; haciendo notar que en los últimos años la comprensión de la naturaleza, evaluación y tratamiento de los trastornos infantiles ha aumentado notablemente. Conforme se han incrementado los conocimientos básicos, ha ido quedando cada vez más patente que los modelos de evaluación e intervención que se aplican a adultos no pueden, simplemente, extrapolarse a la infancia. Los niños en desarrollo representan una población singular para la que existen consideraciones distintas con respecto a la clasificación, la evaluación y el tratamiento, por tanto se necesita considerar una serie de cuestiones de naturaleza conceptual, metodológica y práctica. Se debe tener en cuenta que los niños participan en situaciones múltiples y variadas, incluyendo a la familia, la escuela y grupos de iguales entre otros.

Los niños y adolescentes son remitidos con profesionales a causa de numerosos y variados problemas conductuales, psicológicos, sociales, físicos y de aprendizaje etc., debido a que la inmensa mayoría de los trastornos infantiles, son definidos por otros, como maestros, padres, tutores y de manera general por los adultos, “normalmente porque encuentran a los síntomas del niño especialmente llamativos o molestos” (en Caballo y Simon, 2001; pág. 32).

Con frecuencia, la persona o institución que refiere al niño o adolescente para evaluarlo no está segura de cómo empleara los resultados de la evaluación. En vez de ello, el niño fue referido porque la institución no estaba segura de la naturaleza del problema, incluso si existe o no dicho problema, y el personal que refiere no está segura de lo que puede hacerse para ayudar al niño. Existen muchas variaciones en este tema pero, en esencia, “el objetivo de la evaluación es entonces diagnosticar la fuente alteración del niño y dar recomendaciones de tratamiento basadas en el diagnóstico” (en Randy y Frick, 2000; pág. 111).

Un hallazgo justamente ubicuo en la investigación de la psicopatología infantil es el alto grado de superposición o comorbilidad en conductas problema. Esto es, los niños con problemas en un área de funcionamiento conductual o emocional tienen un alto grado de riesgo de presentarlos también en otras áreas de funcionamiento conductual y emocional, así como en áreas cognoscitivas y sociales. Como resultado, muchas evaluaciones de niños y adolescentes deben ser justamente amplias para asegurar que se avalúan otras áreas problemáticas que podrían ser pertinentes para la planeación del tratamiento.

El capítulo seis presenta un recorrido histórico sobre la psicopatología infantil; para dar continuidad, en el capítulo siete se analiza lo que sucede en el contexto nacional; describiendo los principales sistemas de clasificación que en la actualidad se emplean por profesionales de la salud mental (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM y la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE), y cual es el desempeño del psicólogo al realizar actividades de psicodiagnóstico.

En capítulo siete se aborda la atención psiquiátrica hospitalaria en nuestro país que se remonta al siglo XIV con la fundación del Hospital de San Hipólito por grupos religiosos de la época; siendo hasta 1910 que por órdenes del general Porfirio Díaz que se construyó el Manicomio General de México “La Castañeda”, albergando en sus pabellones a mujeres, hombres y niños sin que hubiera ningún tipo de diferenciación entre los usuarios.

Reynoso (2001), menciona que con el paso de los años “La Castañeda” resultó infuncional, y es entonces cuando se determinó ofrecer una atención psiquiátrica al niño diferente a la proporcionada al adulto; así, un grupo encabezados por la Dra. Matilde Rodríguez Cabo iniciaron una lucha para la reforma integral del nosocomio. Como resultado de esto, al cierre de “La Castañeda” se separan adultos, niños, agudos y crónicos. Es entonces que se funda el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

En el capítulo siete se mencionan también las actividades realizadas por el psicólogo dentro de una institución de salud mental gubernamental, en particular, el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, en la denominada Clínica de la Adolescencia en el proceso psicodiagnóstico describiendo las tres diferentes modalidades en la que se subdividía el psicoediagnóstico en dicha institución cómo son: valoración de procesos cognitivos, valoración proyectiva y estudio psicológico completo.

Gough (1976, en Ávila y Rodríguez, 1992) concluye que “el psicólogo que evalúa la personalidad debe responder ante sí mismo y ante los otros en una manera humana e intraceptiva; es decir, no puede ser meramente un técnico o el poseedor de un conjunto de métodos utilizados de una forma puramente algorítmica. La evaluación clínica es un esfuerzo humano cuyo objetivo último es ayudar a los individuos en sus problemas. Está clara la necesidad de más y mejor evaluación, pro en último análisis su contribución depende de la sensibilidad del clínico y de la comprensión que tenga de los humanos en sus luchas adaptativas” (pág. 61).

Por otro lado, Lucio y Heredia (1988), a finales de la década de los ochentas realizaron una investigación sobre el campo de trabajo del psicólogo clínico en el área de Posgrado de Psicología Clínica de la UNAM, encuestándose a 100 psicólogos que laboraban dentro de instituciones públicas. Se encontró, que 43 % de estos profesionales atienden población infantil o adolescente, 35 % brinda atención psicoterapéutica así como evaluación psicodiagnóstica, y 25 % de ellos se dedica exclusivamente a la aplicación psicodiagnóstica. Por todo lo anterior, es necesario resaltar la importancia que desempeña el psicodiagnóstico, principalmente dentro de las instituciones públicas de salud mental ya que son éstas las receptoras primarias de la gran mayoría de niños y jóvenes de este país.

En los tratamientos particulares es el terapeuta quien decide el momento para el uso del psicodiagnóstico; en cambio, en los tratamientos que se llevan a cabo en el marco de instituciones públicas, son éstas las que fijan los criterios a tomar en cuenta.

Para comprender mejor el tema expuesto a lo largo de esta obra, en el capítulo ocho se presentan algunos casos clínicos, seleccionando aquellos que expresan las problemáticas que actualmente enfrenta la juventud mexicana y la manera en que son abordados mediante el uso del psicodiagnóstico, analizando los resultados obtenidos en la aplicación de los diferentes test proyectivos y de inteligencia.

# CAPÍTULO 1.

## GÉNESIS DE LA EVALUACIÓN EN LA PSICOLÓGIA.

“La perspectiva histórica añade un grado de profundidad al estudio de un tema en particular, y mucho es lo que se puede aprender, tanto de los errores como de los aciertos en las investigaciones previas”.  
Eysenck y Eysenck (1985).

### 1.1. Recorrido histórico.

Kilogramo, hertz, joule, mol, grado centígrado, newtons, kilowatio, kbyte, candela, milla, revoluciones por minuto y kilocaloría son sólo algunos ejemplos de unidades de medida que actualmente se emplean en cualquier nación del globo terráqueo que haya acudido, al principio de la década de los sesentas del siglo pasado a París a firmar un acuerdo conocido como “Sistema Internacional de unidades” (SI), celebrado con el objetivo de crear un sistema universal, unificado y coherente de unidades de medida basado en el sistema mks (metro-kilogramo-segundo).

Los conceptos antes mencionados forman parte de la era moderna de la humanidad, pero desde tiempos inmemorables permanecen otras maneras de referirnos cuando de medir se trata; por ejemplo, todos hemos escuchado o leído una cita bíblica que dice: “con la vara que midas serás medido”, o hacer uso del brazo para medir la distancia entre dos puntos, hasta el empleo de las palmas de las manos abiertas en su máxima extensión para determinar que tan lejano se encuentra un objeto en relación al espacio existente entre el pulgar y el dedo meñique, proceso de “medida” mejor conocido como “cuartas”<sup>\*</sup>.

Lo anterior remite a que en cualquier época y ámbito en el que el ser humano se desarrolle, sin duda alguna, éste hará uso de la medición en sus diferentes modalidades. Por lo tanto, la psicología, como todas las demás ciencias no podía dejar de lado la “cultura de la medida”.

---

<sup>\*</sup> De gran importancia en la niñez, sobre todo en un juego conocido como “rayuela”; ya que aquel individuo cuya palma ganará más en extensión dependía que la ganancia económica de cada “domingo” fuera más allá de la generosidad del padre.

La psicología al formar parte de una de las ramas de la ciencia se ve en la necesidad de hacer uso de conceptos y marcos de referencia que le son propios, surgiendo así diferentes términos tales como prueba, evaluación, evaluación psicológica, valoración, entre otros.

Para lograr una mejor comprensión de lo expuesto se hace necesario realizar un estudio retrospectivo de los orígenes de las pruebas y evaluación psicológica con el objetivo de partir de un punto de referencia común.

### **1.1.1. De la antigüedad al siglo XIX.**

Al realizar un rastreo histórico, la primera pregunta que surge es ¿se puede localizar el momento justo en que emerge la evaluación psicológica? Pese a que esta pregunta ha sido planteada por muchos investigadores, no es posible ubicar el origen, debido a la dificultad de precisar el momento exacto en el que por vez primera el ser humano comprueba la existencia de diferencias entre él y sus semejantes. Posiblemente, puede ser que a partir de esta toma de conciencia (al asumirse como “diferente”), cuando se buscan procedimientos que permitieran determinar la cuantía o el grado de discrepancia entre los seres humanos.

#### **1.1.1.1. Míticos.**

De acuerdo con Fernández Ballesteros (en Cohen y Swerdlow, 2000), es la astrología la que ha sido considerada como el primer antecedente de la evaluación, particularmente el horóscopo y las cartas astrales fueron las primeras herramientas con las que se trató de describir a las personas, así como de evaluar y de predecir su conducta. McReynolds señala, (citado en Garaigordobil, 1998) “en la astrología se encuentran las características presentes en todo modelo evaluativo; 1) existe un sujeto a evaluar, un evaluador y unos protocolos, siendo el evaluador el que los interpreta; 2) existe un marco referencial teórico de la interpretación; y 3) existe un sistema de categorías taxonómicas en base a las



cuales se realiza la explicación, predicción y descripción psicológica de los sujetos” (pág. 39).

Tampoco hay que olvidar aquellos relatos de la Edad Media en sus diferentes intentos por responder cuestiones diagnósticas de importancia para la sociedad de la época , como el determinar qué miembro de la comunidad estaba poseído por el demonio.

#### **1.1.1.2. Racional-especulativa.**

En el año 2200 a.C., existía en China una forma primitiva de prueba para valorar destrezas en áreas como música, arquería, equitación, escritura y aritmética. Se examinaba la destreza con respecto a la habilidad en los ritos y ceremonias de la vida pública y social, leyes civiles, asuntos militares, agricultura, rentas públicas y geografía; las pruebas tenían una duración de varias semanas y eran físicamente extenuantes; en ocasiones las personas sometidas a estos tipos de pruebas llegaban a morir por la tensión que les generaban estos tipos de valoraciones.

Más tarde los escritos grecolatinos propusieron diversas bases fisiológicas para la personalidad y el temperamento. En éstas, se propuso el análisis del carácter y los hábitos psicológicos de las personas con base en sus características corporales. Bajo esta perspectiva, muchos filósofos como Aristóteles, se dedicaron a evaluar la forma de ser de las personas a través de sus rasgos corporales; método conocido como fisiognomía aristotélica.

Años después destacó el papel de Gall (en Aiken, 1996), como precursor de la evaluación, en particular en el área neuropsicológica. Este médico planteó que las facultades psíquicas estaban localizadas en el cerebro y que analizando las protuberancias del cráneo humano se podían hallar indicadores fieles de tales facultades. Con base en estos supuestos, desarrolló la frenología elaborando todo

una serie de mapas craneales en los que se localizaban las distintas características psicológicas como la emotividad o la inteligencia.

No fue sino hasta el Renacimiento que comenzó a surgir la medición en las ciencias conductuales como la reconocemos en la actualidad. La quiromancia, podoscopía, astrología y frenología, entre otras actividades, tuvieron defensores que afirmaban que el mejor medio para entender y predecir el comportamiento humano era el estudio de las palmas de las manos, los pies, las estrellas, las protuberancias en la cabeza, las hojas del té, etcétera.

A diferencia de tales actividades, la tarea de la evaluación tiene sus raíces en la ciencia. A través de medios sistemáticos y replicables que pueden producir evidencia irresistible, la evaluación responde a lo que Tyler (1965, citado en Cohen y Swerdlink, 2000), se refería como "la necesidad social de organizar o sistematizar de alguna manera la complejidad multifacética de las diferencias individuales" (pág. 33).

Es gracias al Empirismo Inglés el que plantea la necesidad del análisis objetivo del hombre proponiendo como unidades de análisis las acciones, los hechos externos y objetivos.

### **1.1.2. El siglo XIX**

En Europa surgió una idea revolucionaria que cambió el curso de la historia de la humanidad; Darwin (Garaigordobil, 1998), daba a conocer su libro titulado "Del Origen de las Especies por Medio de la Selección Natural", obra literaria donde se hacía marcado énfasis en la idea de la existencia de un vínculo evolutivo entre los seres humanos y los animales.

Una de las mayores aportaciones del científico inglés en dicha obra, fue el paradigma sobre las diferencias individuales que removieron el interés de la comunidad científica de aquel entonces. Dicho axioma darwiniano influyó de manera determinante en cuanto al papel que desempeñaban las diferencias individuales colocando a éstas en el centro de las investigaciones.

Francis Galton\* (en Cohen y Swerdlink, 2000), fue uno de los pioneros en explorar las diferencias individuales que Darwin afirmaba dirigiendo así, sus esfuerzos a la exploración y cuantificación de éstas. El método de Galton (en Aiken, 1996), consistió en tratar de formular una clasificación de la gente “de acuerdo con sus dotes naturales” y “averiguar su desviación de un promedio”. Precisamente es a Galton a quien se le otorga el crédito de diseñar y contribuir al desarrollo de muchas herramientas contemporáneas de evaluación psicológica incluyendo cuestionarios, escalas de estimación e inventarios de informes personales, además sentó las bases del uso de un concepto estadístico que es central para la experimentación y las pruebas psicológicas: el coeficiente de correlación.

Galton (en Cohen y Swerdlink, 2000), fue el creador de lo que denominó “laboratorios antropométricos”, donde cualquiera que así lo deseara podía ser medido en distintas variables como estatura (de pie o sentado), alcance del brazo, peso, capacidad pulmonar, fuerza de tracción, fuerza de presión, velocidad del soplo, agudeza visual, memoria de formas, discriminación de colores y firmeza de la mano. Logrando que gradualmente las instituciones educativas se interesaran en llevar registros antropométricos de sus estudiantes, además de que provocó interés general en los datos relacionados con la evaluación psicológica. Por todo lo anterior, este personaje es conocido como el padre de la psicología diferencial además de que fue el pionero del funcionalismo norteamericano.

---

\* Quien además de ser primo de Charles Darwin; centró sus estudios sobre herencia humana en lo que él llamo “genio” hereditario que –según el autor—existía en su familia.

En Alemania, la evaluación también fue una actividad importante, siendo precisamente allí donde se fundó el primer laboratorio de psicología experimental en la Universidad de Leipzig en 1879 por Wilhelm Max Wundt (1832-1920); lugar geográfico que a la postre se convertiría en el punto de fuga para la psicología experimental, donde se le otorga la emancipación total de otras disciplinas.

El objetivo de Wundt en Leipzig (en Cohen y Swerdlow, 2000), fue la formulación de una descripción general de las capacidades humanas con respecto a variables como el tiempo de reacción, la percepción y la duración de la atención.

El interés de Wundt, en contraposición con Galton (en Randy y Frick, 2000), no consistía en determinar cómo diferían los individuos, sino se concentraba en aquellas cualidades que les eran semejantes; de hecho, las diferencias individuales eran consideradas por el psicólogo alemán como una fuente de error frustrante en la experimentación y así, para reducir el error al mínimo, dicho autor intentaba controlar todas las variables extrañas posibles.

Un alumno de Wundt en Leipzig, originario del continente americano, que llevaba por nombre James McKeen Cattell (en Garaigordobil, 1998), no estuvo de acuerdo con su maestro en cuanto a los lineamientos de la investigación y sobre todo al enfoque de sólo determinar aquello en que las personas tendían a ser iguales.

Demostrando su desacuerdo, el psicólogo estadounidense realizó su tesis doctoral abordando el tema de las diferencias individuales, de manera particular, las diferencias individuales en el tiempo de reacción.

Una vez que obtuvo su nuevo grado académico, Cattell (en Ávila y Rodríguez, 1992), partió a Estados Unidos a impartir cátedra en diferentes universidades de aquel país para luego regresar nuevamente a Europa, concretamente a Londres donde conoció a Galton.

Inspirado por Galton, Catell (en Cohen y Swerdlink), regresó a América, en concreto, a la Universidad de Pennsylvania en 1888 donde acuñó el término prueba o test mental en una publicación de 1890, entendiendo a éste como “un sistema normalizado de procedimientos que permiten obtener información objetiva respecto al rendimiento de personas ante la realización de tareas-tipo” (en Garaigordobil, 1998, pág. 23).

Así, el término test hace referencia a una situación controlada donde se recogen muestras de conducta producidas por los sujetos en respuestas a unos estímulos que le son presentados, las respuestas son valoradas según unos criterios, ofreciendo información del lugar que ocupa el sujeto dentro de un grupo de referencia normativo.

Fernández Ballesteros (en Garaigordobil, 1998), entiende por test a un instrumento estandarizado sistemático que permite la comparación del desempeño de un sujeto en áreas específicas, con el desempeño obtenido por un grupo normativo en las mismas áreas.

Entre los nombres que estuvieron bajo la tutela de Wundt (1879), en Leipzig, se encuentran: Charles Spearman (1895), Victor Henri (1895), Emil Kraepelin (1895), E. B. Titchener (1895), G. Stanley Hall (1895) y Lightner Witmer (1896). A Spearman (1895), se le atribuye haber sido el creador del concepto psicométrico de la confiabilidad de la prueba. Victor Henri (1895), fue el francés que colaboró con Alfred Binet (1875), en artículos que sugirieron la forma en que podían usarse las pruebas mentales para medir procesos mentales superiores. El psiquiatra Emil Kraepelin (1897), fue uno de los primeros que experimentó con la técnica de asociación de palabras, además de que fue el realizador de las primeras clasificaciones taxonómicas dentro de la psicopatología (en Cohen y Swerdlink, 2000).

Así, la psicología en el último cuarto del siglo XIX dió lugar a la consolidación de la evaluación como disciplina. Entre 1890 y 1910 se puede situar esta constitución “definiéndose en ese momento como una disciplina destinada al análisis de la individualidad a través de la evaluación de características sensoriales, perceptivas y motoras así como de otras llamadas superiores, a través de una serie de técnicas que adoptan el nombre de “test mentales” (Binet y Henri, 1895; Kraepelin, 1892 citado en Cohen y Swerdlink, 2000, pág. 42).

### **1.1.3.El siglo XX.**

El siglo XX atestiguó el nacimiento de las primeras pruebas formales de inteligencia, dichas pruebas tuvieron una enorme aceptación a nivel mundial por lo que al principio existió gran receptividad para aquellos instrumentos capaces de medir características mentales; inicialmente, inteligencia y más adelante otras características como personalidad, intereses, actitudes y valores.

Las raíces de las pruebas y la evaluación psicológica contemporánea convergieron curiosamente, en el mismo lugar geográfico donde se estableció el Sistema Internacional de Unidades (SI), tan sólo con una pequeña variación en cuanto al tiempo, ya que las primeras pruebas utilizadas en la evaluación psicológica surgieron con once lustros de anticipación; en los albores del siglo XX.

#### **1.1.3.1. Medición de la inteligencia.**

Al finalizar el siglo XIX la mayoría de las pruebas generadas implicaban la medición de capacidades sensoriales, tiempo de reacción y cosas por el estilo. Alfred Binet, tuvo la visión de ampliar el espectro de las pruebas manifestando que éstas deberían incluir la medición de capacidades cognitivas.

Binet junto con Théodore Simon en el año de 1905, (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999), publicaron una escala de medición de inteligencia de treinta reactivos diseñada para ayudar a identificar a niños en edad escolar con deficiencia mental en París; creando así, todo un movimiento cultural dentro las pruebas de inteligencia. Binet (en Garaigordobil, 1998), no llegó a imaginar el alcance que dicha prueba adquirió al salir de aquel pequeño distrito escolar parisino (para el que había sido creada originalmente), hasta llegar a convertirse en un catalizador para el campo de la medición psicológica como ninguna prueba lo había sido antes.

En el transcurso de una década se contaba ya con una versión en idioma inglés de la prueba y ésta era usada en las escuelas de Estados Unidos, al mismo tiempo se estudiaba el uso de pruebas por primera vez en el ejército o incluso éstas ya se llevaban a cabo, en gran medida el detonante fue de la declaración de guerra contra las naciones del Eje que hizo este país en 1917, convirtiéndose así –las pruebas psicológicas– en una herramienta de utilidad inigualable ya que permitió examinar con rapidez a grandes cantidades de reclutas en busca de problemas intelectuales y emocionales.

Al estallar la Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos dependió aún más de las pruebas psicológicas haciendo uso de nueva cuenta de éstas para el reclutamiento de personal militar. Es así, que la guerra se convirtió en el fenómeno que ofreció un gran impulso a este tipo de pruebas y una vez finalizado el conflicto bélico surgieron gran variedad de pruebas que pretendían medir una amplia gama de variables psicológicas. Como afirma Montes de Oca (2000), “la Segunda Guerra Mundial reafirmó el interés por los test de inteligencia y de aptitudes y constituyó un poderoso estímulo para el desarrollo de los test de personalidad” (pág. 21).

Finalizado el conflicto bélico, el espectro de población para el uso de pruebas psicológicas se amplió enormemente, gradualmente se fue diversificando el área de aplicación; inicialmente de la selección de reclutas militares hasta llegar a solidificarse a finales de la década de 1950 y principios de 1960, con la administración de pruebas psicológicas en instituciones de salud mental tanto públicas como privadas, así como en grandes corporativos estadounidenses, además de dependencias gubernamentales con el fin de tomar decisiones respecto a la contratación, despido y asignación general del personal.

En Estados Unidos, David Wechsler (en Cohen y Swerdlink, 2000), un psicólogo de la ciudad de New York, introdujo al mercado una prueba diseñada para medir la inteligencia de los adultos. La prueba, originalmente llamada Escala de Inteligencia Wechsler-Bellevue, fue revisada y cambió de nombre a Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos. Una nueva revisión de esta prueba fue llamada Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos-Revisada (WAIS-R). La Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos-Tercera Edición es la versión más actualizada de todas las revisiones realizadas hasta ahora.

A partir de la prueba de Binet (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999), la receptividad hacia las pruebas psicológicas fue progresivamente en aumento, se produjeron más pruebas, surgieron más elaboradores, más editores, más usuarios etcétera, es decir, se creó toda una industria de las pruebas. Tan es así, que la asociación psicológica estadounidense (*American Psychological Association, APA*) estimó que “más de 20 000 pruebas psicológicas nuevas se elaboran cada año” (APA 1993 citado en Cohen y Swerdlink, 2000, pág. 28), entre éstas hay algunas que fueron creadas para un estudio de investigación específico, aquellas que fueron creadas con la esperanza de que serían publicadas y otras que representan refinamientos o modificaciones de pruebas existentes.



### **1.1.3.2. Medición de la personalidad.**

La gran receptividad hacia las pruebas de capacidad intelectual fomentó la elaboración de una diversidad de otros tipos de pruebas, incluyendo, entre otras, las pruebas de personalidad.

Ocho años después de que saliera a la luz la escala de Binet (1905), la psicología era objeto de críticas, principalmente por estar demasiado orientada hacia las pruebas, tanto así, que a finales de la década de 1930, aproximadamente 4 000 pruebas psicológicas diferentes estaban disponibles en el mercado, y la psicología clínica era vista como sinónimo de aplicación de pruebas mentales.

La Primera Guerra Mundial no sólo trajo la necesidad de explorar el funcionamiento intelectual de los reclutas sino también la necesidad de explorar problemas de personalidad. Fue entonces, que en 1920 cuando el Comité sobre Salud Emocional de Estados Unidos a cargo del psicólogo Robert S. Woodworth (en Cohen y Swerdlink, 2000), a quién le asignaron la tarea de elaborar una medida de adaptación y estabilidad emocional cuya administración fuera eficiente y rápida a grupos de reclutas. El cuestionario fue denominado “Hoja de Datos Personales” que en esencia eran entrevistas psiquiátricas por escrito; donde, los reclutas y voluntarios debían indicar “sí” o “no” a una serie de preguntas que demostraban la existencia de varias clases de psicopatología, sin embargo, la “Hoja de Datos Personales” nunca pasó de etapas experimentales en gran parte por la finalización de la guerra.

Al finalizar la guerra en 1921 Woodworth (en Cohen y Swerdlink, 2000), retomó el proyecto inconcluso de la “Hoja de Datos Personales”, elaborando una prueba de personalidad exclusivamente para uso civil a la que llamó Inventario “Psiconeurótico de Woodworth”. Este inventario fue la primera prueba de personalidad de informe personal, un método de evaluación que pronto sería empleado en una larga línea de pruebas de personalidad sucesivas.

Este tipo de pruebas sufrió férreas críticas por su inflexibilidad, principalmente a que las respuestas se dejaban al juicio y perspicacia de la persona quien la respondía, se argumentaba que el individuo tenía la oportunidad de falsear sus respuestas por temor a hacer revelaciones que pudieran colocarlo bajo una luz negativa.

Dados estos inconvenientes de la evaluación de la personalidad por medio de informes personales, existió la necesidad de desarrollar tipos alternativos de pruebas de personalidad cuyo índice de falsedad de información se redujera de forma considerable. Un tipo de prueba que proporcionó un medio para sacar inferencias de la personalidad sin basarse en el informe personal fue la prueba proyectiva.

La prueba proyectiva es aquella en la que un individuo “proyecta” mediante el uso de algún estímulo ambiguo sus propias necesidades, temores, esperanzas y motivaciones únicas. El estímulo ambiguo podía ser una mancha de tinta, un dibujo, una fotografía o alguna otra cosa.

Quizá la más conocida de todas las pruebas proyectivas es la Prueba de Manchas de Tinta de Rorschach elaborada por el psiquiatra suizo Hermann Rorschach en 1921; sin embargo, el uso de dibujos como estímulos proyectivos fue popularizado a finales de la década de 1930 por Henry A. Murray (1938) y Cristiana D. Morgan (1938) en la Clínica Psicológica de Harvard (en Garaigordobil, 1998).

Resumiendo, el desarrollo de la medición psicológica puede seguirse a lo largo de dos sendas: la académica y la aplicada. Las primeras se practican en laboratorios de psicología de las universidades como un medio para fomentar el conocimiento respecto a la naturaleza de la experiencia humana; conocimiento acerca de la inteligencia, capacidades, potencial, personalidad, creatividad, intereses, actitudes, valores, procesos cognoscitivos etc. Las segundas, se remontan en la era moderna al trabajo de gente como Binet (en Cohen y Swerdlink, 2000), y en

tiempos remotos a China y la administración de exámenes competitivos para el servicio civil.

## **1.2. Principales tendencias en evaluación psicológica.**

Está claro que existen distintas tendencias en evaluación debido a la presencia de diversos enfoques teóricos en el campo del diagnóstico y de la clínica en general. Fernández Ballesteros (1988), define la Evaluación Conductual como un modelo que pretende el análisis objetivo de los comportamientos de un sujeto, determinado en base a los tres sistemas de respuesta (motor, fisiológico y cognitivo), identificando y manipulando variables que inciden directamente en el comportamiento del individuo. Así, trata de definir de una manera operativa, objetiva y cuantitativa las relaciones funcionales que surgen entre la conducta problema y los factores que la controlan.

Frente a estos sistemas se situó la llamada por muchos autores Evaluación Tradicional, la cual se basa en la existencia de constructos estables de personalidad que determinan en mayor o menor grado la conducta del sujeto. Además esta conducta se interpreta como signo o manifestación indirecta de alguna característica de personalidad subyacente o interna.

Fernández Ballesteros (1988, citado en Guerra, Guerrero y Santiago, 1999), define la evaluación tradicional como “un sistema de psicodiagnóstico que emplea test psicométricos, proyectivos o subjetivos mediante los cuales puede llegarse a describir, clasificar y, en el caso más extremo, explicar la conducta de un ser humano en base al análisis de su estructura de la personalidad, en la que se articulan características, rasgos, factores, necesidades, defensas y conflictos. Todas ellas tienen en común el hecho de ser construcciones internas (psicométricas, psicodinámicas, psiquiátricas), subyacentes en el sujeto, inobservables y que le predisponen a la acción” (pág. 16).

Aunque frecuentemente marcadas por la controversia, las técnicas proyectivas han constituido por mucho tiempo uno de los principales instrumentos del psicólogo clínico en la búsqueda de una adecuada descripción de la personalidad.

De acuerdo con Abt (citado en De Verthelyl, 1997) “la psicología proyectiva ha sido esencialmente un movimiento de protesta contra ciertos conceptos de psicología académica y la tradición norteamericana del conductismo, y fue un gesto de irreverencia científica al cuestionar un enfoque y comprensión del hombre ampliamente aceptados en la época” (pág. 9).

Los defensores del psicodiagnóstico consideran que “este proceso da por resultado un análisis de la personalidad y del funcionamiento psicológico del individuo más ricos y diferenciados que lo que se pudieran obtener por otro medio cualquiera. Los críticos, dependiendo de sus orientaciones y valores, señalan numerosas deficiencias” (en Ávila y Rodríguez, 1992, pág. 47).

En el psicodiagnóstico se hace uso tanto de pruebas psicométricas como proyectivas; “las primeras se basan en teorías de la personalidad funcionalista y únicamente permiten comparar a un individuo con un grupo determinado. Las otras están basadas en la teoría psicoanalítica, especialmente en el aspecto simbólico de ésta” (en Montes de Oca, 2000, pág. 24).

“Los clínicos conductuales, comparándola con los enfoques tradiciones, describen a la evaluación conductual como una evaluación que utiliza menos supuestos inferenciales y que permanece más próxima a los datos observables sin preocuparse por constructos disposicionales, ya sean rasgos o aspectos dinámicos de la personalidad (que son considerados como inexistentes o, al menos, de escasa utilidad para predecir y modificar la conducta), recogen datos de utilidad inmediata para planificar y observar el proceso de tratamiento” (Goldfried y Kent, 1972 en Ávila y Rodríguez, 1992, pág. 54).

Se puede utilizar cualquiera de las numerosas técnicas existentes, sola o en combinación, dependiendo de la orientación del clínico y de las cuestiones que necesiten respuesta. De esta forma, se deben incluir entrevistas con el paciente o sus allegados (padres, hermanos, abuelos, profesores etc.); o la utilización de pruebas sobre diferentes funciones, que varían en amplitud, objetividad, refinamiento psicométrico y grado de inferencia. El objetivo inmediato puede ser la medición de una función psicológica particular o la construcción de “un modelo de trabajo sobre la persona” (Sundberg y Tyler, 1962 en Ávila y Rodríguez, 1992, pág. 46).

### **1.3. La entrevista en la evaluación psicológica.**

Hoy en día, la evaluación conductual hace uso de la observación en ambientes naturales, situaciones ideadas, situaciones de rol playing y autoinformes, tales como cuestionarios y entrevistas clínicas pero sin duda alguna, la entrevista sigue siendo el instrumento básico en evaluación tanto para clínicos conductuales como para los de otros tipos; aunque desde luego, varíen en el contenido.

Esquivel, Heredia y Lucio (1999) enfatizan que “para realizar una evaluación psicológica tiene que recurrirse a diferentes técnicas, una de las principales es la entrevista, además de utilizar pruebas tanto psicométricas como proyectivas, así como algunas neurológicas” (pág. 3).

Una entrevista es una herramienta de evaluación psicológica que implica más que una charla. Si la entrevista se realiza frente a frente, es probable que el entrevistador se interese en el comportamiento no verbal al igual que el verbal, por ejemplo, puede tomar notas respecto al atuendo del entrevistado, sus modales y contacto ocular. En una entrevista frente a frente si el entrevistado sufre de un deterioro físico (por ejemplo, auditivo), no es necesario incluir ningún sonido ya que podría realizarse haciendo uso del lenguaje de signos. Una entrevista puede realizarse por teléfono, en cuyo caso el entrevistador podría hacer inferencias

respecto al contenido de lo que se dijo en función de los cambios de la calidad de voz del entrevistado, en otros casos, se puede emplear cualquier herramienta electrónica a base de fibra óptica capaz de transmitir en tiempo real imagen y sonido como son las videoconferencias utilizando cámaras web.

Como enfatizan Cohen y Swerdlink, (2000), en su sentido más amplio podemos definir a la entrevista como “un método para recopilar información por medio de comunicación recíproca directa” (pág. 11).

Como se observa, la entrevista sigue siendo el instrumento más importante para la evaluación, sin embargo, se ha obtenido un conocimiento considerable sobre la evaluación informal es decir, “el proceso mediante el cual juzgamos cualidades de otra gente sin utilizar medidas explícitas” (Korchin, 1976 en Ávila y Rodríguez, 1992, pág. 54).

Los seres humanos no sólo se comunican por medios verbales sino también a través de medios no verbales como expresiones faciales, señas con los dedos y las manos, inclusive cambios de posición del individuo en el espacio pueden transmitir mensajes.

Como remarcan Esquivel, Heredia y Lucio, (1999) “en la primera entrevista como en las subsecuentes deben observarse y tomarse en cuenta los aspectos no verbales de la misma, cómo son las expresiones que acompañan al discurso, la manera en cómo se presenta el sujeto, la vestimenta, la apariencia general, la forma de sentarse, el tono de voz y el tono afectivo que prevalece durante la sesión” (pág. 7).

Ciertas teorías y sistemas en el campo de la salud mental van más allá de las interpretaciones tradicionales del lenguaje corporal, el psicoanálisis es un ejemplo claro ya que Freud, le asigna significado simbólico a muchos actos no verbales. Freud (1913, citado en Cohen y Swerdlink, 2000), menciona que “las primeras

acciones azarosas de un paciente durante una sesión de terapia, puede decir mucho sobre la motivación a partir del comportamiento no verbal” (pág. 61).

De acuerdo con lo anterior, cada vez hay mayor interés no sólo en lo que los clientes dicen que hacen sino, también en sus sentimientos, pensamientos, objetivos y significados personales.

Como lo hacen notar Kaplan y Sadock (1992) “una evaluación integradora del niño consta de entrevistas clínicas con los padres, el niño y la familia, información sobre el funcionamiento escolar habitual del niño y una evaluación estandarizada del nivel intelectual, así como sus logros académicos. El profesional debe obtener información de la familia, la escuela, y cualquier institución comunitaria con el fin de entender el motivo de consulta” (pág. 62); así, Landau y Goldfried (en Ávila y Rodríguez, 1992), mencionan que dentro de la evaluación deben incluirse también pruebas proyectivas.

En la práctica clínica, la entrevista siempre ha sido un esfuerzo subjetivo y personal por conseguir información y comprensión. La entrevista clínica es una técnica insustituible en tanto cumple con ciertos objetivos del proceso psicodiagnóstico, pero “los test --especialmente los proyectivos--, presentan ciertas ventajas que los hacen irremplazables e imprescindibles ya que permiten la exploración de otros tipos de conducta que no se pueden investigar en la entrevista clínica y que pueden constituir el reducto de los aspectos más patológicos del paciente ocultos tras una buena capacidad de verbalización” (en Siquier y García, 1993, pág. 56).

Siendo éstas (las pruebas proyectivas) las que “permiten una indicación terapéutica más certera y personalizada y una predicción de las posibles vicisitudes del proceso y alerta sobre los aspectos patológicos que pueden haber quedado encubiertos en la entrevista” (en De Verthelyi, 1997, pág. 28).

Por último y de manera general se citarán los acontecimientos más importantes acaecidos desde 1910 cuya aparición enriquecieron a la psicología; el orden es cronológico y de acuerdo con Fernández Ballesteros (en Garaigordobil, 1998):

- ? 1915. Apareció el “test de laberintos” de Porteus a través del cual se pretendió la evaluación de capacidades mentales libre de influencias culturales.
- ? 1916. Primera adaptación americana del test de Binet que adoptó el nombre de “Escala Stanford-Binet para la medición de la inteligencia”.
- ? 1918. Se emprendió la evaluación de la inteligencia del ejército americano a través de los test “*Army Alpha*” y “*Army Beta*”.
- ? 1920. Woodworth construyó el primer test colectivo de medida del ajuste personal, la “Hoja de Datos Personales” para la selección de los soldados estadounidenses.
- ? 1919. Gessell editó su escala de evaluación del desarrollo de las primeras edades.
- ? 1921. Rorschach publicó su “*Psychodiagnostik*” en el que presentó su técnica de evaluación de la personalidad mediante la interpretación de manchas de tinta.
- ? 1926. Goodenough editó el Test de Dibujo de la Figura Humana para la medida de la inteligencia infantil.
- ? 1929. Se celebró en Barcelona el Congreso Internacional de Psicología en el que se dedican varias ponencias a temas relacionados con la evaluación psicológica.
- ? 1934. Moreno publicó su obra “*Who Shall Survive*” en la que, con el planteamiento de las técnicas sociométricas, se inició la evaluación de interacciones sociales, y se presentó el “*role playing*” como técnica de medida.
- ? 1935. Vygotsky formuló el concepto de “zona de desarrollo próximo”, antecedente de la importancia de la evaluación de estrategias cognitivas frente a productos intelectuales.



- ? 1936. Son abolidos los test mentales en la Unión Soviética como instrumentos de medida.
- ? 1936. Se publicó la primera escala de medida del desarrollo social, la *Vineland Social Maturity Scale de Doll*.
- ? 1938. Murray presentó su teoría sobre la personalidad (en colaboración con Morgan), junto con un instrumento proyectivo de evaluación, el Test de Apercepción Temática.
- ? 1939. Wechsler publicó la primera edición de su Medida de la Inteligencia.
- ? 1942. Hathaway y McKinley presentaron el primer inventario clínico de evaluación de entidades nosológicas psiquiátricas, el MMPI "*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*".
- ? 1947. Halstead publica "*Brain and Intelligence*" usada en la evaluación psiconeurológica.
- ? 1949. Tyler, en su "*Basic Principle in Curriculo and Instrucción*", sentó las bases para la valoración de programas e intervenciones.
- ? 1950. Shapiro presentó a la Reunión Anual de la Sociedad Británica de Psicología el trabajo "*An experimental approach to diagnostic psychological testing*" en el que se sentaron las bases metodológicas para una evaluación experimental.
- ? 1952. Se construyó la Sociedad Española de Psicología.
- ? 1953. Skinner editó su obra "Ciencia y conducta humana" de la cual se derivó el análisis experimental de la conducta humana como alternativa conductista al Psicodiagnóstico en base al test.
- ? 1957. Cronbach y Gleser publicaron "*Psychological Test and Personnel Decisions*" en el que se propuso utilizar la teoría de la decisión al proceso psicodiagnóstico.
- ? 1963. Staats se refirió, por primera vez, a la evaluación conductual en su texto "*Human Complex Behavior*".
- ? 1965. Kanfer y Saslow, con la publicación de su trabajo "Análisis Conductual" donde plantearon un nuevo modelo de Psicodiagnóstico desde una perspectiva conductual.

- ? 1968. Publicación del trabajo de Mischel "Personalidad y Evaluación" el cual representó la más dura crítica al modelo de evaluación con base en rasgos realizado a través de los test.
- ? 1972. Feuerstein editó su "*The dynamic Assessment of Retarded Performers*", que supuso el inicio de un modelo cognitivo en la evaluación del funcionamiento intelectual.
- ? 1974. Moos publicó "*The social climate scales: an overview*" que representó el más importante esfuerzo en la evaluación del ambiente.
- ? 1976. Los soviéticos Voitko y Guibuj presentaron un importante trabajo "Acerca de ciertos conceptos principales en psicodiagnóstico" el cual significó una síntesis conceptual del modelo de la psicología soviética.
- ? 1977 y en años siguientes se consolidó la evaluación conductual con la publicación de numerosos textos tanto en el extranjero como en España.
- ? 1980-19?? Etapa de desencanto y crisis de la evaluación conductual.

El análisis de estos eventos históricos llevó a Fernández Ballesteros (citado en Garaigordobil, 1998), a establecer una serie de conclusiones. En primer lugar, que gran parte de los sucesos relatados son relevantes no sólo para la Evaluación, sino para otras corrientes o especialidades de la psicología. Así, la psicología diferencial y de la personalidad ejercieron un papel importantísimo, y significaron el sustrato metodológico y teórico. En segundo lugar, se derivó que la mayor parte de las realizaciones producidas en el ámbito de la Evaluación, hasta por lo menos los años 50 se han centrado en el desarrollo de una tecnología evaluativa dirigida al análisis y constatación de atributos psicológicos, entidades nosológicas y constructos dinámicos. Sin embargo, existen escasas colaboraciones sobre la formulación de las bases conceptuales y metodológicas de la propia disciplina, es decir, se carece de una reflexión sobre el objeto y el proceso de la Evaluación Psicológica. Es a partir de los 60 cuando comenzó una nueva época en la que, junto con la puesta en cuestión y crítica de una evaluación exclusivamente realizada con base en los test de medición de características individuales, fueron desarrollándose modelos (como el conductual y cognitivo) y tecnología conectada

con la psicología básica. Por otro lado, es a partir de los 70 cuando se extendió el propio objeto de la evaluación, pasando del énfasis en el análisis de las características individuales a la evaluación de interacciones persona-ambiente y, de ahí, a la evaluación del ambiente y a la valoración de intervenciones. En tercer lugar, se observa que se perfilan una serie de modelos: el modelo del atributo, el modelo dinámico, el modelo conductual, el modelo cognitivo y el modelo médico. Así, en los desarrollos de la evaluación, como disciplina derivada de la psicología científica, se observan cinco modelos fundamentales, los cuales, partiendo de distintos objetivos de la evaluación y ámbitos de aplicación, dando lugar a procedimientos concretos y formas de hacer evaluación.

#### **1.4. Pruebas y Evaluación.**

Con el advenimiento y aceptación masiva de las diferentes herramientas de las que hace uso la psicología, el término “prueba” ahora formaba parte del lenguaje popular; “prueba” era el término usado para referirse a todo, desde la administración de una prueba hasta la interpretación de la calificación de la misma.

Se encuentran referencias a las pruebas no sólo en los libros de texto de la posguerra sino en variados escritos publicados a lo largo de las décadas que le siguieron. Sin embargo, para la Segunda Guerra Mundial, comenzó a surgir una distinción semántica entre “prueba” y otro término más incluyente “evaluación”.

Los orígenes del concepto de evaluación se han vinculado a los trabajos realizados por Murray (en Cohen y Swerdlink, 2000), en la *Harvard Psychological Clinic*. Estos tenían por objetivo; descubrir las fuentes del funcionamiento personal creativo y adaptativo, además de la realización de un estudio longitudinal, explorando diversas áreas mediante diversas técnicas.

Pelechano (1988, citado en Garaigordobil, 1998), en un intento de sistematizar-inventariar los principales tipos de significaciones que posee evaluación distinguió tres:

- 1) Formación de impresiones y emisión de juicios acerca de los demás;
- 2) un proceso, un modo de obtener información sobre una o varias personas, un modo de organizar esta información y una manera de interpretarla; y
- 3) un proceso a lo largo del cual se toman decisiones y se construye un modelo de trabajo sobre el funcionamiento y estructura psicológica de la persona que se trata de evaluar y de las situaciones que a esta persona le toca vivir.

El término evaluación supone la realización de observación y una integración activa de las calificaciones de prueba y otros datos de varias fuentes por un evaluador. Dicho término reconoce que las pruebas sólo representan un tipo de herramienta usado por los evaluadores profesionales. Como observaron Sundberg y Tyler (1962), “las pruebas son herramientas; en las manos de un tonto o de una persona sin escrúpulos se volverían una perversión pseudocientífica” (pág. 5). En muchos contextos de evaluación, “es el proceso de evaluación el que da vida y significado a las calificaciones de una prueba, las puntuaciones de la prueba son lo que resulta de su aplicación” (Cohen y Swerdlink, 2000 pág. 5).

Resumiendo, una prueba puede definirse como un procedimiento o un dispositivo de medición, sin embargo, cuando a la palabra prueba se le agrega un adjetivo calificativo, se hace referencia a un dispositivo o procedimiento de medición diseñado para medir una variable relacionada con ese adjetivo. Por ejemplo, al hablar de prueba médica se hace énfasis al dispositivo o procedimiento de medición diseñado para medir alguna variable relacionada con la práctica de la medicina que incluye el uso de diferentes herramientas y procedimientos como rayos X, pruebas sanguíneas etcétera. Si a la evaluación, de la misma manera se le agrega un adjetivo calificativo, en este caso, evaluación psicológica; entonces se habla de “una serie de actividades de exploración, medida o análisis de

comportamiento o fenómenos psicológicos relativos a un sujeto o grupo específico de sujetos, y esto se realiza mediante un proceso de indagación y toma de decisiones” (Fernández Ballesteros, 1992 citado en Garaigordobil, 1998, pág. 21).

El término evaluación psicológica surgió como consecuencia del enfoque conductista de la evaluación, connotando algo más amplio que la simple aplicación de test, conllevando procesos de integración y valoración de la información recogida (Cronbach, 1990; Fernández Ballesteros, 1992; en Garaigordobil, 1998).

Para comprender el concepto de evaluación psicológica se debe recurrir a otros términos que le son afines y que se relacionan con la tarea evaluadora como son; medida, psicodiagnóstico, valoración y evaluación. Los términos anteriores generalmente son tomados como sinónimos, sin embargo, cada uno de ellos tiene connotaciones históricas, conceptuales e incluso metodológicas diferentes por lo que conviene aclararlos:

**Medida:** recursos o procedimientos cuantitativos que intentan establecer relaciones entre conceptos abstractos (constructos) e indicadores empíricos. Puede utilizarse una estadística extensiva o intensiva, paramétrica o no paramétrica en función de la parcela objeto de conocimiento.

**Psicodiagnóstico:** recolección de información procedente de procedimientos no experimentales. Se basa originariamente en modelos proyectivos y su procedimiento principal de validación es en relación con un criterio previo. Se apela a juicios globales no cuantitativos.

**Valoración:** toma de posición final al respecto a una persona, grupo, servicio y/o programa de actuación o técnica terapéutica. Incluye un juicio pronóstico y un plan de actuación con el fin de mejorar y/o reorientar el estado actual de los hechos. Posee indudables elementos éticos. Se refiere tanto a aspectos positivos como negativos y, en su caso bibliográfico siempre utiliza procedimientos cuantitativos o

modelos susceptibles de cuantificación. Podría y debería incluirse en el parte final de todo informe psicológico al margen del tipo de información y de su modo de recogerla.

**Evaluación:** recolección de información y articulación sistemática de un modelo de funcionamiento personal teórico en función de los datos recogidos. Incluye tanto procedimientos cuantitativos como cualitativos. Incluiría tanto las actividades de medida (test), como de psicodiagnóstico (pruebas proyectivas), así como de observaciones de campo y entrevistas. El resultado final es una imagen del funcionamiento del individuo.

Pese a las diferencias semánticas de estos términos todos ellos mantienen estrechas relaciones entre sí. La evaluación psicológica incluye la medición mediante test psicológicos, al psicodiagnóstico, además de otras técnicas como por ejemplo, la entrevista, la observación-autoobservación, los registros psicofisiológicos etc.

Al concluir una revisión sobre la posición actual de la evaluación de la personalidad, Gough (1976, en Korchin y Schuldberg, 1992) señala que: “el psicólogo que evalúa la personalidad debe responder ante sí mismo y ante los otros en una manera humana e intraceptiva” (pág. 61), es decir, no puede ser meramente un técnico o el poseedor de un conjunto de métodos utilizados de una forma puramente algorítmica.

La evaluación clínica debe ser un método cuyo mayor esfuerzo debe dirigirse a proporcionar diferentes alternativas a los individuos para que a su vez, éstos obtengan una mejor calidad de vida superando así sus diversas problemáticas. Ávila y Rodríguez (1992) respecto a lo anterior enfatizan; “está clara la necesidad de más y mejor evaluación, pero en último análisis su contribución depende de la sensibilidad del clínico y de la comprensión que tenga de los humanos en sus luchas adaptativas” (pág. 61).

Es cierto que la línea entre lo que constituye la prueba y lo que conforma la evaluación no siempre es clara. Siendo así, entendemos por evaluación psicológica la recopilación e integración de datos relacionados con la psicología con el propósito de hacer una valoración psicológica, lograda con el uso de herramientas como pruebas, entrevistas, estudios de caso, observación y aparatos y procedimientos de medición diseñados en forma especial. Como prueba psicológica se entiende a el proceso de medir variables relacionadas con la psicología por medio de dispositivos o procedimientos diseñados para obtener una muestra de comportamiento. Las pruebas psicológicas pueden diferir en diversas variables como contenido o tema, formato, procedimientos de administración, procedimientos de calificación e interpretación.

Así, una vez que se ha recabado toda la información pertinente mediante los diferentes métodos de evaluación, principalmente mediante el uso de test, tanto proyectivos como psicométricos; se hace necesario la integración de estos datos en un informe que recibe el nombre de psicodiagnóstico clínico, situación que da pie para abordar el siguiente capítulo.

## **CAPÍTULO 2.**

### **IMPORTANCIA DEL PSICODIAGNÓSTICO.**

“La orientación psicodiagnóstica ubica al clínico más que al test en el centro del proceso de evaluación (...) ya que el valor último de los resultados de una evaluación psicológica depende mayormente de la capacidad y conocimiento que tiene el clínico que interpreta el material.”  
Korchin y Schuldberg (1992).

#### **2.1. La evaluación en la posguerra.**

En los años que antecedieron el comienzo de los conflictos bélicos de mayor escala a nivel mundial, el diagnóstico había sido la única función del psicólogo clínico y sus actividades se reducían únicamente a la simple aplicación de los llamados test mentales, sin embargo, gracias a su consistencia, los psicólogos empezaron a interesarse en otras áreas de la psicología desempeñándose cada vez más como copartícipes que como simples técnicos, hasta llegar a compartir diversas responsabilidades, principalmente en la psicoterapia; aún su contribución primaria y principal, aunque no la única, continuaba siendo la evaluación psicodiagnóstica.

A finales de la década de los cuarentas se inaugura la historia de la psicología de la posguerra, en ese entonces la *Veteran Administration* (1946), junto con el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (1946), realizaron algunas recomendaciones para que la Asociación Americana de Psicología (APA) y las Universidades del país definieran los programas de formación en psicología clínica, dando lugar a que en 1947 surgiera un comité encargado de diseñar las directrices a seguir.

Este comité denominado David Shakows *Comité on Training in Clinical Psychology* (en Cruz, Domínguez y González, 2003), tenía la misión de recomendar el contenido del plan de estudios, establecer los criterios de entrenamiento a tener en cuenta por las Universidades y evaluar e informar sobre



los programas en curso. Las principales recomendaciones del informe Shakow, para el entrenamiento de psicólogos clínicos fueron las siguientes:

1. El psicólogo clínico era formado antes que nada como psicólogo (y por tanto como científico) y contando con ello como profesional práctico.
2. El entrenamiento clínico sería tan riguroso como lo pueda ser la formación en áreas no clínicas de la psicología, lo que supone el establecimiento de unos criterios estándar de postgraduación.
3. El contenido de la preparación clínica se concentraba en la evaluación, el tratamiento y la investigación.

Esta propuesta para la formación del psicólogo clínico llamado “Modelo de Boulder”, en razón del lugar de la Conferencia que en 1949 lo asumió, fue el patrón que marco la pauta para la formación de los psicólogos de aquel entonces (en Cruz, Domínguez y González, 2003).

## **2.2. Psicodiagnóstico, una definición.**

Ubicar cronológicamente el origen del psicodiagnóstico es una tarea compleja, sin embargo, este término fue utilizado por vez primera en 1921 por Rorschach quien tituló de esta manera el escrito final donde presenta sus conclusiones sobre el test de las manchas de tinta.

Etimológicamente el término diagnóstico “deriva del griego *diagnosko* que significa aprender a conocer, conocer, tener conocimiento, entender algo...” (en Maganto, 1995 citado en Garaigordobil, 1998, pág. 25).

En el campo de la psicología, el concepto psicodiagnóstico ha tenido connotaciones clínicas, en parte porque ha sido derivado de la medicina, y en parte porque ha estado vinculado a las perspectivas psicodinámicas.

Originalmente, este término no tuvo ningún tipo de connotaciones específicas, sino que éstas se han atribuido posteriormente, ya sean pedagógicas, psicológicas, médicas etcétera.

La definición del psicodiagnóstico en su acepción tradicional hace referencia al sentido médico-psiquiátrico del término ya que se plantea como objetivo exclusivamente la clasificación taxonómica. De acuerdo a lo anterior, Garaigordobil (1998), explica que el psicodiagnóstico implica un diagnóstico dirigido a la indagación de posibles aspectos psicopatológicos, negativos o deficitarios en el funcionamiento psicológico de los individuos, cuya exploración se realiza mediante la aplicación de diversos instrumentos.

Es a partir de la convergencia de la psicometría y de la psicodinámica que surgió el modelo dominante en la evaluación clínica de la posguerra, emergiendo así, el psicodiagnóstico.

Henry A. Murray y David Rapaport (en Ávila y Rodríguez, 1992), definen al psicodiagnóstico como “aquel que emplea una cierta cantidad de procedimientos que pretenden cubrir varias áreas del funcionamiento psicológico de un sujeto, tanto a nivel consciente como inconsciente, utilizando técnicas proyectivas así como test más objetivos y estandarizados” (pág. 47).

Se llama test a una prueba estandarizada que permite comparar los resultados obtenidos por un individuo con los datos obtenidos por un grupo control. Los primeros test fueron los de inteligencia. Después, se dividieron los test en dos grandes grupos: test de nivel y test de personalidad. Los primeros miden el éxito o el fracaso frente a una serie de tareas estandarizadas. Tienen como objetivo la medida de la inteligencia; los resultados se expresan en cocientes de desarrollo o en coeficientes intelectuales.

Los test de personalidad tienen como objetivo el estudio de los componentes afectivos de la personalidad. Se basan en el establecimiento de una situación lo más estandarizada posible a fin de permitir comparaciones, pero los resultados no se pueden expresar cuantitativamente, por lo tanto, los test de personalidad no conducen a la definición de una puntuación; por el contrario, permiten la evaluación cualitativa de los procesos psíquicos que concurren en la organización de la personalidad. Entre los test de personalidad se distinguen los cuestionarios y los test proyectivos.

Es así que, todas las respuestas emitidas en los test de personalidad son válidas y significativas, contrariamente a lo que sucede en los test de nivel donde existe siempre una respuesta correcta o incorrecta.

Recientemente, la utilización de los test proyectivos en psiquiatría infantil ha tenido mucho éxito. Todos ellos se basan en el concepto de proyección, articulado a su vez a la noción de percepción. Ajuriaguerra y Marcelli (1992), mencionan que “no existe percepción neutra ya que toda percepción descansa sobre un trabajo de interpretación que está en función de la problemática interna del sujeto” (pág. 78). La característica de los test proyectivos estriba en proponer un estímulo perceptivo, suficientemente ambiguo, a fin de que en la percepción el sujeto “proyecte” al máximo su propia problemática.

A través de los métodos proyectivos se intenta comprender en lo posible procesos cognitivo-perceptivos del paciente y la estructura de personalidad que subyace. Con los psicométricos se intenta medir o verificar en términos cuantitativos el rendimiento actual o nivel de desarrollo actual de un sujeto en algunos factores parciales, obteniendo y registrando datos sobre una muestra de resultados alcanzados bajo condiciones tipo.

Las técnicas proyectivas como psicométricas, en realidad tienen el mismo objetivo, que es “la utilidad clínica comprensiva dentro de un marco de relación personal y profesional” (en Guerra, Guerrero y Santiago, 1999, pág. 16). El propósito principal

del psicodiagnóstico de acuerdo con Korchin y Schuldber (1992), “es describir al individuo de forma tan compleja como sea posible en todas sus facetas y niveles” (en Ávila y Rodríguez, 1992, pág. 47); es decir; en el psicodiagnóstico la interpretación de la información recabada es la característica principal, y está dirigida tanto a aspectos simbólicos como a respuestas cuantificables, siendo el objetivo la descripción del sujeto para obtener un perfil del funcionamiento intelectual y/o emocional de éste.

En todo momento se necesita el juicio y la inferencia clínica, y la valoración de los descubrimientos hechos en la evaluación depende mucho “de la capacidad y conocimiento del clínico que los interpreta. Por encima de todo, la orientación del psicodiagnóstico sitúa, en lugar del test, al clínico en el centro del proceso de evaluación” (en Jiménez, 1997, pág. 69).

El diagnóstico psicológico es una tarea compleja que consiste en explicar la conducta y los procesos mentales dentro de una situación dinámica en la que se concibe al sujeto como un ente total. Aún cuando de manera aislada y mediante varias técnicas se exploran los diferentes aspectos que conforman la personalidad, es necesario integrar los datos de manera que permitan comprender globalmente el padecimiento o desajuste por el que la persona solicita atención psicológica.

El psicodiagnóstico es esencialmente “un proceso de inferencia clínica mediante el cual el psicólogo examina los datos obtenidos con estas técnicas, ordenándolos y organizándolos dentro de un marco de referencia constituido por las teorías del desarrollo y de la personalidad” (en Esquivel, Heredia y Lucio; 1999, pág. 7). Así, la pretensión del psicodiagnóstico consiste en “la descripción y predicción, con el fin de planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones terapéuticas y predecir la conducta futura” (Korchin, 1976, citado en Ávila y Rodríguez, 1992, pág. 46).

Para concluir se menciona el análisis histórico y etimológico del concepto que realiza Pelechano (1998, en Garaigordobil, 1998); según este autor, son siete los aspectos que dotan de significación a la expresión psicodiagnóstico:

- 1) Se trata de una expresión con claras connotaciones médico-psiquiátricas.
- 2) Es un acercamiento empirista y aplicado en el que predomina la detección de diferencias entre los seres humanos identificados previamente por algún criterio externo.
- 3) Disminuye al máximo el momento discursivo teórico y se acentúan los correlatos operativos.
- 4) Pretende un estudio global del individuo, acerca del funcionamiento y dinámica de su personalidad y de su inteligencia, lo que implica un acento en lo individual, por un lado, y por otro, un intento por plasmar la dinámica global, total del funcionamiento psicológico humano.
- 5) Acercamiento en el que prima lo cualitativo frente a lo cuantitativo.
- 6) Se trata de un método en el que se pretende conocer a un ser humano y se encuentra bien definida tanto la situación como los tipos de recursos que ha de tener el diagnosticador, el material, los modos de recoger las respuestas dadas por el psicodiagnosticado y los procedimientos concretos para llegar a obtener alguna clave interpretativa.
- 7) El método de trabajo implica una interacción verbal entre dos personas (psicodiagnosticador y psicodiagnosticado) y no-verbal, interacciones en las que se sugiere que no se influya en la persona que realiza la prueba.

Como se observa, el término psicodiagnóstico tuvo en sus inicios una clara semántica médica. Fernández-Ballesteros (1992), menciona que dicho término se justifica cuando el fin último de la evaluación es el del diagnóstico psicológico; es decir, el establecimiento del sujeto examinado dentro de una clasificación nosológica y/o taxonómica con fines clínicos.

### **2.3. Psicodiagnóstico y rango poblacional.**

Por otro lado, si el grueso de la población de un país está conformado en su inmensa mayoría por jóvenes, la edad de desarrollo predominante en dicha población sin duda alguna, será el período de la infancia y adolescencia. Estos rangos poblacionales demandarán en un porcentaje cada vez mayor, atención psicológica en instituciones de salud mental --preferentemente de origen gubernamental,-- refiriendo como principal motivo de queja problemas de conducta, de aprendizaje, emocionales, entre otros.

Para abordar éstas y otras problemáticas, dentro del equipo interdisciplinario de la salud, el psicólogo juega un papel determinante tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. "Para ofrecer un tratamiento adecuado y oportuno a las necesidades de cada usuario es necesario que este profesional realice evaluaciones diagnósticas mediante la utilización de diversas técnicas psicológicas entre éstas el psicodiagnóstico desempeña un papel determinante ya que la demanda de evaluaciones psicodiagnósticas adquiere gradualmente caracteres de verdadera exigencia social" (en Ávila y Poch, 1997 citado en Guerra, Guerrero y Santiago, 1999, pág. 10).

Este tipo de evaluación se sugiere cuando se detectan ---en este caso en el adolescente--- conductas, actitudes o estados de ánimo que afecten considerablemente su desempeño en el ámbito social, familiar o académico o bien cuando dichas conductas no corresponden a lo esperado para su edad ni para su nivel de desarrollo psicológico.

Como menciona Uribina (2003), "en el psicodiagnóstico se hace una exploración minuciosa de la fuente del conflicto, autoestima, seguridad, relaciones interpersonales, relaciones con sus figuras parentales y con los hermanos; miedos, frustraciones, fantasías y mecanismos de defensa utilizados contra la ansiedad, además de explorar los niveles de maduración neurológica y nivel

intelectual, a fin de conocer la forma en que sus dificultades emocionales afectan su vida emocional y académica” (pág. 1).

#### **2.4. ¿Quién determina el momento oportuno para el uso del psicodiagnóstico?**

Ahora bien, en los tratamientos particulares es el terapeuta quien decide el momento adecuado para el uso del psicodiagnóstico. En cambio, en los tratamientos que se llevan a cabo en el marco de instituciones públicas, son éstas las que fijan los criterios a tomar en cuenta.

En instituciones de carácter público, el psicólogo tradicionalmente ha sentido su tarea de psicodiagnóstico como el cumplimiento de un pedido que tiene las características de una demanda que hay que satisfacer siguiendo los pasos y utilizando los instrumentos indicados por otro (psiquiatra, psicoanalista, neurólogo, etc.). En este caso, para evaluar a un niño, el psicólogo debe recurrir al uso de la historia clínica, sin embargo, es necesario señalar que el diagnóstico obtenido a través de ésta, se refiere al establecimiento de “un diagnóstico nosológico que consiste en analizar los síntomas que presenta el niño y ubicarlos dentro de síndromes claramente especificados en las clasificaciones psiquiátricas principalmente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV” (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999, pág. 14). El objetivo fundamental de su contacto con el paciente era entonces la investigación de lo que éste hace frente a los estímulos presentados. De este modo, el psicólogo había funcionado (en aquel entonces), como alguien que había aprendido lo mejor que pudo a administrar un test.

Institucionalmente el proceso psicodiagnóstico configura una situación con roles bien definidos y con un contrato en el que una persona (paciente) pide que la ayuden y otra (psicólogo) acepta el pedido y se compromete a satisfacerla en la medida de sus posibilidades. “Es una situación bipersonal (psicólogo-paciente), de

duración limitada, cuyo objetivo es lograr una descripción y comprensión lo más profunda y completa de la personalidad total del paciente. Enfatiza la investigación de algún aspecto en particular según la sintomatología y las características de derivación (si la hubiere). Abarcando aspectos pasados, presentes (diagnóstico) y futuros (pronóstico) de esa personalidad” (en Siquier y García, 1993, pág.87).

## **2.5. Indicadores esenciales en la integración del psicodiagnóstico.**

El psicodiagnóstico se basa en una serie de técnicas que proporcionan información sobre el funcionamiento del individuo, que ofrece datos sobre el aspecto intelectual y ayudan a aclarar factores importantes dentro de la psicodinámica y psicogénesis de su comportamiento y de sus síntomas. Además, existen técnicas que son diseñadas para evaluar cada uno de estos aspectos; por ejemplo, pruebas como el Wechsler, el objetivo es obtener una medida cuantitativa de la inteligencia en términos de coeficiente intelectual además del rendimiento en diferentes funciones intelectuales a través de los subtests que integran la prueba, lo que permite hacer inferencias sobre la utilización de estos recursos en la adaptación del individuo a su ambiente.

Otras pruebas proporcionan datos cualitativos sobre el funcionamiento intelectual del sujeto aún cuando no han sido diseñadas para este fin. Comparar estos resultados con los datos obtenidos en la entrevista sobre los logros intelectuales del sujeto y con el rendimiento intelectual en términos cuantificables permite observar y determinar, por ejemplo, si el rendimiento está de acuerdo a las capacidades reales del sujeto, cómo utiliza sus recursos, cuáles son sus intereses y aptitudes, así como si es un sujeto creativo o únicamente se adapta con un tipo de inteligencia reproductiva.

Al tomar en cuenta los índices que proporcionan las diferentes técnicas el psicólogo se aproxima a un entendimiento del por qué de este funcionamiento



intelectual en relación con las características de personalidad del sujeto y con su psicodinamia, además de alertarlo sobre posibles elementos psicopatológicos.

Es necesario enfatizar que uno de los factores más importantes es establecer cuál es la dotación intelectual real del sujeto y cuál es el uso que hace de sus recursos intelectuales al enfrentarse a diversas situaciones de la vida. Estrictamente hablando, debe distinguirse entre la inteligencia en forma muy diferente, dependiendo del medio sociocultural en que se hayan desenvuelto y de las oportunidades educacionales que hayan tenido sobre todo en la niñez lo cual, de alguna manera, también determina sus intereses y posibilidades de acción. En la práctica frecuentemente se encuentran sujetos que rinden por debajo de su propia capacidad debido a que su potencial de rendimiento se encuentra disminuido por procesos orgánicos o por interferencia de aspectos de tipo emocional.

En función de sus características intelectuales el sujeto va a intentar adaptarse a diferentes ambientes y situaciones, y va a conformar diferentes modelos de acción que le permiten manejar y hacer uso adecuado de los estímulos externos para la consecución de sus fines. La evaluación que el psicólogo hace acerca de los procesos intelectuales del individuo a través de los datos que proporcionan las técnicas psicológicas, le permite establecer un diagnóstico y un pronóstico en términos de adaptación intelectual.

A través de la entrevista el psicólogo deberá establecer los siguientes factores que integran la esfera intelectual del sujeto:

- ? Nivel académico y rendimiento
- ? Logros reales del sujeto
- ? Manejo de la situación de entrevista (secuenciación, cronología, coherencia, congruencia, etc.,)
- ? Forma de expresión del sujeto (el lenguaje y vocabulario que emplea)
- ? Intereses del sujeto

- ? Manejo de situaciones prácticas y manejo de situaciones conflictivas
- ? Capacidad para la comprensión de contenidos abstractos
- ? Ambiente sociocultural del que proviene el sujeto.

### **2.5.1. Características del pensamiento y del contacto con la realidad (inteligencia y/o solución de problemas).**

El control activo de la realidad se halla en cierta medida relacionado con la inteligencia, ya que dependiendo de la percepción, la organización y la elaboración que el individuo haga de los estímulos ambientales es como va a intentar abordarlos y va a determinar sus características de relación con el ambiente; no es lo mismo el sujeto de inteligencia práctica que toma en cuenta los elementos objetivos de la realidad para buscar soluciones a sus problemas y conflictos que aquel individuo soñador que, en función de sus fantasías, trata de interpretar y abordar los estímulos externos dando a las situaciones que vive un tinte muy subjetivo.

A través de la entrevista el psicólogo debe atender a los siguientes aspectos: si el sujeto da demasiada importancia a sucesos de la vida cotidiana y tiende a sobrevalorarlos además de ser incapaz de ofrecer soluciones, si sus expectativas de solución son de carácter mágico y no cifradas en la utilización de sus propios recursos; si por lentitud del pensamiento tarda demasiado en buscar y dar solución adecuada a los problemas o si el contenido del pensamiento está en relación a estímulos externos o en función únicamente de sus propios procesos internos.

### **2.5.2. Área perceptomora.**

En este rubro se consideran alteraciones perceptuales, motoras y conductuales, asociadas a la presencia de patología orgánica y cerebral. En este sentido, la evaluación psicológica a través de las diferentes técnicas utilizadas se orienta a establecer un diagnóstico diferencial entre problemas emocionales debido a otro

tipo de patología y las alteraciones producidas por el cuadro orgánico, ya que esto permite establecer el tratamiento adecuado.

En la práctica clínica existen técnicas específicamente diseñadas para la evaluación de trastornos orgánicos; sin embargo, para poder obtener un diagnóstico diferencial más preciso es necesario hacer un análisis cuidadoso de las diferentes funciones intelectuales del sujeto, como son las características de memoria, la capacidad para hacer asociaciones, el pensamiento etc., además de los cambios conductuales y emocionales.

A través de la entrevista es importante establecer lo siguiente:

- ? Cuándo se inicio el padecimiento
- ? Factores externos que lo desencadenaron
- ? Grado máximo de estudios
- ? Rendimiento escolar
- ? Antecedentes hereditarios
- ? Antecedentes y características de nacimiento
- ? Traumatismos craneoencefálicos
- ? Enfermedades físicas y emocionales anteriores
- ? Tipo de tratamiento recibido (si se recibió)

Estado mental del paciente en la entrevista:

- ? Aspecto general, actitud y conducta
- ? Alteraciones del lenguaje, pensamiento y estado emocional

Alteraciones fisiológicas:

- ? Sueño, apetito y funciones excretoras

Comprensión mental:

- ? Orientación en tiempo, lugar y persona. Memoria remota y reciente.

### **2.5.3. Área afectiva.**

La evaluación de los elementos de esta área constituyen uno de los aspectos que más dificultad presentan para su integración en el estudio psicológico, ya que las respuestas de las personas a los estímulos de las técnicas psicológicas en general están fuertemente matizadas de aspectos subjetivos. Su correcta evaluación requiere de una actitud lo más objetiva posible, que resulte de apearse a los criterios que las mismas técnicas ofrecen, para evitar mezclar la interpretación de las respuestas con los elementos de la personalidad del psicólogo.

En consecuencia, se puede decir que todas las técnicas psicológicas proporcionan elementos para la evaluación de ésta área, y su correcta integración dentro del estudio psicológico requiere de la revisión de cualquier aspecto contratransferencial que pudiera influir para la interpretación de las respuestas del sujeto. A través de las técnicas psicológicas se obtiene información de la forma habitual de la persona para demandar y expresar afecto y, al mismo tiempo, se tienen datos acerca del tono afectivo que predomina en el momento en el momento de hacer la evaluación. Es la entrevista el elemento el elemento que puede enriquecer en una forma amplia y real la información acerca de este aspecto a través de la observación directa del paciente y de las diversas emociones que acompañan el relato de su experiencias. En general tiende a observarse un tono afectivo predominante, relacionado con la situación que enfrenta el individuo en ese momento, el cual parece matizar todas las experiencias y las respuestas de la persona al realizarse la evaluación psicológica y puede entenderse como parte de la reacción ante situaciones críticas. Es necesario valorar los datos de las diversas técnicas en función de la historia de la persona y de qué podemos saber de ella a través de la entrevista.

## 2.6. Estructuración de las baterías.

Por otro lado, se necesita una batería de pruebas para obtener una buena representación de las muchas dimensiones del funcionamiento del YO; ya que obviamente, ninguna prueba psicológica es capaz de abarcar todos los distintos niveles del funcionamiento psíquico.

Es importante estructurar una batería lo más completa posible, que incluya las pruebas suficientes como para que la mayor cantidad posible de aspectos del paciente queden explorados, pudiendo hacer un análisis de la personalidad total. “La evaluación correcta no sólo consiste en un rótulo diagnóstico, en un nombre o una etiqueta, sino que fundamentalmente debe explicar todos los síntomas y tendencias principales del paciente” (en Guerra, Guerrero y Santiago, 1999, pág. 18).

Las distintas teorías de la personalidad suelen llevar a técnicas de diagnóstico diferentes y a distintas clases de observación sobre las personas. Cada escuela de psicología se ha esforzado por crear instrumentos de medida que se adecuen a los postulados que propugnan, así, el avance del psicoanálisis y su adopción como marco de referencia dio como resultado la creación de técnicas específicas, las Técnicas Proyectivas, a las cuales se las ha encuadrado casi exclusivamente dentro del campo de la psicología dinámica y psicoanalítica. Junto con el desarrollo de las proposiciones psicoanalíticas, tuvieron también, una gran significación en el desarrollo de las técnicas proyectivas los postulados de la psicología de la Gestalt.

Así, las técnicas proyectivas tienen relación estrecha con el psicoanálisis, para comprender éstas, en el capítulo siguiente se describen las bases teóricas de las técnicas proyectivas así como la convergencia con la escuela de pensamiento freudiana.

## **CAPÍTULO 3.**

### **TÉCNICAS PROYECTIVAS. BASES TEÓRICAS.**

Aunque frecuentemente marcadas por la controversia, las técnicas proyectivas han constituido por mucho tiempo uno de los principales instrumentos del psicólogo clínico en la búsqueda de una adecuada descripción de la personalidad (De Verthelyi, 1997).

#### **3.1. Historia y definición.**

Desde un punto de vista metodológico tanto como conceptual, puede considerarse que “la psicología proyectiva representa una profunda revuelta contra muchas de las principales corrientes de la psicología académica. Ya que, el punto de vista proyectivo en psicología es netamente opuesto a la tradición norteamericana del conductismo” (Abt, citado en Abt y Bellak, 1999, pág. 38).

Los test proyectivos nacieron con el espíritu de rebelión contra los datos normativos a través de los intentos de investigadores para desglosar el estudio de la personalidad en el estudio de los rasgos específicos de intensidades variables. Lo anterior es ejemplificado por Frank (1939) quien reflexionó: “es interesante ver cómo los estudiantes de la personalidad han intentado enfrentar el problema de la individualidad con métodos y procedimientos diseñados para el estudio de uniformidades y normas que ignoran o subordinan la individualidad, tratándola como una desviación problemática que atenta contra la real, superior y única importante tendencia central, moda, promedio etc.” (pág. 53).

En contraste con los métodos de evaluación de la personalidad centrados en el individuo desde una perspectiva normativa basada en la estadística, las técnicas proyectivas fueron vistas en su momento como la técnica de elección para enfocarse en el individuo desde una perspectiva puramente clínica, una perspectiva que examinaba la forma única en que un individuo proyecta en estímulos ambiguos “su forma de ver la vida, sus propósitos, significados,

patrones y en especial sus sentimientos” (Frank, 1939 citado en Cohen y Swerdlink, 2000, pág. 7).

El término prueba proyectiva data del concepto de Sigmund Freud (1900) de la proyección, definida como “un mecanismo psicológico mediante el cual un individuo “proyecta” sus sentimientos internos hacia el mundo exterior y después imagina que el mundo exterior expresa dichos sentimiento hacía él” (en Bellack y Abrams, 2000, pág. 1).

Oficialmente, la expresión Técnicas Proyectivas fue acuñado por Frank en 1939, entendiéndola a ésta como todos aquellos métodos de evaluación en los cuales el individuo a ser evaluado emite libremente respuestas a estímulos poco estructurados como manchas de tinta, láminas o frases incompletas entre otras. Dichas técnicas se basan en el supuesto de que a la presentación del estímulo los sujetos proyectan sobre la realidad exterior sus percepciones desde el propio psiquismo.

Se han rastreado los diferentes periodos de la humanidad ---y es específicamente en el período del renacimiento--- que pintores como Leonardo Da Vinci y Botticelli (en De Verthelyl, 1997), quienes recurren por vez primera a un material inestructurado como punto de partida de sus producciones, quienes además hicieron uso de material poco estructurado, como una manera de evaluar la capacidad imaginativa en la selección de aprendices.

Grandes personajes de la literatura universal como el inglés William Shakespeare (1564-1616) escribió acerca de las cualidades proyectivas de las nubes y William Stern (1890) las utilizó como estímulos de prueba antes de Rorschach (1921), y sus manchas de tinta (en Guerra, Guerrero y Santiago, 1999).

Un antecedente más se localiza en el siglo XIX, cuando la técnica de las manchas de tinta se convirtieron un juego de salón llamado “Blotto”, en que los jugadores

debían asociar imágenes e inventar poemas respecto de lo percibido. Este juego parece haber despertado el interés de Binet (en De Verthelyl, 1997), quien lo incluyó como una prueba de imaginación sistematizada en su test. También puede ser visto como antecedente directo del Rorschach de 1921.

Sin embargo, es “Sir Francis Galton es quien propone la primera Técnica Proyectiva formalizada al hacer una lista de palabras estímulo para la asociación, tema que luego será retomado y ampliado por Carl Jung en 1912” (en De Verthelyl, 1997, pág. 8).

Personajes como “Alfred Adler en 1911, solicitaba a los pacientes que “recordaran su primera memoria, lo cual es una especie de enfoque proyectivo” (Munroe, 1955 citado en Phares, 1996, pág. 222).

Sin duda, el ímpetu para las técnicas proyectivas lo creó la monografía clásica de Rorschach en 1921, en la que describió el uso de manchas de tinta como método para el diagnóstico diferencial de psicopatología.

Durante la década de 1920, David Levy llevó la prueba de manchas de tinta a los Estados Unidos y no paso mucho tiempo antes de que Beck, Klopfer y Hertz (en Cohen y Swerdlink, 2000), comenzaran a dar cursos de Rorschach

En 1935, Morgan y Murray presentaron la Prueba de Apercepción Temática (TAT) y en 1938, Murray describió el proceso de proyección. Aunque, como se ha mencionado, el término proyectivo adquirió difusión en 1939 gracias al escrito realizado por Frank.

En busca de una definición de técnica proyectiva quizá la solución más fácil sea aquella pragmática que proviene de consultar el diccionario de psicología inglés (1958) según el cual, una técnica proyectiva es “un procedimiento para descubrir los modos característicos de conducta de una persona mediante observar su



conducta en respuesta a una situación que no produce o impone una respuesta particular” (Phares, 1996, pág. 223).

Lindzey (1961), define a estas técnicas como “aquellos instrumentos considerados especialmente sensibles para revelar aspectos inconscientes de la persona que provocan una amplia variedad de respuestas subjetivas: son altamente multidimensionales y evocadores de datos inusualmente ricos con un mínimo de conocimiento por parte del sujeto del objetivo del test. Generalmente el material estimular presentado es ambiguo, estimula la imaginación del sujeto; de ellos no se derivan respuestas correctas e incorrectas y su interpretación depende de un análisis global” (pág. 45).

El *Educational Testing Service* (1991), considera a las técnicas proyectivas como aquellas medidas que requieren un respuesta no estructurada en orden a efectuar una evaluación de la personalidad o cognición del sujeto examinado.

Las técnicas proyectivas convergen principalmente del modelo psicoanalítico, convirtiéndose en instrumentos prioritarios de este enfoque. Así entonces, las técnicas proyectivas son procedimientos útiles desde el enfoque dinámico puesto que sirven en el análisis del mundo inconsciente del sujeto --sin embargo, diversas técnicas proyectivas han sido conceptualizadas también desde enfoques como la psicología de la Gestalt, o el modelo mediacional de Hull entre otras.—

Fiske (1971) considera a las técnicas proyectivas como “procedimientos de observación, a través de un material tipificado, en las que el evaluador elicita una variedad de respuestas que se supone son expresión del mundo interno del sujeto” (pág. 78). Por ende, “el punto de vista proyectivo utiliza un criterio holista, por el que la conducta en una modalidad particular de expresión, se estudia dentro de la matriz de la personalidad total, y debe ser comprendida en relación con todas las otras expresiones de conducta del individuo. Las producciones proyectivas de los individuos deben considerarse, por tanto como meras partes de

un todo. En este enfoque del estudio y el diagnóstico de la personalidad, más aún que las limitaciones específicas de los diversos tests proyectivos, lo que explica nuestra necesidad de utilizar diversos métodos proyectivos, así como técnicas no proyectivas, para la evaluación y el diagnóstico de cada personalidad. E inclusive cuando nuestros insistentes esfuerzos por comprender la totalidad del proceso de la personalidad han proporcionado un gran caudal de datos de conducta, la psicología proyectiva sostiene que, en el mejor de los casos, hemos logrado sólo un corte transversal de la Gestalt temporal que es el proceso de la personalidad” (Abt, en Abt y Bellak, 1999, pág. 39).

A grandes rasgos se puede mencionar que son tres los hitos históricos fundamentales de estas técnicas:

1. El establecimiento de la técnica de Asociación de Palabras de Jung en 1910.
2. La publicación del *Psychodiagnosdik* de Rorschach en 1921.
3. La primera edición de Murray *Explorations in Personality*, base del Test de Apercepción Temática (1938).

Durante más de cuatro décadas las técnicas proyectivas tuvieron gran apogeo y desarrollo, siendo las representantes y exponentes de la evaluación psicológica. A pesar que en los años sesentas surgieron abundantes críticas sobre la confiabilidad y validez, éstas no se dejaron de emplear. “Es partir de los ochentas que existe una clara recuperación de dichas técnicas, hasta convertirse actualmente en técnicas altamente utilizadas, ocupando una papel importante en los programas de evaluación psicológica y/o psicodiagnóstico en España como en EEUU” (Fernández-Ballesteros, 1991 en Garaigordobil, 1998, pág. 265).

Tanto que “a través de su historia, los test proyectivos han generado más investigaciones que ninguna otra técnica diagnóstica” (Klopfer y Taulbee, 1976; Reynolds y Sunberg, 1976 citado en Korchin y Schuldber, 1992, pág. 51). “Siendo

instrumentos muy utilizados en evaluación tanto en psicología clínica como en otros campos de aplicación” (Aguirre, Alamar y Pérez, 1995; Ávila, 1990; Fernández Ballesteros, Vizcarro y Marquez, 1992; citado en Garaigordobil, 1998, pág. 264).

### **3.2. Características y clasificación de las técnicas proyectivas.**

Las técnicas proyectivas suelen admitir la existencia de una serie de supuestos básicos entre los que destacan:

- ? Que el sujeto cuenta con una estructura de personalidad básica y estable. Dicha estructura a su vez, está integrada por dimensiones, rasgos o construcciones. Por lo tanto, las respuestas de los individuos ante estas técnicas permitirá la exploración de dicha estructura de personalidad.
- ? La organización de la estructura de la personalidad hace necesarios distintos niveles de profundidad en su análisis.
- ? Se da una relación entre la estructura de la personalidad (que son inobservables) y las manifestaciones conductuales de los sujetos, el análisis de la estructura de la personalidad, a través de estas manifestaciones, permitirá la predicción del comportamiento.
- ? Toda respuesta ante el material proyectivo no es casual sino que es significativa y será entendida como un signo de la personalidad del sujeto.
- ? Mientras más ambiguos sean los estímulos de una técnica proyectiva, más reflejarán las respuestas su personalidad.
- ? El sujeto no es consciente de la relación existente entre sus respuestas y su mundo interno siendo sumamente difícil que pueda falsear sus respuestas.
- ? El análisis de las respuestas será fundamentalmente cualitativo y global.

Entre las características de las técnicas proyectivas se ha subrayado el hecho de que presentan estímulos ambiguos, que requieren respuestas de la imaginación además de ser técnicas enmascaradas.

A diferencia de los métodos de informe personal, las pruebas proyectivas son métodos *indirectos* de evaluación de la personalidad; “la tarea del examinado es hablar sobre algo o alguien distinto de sí mismo, y se harán inferencias sobre la personalidad del examinado a partir de la respuesta. En una respuesta así, la capacidad del examinado para fingir se minimiza en gran medida” (en Cohen y Swerdlink, 2000, pág. 452).

A pesar de estos supuestos básicos característicos, es importante mencionar que estas técnicas no son un grupo homogéneo de procedimientos, ya que tanto los estímulos presentados al sujeto, como las respuestas requeridas difieren enormemente. Estos elementos diferenciales de las mismas han constituido ejes de clasificación de este tipo de técnicas.

Una de las primeras clasificaciones de las técnicas proyectivas fue hecha por Frank en 1939 (en Garaigordobil, 1998), quien consideró cinco categorías:

- ? *Técnicas proyectivas constitutivas*: cuando el individuo evaluado constituye una estructura sobre un material que en sí no la posee (por ejemplo, Test de Rorschach).
- ? *Técnicas proyectivas constructivas*: aquellas que presentan un material prediseñado (v.gr. Test de mosaicos).
- ? *Técnicas proyectivas interpretativas*: el sujeto atribuye significados a diversos estímulos o situaciones estimulares (v.gr. Test de Apercepción Temática de Murray).
- ? *Técnicas proyectivas catárticas*: aquellas que propician la catarsis (el juego).
- ? *Técnicas proyectivas refractarias*: son instrumentos de carácter expresivo (Test grafológicos).

Lindzey (1959) estableció seis criterios de clasificación según:

1. Los atributos del material propuesto.
2. Las técnicas empleadas en su construcción (racional/empírica).

3. La forma de interpretar el test (análisis formal/contenido).
4. El propósito del test.
5. La forma de administración (colectiva/individual).
6. El tipo de respuesta elicitada.

Por su parte Bellak y Brower (1951, citado en Bellak y Abrams, 2000, pág. 20-21) consideran que son cinco las categorías de las técnicas proyectivas:

1. *Métodos basados en el estudio de contenido*: lo **qué** dice el individuo es lo que importa.
2. *Estudio de los aspectos expresivos, estructurales*. Aquellas que son dirigidas a que el sujeto diga o haga algo.
3. *Funciones Gestalt*. Ésta solo interviene cuando el individuo no puede aprehender la imagen como un todo o cuando no toma en cuenta el estímulo de ninguna manera; ésta se ejemplifica en el Test Gestáltico Visomotor de Bender.
4. *Imagen corporal o autoimagen*. La Prueba del Dibujo de la Figura Humana se fundamenta principalmente en este enfoque.
5. *Método de preferencia*. Basadas en un sistema de opciones selectivas como indicadores de personalidad

Inicialmente Fernández-Ballesteros (1980), y posteriormente, Fernández-Ballesteros, Vizcarro y Márquez (1992) plantean cinco categorías de clasificación, tomando como referencia la tarea que debe realizar el sujeto:

- ? *Técnicas estructurales*: se presenta material visual de escasa estructuración que el sujeto debe estructurar diciendo lo que ve, o a lo que se puede parecer; por ejemplo, el Rorschach.
- ? *Técnicas temáticas*: aquellas que presentan material visual con distintos grados de estructuración formal de contenido humano o parahumano sobre los cuales el sujeto debe narrar una historia, también llamados TAT, como son, el

Test de Apercepción Temática de Murray , el Test de Relaciones Objetales de Phillipson o el Test de Apercepción Temática de Bellak (CAT).

- ? *Técnicas expresivas:* se le da al sujeto una consigna verbal o escrita de dibujar una(s) figura(s), entre éstas se encuentran el Test de la Figura Humana de Machover, el Test del H.T.P., de Buck, el Test de la Familia de Corman, Test del dibujo de un animal de Levy y Levy.
- ? *Técnicas constructivas:* se aporta material concreto que el sujeto debe de organizar con base en distintas consignas como el Test del pueblo, el juego del mundo y el test de la aldea imaginaria de Mucchielli.
- ? *Técnicas asociativas:* se aporta una consigna verbal o escrita por la que el sujeto ha de manifestar verbalmente sus asociaciones frente a palabras, frases o cuentos entre ellas se encuentran, las Fábulas de Duss, o el Test de Frases Incompletas, Test de Asociación de palabras de Jung, etc.

### **3.3. Distintas acepciones de proyección.**

Recientemente, Ávila Espada (1986), ha revisado distintas hipótesis acerca del concepto de proyección destacando varias hipótesis desde las que se entiende este concepto de distinto modo:

1. *Hipótesis Proyectiva Clásica:* emanada del concepto de proyección inicialmente propuesto por Freud con defensa primaria, según la cuál el sujeto percibe en función de los propios conflictos y que encuentra expresión patológica en los trastornos de tipo paranoide. Cohen y Swerdlin (2000) al respecto mencionan que: “el individuo da estructura a estímulos que no están estructurados de una manera consistente con el propio patrón único de necesidades, temores, deseos, impulsos, conflictos y formas de percibir y responder conscientes e inconscientes” (pág 452).
2. *Hipótesis Holística-Funcional:* caracterizada por concebir la personalidad como un “todo” en interacción dinámica con el entorno físico y socio-cultural. Esta hipótesis dio origen a un nuevo enfoque de las técnicas

proyectivas conocido como percepción-personalidad, en el que se llegó a sustituir la nominación de proyectivas por los términos de apercepción y distorsión aperceptiva.

3. *Hipótesis de la Desviación*: desde esta hipótesis se plantea que las técnicas proyectivas pueden ser vistas como el intento de estudiar las desviaciones personales de las pautas de respuesta que emergen como elementos comunes de los mundos personales de la mayoría de la gente.
4. *Hipótesis del Nivel de Adaptación*: según esta hipótesis la gran ambigüedad de los estímulos presentados en estas técnicas incrementa la influencia de las diferencias individuales en la percepción. Las respuestas serán consideradas según tres formas de percepción del estímulo: como foco principal, como trasfondo del campo perceptivo, o como residuo de experiencias anteriores. Estas formas de percepción se asocian con niveles de adaptación del sujeto.
5. *Hipótesis de los Estados Directivos*: basada en la teoría según la cual el proceso perceptivo está dirigido y controlado por ciertos estados específicos del organismo del individuo (necesidades básicas, valores, experiencia, variables de personalidad...)
6. *Hipótesis de la Actividad Perceptiva*: el proceso perceptivo se considera como un proceso activado por la disposición.
7. *Hipótesis de las Situación Experimental*: supone el intento de adaptar las Técnicas Proyectivas al paradigma E-O-R, e incluso al paradigma E-R. Se distinguen tres tipos de situaciones para explicar las relaciones entre estas técnicas y los hábitos: situación de origen, situación del test, y situación de criterio. La relación entre estas tres situaciones se debe a los hábitos emocionales que fueron aprendidos en las situación de origen, permanecen en el test y permiten predecir el comportamiento en la situación criterio, dado su poder explicativo de la conducta. Según esta hipótesis las Técnicas Proyectivas se aplicarían en el contexto de una situación experimental en la cual el control de determinadas variables posibilita el análisis de las respuestas producidas.

8. *Hipótesis Cognitivo-Experimental*: atiende a los contenidos y a los modos de procesamiento de la información. Desde esta hipótesis se aplica un modelo de procesamiento simple a la situación proyectiva, intentando a través de la manipulación de las dimensiones estímulares, lograr esclarecer lo que ocurre desde la presentación del estímulo hasta que se produce la respuesta.
9. *Hipótesis Cognitiva-Aplicada*: desde esta hipótesis la proyección es entendida como la manifestación de conductas encubiertas del individuo, en relación a estímulos relevantes. Se considera que la respuesta verbal de un sujeto ante una situación interpersonal definida, pero inacabada, pone de manifiesto su capacidad de resolver ese tipo de problemas y que tal capacidad cognitiva puede ser un buen predictor del ajuste de la persona en la vida real.
10. *Hipótesis Existencial-Humanista*: perspectiva sistematizada en los 80 que surge de los enfoques humanistas y existenciales sobre la personalidad, la psicoterapia y la clínica. Desde esta hipótesis se considera que las técnicas proyectivas ayudan a conceptualizar la experiencia de las demás personas, sistemática y consistentemente, para comunicar el entendimiento de experiencias.

Es importante hacer notar que lo dicho en los párrafos anteriores sólo pretende ser una muestra de los distintos paradigmas a los cuales se ha tratado de acercar a las técnicas proyectivas, mostrando así, la flexibilidad de éstas; sin embargo, queda claro que es muy aventurado tratar de encuadrar las pruebas proyectivas a marcos positivistas, en particular al modelo conductual, dado que se perdería gran parte de valía que en esencia poseen dichas técnicas al ser instrumentos que obtienen información del inconsciente de los individuos, mediante el empleo de material inestructurado.



### 3.4. Proyección y percepción en psicoanálisis.

Ahora bien, ¿por qué van unidas las técnicas proyectivas y el psicoanálisis? Y ¿Cuáles son sus fundamentos? Estos fundamentos van unidos en dos conceptos básicos: proyección y percepción:

#### 3.4.1. Proyección.

Con frecuencia, las fallas y limitaciones de las técnicas proyectivas se han relacionado con una falta de conceptos consistentes (Bellak, 1993; Cattell, 1951; Exner, 1994; Rapaport, 1947 en Bellak y Abrahams, 2000, pág. 18-19). Cuando Frank acuñó el término métodos proyectivos o pruebas proyectivas, en 1939, con toda seguridad éste era el más apropiado en ese momento, pero ha resultado ser un término engañoso.

El concepto de proyección clásico es de raíz psicoanalítica.\* Este término tomado de la teoría de Freud, inicialmente se concebía en la psicología estadounidense como “un mecanismo de defensa al servicio del YO, diseñado para evitar la conciencia de los deseos, pensamientos e impulsos inaceptables y que lograba su meta al atribuir dichos fenómenos indeseables *subjetivos* al mundo *objetivo* (Bellak y Chassan, 1964, citado en Bellak y Abrams, 2000, pág. 19), --sin embargo, como se verá más adelante; con Bellak este término sufrirá una modificación sustancial, haciendo más extenso su contenido y no limitando el concepto de proyección simplemente a un mecanismo de defensa; sino realzando el fenómeno de la percepción.--

En su Diccionario de Psicoanálisis, Laplanche y Pontalis (1967) definen este concepto considerándolo como un término utilizado en un sentido muy general, en

---

\* La primera utilización del término en este contexto la realizó Freud en 1865, en su Manuscrito H dedicado a la paranoia. Posteriormente lo empleó en 1896 en Nuevas Observaciones sobre las Neuropsicosis de Defensa. Una formulación posterior del término la realizó en su escrito sobre el Caso Schreber como un mecanismo esencial en el desencadenamiento de la paranoia (1910). También se refirió a él en relación a aspectos de la vida normal, en ausencia de conflictos y no como proceso defensivo (Tótem y tabú, 1912).

neurofisiología y psicología para designar la operación mediante la cual un hecho neurológico o psicológico se desplaza y se localiza en el exterior. Es decir, la proyección se caracteriza por tener un efecto de circular al desplazar los propios sentimientos y pensamientos hacia alguien más, de quien uno después imagina que tiene dichos pensamientos y sentimientos.

El significado de la proyección se tomó principalmente del análisis acerca de la paranoia que aparece el caso Schreber (1910), quien proyectaba sus propios pensamientos y sentimientos hacia otras personas, así como hacia objetos inanimados.

Valls (1996), en su Diccionario Freudiano define a la proyección como un mecanismo psíquico, caracterizado por la percepción en el mundo exterior de los procesamientos psíquicos interiores (...) que se vale de leyes de la asociación. No obstante, las técnicas proyectivas no se limitan a provocar la proyección en el sentido ortodoxo, cuya explicación se basa en un mecanismo de defensa, ya que favorecen igualmente la expresión de mecanismos mentales de todo tipo, poniendo de manifiesto hechos importantes acerca del YO y de la dinámica de la personalidad global.

Healy, Bronner y Bowers (en Bell, 1980) manifiestan que “la proyección es un proceso de defensa bajo el dominio del principio del placer, por el cual el YO empuja afuera, sobre el mundo exterior, deseos e ideas inconscientes, que resultarían penosas para el YO si se les permitiera penetrar a la conciencia” (pág. 115).

Warren describe la proyección como la tendencia a adscribir al mundo exterior procesos psíquicos reprimidos a lo que no se reconoce como de origen personal, como resultado de lo cual el contenido de estos procesos es experimentado como una percepción exterior (en De Verthelyl, 1997).

Por último, Noyes, continua con esta dirección, presentando la proyección como un mecanismo de defensa, denominándola, “estabilizador automático”, por el cual las características que resultan penosas para el YO, por ejemplo, los aspectos indeseables de la personalidad, no son reconocidos como pertenecientes a nosotros mismos; por tanto, son desconocidos y atribuidos a otras personas, permitiendo al individuo eludir el estado de tensión. Por este mecanismo la responsabilidad se trastoca y se logra preservar la estima de sí mismo (en Guerra, Guerrero y Santiago, 1999). Existen tres elementos que son comunes en las definiciones anteriores:

1. Que el proceso de proyección es inconsciente.
2. Que sirve como una defensa contra las tendencias inconscientes.
3. Que resulta de atribuir a otros los impulsos, sentimientos, ideas y actitudes inconscientes.
4. Que reduce la tensión personal.

En las pruebas proyectivas se entiende la proyección más como una expresión de la personalidad del examinado, es decir, la proyección como INSTRUMENTO DE MEDIDA: al presentar una lámina, ésta pasa a ser una síntesis de lo que el sujeto es en su propia realidad, obteniéndose así la estructura profunda de la personalidad. Se trata de la hipótesis proyectiva formulada por Rapaport: “toda actividad de un individuo dado lleva en sí el sello de su individualidad; así, si se la interpreta adecuadamente cualquier conducta deberá servir como índice de la individualidad y de sus características de adaptación o inadaptación; hay proyección cuando la estructura psicológica del sujeto se torna palpable en sus acciones, reacciones y/o elecciones. De forma más general; de alguna forma en cualquier tarea humana van incluidos elementos proyectivos” (en Guerra, Guerrero y Santiago, 1999, pág. 19).

### 3.4.2. Tipos de Proyección.

Habría que distinguir distintos tipos de proyección puestos en juego en los test proyectivos:

1. *Proyección especular*: el sujeto encuentra en la imagen de otro características que pretende que sean suyas. Por ejemplo, un niño físicamente débil dibuja en el test de la figura humana un cuerpo atlético y musculoso.
2. *Proyección catártica*: el sujeto atribuye a la imagen de otro aquellas características que se niega a considerar como suyas y de las que se libera desplazándolas sobre otros. Es decir, la proyección como mecanismo de defensa.
3. *Proyección complementaria*: el sujeto atribuye a los demás sentimientos o actitudes que justifican los suyos propios. Por ejemplo, un antisocial justifica su rebeldía con una pretendida tiranía por parte de la sociedad.

Sin embargo, más tarde cuando algunos profesionales del campo tomaron conciencia que Freud, concebía la proyección\* en un sentido mucho más amplio, no solamente como un viejo mecanismo de defensa primario; ahora la proyección era entendida como un proceso perceptual general, donde todas las percepciones significativas actuales se fundan y se organizan con base en las huellas mnémicas de todas las percepciones previas (en Bell, 1980).

Existe la convergencia entre el psicoanálisis y la teoría de la Gestalt, tal como lo menciona Brown (citado en Abt y Bellak, 1999). “los criterios del psicoanálisis y de la psicología de la Gestalt concuerdan significativamente en muchos puntos

---

\* Al respecto, Freud menciona: “La proyección de las percepciones interiores al exterior es un mecanismo primitivo. Este mecanismo influye asimismo sobre nuestras percepciones sensoriales, de tal modo que normalmente desempeña el principal papel en la configuración de nuestro mundo exterior. En condiciones que no han sido aún suficientemente establecidas, constantemente las percepciones interiores de los procesos ideacionales y emocionales son proyectadas al exterior como percepciones sensoriales, y son usadas para determinar el mundo exterior, aunque ellas pertenecen en rigor al mundo exterior” (citado en Bell, 1980).

esenciales, de ahí que su incorporación a la ciencia en desarrollo de la psicología de la proyectiva” (pág.39).

La ampliación del concepto de proyección, fue formulado por Bellak (en Guerra, Guerrero y Santiago, 1999), denominándolo como distorsión aperceptiva. Dicho concepto sirve como un marco de referencia útil para algunos métodos proyectivos que consiste en lo siguiente.

### **3.5. Percepción.**

Puesto que “todos los métodos proyectivos, en una forma o en otra, dependen de la acción de los mecanismos preceptuales del individuo, la psicología proyectiva necesita llegar a alguna suerte de acuerdo tentativo en cuanto a la naturaleza y la función de la percepción” (en Abt y Bellak, 1999, pág. 43).

Cuando de percepción se habla, comúnmente se refiere a aquella información o estímulos que son captados directamente por nuestros múltiples receptores sensoriales.

Dentro de la percepción interviene otro aspecto de gran importancia que Abt y Bellack denominaron como *apercepción*. Según estos autores, “la apercepción consiste en que la percepción del mundo exterior depende de los recuerdos personales, remotos o no, conscientes o inconscientes, y del nivel de ansiedad actual del sujeto (citado en: Guerra, Guerrero y Santiago, 1999, pág. 20). Se trata, por tanto, de una percepción teñida por las necesidades y experiencia interior del sujeto.

Una de las principales funciones de la percepción considerada en el sentido más amplio, es la permitir que el organismo se proteja contra situaciones y circunstancias que le resultan nocivas y penosas y que no contribuyen a su bienestar y supervivencia. Los actos preceptuales establecen la base para que el

individuo pueda ejercer una cierta previsión con respecto a situaciones y circunstancias potencialmente nocivas. Por tal razón, entre muchas otras, cada acto separado de percepción involucra necesariamente un juicio de algún tipo por parte del individuo con respecto a las consecuencias que un determinado curso de acción puede tener para él. Los procesos perceptuales actúan de tal modo que permiten al individuo mantener un nivel de ansiedad. El monto de ansiedad que una persona ha aprendido a tolerar es una función que está afectada de distinta manera y en distinta medida por las experiencias del individuo. Mediante la intervención de los mecanismos de defensa dicha ansiedad puede mantenerse dentro de límites manejables.

Una de las funciones de la percepción es la de “permitir que algunos mecanismos de defensa psicoanalíticos actúen de tal manera que el individuo pueda mantener un nivel constante de ansiedad. Las pruebas en este campo sugieren, que la percepción desempeña un papel significativo en el proceso de la homeostasis psicológica, que se logra dinámicamente a través del funcionamiento de los distintos mecanismos de defensa” (en Abt y Bellak, 1999, pág. 46). Cuando el nivel de ansiedad habitual se sobrepasa aparece la tendencia a poner en funcionamiento el mecanismo proyectivo. Permitiendo al YO adaptarse a relaciones nuevas y adecuadas. Obviamente, como consecuencia del uso de mecanismos proyectivos, el monto de ansiedad que experimenta el individuo tiende a disminuir hasta el punto en que éste vuelve a sentirse aliviado y seguro.

Herbart (citado por Bellak, 1975), define este proceso como aquel mediante el cual la nueva experiencia es asimilada y transformada por el residuo de la experiencia pasada de cualquier individuo para formar una nueva totalidad. Al residuo de la experiencia pasada se conoce como *masa aperceptiva*.

De acuerdo con lo anterior, todos los individuos aprecian de forma objetiva, recibiendo los estímulos (en este caso, laminas, frases incompletas, dibujos y en general cualquier estímulo inestructurado), a través de diversos órganos, en

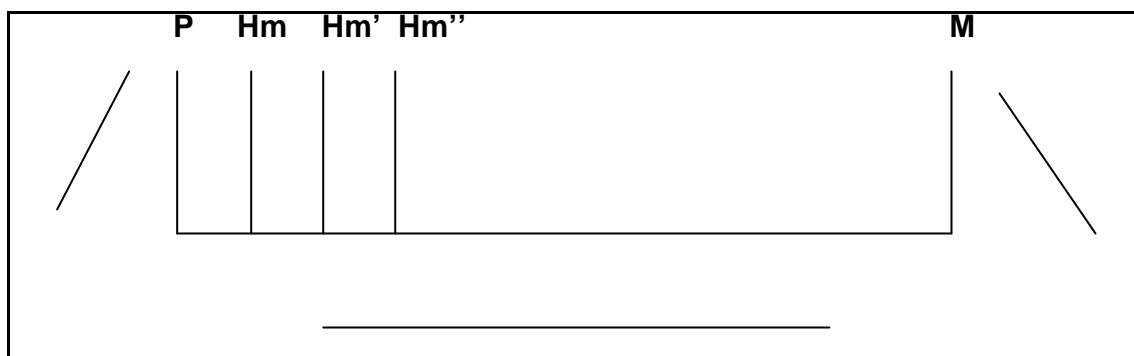
especial nuestros sentidos; siendo entonces cuando la distorsión aperceptiva interviene, prestando nuestros recuerdos de experiencias pasadas a la interpretación de esos estímulos sin estructura particular, creando así toda una historia sobre esa lámina, dibujo, frases etcétera.

En la obra de Freud titulada “La interpretación de los sueños” (1900), se localiza un antecedente del concepto de apercepción, donde, sin citarlo, hace referencia a la concepción neurológica del aparato psíquico, expuesta en su “Proyecto de una Psicología para Neurólogos” (1895). En el artículo B (La regresión) del capítulo VII de la Interpretación de los sueños, Freud estructura el aparato psíquico en tres instancias donde esquematiza cual es el proceso que se sigue cuando un individuo observa un estímulo y el papel que juegan las emociones así como la memoria. Las tres instancias del aparato psíquico de Freud están compuestas por:

- 1.- Un polo perceptivo (P),
- 2.- un polo motor (M) y
- 3.- huellas mnésicas (Hm).

Esto puede resumirse mediante el siguiente paradigma: las percepciones (P) pasan recorriendo las huellas mnésicas (Hm), y finalmente se descargan mediante la conducta (M) siguiendo una dirección progresiva. Si existe un bloqueo en el polo motor (M) entonces, esta energía, seguirá una vía regresiva, esto es, iniciará un camino inverso para acercarse de nuevo al polo perceptivo.

Dependiendo de la profundidad a la que vayan quedando estas huellas mnésicas (Hm), así serán los recuerdos, es decir, si están en la superficie constituirán los recuerdos conscientes, y si quedan en un estrato más profundo formarán parte de la capa preconsciente, siendo las huellas más profundas las que serán inconscientes. Esquemáticamente se representa (ver figura 1) :



**FIGURA 1.** Esquema de Freud donde explica el proceso de percepción ligado con las emociones.

Es decir, los recuerdos además de ser almacenados son acompañados de determinado afecto. Al recibir una percepción, ésta recorre las huellas mnésicas impregnadas de afecto hasta llegar al polo motor, es decir, hasta convertirse en conducta manifiesta. Así, el mundo de los recuerdos y de los afectos determina las percepciones y respuestas que damos en cada situación.

Así, Bellak (1975), define la percepción como “una deformación aperceptiva severa en la que la masa aperceptiva previa o ciertos aspectos de ella, ejercen un efecto tal sobre la percepción presente que hace que los aspectos adaptativos de la cognición se vean seriamente dañados. Es decir, el proceso primario “contamina” el proceso secundario” (pág. 22).

Dicha deformación puede proceder de tres clases de rasgos o estados dinámicos: 1) estados emocionales transitorios o conductas apetitivas; 2) rasgos dinámicos permanentes integrados en la personalidad consciente y 3) rasos dinámicos permanentes integrados en la personalidad consciente.

### **3.6. El papel del YO en la producción imaginativa.**

A fin de estudiar la participación del YO en las producciones imaginativas, es necesario que se revise primero, de manera breve, el concepto psicoanalítico acerca de la naturaleza y funciones del YO.



El YO es ese aspecto de la personalidad que:

1. Organiza y controla la motilidad y la percepción.
2. Sirve como barrera protectora en contra de estímulos internos y excesivos
3. Prueba la realidad y actúa por ensayo (concepto freudiano del pensamiento) y envía señales de alarma (angustia).
4. Tiene funciones de organización y autorregulación que comprenden la mediación entre el YO, SUPERYÓ y ELLO y la realidad. Esto incluye la tolerancia a la frustración, la capacidad para demorar la conducta, y todo lo que se ha comprendido bajo defensas.
5. Tiene algunas funciones autónomas que incluyen capacidades, inteligencia y un número inespecífico de características hereditarias, que posiblemente incluyen la fortaleza del YO.
6. Tiene la capacidad de autoexclusión. El YO que posee un funcionamiento adecuado no sólo debe ser capaz de reprimir (excluir), los impulsos perturbadores del ELLO (y del SUPERYÓ) a favor del buen funcionamiento del organismo.

Las pruebas proyectivas, sus fortalezas y limitaciones, requieren ahora de una exploración bajo la luz de estas funciones del YO. La cantidad de participación de este último en diversas producciones y el tipo de función implicada del YO, difieren de un método a otro y de un caso al siguiente. El YO participa en diversos grados dentro de las producciones imaginativas de un modo que sugiere un continuo desde la participación mínima hasta la máxima.

Bellak (1999), propone que la participación del YO en las funciones imaginativas varía cuantitativamente en un continuo, que va desde la mínima participación en el sueño hasta la máxima solución de problemas. Este continuo sería:

- a) *Sueño*: es el punto más bajo de la escala, la participación yoica es mínima.
- b) *Fenómenos hipnagógicos*: aquellos que están asociados al proceso de quedarse dormido. El Yo gradualmente retira su interés y sus catexias del

mundo externo. Existe una pérdida parcial de la realidad en el sentido de la función de la prueba de realidad.

- c) *Fantasía preconsciente*: procesos que no son conscientes en un momento dado, con un esfuerzo se hacen conscientes, ejerciendo ahí el YO su fuerza.
- d) *Ensueños*: el YO ejerce un control considerable, ya que ocasionalmente se hace uso de ellos de forma voluntaria.
- e) *Asociación libre*: aquellos que producen una doble acción del YO. Primero, una función de autoexclusión del YO (disminuir el control del YO); segundo aumentar la conciencia de sí mismo (regresión al servicio del YO).
- f) *Creación artística*: semejante al anterior, donde también se necesita de la capacidad de autoexclusión del YO.
- g) *Técnicas proyectivas*: supone una función oscilante del YO.

### **3.7. Fundamentos teóricos.**

La comprensión de las técnicas proyectivas se halla ligada a un sólido conocimiento de las construcciones teóricas, de las cuales la más importante es la concepción de la personalidad. Si bien los técnicos que han desarrollado y experimentado estos métodos proyectivos no se avendrían a adoptar una definición en común de personalidad más fácilmente que los psicólogos en general, ciertos conceptos de personalidad sirven de su fundamento de su obra. El primer concepto es que la personalidad no es un fenómeno estático sino un proceso dinámico. Así, la cambiante y sucesiva personalidad debe ser estimada con instrumentos que sean capaces no sólo de evaluar el estado de la personalidad en un momento, sino también de reflejar las modificaciones producidas en el transcurso del tiempo. Se cree que tal estimación es posible, en virtud de que, si bien la personalidad no es estática, se halla estructurada. Precisamente, la naturaleza estructural de la personalidad es el segundo concepto generalmente aceptado. La estructura del individuo se desarrolla según la clase particular de influencias fisiológicas, psicológicas y físico-socio-culturales, que

están dadas para modelarlo. El tercer concepto de la personalidad es que su estructura, tanto como la influencia del campo en el cual está operando la personalidad, se revela en la conducta del individuo, puesto que la conducta es funcional. La conducta del individuo refleja la relación integral entre las demandas de sí mismo y las demandas de la situación, y es un intento para adaptarse a estas demandas internas y externas. El cuarto concepto es que la personalidad no es un fenómeno superficial sino profundo, y que en él las manifestaciones superficiales forman un estrato. Algunos rasgos de la personalidad son observables, y otros están ocultos no sólo al mundo exterior sino también al individuo mismo. Parte de las funciones de las técnicas proyectivas "es explorar la naturaleza de estas áreas inconscientes" ( en Bell, 1980, pág. 79).

Una vez comprendidos los orígenes como las bases teóricas de las técnicas proyectivas, se hace necesario ahora la descripción de aquellas técnicas de uso frecuente en el ámbito clínico, --en particular en el hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro,"--el material que se emplea en cada una de ellas, además de la forma de administración como de interpretación de las mismas.

# **CAPÍTULO 4.**

## **TÉCNICAS PROYECTIVAS.**

### **DESCRIPCIÓN, MATERIAL, ADMINISTRACIÓN, E INTERPRETACIÓN.**

“... el alma nunca piensa sin imagen”.

Aristóteles.

De anima.

“... el dibujo consiste en la exteriorización  
de una imagen mental previamente internalizada”.

J. Piaget y B. Inhelder.

A continuación se realiza la descripción de aquellas técnicas proyectivas empleadas dentro del marco de una institución gubernamental de salud mental para la conformación del psicodiagnóstico clínico con adolescentes. El orden de presentación de éstas no sigue criterio alguno. La manera en que son presentadas corresponde exclusivamente a la manera en que dichas técnicas eran aplicadas en esta institución en la inmensa mayoría de los casos; sin embargo, conviene aclarar que el orden de aplicación no obedece a un proceso rígido, por el contrario, de acuerdo con las necesidades del sujeto a evaluar la presentación de las técnicas podía sufrir modificaciones.

#### **4.1. Test gestáltico visomotor de Bender.**

Es el test perceptivo motor más conocido y aplicado por psicólogos clínicos, está conformado por nueve figuras geométricas cuya tarea del examinado es copiar lo más parecido posible dichas figuras. Este test se publicó por vez primera por la Dra. Laretta Bender en 1938 como “Research Monograph No. 3” de la American Orthopsychiatric Association, siendo titulado “Un test gestáltico visomotor y su uso clínico” (en Bender, 1938).

En un inicio las láminas donde estaban impresas las figuras a copiar sólo estaban reproducidas en el libro y era prácticamente imposible obtenerlas por separado por lo que muchos psicólogos se veían en la necesidad de crear sus propias láminas.

Las exigencias que la guerra planteó a la psicología con respecto a métodos más rápidos y efectivos de diagnóstico diferencial dieron nuevas aplicaciones al test. Se le utilizó ampliamente en diversas ramas de las fuerzas armadas, donde su simplicidad y rapidez de administración además de su rápida evaluación permitan ahorrar tiempo. Fue desde 1946 que se publicaron por separado las láminas junto con un manual de instrucciones.

#### **4.1.2. Principios de la organización perceptual.**

Como su nombre lo indica este test se basa en conceptos gestálticos, por lo tanto, para comprender el test, sus supuestos subyacentes y su aplicación clínica es necesario mencionar la escuela de la psicología Gestalt.

En el primer decenio del siglo XX –el decenio de las revoluciones psicológicas creadoras, del Psicoanálisis, de la Psicología del Individuo, del Conductismo, de la Personalística--, prorrumpen en Alemania la *Gestaltheorie* para hacer su propia revolución contra la vieja psicología. Como “Freud, Adler, Watson, Stern..., cada uno a su manera y por sus especiales motivos, otros tres psicólogos se unieron en Frankfurt en 1910-1911 para librar la batalla contra la psicología wundtiana” (en Bender, 1964, pág. 45). Surgiendo así, la psicología de la Gestalt siendo el resultado de la oposición que algunos psicólogos alemanes, en particular Marx Wertheimer, Wolfgang Koehler y Kurt Koffka (en Bender, 1964), expresaron con respecto a la psicología asociacionista tradicional. Estos autores investigaron fenómenos para los que el punto de vista mecanicista no proporcionaba explicación adecuada. La investigación en los campos de la percepción y la organización de estímulos llevó a formular los llamados principios de la Gestalt, o leyes de la percepción (Abt y Bellak, 1999), éstos son:

- ? *Ley de la proximidad:* frente a una constelación de estímulos tendemos a agrupar los miembros más cercanos o próximos en el espacio, integrándolos en una unidad o en un todo. Las partes se unen en el sentido de la menor distancia.
- ? *Ley de la semejanza:* este principio señala que frente a una constelación de principios diferentes, la percepción tiende a agrupar en una figura o estructura, aquellos elementos que son parecidos o iguales entre sí.
- ? *Ley de continuidad:* frente a una serie de datos tendemos a agrupar en una figura, aquellos datos que manifiestan una dirección continua. De acuerdo con este principio las formas o líneas equilibradas o simétricas (círculo, elipse, etc.), se perciben más fácilmente que las vagas o mal construidas, así los puntos más próximos tienden a percibirse como líneas.
- ? *Ley del cierre:* frente a una constelación de estímulos, la percepción tiende a completar la forma y significado de conformidad con el todo cuando falta una parte pequeña. La ley del todo determina las partes.
- ? *Ley del destino común:* cuando una serie de elementos se mueven juntos en la misma dirección y a la misma velocidad, estos elementos tienden a ser agrupados en un todo perceptual.
- ? *Ley de la dominancia:* frente a una serie de datos, la percepción tiende a visualizar aquellos que no se alejan demasiado de la forma en que más se destacan como pertenecientes a ella.
- ? *Ley de la buena forma:* se refiere a que ante una constelación de datos, la percepción tiende siempre a las formas regulares, simples, simétricas. Toda figura tiende a ser lo mejor posible, a alcanzar el máximo de regularidad, simetría, totalidad, unidad, equilibrio, máxima sencillez.

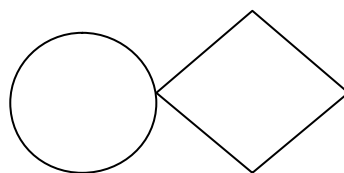
Es decir, cuando observamos un objeto, vemos algo más que las meras partes que constituyen el todo. Percibimos la configuración total, que es más que la suma de las partes. Dentro de la configuración total hay elementos de mayor y menor importancia. La percepción de una gestalt cambia en la medida en que esos elementos importantes o triviales se modifican. Ese modo modificado de

percepción está condicionado por determinantes psicológicos internos, que pueden ser el resultado del desarrollo y la maduración motores, defectos neuronales, de una multitud de factores emocionales, tales como tensión, ansiedad, inseguridad, y de estados fisiológicos como el agotamiento. Al principio gestáltico de reacción total a la situación total se han añadido algunos conceptos dinámicos. No se considera sólo lo que el individuo percibe y cómo lo percibe, se tiene en cuenta también la utilización que hace de tales percepciones. En este sentido, “el test de Bender reúne los conceptos básicos subyacentes a toda técnica proyectiva, y se puede aplicar a la descripción de la personalidad y al diagnóstico” (Anderson y Anderson, 1976, pág. 376).

#### 4.1.3. Descripción de las figuras geométricas del test.

El material del test, consiste en nueve figuras geométricas que originalmente formaban parte de la obra clásica de Wertheimer, “*Studies in the Theory of Gestalt Psychology*”(1923).

La *figura A*, consiste en un círculo y un cuadrado; la figura lineal está en contacto con el círculo de tal modo que se la percibe como un rombo. Este diseño fue elegido como figura introductoria porque “pronto se hizo evidente que se lo experimentaba de inmediato como figuras cerradas contra un fondo” (Heredia, Esquivel y Lucio, 1999, pág. 87). Según Wertheimer, “esta configuración se reconoce como dos figuras contingentes porque cada una representa una gute Gestalt...” (Abt y Bellak, 1999, pág. 190).



**FIGURA A.** Facsímil de la primera figura del test de Bender denominada figura A.

La *figura 1*, debe percibirse de modo que los puntos parezcan una serie de pares determinados por la distancia más corta, o con puntos “restantes” que quedan a cada extremo. Tal apareamiento se percibiría más fácilmente si las diferencias en las distancias fueran mayores. Éste es un ejemplo de una *gestalt* formada según el principio de la proximidad de las partes.

. . . . .

**FIGURA 1.** Representación de la figura 1 del test de Bender.

La *figura 2*, se percibe habitualmente como una serie de líneas cortas, oblicuas, compuestas por tres unidades de círculos dispuestas de tal modo que las líneas tienen una inclinación desde la izquierda arriba hacia la derecha abajo. Está determinada, asimismo, por el principio de la proximidad de las partes. Lo anterior también se aplica a la *figura 3*, formada por puntos dispuestos de tal modo que uno, tres, cinco y siete puntos forman un diseño en el que el punto del medio de todas estas partes se encuentra en el mismo nivel y los puntos agregados están dispuestos en relación con esta línea media como los dos lados de un rombo, que convergen hacia el primer punto.

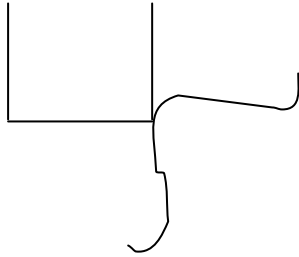
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0  
 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0  
 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

. .  
 . . . .  
 . . . .  
 . .

**FIGURAS 2 y 3.** Facsímil de las figuras 2 y 3 respectivamente del test de Bender.

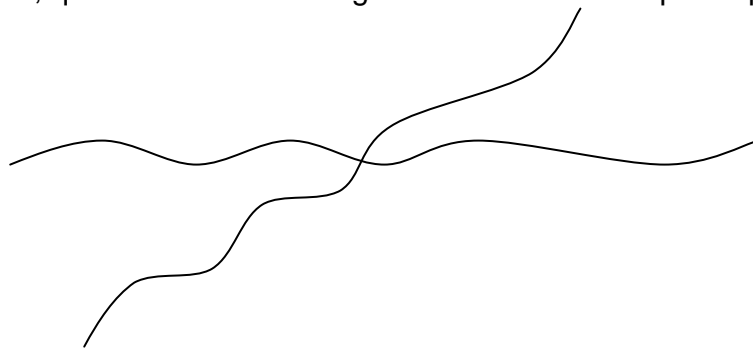
La *figura 4*, se percibe por lo general como dos unidades determinadas por el principio de continuidad de la organización geométrica o interna, el cuadrado abierto y la forma de campana en el rincón inferior derecho. El mismo principio se aplica a la *figura A* y a la *figura 5*, que se ve como un círculo incompleto, con un trazo inclinado hacia arriba hecho con una línea de puntos.





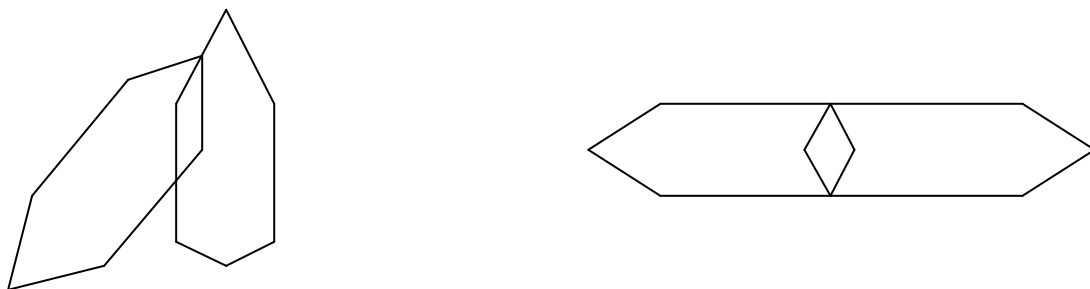
**FIGURAS 4 y 5.** Representación de las figuras 4 y 5 respectivamente del test de Bender.

La *figura 6*, se ve como dos líneas sinusoidales (onduladas) con diferentes longitudes de onda, que se cruzan en sesgo. Está determinada por el principio de continuidad.



**FIGURA 6.** Facsímil de la figura 6 del test de Bender.

Las *figuras 7 y 8* son dos configuraciones constituidas por las mismas unidades, pero rara vez se las percibe como tales porque en la *figura 8* prevalece el principio de continuidad de la forma geométrica, que en este caso es la línea recta en la parte superior e inferior de la figura.



**FIGURAS 7 y 8.** Representación gráfica de las figuras 7 y 8 respectivamente del test de Bender.

#### **4.1.4. Aplicaciones del test de Bender.**

De acuerdo con Díaz, Varela y Villegas (1999), “la finalidad principal del Test giestáltico visomotor de Laretta Bender, es la evaluación de la función giestáltica” (pág. 234), no obstante, debido a la gran cantidad de estudios realizados con esta prueba, ha hecho de él, un instrumento con múltiples aplicaciones clínicas y psiquiátricas, entre las cuales se encuentran:

1. La determinación del nivel de maduración en la integración visomotriz de niños.
2. Predecir los problemas en el aprendizaje escolar.
3. Evaluar los trastornos emocionales.
4. Predecir la lesión cerebral y el retardo mental.
5. Evaluar la patología infantil y de los adultos.

#### **4.1.5. Administración del test.**

El test de Bender es de tan fácil administración que las instrucciones específicas resultan casi innecesarias. Aunque Bender no dio instrucciones precisas para la administración en su monografía de 1938. Esa omisión se corrigió en “Instrucciones para el uso del test viso-motor Gestalt,” donde señala que se trata de un test clínico que no debe formalizarse tan rígidamente como destruir su función, que consiste en determinar la capacidad individual para experimentar modelos visomotores en una relación espacial y temporal. Debe observarse y registrarse la conducta durante el transcurso del test, realizando anotaciones con respecto a todo lo que resulte insólito en la forma de organizar el test o en la actitud del examinado, así como su reacción a la situación del test en general.

Se ubica al examinado en una posición sentada cómoda, similar a la que se adopta para escribir. El examinador coloca una hoja de papel en blanco, sin líneas de veinte por veinticinco centímetros, frente al examinado, de modo que los lados

más cortos del papel constituyen la parte superior e inferior de este rectángulo. Se coloca un lápiz de punta medianamente blanda, preferiblemente no más duros que el No. 2. El examinador puede sostener las láminas del test en la mano o bien dejarlas sobre el escritorio, boca abajo, con la lámina A arriba y la lámina 8 abajo. Se pueden incluir también gomas para borrar, pero algunos elementos mecánicos tales como reglas o monedas no deben ponerse al alcance del examinado. La instrucción es: "Tengo aquí algunas láminas con dibujos muy simples. Quiero que tu los copies. ¡Dibuja lo que veas!" Luego se coloca la lámina A junto a la parte superior de la hoja de papel. Esta breve introducción basta en la mayoría de los casos. Cuando se ha copiado el modelo de la lámina A, se coloca sobre ella la lámina 1, luego la 2 y así sucesivamente hasta que se hallan copiado todos los modelos.

En el caso de que el examinado tuviera dificultades en visualizar claramente el modelo, puede aproximar la lámina a los ojos, pero no se permite que la haga girar, si esto ocurre, el examinador deberá colocar la lámina en su posición original. Si el examinado insistiera en hacerla girar, o quizás en colocar el papel en un ángulo de noventa grados, el examinador debe limitarse a registrar esa desviación. Hay una excepción a esta regla; puede ocurrir que un examinado haya cubierto casi completamente la hoja con dibujos cuando llega al modelo 8, que es una figura alargada. En tal caso, puede permitirse que el examinado coloque el papel en un ángulo de noventa grados para disponer de espacio. Aparte de presentar las láminas en el orden correspondiente, el examinador permanece pasivo y silencioso. Puede ser necesario decir al examinado que el número exacto de puntos y ondas no tiene importancia, y que sólo dibuje lo que ve. Tal observación puede realizarse al presentar la lámina 1 si el examinado cuenta los puntos de esa figura. Este comentario, sin embargo, no debe repetirse, porque el número de puntos en la lámina tres es importante.

Este test no debe administrarse y evaluarse como una entidad aislada, sino como parte de una batería de test. ¿En qué momento dentro de esa batería debe

administrarse dicho test? Es imposible establecer una regla definitiva, ya que la selección del test depende de las necesidades y objetivos de cada caso. Sin embargo, se dice que el Bender prepara el camino para el dibujo de figuras humanas.

Por último, es importante la manera en que el examinado ubica las figuras en el espacio de la hoja proporcionada, Bender señala que “la organización de estas figuras en una misma hoja constituye por sí misma una función gestáltica” (citado en; Abt y Bellak, 1999, pág. 194); por ejemplo, algunas personas comienzan en la parte superior de la hoja y ubican la figura siguiente debajo de la primera. Su producción final puede tener un aspecto muy prolijo y ordenado, pero a menudo hay una cualidad tensa, coartada y quizás compulsiva o inhibida. Ello se vuelve más evidente cuando todas las figuras ocupan menos de la mitad de la hoja. Otro ejemplo es la numeración de cada diseño, hecho que constituye por lo común una manifestación neurótica. Separar cada figura de la siguiente mediante líneas debe considerarse, como un signo de neurosis severa o como una señal de peligro prepsicótico.

La superposición de figuras y el uso de más de una hoja de papel no es frecuente. Como mencionan Anderson y Anderson (1976), “el producto final de la prueba revela, por tanto, cómo se percibe y organiza el estímulo, qué significa para el sujeto, en qué aspectos lo simplifica y que le añade. Pone de relieve su capacidad para reproducir preceptos, su coordinación visomotora y sus esquemas o patrones de acción” (pág. 173).

Los anteriores son algunos ejemplos de la importancia que tiene la forma en que el examinado distribuye la copia de sus ejecuciones sobre el espacio rectangular de la hoja en blanco. Ya que “los trastornos de integración de la personalidad se manifiestan en las producciones del test de muy diferentes maneras. Tales trastornos van desde la mera inseguridad respecto a la corrección de lo ejecutado (que se traduce en una necesidad de volver a trazar las líneas o reforzar los

ángulos donde se encuentran etc.) hasta evidentes manifestaciones de regresión, quebrantamiento y discontinuidad de la personalidad (Anderson y Anderson, 1976, pág. 184).

#### **4.1.6. Interpretación del test gestáltico visomotor de Bender.**

Conforme a su desarrollo el test de Bender fue ampliando gradualmente sus áreas de aplicación. Destacado las aportaciones realizadas particularmente en lo que respecta a:

- 1) La evaluación de trastornos emocionales,
- 2) en la capacidad de predicción de lesiones cerebrales y retardo mental, y
- 3) de la psicopatología infantil.

Para evaluar algún déficit en cualquiera de las áreas mencionadas Elizabeth Koppitz (1975), propone una serie de criterios para evaluar de manera confiable y rápida el desempeño obtenido durante la aplicación del test. Para ello, clasifica con ciertos rasgos lo que a su juicio deben caracterizar los dibujos realizados por el examinado. Para evaluar perceptualmente las ocho figuras del test de Bender, la autora menciona que éstas pueden tener 25 alteraciones perceptuales. Así como 10 indicadores emocionales a saber.

##### **4.1.6.1. Forma de evaluar en el test de Bender las 25 alteraciones perceptuales de las figuras geométricas.**

###### ? **FIGURA A:**

###### **1.- Distorsión:**

**1(a).-Primera distorsión de la forma:** círculo, cuadrado a ambos están excesivamente deformados (incluir puntas o ángulos al círculo, "orejas" ángulos extras o carencia de estos en el cuadrado, etc).

**1(b). Desproporción entre el tamaño del círculo y del cuadrado:** cuando el área de uno es al menos el doble de largo que el área del otro.

**2.- Rotación:** cuando la figura se rota total o parcialmente en 45 grados o más.

**3.- Integración:** se falla en el intento de unir el círculo y el cuadrado; el círculo y el vértice adyacente del cuadrado se encuentran separados en más de 3mm. También si aplica cuando existe superposición en las figuras.

? **FIGURA 1:**

? **4.- Distorsión:** cinco o más puntos convertidos en círculos. Puntos agrandados o parcialmente llenados.

**5.- Rotación:** rotación de la figura en 45 grados o más.

**6.-Perseveración:** más de 15 puntos en una hilera.

? **FIGURA 2:**

**7.- Rotación:** hilera de en medio de los círculos rotada en 45 grados o más.

**8.- Integración:** omitir una o dos hileras de círculos; hilera de puntos de la figura 1 usados como la tercera hilera de la figura 2; cuatro o más círculos en la mayoría de las columnas; adición de una hilera. Sustitución de puntos por rayas no se computa.

**9.- Perseveración:** más de 14 columnas de círculos en una hilera.

? **FIGURA 3:**

**10.- Distorsión:** cinco o más puntos convertidos en círculos,

**11.- Rotación:** rotación del eje largo del diseño en 45 grados o más.

**12.- Integración:**

**12(a).- Desintegración de la forma del diseño:** aumento de cada hilera sucesiva de puntos no lograda; "cabeza de flecha" irreconocible o invertida; conglomeración de puntos; sólo una hilera de puntos.

**12(b).- Línea continua en lugar de hilera de puntos:** cuando la línea puede sustituir a los puntos o esta agregada a éstos.

? **FIGURA 4:**

**13.- Rotación:** rotación de la figura total o parte de esta en 45 grados o más.

**14.- Integración:** cuando existe una separación de más de 3mm, entre la curva y el ángulo adyacente; lo mismo aplica a la superposición; curva adherida a todo un lado de la caja.

? **FIGURA 5:**

**15.- Distorsión:** cinco o más puntos en círculos.

**16.- Rotación:** rotación de la figura total o parte de ésta en 45 grados o más.

**17.- Integración:**

**17(a).- Desintegración de la forma del diseño:** conglomeración de puntos; línea recta o círculo de puntos en lugar de un arco; la extensión atraviesa el arco; no compute un cuadrado o un ángulo en lugar de arco.

**17(b).- Línea continua en lugar de puntos:** en el arco, la extensión o en ambos.

? **FIGURA 6:**

**18.- Distorsión:**

**18(a).- Distorsión de la forma:** tres o más curvas sustituidas por ángulos o puntas.

**18(b).- Líneas rectas:** menos de dos curvas sinusoidales completas o ninguna curva en una o ambas líneas.

**19.- Integración:** las dos líneas no se cruzan en un extremo de una o de ambas líneas; o menos de una curva sinusoidal completa al final de la línea; dos líneas onduladas entrelazadas.

**20.- Perseveración:** seis o más curvas sinusoidales completas en cualquiera de las dos direcciones.

? **FIGURA 7:**

**21.- Distorsión:**

**21(a).- Desproporción entre el tamaño de los dos hexágonos:** el área de uno debe ser por lo menos el doble de grande que el área del otro.

**21(b).- Los hexágonos están excesivamente deformados:** adición u omisión de los ángulos en uno o ambos hexágonos: “orejas” o curvas por ángulos.

**22.- Rotación:** rotación de toda la figura o parte de ésta en 45 grados o más.

**23.- Integración:** los hexágonos no se superponen o lo hacen excesivamente, es decir, un hexágono penetra a través del otro.

? **FIGURA 8:**

**24.- Distorsión:** Distorsión de la forma: hexágono y/o rombo excesivamente deformados; ángulos agregados u omitidos; rombo omitido.

**25.- Rotación:** Rotación de la figura en 45 grados o más; al girar la hoja para aprovechar el papel no se computa.

**4.1.6.2. Indicadores emocionales en el Bender, según criterios de Koppitz.**

**1.- Orden confuso.** En los niños pequeños es normal, pero en los niños mayores que ya han madurado en cuanto al manejo del espacio, podría considerarse como una incapacidad para planear y organizar el material, y esto se puede deber a factores emocionales.

**2.- Línea ondulada** (figuras 1 y 2). Se refiere a dos o más cambios bruscos en la línea que se está trazando, se asocia con inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad, Puede ser causada por factores orgánicos o emocionales.

**3.- Círculos sustituidos por rayas.** Los niños impulsivos o con falta de interés, son los que presentan estas características.

**4.- Aumento progresivo de tamaño** (figuras 1, 2 y 3). Los puntos y los círculos van aumentando de tamaño. Sólo se considera cuando los últimos triplican el tamaño de los primeros. Este indicador se presenta en niños con poca tolerancia a la frustración.

**5.- Gran tamaño.** Se considera así cuando la figura es una tercera parte mayor que el original. Se asocia con niños que presentan conductas “acting out” por inmadurez y a veces por lesión.



**6.- Tamaño pequeño.** Cuando las figuras son la mitad más pequeñas que el original. Las personas tímidas y retraídas tienden a hacer este tipo de dibujo.

**7.-Línea fina.** Cuando el trazo es tan fino que hay que esforzarse para ver el dibujo completo. Se asocia con timidez y retraimiento.

**8.- Repaso del dibujo y de los trazos.** Cuando se repasa el dibujo con líneas gruesas e impulsivas; se asocia con impulsividad y ansiedad.

**9.-Segunda tentativa.** Cuando una figura se realiza dos veces, o cuando se borra o se comienza en otro lugar. Se asocia con impulsividad y ansiedad.

**10.- Expansión.** Se emplean dos o más hojas de papel para terminar las nueve figuras. Cuando esto se presenta en niños que están en edad escolar, parece indicar perturbaciones emocionales o lesión neurológica.

#### **4.2. Test del dibujo de la figura humana de Karen Machover.**

El análisis de los dibujos, al igual que otras técnicas proyectivas, “requiere que el psicólogo clínico posea conocimientos acerca de los dinamismos de la personalidad” (Machover citado en Anderson y Anderson, 1976, pág. 393).

Los dibujos de la figura humana orientan respecto a la línea a seguir en el examen de diagnóstico. Unidos a otras técnicas de estudio de la personalidad, proporcionan una concepción sólida y rica en contenido de la personalidad. En la investigación experimental el método ha dado buenos resultados si se le combina con otras técnicas.

El dibujo de la figura humana se ha aplicado para estudiar los esquemas de desarrollo o crecimiento de la niñez a la adolescencia, también se ha empleado como técnica de selección para ocupaciones profesionales y para estimar el progreso y las mejoras debidos al tratamiento psicológico.

El método presenta varias ventajas entre otras, su administración es sencilla, no exige más material que una hoja de papel y un lápiz, el tiempo de ejecución es

relativamente bajo, además de que se interpreta directamente, sin puntuación o codificación intermedia. El producto se puede conservar indefinidamente y analizar a gusto, y siempre presenta un testimonio directo de la proyección del sujeto. Se adapta muy bien en el caso de que el examinado sea un niño tímido o inhibido y para aquellos sujetos colmados de fantasía, representa una oportunidad de liberación que ejerce sobre ellos efectos terapéuticos.

Existe abundante bibliografía, cuyo interés se centra sobre el valor proyectivo de pinturas y dibujos, tanto desde el punto de vista psicológico como desde el punto de vista artístico. Siempre se ha reconocido que toda muestra de arte contiene algún elemento de la personalidad íntima del artista. Pero el hecho de tomar la representación de la figura humana como vehículo, y proyectar tales esquemas de personalidad en el lenguaje sutil y específico del cuerpo humano, constituye una novedad, a pesar del contraste y apoyo que han aportado al método más de veinte años de experiencia clínica.

En la apreciación psicológica de los dibujos de los niños, quienes más han aportado son Alschuler y Hattwick (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999). Bender y Despert (en Anderson y Anderson, 1976)), iniciaron la interpretación psicológica del arte de los niños perturbados de gran valor para la clínica; pero lo que en gran medida determinó la elaboración y el desarrollo del test de Machover, fueron los trabajos de Goodenough (1926), centrados sobre la figura humana.

Goodenough (en Machover, 1947), reconoce en su test las posibilidades que éste encierra para el análisis de la personalidad, a pesar de que el propósito primordial del mismo es hallar un C.I. Los estudios que siguieron a su publicación, en pro o en contra de las teorías de Goodenough (en Machover, 1947), añadieron nuevas y originales sugerencias respecto a las variables de personalidad del test.

La experiencia adquirida en la aplicación del Goodenough (en Machover 1947), a niños como medida de inteligencia, motivó a Karen Machover (en Anderson y

Anderson, 1976), a concebir una técnica de estimación de la personalidad basada en el dibujo de la figura humana. Observó que niños cuyo coeficiente intelectual era idéntico, expresaban, no obstante, distintas cosas. Más aún, los niños realizaban comentarios espontáneos que eran reforzados y elaborados por asociaciones con sus dibujos; por lo que gran parte del período de elaboración del test fue dedicado a la sistematización de este tipo de comunicación ideográfica y privada. Finalmente todo el esfuerzo se vio premiado con un amplio horizonte de detalles gráficos y material proyectivo.

#### **4.2.1. Administración del test.**

La administración consiste en dar al sujeto un lápiz de dureza media provisto de goma y una hoja de papel blanco de unos 21 por 28 cm., solicitándole que dibuje en ella “una persona”. Las instrucciones deben ser lo menos concretas posibles. Si el sujeto alega que no sabe dibujar, que no tiene habilidad para ello etc., se le instiga diciéndole que no importa la calidad del dibujo, porque lo que interesa no es la pericia en el dibujo.

Si el sujeto da por terminado el dibujo una vez dibujada la cabeza, hay que pedirle que dibuje la figura completa. Exceptuada esta indicación de que se dibuje la figura completa, toda pregunta por parte del examinado se debe responder en términos vagos. Además, el examinador debe registrar los comentarios y la manera de proceder del sujeto, procurando no interferir en su tarea.

Una vez terminado el dibujo, se le dice al examinado que detrás de la hoja narre una historia sobre la persona que dibujo, como si fuera un personaje de novela o de una obra de teatro. Al finalizar lo anterior, se le retira esta primera hoja y se le otorga una más en blanco, pidiéndole que dibuje otra figura humana del sexo contrario a la que dibujó en primer término y nuevamente que narre otra historia de este dibujo. De esta manera se obtienen un par de dibujos, masculino y femenino

(indicando previamente en la hoja cual es el sexo al que pertenecen dichos dibujos).

#### **4.2.2. Interpretación.**

Los principios de interpretación se han ido formulando paulatinamente, a partir del estudio de determinados rasgos de los dibujos y comparándolos con la historia clínica del sujeto, con datos complementarios de su narración y con ideas psiquiátricas y psicológicas elaborándose así un sistema de interpretación bastante completo.

La técnica del dibujo se basa en el supuesto de que la personalidad no se desarrolla en el vacío, sino en el pensar, sentir y moverse de un cuerpo determinado. Si se parte de esta premisa, es porque el cuerpo, con sus tensiones viscerales y esfuerzos musculares, se constituye en el campo de batalla en que se enfrentan facciones de necesidades y presiones. En términos generales, el dibujo de la persona representa la expresión de sí mismo, o del cuerpo, en el ambiente. Lo que se expresa se podría caracterizar como la *imagen corporal*, que describen numerosos autores. La imagen corporal se puede definir como “una reflexión compleja de autoconsideración –imagen de sí mismo--”. Dentro de este concepto quedan como lo indica Kubie, (citado en Anderson y Anderson 1976), “el cuerpo, sus partes, sus productos y sus necesidades” (pág. 400).

Por otro lado, la imagen corporal –en términos más generales, el propio YO— suele desarrollarse lentamente. Es maleable, responde a la acción de enfermedades, traumas, regresiones emocionales y tratamientos. Los individuos primitivos, de carácter regresivo que han perdido toda plasticidad, repiten el mismo dibujo una y otra vez mientras que los jóvenes, los que todavía están en período de desarrollo y los que están sujetos a un tratamiento y responde a él, ofrecen variadas proyecciones en los dibujos, consistentes con las variaciones que se

producen en su personalidad. La imagen corporal queda alterada no sólo por lesiones, sino también por tatuajes, cosmética y vestimenta.

En el fenómeno de despersonalización, la imagen corporal llega a confundirse con el ambiente, y el propio yo, el sí mismo, pierde sus límites como unidad de referencia. Esto se suele expresar en los dibujos por un esfuerzo compensatorio que consiste en reforzar y revestir las paredes corporales a fin de definir y delinear los límites del ego.

En cuanto un individuo se propone "dibujar una persona" tiene que referirse necesariamente a todas las imágenes de sí mismo y de las demás personas que pueblan su mente. Como quiera que la organización del propio YO, en cuanto a su enfoque y actitudes, es eminentemente selectiva, es decir, es producto de las experiencias, identificaciones, proyecciones e introyecciones, la imagen compuesta constituida por la figura dibujada está íntimamente ligada al propio YO y a todas sus ramificaciones. Contribuyen a nuestra concepción de lo que es una persona, amigos, familia, estereotipos, medios de comunicación masiva, etc., en nuestra mente, las personas altas y delgadas están asociadas con determinados rasgos psíquicos, y en general, cada tipo físico con un temperamento. Brazos fuertes, nariz larga, maquillaje etc., se ponderan con un significado social. Combinadas con estas imágenes sociales están las imágenes procedentes de nuestra propia existencia, imágenes únicas en cada uno de nosotros. Todo ello se entremezcla para dar luego lugar a la sutil y a vez compleja proyección del propio YO.

Los aspectos motores y expresivos que en el análisis se consideran como características formales y estructurales del dibujo, aparecen inextricablemente entretnejidos en el contenido del dibujo. En este sentido, el dibujo participa de los principios derivados del movimiento expresivo. El *cómo* se expresan las cosas gráficamente, depende del *dónde*, *en qué parte de la figura* se exprese. "El aspecto expresivo, es decir, la distribución de energía gráfica, según viene

indicada por las omisiones, interrupciones de la línea, perspectiva, esfuerzos, tachaduras y sombreados, se debe interpretar en función del significado atribuido a diversas partes del cuerpo. El dibujo permite localizar el conflicto” (en Anderson y Anderson, 1976, pág. 402).

Los órganos más acentuados se relacionan con las funciones de comunicación social, con la ideación, la alimentación y necesidades de dependencia, la potencia sexual, la fertilidad, el crecimiento, la movilidad, o el contacto del propio cuerpo con el mundo circundante, depende en gran medida de las aspiraciones del sujeto, de sus necesidades y frustraciones.

En resumen, la imagen corporal proyectada corresponde a los más profundos deseos del sujeto, a una franca exposición de carencia o defecto, a una fuerte compensación de dicho defecto o a una combinación de los tres factores. “Cuando el control racional se debilita, bien por una lesión cerebral orgánica, bien por una psicosis funcional, aparecen toda suerte de distorsiones –incongruencias o exageraciones orgánicas que producen un efecto extraño. Más aún, cuando el dibujo proyectado es francamente distinto del sujeto en cuanto a raza, sexo, edad, cabe pensar en que existe alguna dificultad para realizar identificaciones normales” (en Anderson y Anderson, 1976, pág.403).

En pocas palabras, cuando un sujeto realiza el dibujo de una persona proyecta en éste todas sus necesidades, ambiciones, frustraciones; forma de relacionarse con el medio ambiente, mecanismos de defensa entre muchos aspectos más.

Cada parte del dibujo debe analizarse a profundidad y cada rasgo tiene un aspecto simbólico de importancia que van desde la posición de la figura (frente o perfil), altura o longitud de la misma, calidad de la línea, ubicación espacial en los cuatro cuadrantes de la hoja (arriba, abajo, centro, izquierda o derecha), partes

proporcionales o no de extremidades; sexo del primer dibujo realizado, figura más detallada entre otras características más.\*

### **4.3. Test del dibujo de una persona bajo la lluvia.**

Este test fue difundido por vía oral y no se tiene conocimiento de ninguna publicación acerca de esta técnica. Constituye, al igual que el dibujo de una familia, un procedimiento simple. Consiste en pedirle al examinado que dibuje una persona bajo la lluvia.

“Los orígenes de este test no están muy claros, por un lado se atribuye la autoría de éste a Arnold Abrams, según algunos, y a Abraham Amchin, según otros. Sin embargo, podría tratarse del caso de una idea fructífera que surge de modo simultáneo en más de una persona” (en Hammer, 1997, pág. 239).

El procedimiento de una persona bajo la lluvia intenta lograr un retrato de la imagen corporal bajo condiciones desagradables de tensión ambiental representadas por la lluvia. Ofrece información de gran utilidad, sobre todo cuando se lo compara con el dibujo de una persona según la técnica de Machover, realizado por el mismo examinado.

El modo de aplicación es similar al test de la figura humana, se sienta al examinado cerca de una mesa adecuada, se proporciona una hoja blanca (tamaño carta), un lápiz del número dos, y goma. La consigna es como sigue: “en esta hoja quiero que hagas el dibujo de una persona pero que este bajo la lluvia”, generalmente esta actividad se realiza después de que el examinado ha terminado con la tarea de dibujar el dibujo de la figura humana.

---

\* Por cuestiones de espacio, es imposible mencionar a cada una de ellas. Con el fin de aclarar las cuestiones antes mencionadas, se propone al lector seguir con interés los estudios de casos que se agregan en esta obra.

La manera de interpretar dicho test consiste en realizar un análisis de contenido, poniendo énfasis en los rasgos del dibujo, desde la fuerza de las líneas, tamaño, si es una figura flexible o se muestra rígida, entre otros. En especial el examinador debe centrar su atención en artículos o accesorios que el dibujo pueda utilizar para protegerse de la lluvia tales como sombrillas o impermeables, si estos se encuentran dibujados a la altura correcta y no ocultan ningún rasgo físico (por ejemplo, la cara, cabeza etc.), incluso la figura puede estar cubierta permaneciendo de pie bajo algún techo, particularmente, un aspecto de relevancia en sí, es la magnitud de contacto que pudiera existir entre la persona dibujada y la lluvia, si existen fenómenos meteorológicos como nubes cargadas y ensombrecidas, rayos, si la figura se encuentra de pie sobre un charco de agua etcétera.

El test de la persona bajo lluvia, suele ofrecer información útil cuando se comparan sus resultados con los dibujos de una persona bajo condiciones normales o comunes.

#### **4.4. Test Casa-Árbol-Persona. H.T.P.**

El H-T-P es adecuado para utilizarse como un técnica para el establecimiento del rapport; los clínicos han encontrado que la gente responde con mayor libertad a las preguntas cuando se encuentra involucrada activamente en la tarea de dibujar. Los reactivos específicos –casas, árboles y gente— parecen generar más verbalizaciones que otros reactivos.

El desarrollo de la técnica del H-T-P es como el de otras técnicas proyectivas, es decir, se basa en la suposición de que los dibujos del individuo incluyen aspectos de su mundo interior. Las fuerzas y debilidades de la personalidad que el individuo despliega incluyen el grado en que sus recursos internos pueden movilizarse para manejar conflictos psicodinámicos. “La técnica del H.T.P permanece vigente porque es una contribución única para el cuadro clínico, que no se traslapa con



otras pruebas dentro de una batería proyectiva” (en Buck y Warren, 1948, pág. 133).

Inicialmente, el H.T.P fue presentado como una medida de coeficiente intelectual de los adultos y ha sido utilizado para la selección de personal, sin embargo, durante más de cincuenta años los clínicos han empleado la técnica del dibujo proyectivo Casa-Árbol-Persona, para obtener información acerca de la manera en que un individuo experimenta su YO en relación con los demás y con su ambiente familiar, este test fue elaborado y popularizado por Buck en 1948.

El H.T.P., fue diseñado para incluir un mínimo de dos pasos. El primero es no verbal, creativo y muy poco estructurado. En este procedimiento, el sujeto es instruido para que dibuje libremente una casa, un árbol y una persona. En forma muy parecida en que se supone que diferentes aspectos de la figura humana reflejan el funcionamiento psicológico, se considera que la forma en que un individuo representa una casa y un árbol tiene significado simbólico. En este contexto, uno podría encontrar, por ejemplo, “un relato de la forma en que la prueba Casa-Árbol-Persona se ha usado para identificar a niños de los que se ha abusado en forma física” (Blain, citado en Cohen y Swerdlink, 2000, pág. 474). El segundo paso, consiste en un interrogatorio estructurado que incluye una serie de preguntas acerca de las asociaciones del sujeto con aspectos de cada dibujo.

La aplicación total de este test oscila entre 30 minutos a 90 minutos, ya que en ocasiones se puede incluir una vez terminado los dibujos a lápiz que el examinado dibuje nuevamente la casa, el árbol y la persona pero ahora con el empleo de lápices de colores.

El H.T.P puede utilizarse con individuos mayores de ocho años, una de sus ventajas es “su naturaleza atractiva del dibujo lo que lo convierte en un instrumento adecuado para su empleo en cualquier situación en la que la comunicación verbal directa acerca de material conflictivo no sea posible debido a

obstáculos en la habilidad verbal o motivacional” (en Buck y Warren, 1948, pág. 2). Además, para propósitos de diagnóstico, el H.T.P., proporciona información que, una vez relacionada con otros instrumentos de valoración y de entrevista, puede revelar los conflictos y preocupaciones generales del individuo, así como aspectos específicos del ambiente que el sujeto encuentra problemáticos. Durante la terapia, los dibujos proyectivos pueden reflejar cambios generales en el estado psicológico del individuo.

#### **4.4.1. Aplicación del H.T.P.**

Se emplea como material lápices del número 2 con goma y un juego de colores, mínimo ocho: rojo, naranja, amarillo, verde, azul, morado, café y negro; en caso de que se vayan a pedir dibujos a color. Se necesita un cronómetro para medir el tiempo de latencia (tiempo que transcurre hasta que comienza a dibujar) y el tiempo total del dibujo.

La instrucción es: “Quiero que me dibujes una casa. Puedes dibujar el tipo de casa que desees, puedes borrar cuantas veces quieras y tomarte el tiempo que creas necesario. Solo realiza tu dibujo lo mejor que puedas, (esta consigna se repite al elemento árbol y persona).

En caso de que el sujeto exprese preocupación acerca de habilidad para el dibujo, se debe enfatizar que el H.T.P., no es un prueba de habilidad artística y que el dibujo deber ser simplemente su mejor esfuerzo. Si el sujeto intenta utilizar una regla, monedas, compás o cualquier otro utensilio, se debe mencionar que el dibujo debe ser a pulso.

Mientras el examinado realiza el dibujo, es necesario registrar: (1) latencia inicial (el tiempo que transcurre antes de que sujeto comience el trabajo una vez dadas las instrucciones); (2) el orden de los detalles dibujados; (3) duración de las pausas y los detalles específicos que están siendo dibujados cuando ocurre una

pausa; (4) cualquier verbalización espontánea o despliegues emocionales y los detalles que está dibujando cuando esto ocurre, y (5) el tiempo total que tomó el sujeto para completar el dibujo. Es importante mencionar que cada dibujo debe realizarse en una sola una hoja blanca.

#### **4.4.2. Interrogatorio posterior.**

La edad es un factor importante crucial en la interpretación de los dibujos del H.T.P, así que el análisis no debe iniciarse sin tener conocimiento de la edad cronológica y mental. Goodenough, Buck y Koppitz (en Buck y Warren, 1948), han demostrado ampliamente que la complejidad y la sofisticación se incrementan con la edad. Además, cuando un sujeto es más inteligente, los dibujos son mas intrincados, combinando además con diferencias en la estructura de la personalidad.

Una vez concluidos los dibujos a lápiz, es esencial darle al sujeto la oportunidad para definir, describir e interpretar cada dibujo y expresar los pensamientos, ideas, sentimientos y recuerdos asociados.\* Al utilizar el H.T.P, “el examinador deberá confiar en su experiencia para determinar hasta dónde es adecuado investigar acerca de una determinada característica del dibujo (en Buck y Warren, 1948, pág. 7).

##### **4.4.2.1. Rasgos específicos de la casa.**

Al igual que la interpretación del Test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover, el H.T.P comparte la forma de interpretar el dibujo realizado, analiza los aspectos en cuanto a proporción, perspectiva, transparencia, detalles (esenciales y no esenciales), como puertas, ventanas, chimenea, cortinas, persianas, calidad

---

\* Los anexos (1, 2 y 3) se sugieren guías para el interrogatorio posterior; éstas sólo sugieren preguntas estándar que facilitan el proceso, sin embargo, el propósito principal es lograr tanta información como sea posible acerca del contenido y del contexto de cada dibujo.

de la línea, entre otras características más. Por necesidades de espacio es imposible la descripción de cada rasgo de cada uno de los tres elementos constitutivos de esta prueba proyectiva; sin embargo, de manera general se menciona que la casa genera una mezcla de asociaciones conscientes e inconscientes acerca del hogar y las relaciones interpersonales íntimas. Para el niño la casa parece enfatizar la adaptación hacia los hermanos y los padres, en especial hacia la madre. Para el adulto, representa el ajuste a la situación doméstica en general y, más específicamente, al cónyuge y los hijos (si los hubiere).

El dibujo de la casa proporciona un indicador acerca de la habilidad del sujeto para funcionar bajo las tensiones de las relaciones humanas íntimas y para analizar de manera crítica los problemas creados por situaciones dentro del hogar. Las áreas de interpretación de la casa también se refieren a la accesibilidad del sujeto, su nivel de contacto con la realidad y su grado de rigidez.

#### **4.4.2.2. Rasgos específicos del árbol.**

El árbol, genera menos asociaciones conscientes y más asociaciones preconscientes e inconscientes que los otros dos dibujos, es una expresión gráfica de la experiencia de equilibrio que siente el individuo y de su punto de vista acerca de los recursos de su personalidad para obtener satisfacción dentro y a partir del ambiente. La calidad del dibujo del árbol refleja la habilidad de un individuo para evaluar de manera crítica su relación con el ambiente. Las áreas de interpretación adicionales incluyen el cuadro subconsciente que tiene el sujeto acerca de su propio desarrollo, el contacto con la realidad, los sentimientos de equilibrio intrapersonal y (cuando el árbol representa a otra persona) las tensiones interpersonales.

#### **4.4.2.3. Rasgos específicos de la persona.**

El dibujo de la persona genera más asociaciones conscientes que el de la casa o el del árbol, incluyendo la expresión directa de la imagen corporal. La calidad del dibujo refleja la habilidad del sujeto para funcionar en las relaciones y para someter al YO y a las relaciones interpersonales a una evaluación crítica y objetiva.

Este dibujo hace sugerir sentimientos tan intensos que los psicópatas o paranoicos pueden rehusar hacerlo. Las áreas adicionales para la interpretación del dibujo de la persona puede referirse al concepto que tiene el sujeto acerca de su rol sexual y su actitud hacia relaciones interpersonales específicas o relaciones interpersonales en general.

Resumiendo, se piensa que el dibujo de la persona refleja la adaptación del individuo a un nivel psicosocial, en tanto que el dibujo del árbol parece desplegar sentimientos intrapsíquicos y actitudes hacia uno mismo básicos, más duraderos y profundos. Es más fácil para el sujeto reflejar material conflictivo o emocionalmente perturbador en el dibujo del árbol que en el de la persona debido a que le es más fácil tratar al árbol como un autorretrato. Es más fácil desplegar sentimientos profundos y menos aceptables en el dibujo del árbol sin temor a revelarse a sí mismo o sin la necesidad de maniobras de defensa del YO. La casa se encuentra en alguna parte del continuo entre la persona y el árbol. El peor desajuste se indica cuando la casa, el árbol y la persona se encuentran invadidos con indicadores de psicopatología.

El dibujo del árbol hace surgir estratos más básicos que el dibujo de la persona, un árbol que represente un cuadro más saludable de la personalidad sugiere un pronóstico más positivo que el que transmite el dibujo de la persona. En tales casos, los recursos positivos latentes se ven ensombrecidos por los efectos de trastornos emocionales reactivos o situacionales. Por el contrario, el dibujo del

árbol que muestra más psicopatología que el de la persona indica un pronóstico negativo. Por ejemplo, un presquizofrénico puede dibujar una persona cuyos pies se encuentran firmemente plantados sobre la tierra, indicando así una adaptación estable; el potencial subyacente para la pérdida del equilibrio en la personalidad puede reflejarse en un árbol sin raíces, tambaleante o “dividido”.

#### **4.5. Test del dibujo de la familia de Corman.**

Entre la gama de pruebas proyectivas el dibujo de la familia tiene un gran valor diagnóstico. Es entre los test de personalidad es uno de los más usados en la práctica psiquiátrica, primeramente, porque es un test rápido y fácilmente aplicable; en segundo lugar porque expresa una actividad imaginativa creadora del niño y, por ello, más que cualquier otro test, puede proyectar los contenidos profundos de la personalidad, que no sería posible conocer por exploración directa. Y en tercer lugar, porque como la mayoría de los trastornos psicológicos de adaptación dependen de los conflictos del alma infantil ---conflictos de rivalidad fraterna o conflictos edípicos---, la forma en que un niño se sitúa en medio de una familia que él elige, introduce en el propio centro de sus problemas y dificultades. La prueba del dibujo de la familia, como lo menciona Corman (1978), “es una de las técnicas de exploración de la afectividad infantil que goza de mayor popularidad” (pág. 215).

La prueba del dibujo de la familia a diferencia de la prueba del dibujo de la figura humana, evalúa clínicamente cómo el niño percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y cómo se incluye él en este sistema al que se considera como un todo.

Existen autores que consideran importante dar la consigna al niño de que dibuje su propia familia; como Porot (1952) que aconseja decirle al niño que dibuje a su familia, ya que así permite conocerla tal como él se la representa, lo cual es mas importante que saber cómo es en la realidad. Por otro lado, Corman (1967)

considera que la proyección siempre se da con más facilidad si la indicación es más vaga como: "Dibuja una familia que tú imagines". Esta consigna permite, según este autor, que las tendencias inconscientes se expresen con mayor facilidad. Tanto Corman, como Lluís y Porot (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999), otorgan importancia a la interpretación psicodinámica de la prueba de la familia y enfatizan que se trata de una prueba proyectiva que no puede interpretarse con criterios rígidos; existen otros autores como Resnikok (1956), O'Brien y Patton (1974), Gendre, Chetrit y Dupont (1977) que consideran necesario sistematizar la interpretación del dibujo de la familia, para lo cual proponen una serie de indicadores cuantificables (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999).

El dibujo constituye el contenido manifiesto que requiere de una interpretación, pues existen contenidos latentes en la representación que el niño hace de su familia. Al interpretar esta prueba, pueden identificarse los mecanismos de defensa que se manifiestan en los relatos de las pruebas de apercepción temática.

Al interpretar el dibujo de la familia hay que tomar en cuenta la etapa de desarrollo cronológico, así como la fase de desarrollo emocional, considerado desde la perspectiva psicoanalítica, --especialmente, las etapas psicosexuales de desarrollo mencionadas ampliamente por Freud--. En el dibujo de la familia se manifiesta con claridad la dinámica triangular en la que el niño se estructura como sujeto. Se le da entonces importancia básica a la dinámica edípica.

#### **4.5.1. Aplicación del test.**

La aplicación de este test es relativamente sencilla. Corman (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999), aplicaba la prueba del dibujo de la familia de la siguiente manera. Al niño se le proporcionaba una hoja de papel blanca y un lápiz del No. 2.5.

Como en los otros test realizados a lápiz y papel, es importante estar atentos a que la hoja sea colocada de manera horizontal, sin embargo, si al realizar el dibujo

el menor decide girar la hoja, se debe respetar tal decisión, además, tampoco se deben utilizar otros instrumentos, como una regla, moneda etc.

La consigna es: “dibuja una familia” o bien, “imagina una familia que tú inventes y dibújala”. Cuando se termina la realización del dibujo, el examinador le solicita al niño que explique el dibujo que acaba de hacer. El autor recomienda que se haga una serie de preguntas posteriores como: ¿dónde están? ¿qué hacen ahí? Solicitar nombre, edad, ocupación, y hobbies de cada uno de los integrantes de la familia ¿cuál es el más bueno de todos en esta familia? Y ¿por qué? ¿cuál es el menos bueno de todos? Y ¿por qué? ¿cuál es el más feliz? Y ¿por qué? ¿cuál es el menos feliz? Y ¿por qué? ¿tu en esta familia a quien prefieres? Suponiendo que formarás parte de esta familia ¿quién serías tú?

#### **4.5.2. Interpretación del test.**

Corman (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999), interpreta el Dibujo de la Familia con base en cuatro planos:

1. Plano gráfico.
2. Plano de las estructuras formales.
3. Plano del contenido.
4. Interpretación psicoanalítica.

##### **4.5.2.1. Plano gráfico:**

Está relacionado en todo lo que respecta al trazo. Va desde la fuerza o debilidad de la línea, la amplitud, el ritmo y el sector de la página utilizado.

- a) *Fuerza del trazo.* Un trazo fuerte indica pulsiones poderosas, audacia y violencia. Un trazo débil puede indicar delicadeza de



sentimientos, timidez, inhibición de los instintos, incapacidad para afirmarse o sentimiento de fracaso.

- b) *Amplitud.* Líneas trazadas con movimientos amplios indican expansión vital y fácil extraversion de las tendencias. Trazos cortos pueden indicar una inhibición de la expansión vital y fuerte tendencia a replegarse a sí mismo.
- c) *Ritmo.* Es frecuente que el examinado tienda a repetir los trazos simétricos en todos los personajes. Esta tendencia puede convertirse en una estereotipia y significa que el sujeto ha perdido una parte de su espontaneidad y que vive apegado a las reglas.
- d) *Sector de la página.* El sector inferior corresponde frecuentemente a los instintos primordiales de conservación de la vida, esto puede asociarse con depresión y apatía. El sector superior se relaciona en general con expansión imaginativa, Corman (1967), consideró que es la región de los soñadores e idealistas. El sector izquierdo representa el pasado y está asociado con tendencias regresivas. El sector derecho corresponde a metas en relación con el futuro. Por último, los sectores blancos se asocian con prohibiciones.

#### **4.5.2.2. Plano de las estructuras formales.**

Como su nombre lo indica, el plano formal considera la estructura de las figuras, así como sus interacciones y el grado de movilidad en que actúan. Las estructuras pueden ser de dos tipos: 1) tipo sensorial y 2) tipo racional.

Los menores que hacen dibujos de tipo sensorial, por lo general trazan líneas curvas y expresan dinamismo de vida. A estos niños se les considera espontáneos y sensibles al ambiente. Los del tipo racional dibujan de manera más estereotipada y rítmica, de escaso movimiento y personajes aislados. Los trazos que predominan son líneas rectas y ángulos. A estos niños se les considera más inhibidos y guiados por las reglas.

#### **4.5.2.3. Plano del contenido o interpretación clínica.**

Corman (1967), considera que dicho test, es una tarea esencialmente activa.; ya que nada se le impone al niño, excepto los límites que le traza la consigna. Al crear el dibujo por sí mismo, el niño está representando el mundo familiar a su modo, por lo que las defensas operan de manera más activa; las identificaciones se rigen por el principio más fuerte y las situaciones de ansiedad se niegan. Al ser el creador, se le permite al niño tomar la situación en sus manos y dominarla. En muchas ocasiones, este dominio de la realidad conduce al niño a hacer deformaciones de la situación existente.

Como regla, el dibujo debe interpretarse primero en un plano superficial; por ejemplo, si no se dibuja a algún miembro de la familia, es necesario que el examinador pregunte más sobre esa persona (si está ausente, de viaje o ha muerto). El dibujo siempre se compara con la familia real. Además, hay que observar qué personaje del dibujo se valora más, pues éste es al que el niño le presta mayor atención; también hay que tomar en consideración a aquel personaje que se devalúa o se suprime. A veces, al personaje devaluado no se le suprime, sino que se le dibuja más pequeño, se coloca muy lejos de los otros miembros o no se le pone nombre, cuando los demás sí lo tienen. Si un sujeto dibuja animales en vez de personas, hace pensar que ellos pueden simbolizar tendencias impulsivas inconfesables.

#### **4.5.2.4. Interpretación psicoanalítica.**

Corman (1967), considera que la mayoría de los dibujos realizados acerca de su familia, los niños no representan a la familia real de manera objetiva, sino que se producen alteraciones importantes, a través de los cuales se manifiestan los sentimientos íntimos del sujeto. "Sólo cuando se conoce la información clínica, es decir, la situación familiar en la que vive el niño, que el dibujo adquiere su significado pleno" (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999 pág. 216). Cuando la

representación de la familia es objetiva, se puede decir entonces, que prevalece el principio de realidad. En el extremo opuesto, cuando la representación es totalmente subjetiva, los miembros de la familia dibujada no representan a los de la familia con sus caracteres propios, sino que son vistos a través de las atracciones y repulsiones experimentadas por el sujeto, y por eso aparecen deformados. En este caso, no existe realidad objetiva y son únicamente producto de la proyección de las tendencias personales del sujeto. La identificación, es un aspecto importante que hay que considerar. Primeramente habrá, una identificación de realidad, si el sujeto se representó a sí mismo. Segundo, la identificación se proyecta en el personaje que satisface más la tendencia. Tercero, existe la identificación defensiva, generalmente con el poderoso que simboliza al superyó. Por último, Corman (1967), consideró que otro aspecto que puede investigarse en el dibujo es el tipo de defensas que utiliza el niño ante las diversas fuentes de angustia.

#### **4.6. El test de frases incompletas de Sacks.**

Un test de frases incompletas consiste en un número de frases incompletas que el examinado debe completar. Por lo común no se ofrecen instrucciones sólo se dice al examinado: "complete esta frase con la mayor rapidez posible. No se detenga a pensar sobre ellas, escriba lo primero que se le ocurra". En este test se seleccionaron frases que exploran áreas significativas de la adaptación de un individuo.

Históricamente el test de frases incompletas de Sacks, es una variación del método de asociación de palabras. Ebbinghaus (1897, en Garaigordobil, 1998), utilizó frases incompletas para medir la inteligencia, entendiendo a esta como la capacidad de combinar o integrar.

Uno de los pioneros de este método en el campo de la personalidad fue Tendler (en Abt y Bellak, 1999), quien estableció la diferencia entre el diagnóstico de las

reacciones del pensamiento y de la responsabilidad emocional. Ofreció los siguientes criterios para los test en el campo de la conducta emocional: a) el empleo de recursos que evocan directamente la respuesta emocional, b) permiten una respuesta libre, y c) evitan la discriminación o la elección.

Presentando así su test como un método que satisfacía el *insight* emocional. Los ítems tenían como fin estimular admiración, rabia, amor, felicidad, odio, autohumillación, preocupación, ficción compensatoria, pesar, jactancia, orgullo, rencor, negativismo, compasión, vergüenza, temor, interés, repulsión, evasión y deseo. Estos estados emocionales se seleccionaron sobre una base empírica y se creía que a la presentación de estos estímulos despertaría una disposición emocional particular y, no obstante, permitiría respuestas libres.

Stein (en Bellak y Abrams, 2000), describió un test de frases incompletas, desarrollado originalmente durante la primera guerra mundial con el fin de proporcionar datos que pudieran servir para dar breves descripciones de la personalidad de los sujetos. El test consiste en dos grupos de cincuenta frases incompletas cada uno. Los ítems se seleccionaron con el fin de obtener información sobre una de las diez áreas consideradas importantes para la evaluación de la personalidad: familia, pasado, impulsos, estados interiores, metas, catexias, energía perspectiva temporal, reacción ante los demás y reacciones de los demás hacia el examinado. Lo importante de este test, es que utilizó por vez primera dos tipos distintos de ítems: las preguntas más "proyectivas", en las que se empleó algún nombre propio o el pronombre personal de tercera persona, y preguntas personales con pronombres de primera persona. Los dos tipos estaban mezclados al azar. En esta forma, los autores del test intentaban disimular su finalidad, hacer que los examinados creyeran que se trataba de una prueba de velocidad. Al mismo tiempo se proponían sacar ventajas de la posibilidad de que, al hablar sobre otros individuos, los examinados revelaran más sobre sí mismos.

Carter (en Abt y Bellak, 1999), combinó una modificación del *Emotional Insight* de Tandler (en Abt y Bellak, 1999), con un psigalvanómetro, con el fin de investigar ciertos procesos afectivos. Los estímulos se presentaban taquistoscópicamente y las respuestas de los examinados eran orales. Se registraban las palabras exactas utilizadas por el examinado, junto con los cambios en la conductividad epidérmica palmar y el tiempo de reacción requerido para completar la frase oralmente. El test consistía en seis categorías: yoico positivo, yoico negativo, social positivo, social negativo, temor, aversión, y no clasificados. Carter (en Abt y Bellak, 1999), comprobó que los cambios en la conductividad epidérmica palmar y en el tiempo de reacción eran significativamente más grandes en individuos con problemas y en los psiconeuróticos que en los “normales”.

Joseph M. Sacks (Sack y Levy, 1925), junto con la *New York Veterans Administration Mental Hygiene Service*, idearon un test de completamiento de frases destinado a obtener material clínico significativo en cuatro áreas representativas de adaptación, estas áreas son: familia, sexo, relaciones interpersonales y concepto de sí mismo (ver anexo 4).

Se consideró que los ítems incluidos en dichas áreas ofrecen al examinado suficientes oportunidades para expresar sus actitudes de modo tal que un psicólogo clínico puede deducir las tendencias dominantes de su personalidad. Tal información resulta útil para seleccionar pacientes que se someterán a una terapia, y ofrece al terapeuta indicios significativos en cuanto al contenido y la dinámica de las actitudes y los sentimientos del paciente.

#### **4.6.1. Descripción de las áreas de adaptación del Test de Frases Incompletas de Sacks.**

El área de la *familia*, incluye tres series de actitudes: hacia la madre, hacia el padre y hacia la unidad familiar. Cada una de ellas está representada por cuatro

ítems de completamiento de frases que estimulan al examinado a expresar actitudes hacia los padres individualmente y hacia su familia como un todo.

El área del *sexo* incluye las actitudes hacia las mujeres y hacia las relaciones heterosexuales. Los ocho ítems de esta área permiten al examinado expresarse con respecto a las mujeres como individuos sociales, al matrimonio, y a las relaciones sexuales mismas.

El área de las *relaciones interpersonales* incluye actitudes hacia los amigos y los conocidos, los colegas en el trabajo o la escuela, los superiores en ambas esferas y los subordinados. Los dieciséis ítems de esta área proporcionan una oportunidad para que el examinado exprese sus sentimientos hacia personas fuera de su hogar y su idea de qué sienten los demás con respecto a él.

Por último, el *concepto de sí mismo*, involucra temores, sentimientos de culpa, metas y actitudes con respecto a las propias capacidades, el pasado y el futuro. Las actitudes expresada en esta área ofrecen al psicólogo un cuadro del concepto que el examinado tiene de sí mismo tal cómo es, cómo fue y cómo espera ser, y tal cómo cree que realmente será.

El test completo consiste en sesenta ítems, de los cuales cuatro representan cada una de las quince actitudes numeradas.

#### **4.6.2. Administración del test de frases incompletas de Sacks.**

Se puede administrar de modo individual o grupal sólo se pide al examinado que lea las siguientes instrucciones: “A continuación figuran setenta frases parcialmente completas. Lea cada una de ellas y complételas escribiendo lo primero que se le ocurra. Trabaje con la mayor rapidez posible. Si no puede completar un ítem, encierre el número en un círculo y vuelva a él más tarde”.

Cuando el examinado está listo para responder al primer ítem, se debe anotar en el rincón superior derecho de la página la hora de inicio. Cuando entrega su trabajo, es necesario anotar la hora en que lo hace. De ser posible, conviene efectuar un interrogatorio seleccionando las preguntas más significativas y se le pide al sujeto que diga algo más al respecto. Ahora, en el caso de algunos pacientes ansiosos conviene administrar los ítems en forma oral y registrar las respuestas orales del paciente. Este método oral, ofrece una oportunidad para estudiar algunos ítems específicos con respecto a los cuales el examinado manifiesta bloqueo, observando su tiempo de reacción, rubor, expresión facial, cambios en el tono o el volumen de la voz y la conducta general.

#### **4.6.3. Interpretación y puntaje.**

Se ha ideado un protocolo de evaluación para el test de frases incompletas de Sacks que reúne, bajo cada actitud, los cuatro ítems-estímulo y las respuestas del examinado a ellos. Las cuatro respuestas se consideran conjuntamente y se hace un resumen interpretativo que cristaliza la impresión del clínico con respecto a la actitud del examinado en esta área. Luego se asigna un valor a la posible problemática del examinado en esta área, de acuerdo con la siguiente escala: (ver anexo 5).

2. *Seramente perturbado.* Parece necesitar ayuda terapéutica para manejar los conflictos emocionales en esta área.

1. *Levemente perturbado.* Tiene conflictos emocionales en esta área, pero parece capaz de manejarlos sin ayuda terapéutica.

0. *Ningún trastorno significativo* observado en esta área.

X. *Se ignora.* Pruebas insuficientes.

Luego de los resúmenes y evaluaciones de las actitudes individuales, se presenta un esquema para un resumen general de los hallazgos del test de frases incompletas de Sacks, que incluye:

1. Una mención de las áreas en las que el examinado muestra las actitudes más perturbadas. Esto puede proporcionar indicios significativos a terapeuta.
2. Una descripción de las interrelaciones entre las actitudes con respecto al contenido.

El test de frases incompletas de Sacks puede reflejar pensamientos y sentimientos conscientes, preconscientes o inconscientes. El análisis del material obtenido a través de diversas técnicas proporciona un cuadro más completo de la personalidad del que se podría obtener por medio de una técnica única.

#### **4.7. Test de cuadros para adolescentes de Symonds.**

El test de cuadros de Symonds (*Symonds' Picture Story Test*), fue diseñado para el estudio de adolescentes de ambos sexos; consiste en veinte láminas divididas en el juego A y el juego B; ambos pueden usarse en días sucesivos, o bien el juego B usarse exclusivamente (anexo 6).

Estas láminas fueron diseñadas para facilitar la proyección de los problemas típicos de los adolescentes: el abandono de casa, el llegar tarde a casa por la noche, la rivalidad sociosexual acerca de las citas, la preocupación por el futuro (en una lámina que muestra a una muchacha y un muchacho adolescente que consultan a un adivino), una muchacha adolescente que mira su nueva imagen en el espejo, un muchacho que aparentemente sufre de *weltschmerz*<sup>\*</sup>, láminas relativas a la delincuencia y a la prisión, y otras situaciones.

---

\* Del alemán, literalmente: dolor por el mundo. Una melancolía sentimental y pesimismo por las condiciones del mundo, acompañada por una romántica acepción de esta tristeza como un aspecto natural de la vida humana.



Como la mayoría de las técnicas proyectivas el material a emplear es mínimo. Sólo se necesitan algunas hojas de papel blancas tamaño carta, lápiz del número dos y gomas para borrar.

La manera de aplicación es muy sencilla, se sienta al niño cómodamente en una silla frente a una mesa adecuada, después se seleccionan las láminas ya sea del juego A o del juego B, o ambos juegos (en algunas situaciones y de acuerdo a la problemática del adolescente se hace una selección de las veinte láminas disponibles mezclando tanto láminas del juego A como del juego B, con la finalidad de obtener mayor información relativa a la problemática en cuestión), la consigna es la siguiente: “Te voy a mostrar algunas láminas, estas láminas contienen unos dibujos, lo que quiero que hagas es que me cuentes una historia acerca de lo que vez en cada cuadro. Las historias deben estar escritas en estas hojas blancas. Debes contar como inicia la historia, como se desarrolla pero sobre todo, lo más importante es que cada historia tenga un final y que te asegures que todos los finales de todas las historias sean distintos” (Symonds, 1982, pág. 17).

Las láminas seleccionadas se colocan sobre la mesa donde el niño tomará consecutivamente cada una de las tarjetas. Antes de que el niño comience a escribir la primer historia, es necesario anotar la clave (que se encuentra en la parte posterior de cada lámina), a la cual pertenece la lámina para su análisis posterior.

#### **4.7.1. Análisis de contenido.**

La manera de interpretar las historias se realiza en dos momentos, primeramente con base en análisis de contenido y posteriormente mediante un análisis formal. En cuanto al análisis de contenido, la tarea principal del examinador consiste en reconocer las principales fuerzas psicológicas que subyacen en las historias relacionadas con los siguientes factores: este análisis inicia con la identificación del personaje principal de cada narración (héroe). Ese héroe revela la principal

identificación del sujeto: sus actitudes, sentimientos y comportamiento expresando las tendencias del examinado. En particular, el examinador debe poner atención al carácter del héroe, principalmente en su *adaptación* o *inadaptación*; su *superioridad* o *inferioridad*; su *masculinidad* o *femeneidad*; su *autoafirmación* (dominación o liderazgo) o *sometimiento* (pasividad); su *extroversión* o *introversión*; su *bondad* o *maldad* (criminalidad); su *normalidad* o *anormalidad* mentales; sus *ricas* o *pobres relaciones sociales*, y, en fin, su *seguridad* o su *ansiedad* y *culpa*. Se analizará si en el héroe existe *hostilidad* o *agresión*, aquí es importante determinar si esta es lanzada o sufrida por el héroe, así como observar cuál es la reacción a la agresión: se responde con rebelión, crítica, rechazo, coerción, deseos de muerte, curiosidad sexual, envidia etc. Además, se debe poner atención a si la agresión es manejada en forma enmascarada. También en relación con el *amor* y el *erotismo* es importante conocer si el afecto es dado o recibido por el héroe (y quien (es) son los depositarios a quien el héroe dirige ese amor o si es quien él quien lo recibe, habremos de determinar quien lo ama). Analizando que forma de amor se trata: si de un deseo de afecto, de un deseo de integración y salida de soledad, de un deseo de recibir dinero o de reconocimiento, incluso si pueden existir *ambivalencias* autodirigidas (de amor y odio) ya sea de manera encubierta o manifiesta. El *castigo*, la *ansiedad* y las defensas contra *normas* y *conflictos morales*, *aspiraciones* y *lucha por el éxito*, *conflictos*, *culpa* y reducción de la misma, *depresión*, *desaliento*, *desesperación*, *felicidad* y *sublimación* son otros aspectos importantes que deben determinarse dentro del análisis de contenido

El test de cuadros puede ser útil para descubrir diversos tipos de intereses y actitudes profundas; por ejemplo, la actitud frente al matrimonio, la guerra, la discriminación racial, las relaciones interpersonales etcétera. Por otro lado, el final de cada historia se examinará según el significado del desenlace y el estado de ánimo que implica. Es importante observar si ese desenlace expresa liberación, éxito, fracaso, desaliento, tragedia. También tiene importancia considerar en qué

medida ese desenlace es natural y adecuado, o revela incongruencia y artificiosidad.

#### **4.7.2. Análisis formal.**

Aunque el objetivo primario del test de cuadros es la obtención de información sobre los factores del contenido dinámico de la fantasía, también puede servir para examinar los factores formales.

En el análisis formal se considerarán los aspectos referentes al *procedimiento* y *método* con que ha operado el sujeto en sus relatos. Uno de ellos es el tiempo de respuesta. Se sugieren dos mediciones del tiempo: el *intervalo* que media entre la presentación de la lámina y el comienzo del relato y el *tiempo total*, desde la presentación de cada lámina hasta la finalización de la historia respectiva. Es de importancia el fracaso en la producción de una historia, el rechazo de una lámina, la velocidad con que se produce la historia, así como cualquier vacilación o incapacidad de opción entre dos desenlaces o alternativas posibles, el rubor, nerviosismo, rodeos, la manera de sentarse, los gestos y posturas del examinado durante su verbalización.

Igualmente se observará como el examinado manipula la lámina: si la hace girar, mira el reverso, la abandona sobre la mesa, la rechaza, es decir, la *actitud* bajo la situación de prueba, *comentarios especiales* del examinado (antes, durante o después del relato), el *grado de significación* de la historia, *libertad*, *ajuste* de la lámina, *estructura* y *detalles* de la historia, *tono emocional*, *lenguaje* (riqueza y nivel de vocabulario), coherencia intraindividual.

#### **4.8. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).**

El MMPI es una colaboración entre el psicólogo Starke R. Hathaway y el psiquiatra y neurólogo John Charnley Mckinley (en Cohen y Swerdlink, 2000). Fue

diseñado para su aplicación a adolescentes y adultos de 14 años de edad en adelante. La investigación que precedió a la selección de los reactivos de prueba incluyó la revisión de libros de texto, reportes psiquiátricos y reactivos de pruebas de personalidad publicados con anterioridad. Los autores de la prueba esperaban ser capaces de usar la prueba con propósitos diagnósticos y fue esencial que los reactivos abarcaran una gran amplitud de territorio diagnóstico. Sin embargo, también se planearon “escalas clínicas” codificadas de manera empírica. Estas escalas, son las mismas que formaron el núcleo no sólo del MMPI original, sino también de su revisión de 1989, el MMPI-2.

En la elaboración del MMPI, los miembros del grupo experimental fueron tomados de una población de pacientes psiquiátricos. Los miembros del grupo control fueron personas normales (no diagnosticadas). La muestra de estandarización para el MMPI original consistió de aproximadamente 1,500 sujetos. En ésta se incluían 724 personas que resultaron ser amigos o parientes visitantes de los hospitales de la Universidad de Minnesota, 265 graduados de bachillerato que buscaban orientación vocacional, 265 obreros y 243 pacientes médicos (no psiquiátricos).

El MMPI contiene 556 reactivos cierto/falso. En el MMPI hay escalas de contenido, escalas complementarias y las subescalas Harris-Lingoes. Se compone de escalas clínicas, escalas de validez, escalas de contenido y las subescalas Harris-Lingoes. Como su nombre lo indica, las escalas de contenido están compuestas de grupos de reactivos de contenido similar; por ejemplo, dentro de las estas escalas existen las subescalas “Depresión” y “Problemas Familiares”. Escalas complementarias es una frase genérica para los cientos de escalas MMPI diferentes que han sido elaboradas desde la publicación de la prueba.

Resuelto históricamente por medio de papel y lápiz, el MMPI en la actualidad es aplicado a través de muchos métodos. Puede ser en línea, en la forma tradicional por escrito o por medio de reactivos impresos en tarjetas. También se encuentra

disponible una versión para individuos semianalfabetas con las instrucciones grabadas en cinta de audio.

Los sujetos que contestan la prueba, responden a los reactivos con “cierto” o “falso”. Los reactivos que se dejan sin responder son considerados como “no puedo decir”.

Para responder el MMPI, se requiere un nivel de lectura al menos secundaria para entender todos los reactivos. No hay límite de tiempo, y el tiempo requerido para aplicar 556 reactivos generalmente se encuentra entre 60 y 90 minutos.

Es posible calificar las hojas de respuestas del MMPI en forma manual, pero el proceso es laborioso, en la actualidad, la calificación casi siempre se hace por medio de programas de computo.

#### **4.8.1. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A).**

Aunque sus elaboradores habían recomendado el MMPI original para ser usado con adolescentes, los administradores de la prueba han evidenciado algún escepticismo sobre esta recomendación a lo largo de los años. Colligan y Offord, (1989); Dahlstrom (1972) y Marks (1974) citan: “desde el principio se notó que los adolescentes como grupo tendían a obtener puntuaciones un poco superiores en las escalas clínicas respecto a los adultos, un hallazgo que dejó a los adolescentes como grupo en la posición de parecer que sufrían de más psicopatología que los adultos” (en: Cohen y Swerdlink, 2000, pág. 440). En parte por esta razón, se elaboraron normas para el MMPI separadas para adolescentes. En la década de 1980, con la revisión del MMPI en proceso, los elaboradores de la prueba tenían la opción de tan sólo volver a normalizar el MMPI-2 para adolescentes o crear un nuevo instrumento. La opción fue elaborar una prueba

nueva que fuera en muchos aspectos clave una extensión descendente del MMPI-2, surgiendo así, el MMPI-A.

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (en Butcher, 1992), es una prueba con 478 reactivos cierto/falso diseñada para ser usada en escenarios clínicos, de orientación, escolares con el propósito de evaluar la psicopatología e identificar problemas personales, sociales y conductuales. Los reactivos individuales del MMPI-A, al igual que las escalas clínicas y de validez, son comparables en gran medida al MMPI-2, aunque hay 88 reactivos menos en total. Algunos de los reactivos del MMPI-2 fueron descartados, otros fueron redactados de nuevo y algunos fueron agregados.

La prueba está diseñada para su aplicación a individuos en un rango de edad de 14 a 18 años que tengan al menos una capacidad de lectura de sexto grado de primaria. Se dispone también de varias versiones de la prueba para su aplicación por medio de computadora, por escrito y por medio de casete grabado. El tiempo requerido para una aplicación de todos los reactivos generalmente es entre 45 y 60 minutos.

El MMPI-A contiene 16 escalas básicas incluyendo diez Escalas Clínicas y seis Escalas de Validez (un total de ocho Escalas de Validez dado que la escala F se subdividió en las escalas F, F1 y F2) Inconsistencia de Respuesta Variable (VRIN), Inconsistencia de Respuesta Verdadera (TRIN), Infrecuencia (F), Infrecuencia 1 (F1), Infrecuencia 2 (F2), Mentir (L), Defensividad (K) y “no puedo decir” (?). La escala F se dividió en dos subescalas: F1 aplicable a las Escalas Clínicas y F2 aplicable a las Escalas de Contenido y Complementarias.

Además de las escalas clínicas y de validez básicas, el MMPI-A contiene seis Escalas Complementarias (que tienen que ver con áreas como uso de alcohol y fármacos, inmadurez, ansiedad y represión), 15 Escalas de Contenido (incluyendo

áreas como Problemas de Conducta y Problemas Escolares), 28 escalas Harris-Lingoes y tres escalas denominadas “Introversión Social”.

Así, “el MMPI-A puede ser que pronto se vuelva en la medida más usada de psicopatología en adolescentes. La investigación relacionada con las 15 escalas de contenido del MMPI-A sugiere que estas escalas son prometedoras en particular con respecto a su utilidad en escenarios clínicos y de orientación” (en Butcher y Williams, 1992).

#### **4.9. El futuro de las técnicas proyectivas.**

Las técnicas proyectivas pese a recibir importantes críticas (falta de sistemas objetivos de valoración, escasos datos sobre fiabilidad y validez, dificultades de puntuación, ausencia de datos normativos etcétera), “han seguido utilizándose tanto en el ámbito clínico como escolar desarrollándose reactualizaciones de las mismas desde distintos paradigmas teóricos” (Fernández-Ballesteros, 1991; en De Verthelyi, 1989, pág. 28),. De las distintas hipótesis planteadas, tres son las vías de desarrollo más importantes y con mayor proyección a futuro\* :

*1.- Reactualización de las técnicas proyectivas desde la perspectiva conductual-cognitiva:* desde esta perspectiva se pretende un análisis de las variables internas cognitivas con vistas a su análisis funcional y posterior modificación. Con este planteamiento han surgido una serie de técnicas con el fin de evaluar las habilidades cognitivas en la resolución de problemas interpersonales (por ejemplo, el ICPS, Interpersonal Cognitive Problem Solving).

Lo importante de este enfoque es que la ejecución de los suetos en esta variedad de técnicas proyectivas se toma tan sólo como una muestra de la conducta

---

Es importante aclarar que la mención de los siguientes aspectos es sólo por explicar los diferentes esfuerzos que se han realizado para acercar a las técnicas proyectivas a concepciones teóricas enmarcadas dentro del positivismo, sin embargo, la esencia misma de las pruebas proyectivas radica en el material inestructurado y la información que del inconsciente se puede obtener para conformar la personalidad del sujeto en cuestión.

cognitiva de resolver problemas utilizándose, en el caso de déficits, como variable dependiente de un entrenamiento de este tipo de variables.

Se ciñen a la evaluación de lo cognitivo, contrastando esto experimentalmente. No obstante, esta forma de proceder elimina uno de los supuestos básicos de estas técnicas, aquel que plantea la importancia de la ambigüedad de los estímulos como base para la proyección. Como señalan Fernández-Ballesteros, Vizcarro y Marquez (1992 en Garaigordobil, 1998) “conservar el término proyectivo en este grupo de elaboraciones se debe más bien a razones nostálgicas o de rutina que a planteamientos conceptuales semánticos” (pág. 266).

*2.- Reactualización de las técnicas proyectivas desde la psicología de la percepción:* una segunda vía de desarrollo sigue estando en alguna de las corrientes actuales de la psicología de la percepción y, concretamente, en la teoría del procesamiento de la información, la teoría de la decisión y la teoría de la detección de señales.

Desde estas perspectivas se está intentando, a través de la manipulación de las dimensiones estímulares, lograr el esclarecimiento de lo que ocurre desde la presentación del estímulo hasta la formulación de la respuesta. Dos han sido las líneas de investigación más importantes con este enfoque. En primer lugar, la manipulación experimental de los estímulos, del tiempo de exposición y de la consiga con el fin de analizar de modo adecuado las distintas dimensiones y parámetros de las respuestas de los sujetos en base a tales manipulaciones. En segundo lugar, parece necesaria la verificación experimental del tipo de operación que el sujeto realiza internamente a la hora de seleccionar su respuesta ante un estímulo proyectivo.

*3.- Reactualización de las técnicas proyectivas desde la psicometría:* una última perspectiva futura es la psicométrica, a través de la cual se seguirá intentando la validación de las técnicas proyectivas mediante criterios variados. El trabajo de



Exner (1994), sobre el Rorschach es una buena prueba de la posibilidad de contrastación científica de las técnicas proyectivas. En esta dirección se pueden destacar los trabajos que utilizan métodos de corrección objetivos del CAT, tratando de evitar altos niveles de inferencia. Otro ejemplo lo constituye el Test de los Cuentos de Hadas de Coulacoglou (1980), que mediante el uso de personajes principales de cuentos infantiles como brujas, enanos, gigantes, lobos, Blanca Nieves o caperucita roja plasmados en láminas se trata de determinar 26 áreas o variables que conforman la personalidad de los niños entre 7 y 12 años de edad. Variables como ambivalencia, autoestima, moralidad, agresión en diferentes modalidades, externa, interna, defensiva, oral etc, necesidad de afiliación y de afecto, ansiedad, depresión, relaciones con la madre, necesidades orales y de protección, relaciones con el padre, preocupación sexual entre otras, son temas que se abordan en dicho test. Mediante la valoración de las respuestas (3, 2, 1, 0, -1, -2, ó -3 puntos), de los niños se describen los conflictos en las variables mencionadas obteniendo un puntaje estandarizado por cada variable de acuerdo con distintos rangos de edades.

En las dos últimas décadas un grupo de autores han desarrollado un amplio movimiento de reconversión psicométrica de las técnicas proyectivas, intentando no alterar los aspectos sustantivos de las mismas. Ávila (1986) desde este enfoque propone:

- ? El estudio del valor estímulo de los materiales-estímulo proyectivos: láminas, instrucciones.
- ? Estandarización de las condiciones de administración.
- ? Obtención de datos normativos.
- ? Utilización de sistemas de valoración y análisis de las respuestas que sometan a un suficiente control la subjetividad de los evaluadores.
- ? Interpretación de los resultados dentro de un contexto de contrastación con evidencias procedentes de otro tipo de aproximaciones al estudio de la conducta.

Siguiendo por el mismo camino, se dice que los requisitos de validez y utilidad en las técnicas proyectivas tienen dos aspectos: se espera que los métodos proyectivos funcionen como herramientas tanto en la ciencia nomotética como en idiográfica.

Formulado por Windleband (1904) y elaborado de manera notable por Allport y Vernon (en De Verthelyi, 1997), el concepto de ciencia nomotética tiene que ver con la formulación de leyes (por ejemplo, en física, química, etc.) y el de ciencia ideográfica se relaciona con la comprensión de un suceso en particular (por ejemplo, de naturaleza histórica).

Es decir, el método ideográfico es aquel que se centra en el estudio del individuo, qué es común en las ciencias humanas y se caracteriza por ser una ciencia comprensiva. En cambio, el método nomotético es aquel que busca el descubrimiento de leyes generales, aplicables a todos los individuos, y pertenece a las ciencias físicas y naturales, además se caracteriza por ser una ciencia explicativa que consiste en llegar a criterios que sean aplicables a grupos de personas o a síndromes.

Así, “los principales esfuerzos dentro de la psicología de los Estados Unidos se dirigen a convertir los métodos proyectivos en herramientas de la ciencia nomotética” (en Bellack y Abrams, 2000, pág. 17). Sin embargo, es conveniente mencionar que sólo algunos métodos proyectivos se prestan con mayor facilidad que otros al enfoque nomotético.

Una vez que se ha realizado la descripción del material a emplear, la forma en que se administra cada técnica proyectiva así como la interpretación de éstas, se hace necesario ahora, la explicación de otro tipo de pruebas que junto con las técnicas proyectivas conforman y enriquecen el proceso del psicodiagnóstico; el siguiente capítulo aborda las escalas de inteligencia de Wechsler.

## **CAPÍTULO 5.**

### **ESCALAS DE INTELIGENCIA WECHSLER.**

Desde el momento de su introducción durante la primera década del siglo pasado, los test de inteligencia se han utilizado con mucha frecuencia en Estados Unidos y otros países, no sólo como una herramienta en la toma de decisiones académicas, vocacionales y clínicas respecto a las personas, sino también para estudiar diferencias de grupo en las capacidades mentales.

El término inteligencia, que en la actualidad es muy común, era casi desconocido en el lenguaje cotidiano del siglo XIX. Durante la última parte de dicho siglo, el filósofo Herbert Spencer y Francis Galton (en Aiken, 1996), motivados por los escritos de Charles Darwin (en Aiken, 1996), acerca del origen de las especies, volvieron a introducir el término latín inteligencia para referirse a las diferencias individuales en la capacidad mental. Estos hombres creían que en los seres humanos existe un grado innato de inteligencia general, que se distingue de las capacidades especiales.

A diferencia de Spencer, Galton (en González, 2000), no se conformaba con filosofar acerca de la naturaleza de la inteligencia. Intentaba demostrar sus fundamentos hereditarios por medio del estudio de árboles genealógicos y desarrolló varias pruebas de discriminación sensorial y tiempo de reacción que espera midieran los componentes de la inteligencia.

El psicólogo estadounidense James McKeen Cattell (en Cohen y Swerdlink, 2000), estudió en forma extensa éstas y otras pruebas sensoriomotrices como; mediadas de la velocidad del movimiento, fuerza muscular, sensibilidad al dolor, discriminación de pesos y aspectos similares, pero probaron ser relativamente inútiles como indicadores del logro en el trabajo escolar y otras tareas que se supone requieren de inteligencia.

Por completo diferente del procedimiento analítico para tratar de medir los componentes de la inteligencia era el planteamiento que adoptó el psicólogo francés Alfred Binet (en Garaigordobil, 1998). Al definir la inteligencia como “la capacidad para juzgar bien, razonar bien y entender bien” (pág. 45). Binet y Simon (en Randy y Frick, 2000), sostuvieron que la inteligencia de una persona se manifiesta en su desempeño en una variedad de tareas y puede medirse por medio de las respuestas a una muestra de tareas motivados en gran medida por la demanda social que exigía la identificación de niños con algún retraso mental dentro del sistema educativo parisino.

Binet y Simon (en Aiken, 1996), publicaron su primer grupo de pruebas de inteligencia: 30 pruebas cortas dispuestas en orden desde la más sencilla hasta la más complicada en 1905. Su trabajo posterior llevó a la publicación en 1908 de una escala de Binet-Simon revisada que consistía en 58 tareas ordenadas por niveles de edad desde los 3 hasta los 13 años. Las tareas estaban agrupadas por niveles de edad y correspondían a lo que la investigación por parte de Binet (1908), señalaba que podían hacer los niños normales de una edad determinada. La edad mental (EM) de un niño se determinaba por la cantidad de pruebas que resolvía satisfactoriamente en cada nivel; una edad mental bastante menor que la edad cronológica del niño indicaba retraso mental.

Una revisión final de la escala se publicó en 1911, pero después de la muerte prematura de Binet durante ese mismo año, Estados Unidos se convirtió en el escenario para el desarrollo posterior de la prueba creada por Binet.

Desde los primeros trabajos de Binet (1857-1911), se desarrollaron muchas pruebas de inteligencia y han tenido lugar muchas investigaciones y teorías sobre la naturaleza de la inteligencia. “Los educadores han considerado a la inteligencia como la capacidad de aprender, los biólogos como la capacidad para adaptarse al entorno, los psicólogos como la capacidad para deducir las relaciones entre los

objetos y eventos y los teóricos de la información como la capacidad para procesar información” (Wechsler, 1975, citado en: Aiken, 1996, pág. 136).

Ciertos escritores se oponen al término inteligencia con sus connotaciones respecto a que la capacidad mental general es innata y proponen que se remplace por un término como capacidad académica general o capacidad educativa general.

Hoy en día los cambios tecnológicos suceden a cada segundo, hoy es posible establecer comunicaciones en tiempo real y no sólo escuchar la voz, sino también observar a nuestro interlocutor; al introducir un chip en el organismo humano podemos conocer toda su historia clínica, determinar alergias y enfermedades, analizar radiografías, observar fotografías familiares o establecer su localización exacta en cualquier lugar del mundo a través de sistemas de localización GSM o vía satélite.

Lo anterior conduce inevitablemente a que las personas necesitan estar acorde con los fenómenos de la época, esto sólo se puede lograr mediante la capacitación y actualización constante para lograr un mejor aprovechamiento de todas nuestras habilidades.

En la práctica profesional cuando se realiza una evaluación psicológica a un individuo, es necesario conocer su potencial intelectual, así como el aprovechamiento del mismo en su desempeño escolar. Es por esto que, los reactivos de las pruebas de inteligencia representan un intento por evaluar las diferencias individuales en los efectos de las experiencias comunes para casi todas las personas, sobre todo en la cultura occidental. Se supone que, cuando se exponen a las mismas experiencias, las personas que tienen inteligencia más elevada se beneficiarán más de éstas que los individuos con inteligencia más baja.

Existen diversas pruebas que pueden medir el área intelectual, con ellas se pueden evaluar diferentes habilidades, lo que en un momento dado permite no sólo conocer el potencial general de una persona, sino el desarrollo de sus funciones cognitivas, además estas escalas muestran altos índices de confiabilidad y validez.

Las pruebas psicológicas son instrumentos de los que se vale el psicólogo para llevar a cabo sus evaluaciones. Se observó la existencia de diversas acepciones de lo que es una prueba psicológica o test psicológico; por ejemplo, Anastasi argumenta que “un test psicológico constituye esencialmente una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta. Cronbach dice que una prueba psicológica es una técnica sistemática que compara la conducta de dos o más personas” (en Garigordobil, 1998, pág. 44).

Al realizar una evaluación de la inteligencia el aspecto que se debe destacar es la importancia que tienen las normas de calificación y los efectos que puede producir la utilización de normas que no corresponden a la población que se evalúa. Aunado a esto y cuando hablamos de medición de inteligencia se debe hacer mención de algunas consideraciones fundamentales. Rappaport (1965) hace las siguientes proposiciones teóricas acerca de la inteligencia:

1. Se debe abandonar la idea de que una persona nace con una inteligencia fija que permanece constante a largo de toda su vida.
2. Todo individuo nace con una potencialidad para el desarrollo intelectual que puede considerarse como su dotación natural. Esta potencialidad se desenvuelve a través de la maduración dentro de los límites establecidos por dicha dotación.
3. El proceso de maduración se favorece o se restringe por la riqueza o pobreza de la estimulación intelectual en el ambiente, durante los años formativos iniciales.

4. Este proceso de maduración es un aspecto del desarrollo de la personalidad favorecido o restringido por el tiempo, la intensidad y la variedad de la estimulación del desarrollo emocional.
5. Toda alteración emocional o daño neurológico puede provocar disminución, retardo o regresión en la maduración de las potencialidades de un individuo.
6. En el curso del desarrollo, la dotación natural se diferencia en varias funciones que pueden medirse por pruebas de inteligencia, en las cuales dichas funciones subyacen al rendimiento.
7. Las funciones que se desarrollan sin obstáculos seleccionarán automáticamente hechos y relaciones del ambiente para organizarlas dentro de un marco de referencia que se utilizará para asimilar nuevas experiencias y modelar rendimientos creativos.
8. La educación formal que proporciona ideas sistemáticas al individuo, juega un papel en este desarrollo ayudándolo a aumentar su repertorio de hechos y relaciones.
9. La riqueza de la experiencia en la adolescencia tardía y la vida adulta puede aumentar ulteriormente este repertorio.
10. La preparación cultural especial y la intensa ambición cultural e intelectual pueden llevar al individuo a buscar hechos o áreas de información inusuales y pueden jugar un papel en el desarrollo o adquisición de ideas o capacidades complejas.

### **5.1. Características generales de las escalas Wechsler.**

Wechsler (en Morales, 1975), menciona que “la inteligencia es la capacidad global del individuo para actuar de manera propositiva, para pensar racionalmente y para conducirse adecuada y eficientemente en su medio ambiente” (pág. 17). De esta manera Wechsler se basó en las siguientes hipótesis en la construcción de sus pruebas de inteligencia:

- a) A través de las pruebas es posible cuantificar un fenómeno tan complejo como la inteligencia, al considerarla en sus diversos factores compuestos.
- b) La inteligencia debe definirse como el potencial que permite al individuo confrontar y resolver situaciones particulares.
- c) La inteligencia se relaciona necesariamente con componentes biológicos del organismo.

Wechsler (en Cohen y Swerdlik, 2000), realizó un análisis de las pruebas de inteligencia en uso y finalmente, en 1955, se publicó una prueba para adultos conocida como WAIS y es en 1949, que se construye la Escala para niños denominada WISC y tiempo después la escala para preescolares WPPSI (1967). Estas pruebas se componen de dos escalas, una Escala Verbal y otra de Ejecución. En ambas escalas se obtiene un coeficiente intelectual (CI), además de un coeficiente intelectual total, “porque la inteligencia se constituye por la habilidad para manejar tanto símbolos, abstracciones y conceptos, como situaciones y objetos concretos” (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999, pág. 28 ). Para la población mexicana se realizó la revisión del WISC que se denomina WISC-R. Esta versión se estandarizó en México en 1982 y se le conoce como WISC-RM.

## **5.2. Administración de las escalas Wechsler.**

El tiempo de aplicación de las escalas Wechsler se requiere en promedio de 50 a 75 minutos, sin embargo, las diferencias individuales de las personas puede alargar o minimizar el tiempo de aplicación. De preferencia todas las subescalas deben aplicarse en una sola sesión, sin embargo, por el motivo que fuera, la aplicación no se concluye, esta se debe discontinuar y programarse una nueva cita lo más cercana posible donde se retomará la administración.

Al aplicar la prueba, el examinador debe tratar de formarse una impresión clínica general del examinado y de la reacción de éste ante la situación interpersonal que implica la prueba. Tres aspectos importantes de esta impresión clínica son:



actitudes y comportamiento del usuario, relación que se establece entre el examinador y el examinado; y las condiciones en las que se aplica la Escala.

### **5.2.1. Variables del examinador.**

Se requiere que el examinador sea lo más objetivo posible, de no ser así, esto puede afectar las respuestas del niño y la interpretación de la prueba. En la práctica, el examinador satisface necesidades básicas, mismas que el niño por una razón u otra puede frustrar con respuestas vagas o no satisfactorias. Esto puede traer como consecuencia que el examinador tome actitudes o posturas equivocadas ante el niño, exigiéndole demasiado, lo que produce una ruptura de la relación. También puede darse que el examinador muestre demasiada indulgencia, lo que provoca aplanamiento en el niño. Por el contrario, algunos examinadores son socialmente inhibidos, otros tienen una gran necesidad de aprobación, otros más pueden ser intelectuales, fríos y finalmente aquellos cuya hostilidad, aún reprimida, se manifiesta alentando una conducta “desobediente” en el niño. Por todo esto es necesario prever la influencia de estos factores en la realización de la prueba por parte del niño y en los resultados finales.

### **5.2.2. Variables del menor.**

La respuesta del niño al examinador y ante la prueba es el reverso de las situaciones antes mencionadas. ¿Cómo se enfrenta el niño con la pérdida de control inherente a la situación?, ¿es capaz de hacer frente a las confrontaciones del examinador y consigo mismo?, ¿logra controlar sus necesidades de dependencia o de solicitud de aprobación?, ¿es dependiente o es resentido con respecto a la ayuda?

### **5.2.3. Relación entre el examinador y el niño.**

Es importante establecer una buena relación con el niño antes de empezar la aplicación, tratando de que tenga una actitud cooperativa y rinda lo más posible. Una sugerencia para obtener una mejor relación, es preguntarle al niño qué sabe acerca de los motivos de la valoración (por qué lo trajeron al psicólogo), aclarar sus malentendidos y exponerle brevemente la finalidad de dicho examen. Esto debe ser acorde con la edad y el lenguaje del menor.

### **5.3. Escala Wechsler de inteligencia para niños (WISC).**

Su origen se remonta al Wechsler-Bellevue *Intelligence Scale*, para sujetos de nivel escolar; aparece en 1949 y se aplica a niños de 5 a 15 años 11 meses. El WISC esta formado por 12 subpruebas, seis forman la Escala Verbal y son: información, comprensión, aritmética, semejanzas, vocabulario y retención de dígitos. La escala de Ejecución se compone por: figuras incompletas, ordenamiento de dibujos, diseño con cubos, ensamble de objetos, claves y laberintos. Dos de estas subpruebas son suplementarias (retención de dígitos en la escala verbal y laberintos en la escala de ejecución). Las tablas de conversión para obtener el coeficiente intelectual (CI) se basa en 10 subpruebas. Por esta razón cuando se aplica un número diferente de subpruebas deben prorratearse las calificaciones antes de obtener el coeficiente intelectual.

### **5.4. Escala Wechsler de inteligencia para adultos (WAIS).**

La escala de inteligencia para adultos fue elaborada en el año 1955 y es aplicable a individuos de 16 años de edad hasta más de 75 años. El WAIS está integrado por 11 subescalas; seis de ellas conforman la escala verbal (información, comprensión, aritmética, semejanzas, retención de dígitos y vocabulario). La escala de ejecución la forman cinco subescalas (claves, figuras incompletas, diseño con cubos, ordenación de dibujos y composición de objetos).

Para una mejor comprensión de lo que miden cada una de las subescalas de las pruebas Wechsler consultar el anexo 7, donde se describen las habilidades, deficiencias, posibles daños neurológicos, rasgos psicopatológicos, capacidad de concentración, distracción, capacidad de lenguaje, posibles condiciones orgánicas, a veces con lesiones locales en hemisferios o lóbulos temporales; determinación de aquellos sujetos que son candidatos a mantenerse en intervención terapéutica, capacidad de relacionarse socialmente, ansiedad, tensión, depresión etc., en cada una de las subescalas que conforman las Escalas Wechsler de inteligencia.

El material que conforma ambas escalas esta integrado por: a) protocolos de aplicación y calificación, b) manual, c) protocolo de las subescalas Claves y Laberintos, d) libreta con problemas de Aritmética, Figuras incompletas y Diseño con cubos, e) caja con tarjetas para Ordenación de dibujos, f) caja con cubos para Diseño con cubos, g) cinco cajas diferentes “rompecabezas” para Composición de objetos y h) plantilla para calificación de Claves.

### **5.5. Administración de las escalas Wechsler.**

El examinador debe estar suficientemente familiarizado con las instrucciones y condiciones especiales referentes a cada una de las subescalas, de tal manera que se pueda seguir el manual y registrar las respuestas sin tener duda alguna.

El material debe estar convenientemente arreglado, de modo que el examinador pueda presentarlos como se requiere, sin confusión o demora alguna. La mayoría de estos materiales deben permanecer ocultos de la vista del sujeto examinado hasta que se presenten en el transcurso de la aplicación, por otro lado, ocultar ostentosamente los materiales puede provocar en el sujeto una reacción desfavorable. Es decir, el material se conservará dentro de la caja y debe permanecer sobre la mesa de aplicación al alcance del examinador; sólo se presentará el equipo al usuario en el momento de ser utilizados.

El lugar donde se realiza la aplicación debe estar libre de ruidos distractores así como de intrusiones. Debe estar bien ventilado e iluminado. El mobiliario debe estar distribuido de tal manera que tanto el examinador como el examinado se sientan cómodos, que este último pueda manipular libremente los materiales de ejecución y que el examinador pueda presentarlos; observar la ejecución del sujeto y registrar las respuestas.

Se debe conceder suficiente tiempo para contestar, de manera que se pueda establecer y mantener un buen ritmo y que la aplicación transcurra sin apresuramientos y con facilidad.

El examinador debe esforzarse por obtener la cooperación del sujeto y mantenerlo motivado, además de mantener el empeño e interés del evaluado, aunque el examinador no le dé informes de lo acertado o equivocado de sus respuestas. La aplicación de todas las subescalas debe seguir cierto orden, ya que es conveniente que sean presentadas en la misma forma, para asegurar una estricta aplicabilidad de las normas a los resultados; sin embargo, en algunos casos especiales será conveniente variar el orden de presentación con el objetivo de no crear ansiedad en el examinado y que sus respuestas puedan ser equivocadas; “en general, cualquier cambio del orden establecido debe hacerse sólo por los examinadores experimentados” (en Wechsler, 1981, pág. 15) .

Una vez concluida la aplicación total de la escala Wechsler, el siguiente paso es la calificación de las respuestas del examinado. De manera general, las instrucciones de calificación de cada subescala que conforman las escalas de inteligencia (WISC o WAIS), vienen referidas en el Manual; en el capítulo VI de dicho Manual se incluye el criterio de calificación para cada una de las subescalas, excepto Semejanzas, Vocabulario y Comprensión; donde los criterios de para estas tres subescalas son presentados en los apéndices A, B y C del Manual respectivamente.

Las instrucciones para la calificación tanto del WISC como del WAIS de la mayoría de las subescalas son objetivas y no requieren de interpretación subjetiva de las respuestas de los examinados; sin embargo, para algunas subescalas como Semejanzas, Vocabulario y Comprensión, y para algunos reactivos de la subescala Información, deben de considerarse los criterios del examinador (en Wechsler, 1949).

### **5.6. Determinación del perfil.**

El examinador en la primera página del Protocolo debe registrar información del examinado, principalmente debe anotar la fecha de nacimiento del usuario y la fecha de aplicación de la Escala. Con estos datos se debe calcular la edad exacta de la persona antes de aplicación, ya que la edad determina el punto de inicio de varias subescalas.

Para calcular la edad exacta se hace uso de cuatro cuadros cuando: a) la fecha de aplicación es mayor a la fecha de nacimiento, b) día de aplicación menor a día de nacimiento, c) día y mes de aplicación menor a día y mes de nacimiento y d) mes de aplicación menor a mes de nacimiento. Por ejemplo, para obtener la edad exacta del usuario el día de la aplicación, se debe anotar la fecha de nacimiento y la fecha de aplicación en los espacios designados. En seguida se resta la fecha de nacimiento de la fecha de aplicación. Si se requirió más de una sesión para la aplicación, se debe emplear la fecha de la primera sesión.

Todos los cálculos para determinar la edad del niño deben realizarse cuidadosamente, porque la edad exacta del usuario –en años, meses y días— determina las tablas de datos normalizados que el examinador debe consultar para obtener la puntuación normalizada total en cada subescala. Una vez determinada la edad exacta del usuario se inicia la aplicación de la Escala.

Finalizada la evaluación, el siguiente paso es calificar las respuestas de todas las subescalas a lo que se denomina puntuación natural. Después de haber asignado el puntaje natural correspondiente a cada respuesta (de acuerdo a los lineamientos planteados en el Manual), el examinador debe cuantificar éstas para determinar ahora las puntuaciones **normalizadas y los coeficientes intelectuales** del examinado.

Las puntuaciones naturales anotadas en el Protocolo deben convertirse a puntuaciones normalizadas; es decir, de acuerdo al puntaje natural obtenido por el individuo en cada subescala se localizan las tablas correspondientes en el Manual de acuerdo a la edad del examinado (en años, meses y días exactos), se ubica la conversión a puntaje normalizado por cada subescala (que en el Manual de las Escalas Wechsler corresponde al apartado de Cuadros).

Obtenido el puntaje normalizado de todas las subescalas, el siguiente paso es sumar las cinco subescalas de la Escala verbal y de Ejecución, para así, al resultado total normalizado de éstas cinco subescalas se le denomina C.I., tanto para la Escala Verbal como de Ejecución.

Una vez determinados los coeficientes intelectuales de la Escala Verbal y de la Escala de Ejecución, ambos C.I. se suman y el resultado de éstas debe localizarse en el cuadro de puntuaciones del Manual, obteniendo como resultado el C.I. Global que permite clasificar el funcionamiento generado en:

1. Muy superior (C.I. de 130 o por encima).
2. Superior (C.I. de 120 a 129).
3. Normal brillante (C.I. de 110 a 119).
4. Normal (C.I. de 90 a 109).
5. Abajo del normal (C.I. 80 a 89).
6. Límite (C.I. 70 a 79).
7. Deficiente mental (C.I. de 60 hacia abajo).

### **5.6.1. Edad escalar.**

En la construcción de las escalas Wechsler el concepto de edad mental no se usó como una medida básica de inteligencia. No obstante, se puede hacer una comparación de las puntuaciones del WISC y WAIS con el objetivo de facilitar las interpretaciones de los puntajes desde una perspectiva de desarrollo.

Para obtener la media de la edad escalar, se deben localizar las puntuaciones naturales obtenidas de la aplicación en la columna apropiada para cada subescala. Después, leyendo horizontalmente en el cuadro del Manual (equivalentes de edad escalar para puntuaciones naturales), desde la puntuación natural hasta la columna de la extrema izquierda, repitiendo este procedimiento para cada subescala. Para obtener la media de la edad escalar, se suman las edades escalares y se dividen entre el número de subescalas. Para obtener la mediana de la edad escalar, se distribuyen las edades escalares en orden de magnitud y se determina el valor central.

### **5.7. Limitaciones de las escalas Wechsler.**

El WISC presenta algunas limitaciones que deben tomarse en cuenta, como son los grupos en los que se ha estandarizado tanto en Estados Unidos como en México. Debe considerarse que muchos de los reactivos, sobre todo los subtests de comprensión y vocabulario. Por ejemplo, en reactivos como ¿qué harías si te cortas el dedo?; pueden dar fracasos debido no a la falta de conocimiento sino a aspectos emocionales, pues quizás algunos niños interpretan la pregunta como hacerse una pequeña cortada, mientras que otros la interpretan como mutilarse el dedo, por lo que hay que considerar siempre cual es el significado de los fracasos. Otra limitante está en los criterios de calificación de las subpruebas de comprensión, semejanzas y vocabulario, donde los criterios en ocasiones no son muy claros, además de que se requiere de dos ideas fundamentales, y si por error en la aplicación no se clarifica la respuesta, el examinador tiende a interpretar lo

que cree que el examinado le quiso decir. Por tanto, la participación del examinador es muy importante, porque dados los criterios de calificación, si la información que se requiere en la respuesta no es completa, se otorga una calificación menor. Es necesario aclarar qué es lo que quiere decir el niño para ser lo más objetivo en la calificación y evitar en lo posible los errores de interpretación. Por ejemplo: en la subprueba de semejanzas del WISC-RM, en el reactivo en que se pide la semejanza entre piano y guitarra, los criterios de calificación son: *1 punto*: “los dos se tocan”; *0 puntos*: “se tocan”. En la subprueba de vocabulario del WISC-R, los criterios de calificación para la palabra clavo son: *2 puntos*: “uno lo clava en la madera”. *0 puntos*: “sirve para clavar tablas”. Con el WISC-III se trató de evitar estas ambigüedades, buscando criterios más objetivos, pero habrá que probar en la práctica si estas correcciones son suficientes.

Con la exposición en este capítulo de las escalas de inteligencia Wechsler (y junto con las técnicas proyectivas), culmina así, la complementación del psicodiagnóstico clínico.

Se ha mencionado que uno de los objetivos del psicodiagnóstico entre otros, es la clasificación diagnóstica del individuo dentro de algunos criterios específicos de psicopatología en particular en clasificaciones como son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). En el siguiente capítulo se aborda la psicopatología infantil, de esencial importancia para comprender el proceso del psicodiagnóstico.



## **CAPÍTULO 6. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL.**

Establecer un diagnóstico constituye sólo el primer paso de una evaluación completa. Para formular un adecuado plan terapéutico, el clínico necesita más información sobre el presunto enfermo que la requerida para realizar el diagnóstico según los criterios del DSM-IV...  
DSM-IV-TR. Fragmento (2002).

### **6.1. Psicopatología infantil. Contexto histórico.**

El estudio científico de la psicopatología infantil se remonta a los inicios del siglo anterior, se considera que su constitución es el resultado de la confluencia de diversas disciplinas, como la pediatría, la psiquiatría general, la neurología, la etología, la psicología y la sociología. Las aportaciones y progresos realizados en cada una de estas áreas de conocimiento han permitido la constitución y desarrollo de la psicopatología infantil. Sin embargo, desde la antigüedad existen referencias de las enfermedades mentales en los niños, aunque las ideas acerca de ellas como el modo de afrontarlas hayan sido diferentes según el momento histórico y el lugar.

A este respecto, no hay que olvidar que los que han sido designados como expertos en el tema de conducta anormal han sido fieles representantes de aquellas instituciones dominantes del momento. Concretamente, “son las instituciones religiosas, médicas, filosóficas, legales, políticas y científicas las que han tomado el liderazgo en la definición de “anormalidad” para la humanidad” (en Harmatz, 1978, pág. 18).

En las culturas primitivas los conceptos sobre las causas de los trastornos físicos y mentales estaban influidos por la creencia de fenómenos sobrenaturales. Dentro de este marco, las enfermedades mentales representaban una crisis en el sistema mágico-religioso y eran atribuidas principalmente a la violación de un tabú, la omisión de los rituales y posesiones demoníacas; por ejemplo, en el Antiguo Testamento se describe al rey Saúl como influenciado por un espíritu maligno

(Bernstein y Nietzel, 1980, pág. 21); en el Deuteronomio (28:28) se lee; “te castigará el señor con la locura, la ceguera y el delirio”, también en las culturas monoteístas primitivas Dios era considerado como el causante de los problemas de comportamiento.

Tiempo después, en Grecia se gestaron los planteamientos filosóficos, médicos y culturales que constituyeron las bases de las modernas concepciones científicas. Alcmeón de Crotona (Siglo VI a.C.), señala que “la salud está sostenida por el equilibrio de potencias... El predominio de una de ellas es la causa de la enfermedad”. Paralelamente el escritor romano Celso (1200), enfatizaba su preocupación por el tratamiento de los trastornos mentales. Este personaje escribió que era adecuado confinar o restringir a las personas que se comportaban violentamente con objeto de evitar que se lesionaran a sí mismas o lastimaran a otras. Además, aconsejaba los sustos súbitos como tratamiento de las enfermedades mentales. Así, se observa la noción de que “restricciones, coerción y sustos podrían devolver los sentidos a los enfermos mentales persistió en la medicina hasta hace poco” (en Cruz, Domínguez y González, 2003, pág. 9).

Con Hipócrates (460 a.C. a 377 a.C.), el concepto de locura presentó un cambio radical; considerándose ya como una enfermedad del sistema nervioso y no como una maldición o imposición divina.

Hipócrates postuló su teoría de los cuatro humores, a partir de los cuales las personas eran clasificadas en temperamentos –sanguíneo, colérico, melancólico y flemático— se creía que éstas indicaban la orientación emocional predominante. Este personaje clasificó los trastornos mentales en manía (excitación controlada), melancolía (depresión severa) y demencia (declive general). También describió algunos estados mentales como las infecciones cerebrales, las alteraciones del sueño, la epilepsia infantil y la psicosis postparto.

A pesar de estos conocimientos, la supervivencia del niño dependía de su perfección física y de la decisión de los padres, siendo aceptado que estos se deshicieran de aquellos pequeños que nacían deformes o enfermos, considerando que no merecían vivir.\*

En la Edad Media predominó la concepción del mundo únicamente en términos de Dios. En el siglo VII se aceptó definitivamente al demonio como culpable de todos los comportamientos anormales. En este período se consideró al niño como un adulto, y no existían actividades específicas para él. “El niño era mano de obra barata, y el trato que se le dispensaba era en ocasiones brutal” (en Ollendick y Hersen, 1986, pág. 19). Se consideraba a este como “un animal doméstico, capaz de hablar pero no una criatura digna de cuidado” (en González, 2000, pág. 34), y a los siete años eran vendidos como esclavos o enviados al servicio de un señor feudal.

Fue desde el siglo XII cuando empezó a cambiar la valoración social del niño. Concretamente cuando la Iglesia consideró el infanticidio como un pecado grave y la legislación civil lo igualó con el asesinato. Es entonces que surgió la idea de que ayudar a una persona con problemas mentales podía propiciar beneficios con la divinidad. Sin embargo, esta actitud se vio frenada por la Inquisición, que consideró a la deficiencia mental de origen demoníaco.

A pesar de todo, el número de personas con enfermedad mental se incrementó y con ello la inquietud de las autoridades clericales y seculares. Tortura e inmolación se convirtieron pronto en armas para la lucha contra los trastornos de la mente; arraigándose la idea de que las enfermedades físicas tenían causas naturales y que las enfermedades mentales tenían causas sobrenaturales.

---

\* Fenómeno también conocido como eugenesia social, donde aquel que nacía con alguna malformación, retraso o síndrome era arrojado desde lo alto de los montes Taigetos con el pretexto de que “estaba en desventaja” respecto al resto de la comunidad.

Hay que recordar los preceptos griegos “sitijs, altius, fortius” (más rápido, más alto, más fuerte), donde se hace referencia a la competitividad y actitud guerrera que mantenía este pueblo, por lo que una persona con las características mencionadas debía ser eliminada ya que representaba “un lastre” para el avance de dicha sociedad en su conjunto.

El Renacimiento dió inicio con la decadencia de las dos grandes instituciones medievales: el Papado y el Imperio, lo que tuvo como consecuencia el desarrollo de actividades artísticas, filosóficas, políticas, científicas, entre otras. Generándose un nuevo tipo de cultura, contrapuesta a la del clérigo medieval donde el estatus del niño comenzó a cambiar, además de que hicieron aparición los primeros textos pediátricos.

Hasta antes del siglo XVII el niño no era reconocido como tal, sólo se esperaba de él una conducta que fuese similar a la del adulto. En este periodo existía una gran mortandad de infantes (dos tercios de los niños morían antes de cumplir los cuatro años), y los que sobrevivían se convertían en una mercancía de gran valor como fuerza de trabajo, así, “la falta de estatus del niño en la sociedad implicaba también que no se le prestara atención a otros niveles” (en Ollendick y Hersen, 1986, pág. 112). Por lo tanto, la mayoría de los niños que padecían algún tipo de trastorno del comportamiento eran considerados como poseídos, malvados o idiotas. Parmelee (1998) enfatiza que es “hasta la aparición de Descartes, Bacon, Galileo, Kepler, Boyle y Newton que comenzó una evolución de las ideas y conceptos de mente y de enfermedad mental (pág. 24).

Durante el siglo XIX se realizan algunos esfuerzos para educar a estos niños, al principio con la creación de asilos e instituciones para “idiotas” y posteriormente en refugios o escuelas para criminales, alborotadores o niños retrasados. Sin embargo, la psicopatología infantil, hasta este momento se presentó como un área de conocimientos secundaria que continuó a la sombra de la psicopatología del adulto.

El movimiento de “Higiene mental”, francés y el movimiento de estudios del niño al principio del siglo XX, encabezados por Seguin (en González, 2000), proporcionaron información al problema de los trastornos de comportamiento infantil, actuando de forma más eficaz involucrando hasta donde sea posible el entorno social del niño como la escuela y casa.

En 1940 se describieron algunos síndromes severos en niños, y se iniciaron algunos programas educativos de tendencia psicoanalítica. Entre 1960 y 1970 se produjo un rápido y gran crecimiento de los conocimientos tanto teóricos como prácticos, que provienen principalmente del conductismo.

A manera de conclusión Frame y Matson (1987) enfatizaron que son cuatro los factores que justifican que la psicopatología infantil tuviera origen a principios del siglo pasado:

- ? La ausencia de atención dada a los problemas psicológicos del adulto hasta el final de 1800.
- ? Sólo recientemente ha sido reconocido que el niño era diferente del adulto en sus habilidades, necesidades y otras características.
- ? La naturaleza del primer trabajo específico infantil, la evaluación de la inteligencia, que hizo que se eclipsaran el resto de los problemas infantiles.
- ? El pensamiento predominante en la primera mitad de este siglo, con Adolf Meyer (en González, 2000), como representante, que subrayó la falta de importancia de las etiquetas diagnósticas y de los sistemas de clasificación, centrándose en los síntomas del individuo.

Los avances de la ciencia y los cambios de los valores sociales fueron perfilando la forma de aproximarse a la comprensión del comportamiento del niño, al considerarlo un organismo en evolución cuya conducta cambia en el tiempo según su nivel de desarrollo.

## **6.2. Sistemas de clasificación en psicopatología infantil.**

La evaluación clínica infantil y adolescente es un tema relativamente nuevo, en gran medida como consecuencia de las arcaicas concepciones que sobre la niñez se tenían hasta el siglo XVIII, donde básicamente, los niños eran considerados como adultos en miniatura; paradójicamente, parecería que esta noción ha

cambiado como consecuencia del desarrollo de grandes volúmenes de investigaciones sobre los problemas infantiles, cambios en el contexto histórico, así como los avances de la científicos, sin embargo, como señalan Mash y Terdal (1981 citado en González, 2000), “la controversia sobre los problemas en la infancia no ha sido resuelta, ni hay claridad conceptual ni metodológica, existiendo un amplio desacuerdo sobre cómo conceptualizar un desorden, qué características evaluar, por quién, en qué situación y cómo debe interpretarse” (pág. 40).

La evaluación en la infancia suponía un proceso complejo en que es necesario tener en cuenta una amplia gama de variables. Por lo tanto, era fundamental el estudio de las conductas, afectos, cogniciones y estado físico del niño, así como los cambios evolutivos que se asocian a cada edad, el entorno familiar, escolar y social; todos estos elementos pueden aportar información valiosa en la evaluación de las problemáticas infantiles. Esta información no debe provenir de una única persona, sino de diferentes fuentes o informadores. Por todo ello, en el proceso de evaluación se requieren diferentes técnicas, entre las que se incluyen la entrevista, pruebas proyectivas, observaciones, autoinformes, test de inteligencia, de aptitudes y de logro, escalas de desarrollo y evaluaciones neuropsicológicas ya que cada una de estas técnicas permite la evaluación de una característica o aspecto del problema, de forma que el conjunto de ellas proporcionará una información más completa y elaborada. Sin embargo, el proceso de evaluación implica no sólo la utilización de los instrumentos y técnicas mencionadas, sino también la realización de un diagnóstico y clasificación del problema o perturbación que presenta el individuo. Así, “tanto la clasificación como el diagnóstico forman parte del proceso de evaluación” (Frame, 1998; Fernández y Luciano, 1997; Wicks-Nelson e Israel, 1997 citado en González, 2000, pág. 53). Entendiendo por:

- ? *Clasificación o taxonomía*: aquel que se refiere a la definición de categorías o dimensiones principales de los trastornos. Ha de distinguir entre los

distintos trastornos y describir las características propias de cada uno de ellos, su etiología, su pronóstico y, en la medida de lo posible, su tratamiento.

- ? *Diagnóstico*: implica el proceso de asignación de un individuo a una categoría del sistema de clasificación.

La clasificación supone una forma de describir un fenómeno de forma sistemática. En psicopatología, las clasificaciones son sistemas desarrollados para ayudar a entender la naturaleza de las enfermedades mentales y hacer más precisa la comunicación entre profesionales de la salud. En la actualidad algunos clínicos consideran que la clasificación de los trastornos infantiles y adolescentes es contraproducente, sin embargo, es necesario resaltar la importancia que las clasificaciones tienen para el desarrollo de una psicopatología infantil científica. Así, “sin unos criterios diagnósticos operativos y sin un sistema de clasificación, no es posible realizar estudios epidemiológicos idóneos, evaluar los resultados de un tratamiento, ya sea farmacológico o psicológico, hacer investigaciones genéticas de los trastornos infantiles o contrastar los resultados obtenidos por los investigadores en diferentes laboratorios y hospitales” (en Jiménez, 1995, pág. 43).

En relación con lo anterior uno de los pioneros en intentar establecer criterios comunes en relación en los sistemas de clasificación fue Kraepelin (en Caballo y Simon, 2000), quien delimitó las enfermedades mentales en función de la agrupación de sujetos con alteraciones que siguieran un curso similar. Sin embargo, en los años 50 y 60, los sistemas de clasificación fueron duramente criticados, principalmente por sus problemas de fiabilidad y validez, además de su relación con el modelo médico y sus repercusiones sociales y políticas. Fue hasta los años 70 cuando surgió de nuevo el interés por la clasificación. Los principales promotores de este resurgimiento fueron los neokraepelianos, un grupo de psiquiatras estadounidenses interesados en revitalizar las ideas de Kraepelin.

Los motivos que impulsaron este movimiento a favor de la clasificación en psicopatología podrían resumirse en los siguientes (en Blashfield y Draguns, 1976; Blashfield, 1984; Belloch y Baños, 1986):

- ? Necesidad de elaborar una nomenclatura común que permitiera la comunicación entre profesionales.
- ? A través de un sistema de clasificación bien elaborado puede extraerse información relevante de cada caso.
- ? Desde el campo de la psicopatología, la clasificación implica una aproximación descriptiva de los fenómenos a estudiar.
- ? Es necesario un sistema de clasificación previo para poder predecir, actividad esencial en toda ciencia.
- ? Los conceptos básicos para la elaboración de teorías científicas pueden surgir de un buen sistema de clasificación.

Los nueve postulados que defendían los neokraepelianos, y que supusieron el punto de partida de los sistemas de clasificación actuales, pueden sintetizarse en (Klerman, 1978):

- ? La psiquiatría estaría basada en el modelo médico, y tendría mucho en común con las diferentes ramas de la medicina.
- ? La psiquiatría ha de basarse en el conocimiento y en los métodos científicos.
- ? La psiquiatría atiende a personas que tienen una enfermedad mental y que necesitan tratamiento.
- ? Existen diferencias cualitativas entre la normalidad y la enfermedad mental. La diferencia no sería una cuestión de grado, sino de cualidad.
- ? Las enfermedades mentales existen, por lo que es necesario investigar su etiología, diagnóstico y tratamiento.
- ? El psiquiatra ha de centrarse principalmente en los aspectos biológicos de la enfermedad mental.



- ? Es fundamental defender la importancia y la necesidad de la clasificación y del diagnóstico.
- ? Es necesario codificar, mediante diversas técnicas, los criterios de diagnóstico.
- ? Ha de comprobarse la fiabilidad y la validez de los criterios diagnóstico y clasificación a través de diferentes técnicas estadísticas.

### **6.3. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).**

A lo largo de la historia de la psicología y la psiquiatría ha quedado clara la necesidad de establecer una clasificación de los trastornos mentales, pero siempre ha habido escaso acuerdo sobre qué trastornos deberían incluirse y sobre qué método habría que seguir para su organización (American Psychiatric Association, 1995).

El interés en la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales ha llevado a diversos psiquiatras a la elaboración de múltiples publicaciones en los que se trata de englobar la fenomenología, etiología, curso y rasgos de las enfermedades mentales bajo una nomenclatura; pero como se mencionó, no siempre hubo acuerdos entre los expertos, sin embargo, el trabajo de mayor aceptación hoy por hoy, entre el gremio de trabajadores de la salud mental es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en sus diferentes versiones.

En el año 1840 el gobierno de Estados Unidos, llevó a cabo un censo poblacional donde el objetivo era determinar la frecuencia de un trastorno mental clasificado como "idiotismo/locura". Un segundo censo se realiza en 1880 con las mismas características de su antecesor, solo que a éste se le agregaron siete categorías de trastorno mental (manía, melancolía, monomanía, paresia, demencia, dipsomanía y epilepsia), convirtiendo así, a estos censos en el impulso inicial para llevar a cabo toda una clasificación de los trastornos mentales.

El *Committee on Statistics of The American Psychiatric Association*, junto con la *National Commission Mental Hygiene* en 1917, realizaron a nivel nacional en Estados Unidos, la recopilación de datos estadísticos de los trastornos que se presentaban en diversos hospitales mentales. A pesar de que este sistema prestaba más atención a su uso clínico que otros sistemas, hay que resaltar que el principal interés era la obtención de una clasificación estadística.

La Asociación Americana de Psiquiatría, en colaboración con la Academia de Medicina de New York en 1920, publicaron una nomenclatura psiquiátrica para diagnosticar a pacientes ingresados con enfermedades psiquiátricas y neurológicas graves.

En 1952, el ejército de Estados Unidos confeccionó una nomenclatura mucho más amplia para englobar a los enfermos de la Segunda Guerra Mundial (p.ej., trastornos agudos, psicofisiológicos y de la personalidad). Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud* en su sexta edición (CIE-6).

Tiempo después, el American Psychiatric Association Comité on Nomenclature and Statistics desarrolló una variante de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud, sexta edición, de 1952, surgiendo así, la primera edición del Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-1).

Los sistemas DSM se definen como sistemas de clasificación de tipo categorial, jerárquico y multiaxial, cuyo objetivo consiste en “ofrecer descripciones claras de las categorías diagnósticas para facilitar a los clínicos e investigadores el diagnóstico, la comunicación, el estudio y la atención a las personas con diversos trastornos mentales” (APA, 1984, pág. XXVII). El DSM deriva de la taxonomía psiquiátrica original creada por Kraepelin en 1883, en la cual se omitían los trastornos de la infancia.

El DSM-1, consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. En este primer manual se refleja claramente la influencia de la orientación psicobiológica de Adolf Meyer (en González, 2000), que afirmaba que los trastornos mentales representaban “reacciones” de la personalidad frente a factores psicológicos, sociológicos y biológicos (APA, 1980, 1987 y 1995).

Paralelamente con la elaboración de las diferentes versiones de la CIE el DSM fue sufriendo también varias revisiones y actualizaciones, mediante la organización en diversos Grupos de Trabajo supervisados todos por la American Psychiatric Association.

La segunda edición del manual (DSM-II) se basó en la clasificación de la sección de trastornos mentales de la octava revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8)*, siendo publicadas ambas en 1968. Esta nueva edición no representó una gran avance respecto a la edición anterior, aunque evitó el uso del término “reacción”, empleándose términos diagnósticos amplios, sin estructura teórica particular para la comprensión de los trastornos mentales no orgánicos (APA, 1980,1987, 1995).

Estas dos ediciones prestaron escasa atención a la clasificación de los trastornos infantiles. Así, en el DSM-I sólo se incluyeron dos categorías de trastornos. En el DSM-II los avances fueron mínimos, aportando únicamente una categoría más a las anteriores. Estas dos versiones iniciales de DSM plantearon una serie de problemas y dificultades. “Su lenguaje presentaba una gran influencia de la teoría psicoanalítica, centrandó la atención en procesos internos difícilmente observables. Por esta razón, con frecuencia el diagnóstico de los clínicos variaba sustancialmente” (Sarason y Sarason, 1996 citado en González, R. 2000, pág. 61). Éstas y otras limitaciones se intentaron resolver en las siguientes ediciones del manual.

Así, la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales publicada en 1980, aunque compartía la herencia kraepeliana de las anteriores versiones representó un gran avance en el diagnóstico de los trastornos mentales además que facilitó mucho la investigación empírica. Esta edición presentó varias innovaciones importantes respecto a sus antecesores. Se caracteriza por una mayor objetividad y por la utilización de criterios explícitos para el diagnóstico, como respuesta a las innumerables críticas vertidas en torno a la escasa fiabilidad de los anteriores sistemas; además proporcionaba una mayor cantidad de información sobre cada categoría con la finalidad de hacer más comprensible el significado concreto de cada una de ellas e introdujo un sistema multiaxial de diagnóstico.

En 1983 la Sociedad Americana de Psiquiatría decidió iniciar el trabajo de revisión del DSM-III. Las principales razones para ello fueron, por un lado, que los datos procedentes de nuevos estudios mostraban una discordancia con algunos criterios diagnósticos, y, por otro, la falta de claridad de los criterios puesta de manifiesto en la práctica clínica. “Todos los criterios diagnósticos y las descripciones sistemáticas de algunos trastornos fueron revisados en beneficio de una mayor consistencia, claridad y precisión conceptual” (APA, 1987); de esta forma fue publicado el nuevo manual denominado DSM-III-R (1987), constituyendo un nuevo marco de referencia en la comprensión de los trastornos mentales.

La creación del DSM-IV en 1994 se ha beneficiado del sustancial aumento de la investigación en el diagnóstico, generado por el DSM-III y el DSM-III-R. El Comité Elaborador del DSM-IV y los Grupos de Trabajo han efectuado un proceso empírico a tres niveles, que ha incluido; 1) revisiones sistemáticas de la literatura hasta ahora publicada; 2) reanálisis de los datos ya recogidos, y 3) estudios de campo. Los objetivos a la hora de elaborar esta nueva versión fueron tanto de tipo clínico como de investigación y educacionales, apoyándose para ello en fundamentos empíricamente sólidos. Estos objetivos se pueden resumir en los siguientes (APA, 1994); proporcionar una guía útil para la práctica clínica, facilitar

la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores, además de servir como herramienta para la enseñanza de la psicología y para mejorar la recopilación de datos y favorecer su utilización por clínicos e investigadores de muy diferente orientación, por diferentes profesionales de la salud y en diferentes situaciones.

El DSM-IV, constituye, al igual que los dos manuales anteriores, un sistema de evaluación multiaxial. Además, en el DSM-IV, en su Eje I se incluyeron todos los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, excepto el retraso mental. Esto constituye una novedad respecto a las anteriores ediciones del DSM, en las que no sólo el retraso mental sino todos los trastornos considerados como trastornos del desarrollo se codificaban en el Eje II.

Por último, la décima revisión de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE-10)*, fue llevada a cabo por la OMS, se publicó en 1992. En Estados Unidos se espera disponer de una modificación clínica de la CIE -10 (CIE -10-MC) en el año 2004.

Todas aquellas personas que han confeccionado la CIE-10 y el DSM-IV, trabajaron en estrecho contacto para coordinar sus esfuerzos, lo cual ha dado lugar a una recíproca influencia.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud versión diez (CIE-10), consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación. Los códigos y los términos del DSM-IV, son totalmente compatibles con los de la CIE -9-MC y la CIE-10.

Los borradores clínicos y de investigación de la CIE -10, han sido revisados por los Grupos de Trabajo del DSM-IV y han proporcionado temas importantes para las revisiones de la literatura y los reanálisis de datos. El borrador de las versiones de

los criterios diagnósticos para la investigación de la CIE-10, se ha utilizado como alternativa de comparación en el DSM-III y en el DSM-III-R y ha sugerido también una serie de criterios para los estudios de campo del DSM-IV.

La enorme cantidad de consultas entre los autores del DSM-IV y de la CIE-10, ha sido muy útil a la hora de aumentar la congruencia y reducir las diferencias poco significativas entre los términos de los dos sistemas. En la actualidad la versión más reciente del DSM es el DSM-IV-TR (1997), el objetivo es la creación en un futuro próximo del DSM-V.

En el DSM se hace referencia al término “trastorno mental” palabra que ha causado polémica, pero ¿cómo define esta palabra el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales?

El término “trastorno mental” implica, “desafortunadamente una distinción entre los trastornos “mentales” y “físicos” (un anacronismo reduccionista del dualismo mente-cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de “físico” en los trastornos “mentales” y mucho de “mental” en los trastornos “físicos”. El problema planteado por el término trastornos “mentales” ha resultado ser más patente que su solución, y lamentablemente, el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo” (en López-Ibor y Valdés, 2002, pág. 253).

En el DSM-IV de 1994, el trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido).

Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

Por otro lado, una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen.

### **6.3.1. Clasificación de los trastornos infantiles en los DSM.**

A lo largo de la historia las taxonomías psiquiátricas han sido diseñadas esencialmente para los adultos. En el caso de los DSM, las dos primeras versiones no proporcionaban ninguna atención real a los problemas infantiles debido, en parte, a los escasos conocimientos que se tenían sobre la población infantil. De esta forma, el DSM-I de 1952, únicamente incluía dos categorías de trastornos infantiles: *Reacción de adaptación* y *Esquizofrenia infantil* (APA, 1952). En la década de los sesenta se hizo patente la necesidad de contar con un sistema más amplio, de forma que en el DSM-II de 1968, se añadió la categoría de *Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia*, que a su vez se subdividía en seis tipos de trastornos (APA, 1968).

El DSM-III, añadió nuevas categorías de trastornos propios de la infancia, pero a diferencia de las categorías para adultos, éstas prácticamente no se apoyaban en datos empíricos o criterios diagnósticos de investigación. Así, no se sabe si los trastornos de la infancia y adolescencia del DSM-III reflejan distinciones válidas entre los niños que las padecen y, por tanto, si sus criterios pueden discriminar de forma fiable entre los trastornos.

Aunque con el DSM-III-R y el DSM-IV el panorama de la clasificación infantil ha mejorado sustancialmente, “se sigue considerando que no existe una diferencia clara entre trastornos infantiles y trastornos adultos, de forma que la distinción en un apartado diferente es más una cuestión de conveniencia que una aceptación de tales diferencias” (APA, 1995).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, esto es debido al hecho de que aunque la mayor parte de estos trastornos se presentan en la clínica durante la infancia o la adolescencia, a veces no se diagnostican hasta la etapa adulta. Además, varios trastornos incluidos en otros apartados del manual suelen tener su inicio durante la infancia y la adolescencia. Por otro lado, los adultos pueden ser diagnosticados de trastornos incluidos en el apartado de niños y adolescentes si su presentación clínica satisface criterios diagnósticos relevantes (p. ej. tartamudeo).

En la mayor parte de los trastornos del DSM-IV se presenta una tabla de criterios que se aplican tanto a niños como adolescentes y adultos. Así, por ejemplo, si un niño o un adolescente tiene síntomas que cumplen los criterios de trastorno depresivo mayor o de esquizofrenia, se le asignará el diagnóstico prescindiendo de su edad.

De este modo, cuando el clínico se enfrente a un diagnóstico dentro de las etapas de la infancia, la niñez o la adolescencia, deberá considerar en primer lugar los trastornos que aparecen en esta sección. En el caso de que no pueda encontrar aquel que resulte apropiado, deberá entonces considerar los trastornos que aparecen en los otros apartados del manual.

### **6.3.2. Principales ventajas e inconvenientes de los sistemas de clasificación.**

Con el fin de contar con una información objetiva y equilibrada respecto a su posible uso, a continuación se plantean las principales ventajas e inconvenientes,



tanto de tipo general como en el contexto de la psicopatología infantil, que diferentes autores han achacado a los sistemas de clasificación (Bijou, 1976; Achenbach y Edelbrock, 1989; Graham, 1991; Hoghughi, 1992; Jiménez, 1995; Doménech y Ezpeleta, 1995 en González, 2000, pág. 79). Las principales ventajas que aportan los sistemas de clasificación pueden sintetizarse del siguiente modo:

- ? Ayudan a resumir y ordenar las observaciones. Proporcionan criterios estructurales en función de los cuales clasificar y organizar la información.
- ? Favorecen la comunicación entre profesionales tanto de la misma como de distintas tendencias. Dar un nombre común a los trastornos infantiles supone un nexo de unión para intercambiar opiniones y juicios clínicos.
- ? Proporcionar al profesional un conjunto de datos relevantes desde el punto de vista clínico y de investigación.
- ? Orientan en la planificación de la intervención. Sin una evaluación y un diagnóstico adecuados, el tratamiento puede estar condenado al fracaso.
- ? Son de gran ayuda en la realización de estudios epidemiológicos, etiológicos y relativos a los resultados de la intervención. Es necesaria una taxonomía fiable y diferenciada para realizar investigaciones sobre cuántos niños tienen determinado trastorno, cuál es su origen y cuál es la forma más adecuada de tratamiento.

Sin embargo, han de tenerse también en cuenta los inconvenientes que pueden derivarse de estos sistemas de clasificación. En concreto, las principales críticas que han recibido son:

- ? Su escasa utilidad clínica. La información sobre etiología y pronóstico es vaga, y el diagnóstico no suele ser de utilidad para la orientación del tratamiento.
- ? El diagnóstico realizado en una determinada etapa del desarrollo puede no ser extensible a otras etapas.

- ? Existe un alto índice de comorbilidad en los trastornos infantiles, por lo que dentro de una misma clasificación resulta a veces necesario introducir nuevas categorías de diagnóstico de una edición a otra.
- ? Aparecen dificultades en el proceso de clasificación, ya que en la práctica se observa que algunos niños presentan problemas que no pueden identificarse con una categoría concreta, mientras que otros presentan características que corresponden a varias categorías.
- ? Estos sistemas no dan la suficiente importancia al contexto familiar y a las reacciones de los adultos, variables fundamentales para la comprensión del problema del niño y para su posterior tratamiento.

Aún siendo conscientes de que no existe una clasificación perfecta, es indudable la gran importancia de los sistemas de clasificación para proporcionar una base objetiva y científica en el ámbito de la psicopatología infantil, tanto por lo que respecta al diagnóstico como a la investigación.

Una vez que se han expuesto los principales sistemas de clasificación empleados en la actualidad por la mayoría de los sistemas de salud, ahora se hace necesario la descripción de lo que sucede en lo que respecta a la atención psiquiátrica en nuestra nación, para tal motivo, se realiza un recorrido histórico de tales hechos.

## **CAPÍTULO 7.**

### **ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN NUESTRO PAÍS.**

La tradición psiquiátrica en México se remonta a varios siglos atrás, sin embargo, los acercamientos a la enfermedad mental han variado de forma sustancial desde la etapa prehispánica a la actual, esta visión se ha visto influenciada por el pensamiento de la época y los avances científicos y hasta políticos ocurridos en el país. De manera general, este recorrido puede dividirse en dos etapas (en Cruz; Domínguez y González, 2003):

#### **7.1. Etapa prehispánica.**

La primera etapa que se remite a la época prehispánica; se extiende desde los primeros establecimientos humanos hasta la caída de Tenochtitlán, del cual se puede decir muy poco, debido a la destrucción y el genocidio ocurridos durante la conquista; sin embargo, se puede decir que estas culturas consideraban como chamanes o intermediarios entre los dioses y el mundo a aquellas personas que para la sociedad actual podrían ser considerados con personalidad escindida.

#### **7.2. Etapa premoderna.**

Los antecedentes más antiguos de los que se encuentran relación escrita proviene del Códice Badiano y de la Historia de las Cosas en la Nueva España de Fray Bernardino de Sahún. Otra fuente de información son los médicos que inmediatamente después de la Conquista pudieron conocer la medicina indígena y la europea, varios de estos médicos trabajaron en el Colegio de Santa Cruz de Tlaltelolco.

En 1560 se funda en nuestro país la primera Institución en toda América consagrada exclusivamente al cuidado de los enfermos mentales: El Hospital de San Hipólito, fundado por Fray Bernardino Álvarez Herrera (ubicado junto a la

iglesia del mismo nombre en lo que hoy es la Av. Hidalgo, a espaldas de la Alameda Central del D.F.). También fundó en 1568 el Hospital de Santa Cruz para enfermos mentales, ubicado en Oaxtepec, Morelos.

Con la fundación de otros hospitales estableció una cobertura hospitalaria que iba desde la Habana, Cuba, hasta el Puerto de Acapulco, pasando por San Roque, Puebla, La Concepción, en Jalapa, además los de Guadalajara y San Juan de Ulúa.

José Sáyago (1660) fundó un lugar para enfermos mentales indigentes en su propio domicilio, posteriormente el Arzobispo de México Francisco Aguilar y Seijas le prestó una casa para albergar a 60 pacientes. Este hogar permanece hasta el año 1700 y la congregación del "Divino Salvador" funda el hospital del mismo nombre, también conocido como "La Canoa" al establecerse en la calle con este nombre, (actualmente Donceles No. 38, en el Centro Histórico de la Ciudad de México).

Para 1821, estos hospitales pasan a manos del ayuntamiento, aunque la atención siguió a cargo de los religiosos hasta el año 1843, que quedan a cargo del Gobierno Independiente. Con grandes dificultades sobrevivieron estas instituciones durante los diversos movimientos armados que surgieron en la nación, hasta que en 1877 se creó la Dirección de Beneficencia Pública (1877), órgano que se hizo cargo de ellas.

A inicios del siglo XX, bajo el Gobierno de Porfirio Díaz y para festejar el Centenario del inicio de la guerra de independencia, se construyó el Manicomio General de la Castañeda, el cual se inauguró el 1 de septiembre de 1910; albergando en sus pabellones a mujeres, hombres y niños, sin que hubiese una diferenciación de sexo, edad o procesos patológicos. Este manicomio fue diseñado para atender a 1000 enfermos como máximo; por falta de centros de atención llegó albergar a cerca de 3500 pacientes, sin embargo, el tiempo y

cuidados lo convirtieron en obsoleto. Posteriormente el Presidente Benito Juárez decreta que todos los hospitales pasen a ser propiedad del gobierno de México.

Al superarse el concepto de asilo y al surgir nuevas terapias, se inició la búsqueda de opciones para atacar las problemáticas que “La Castañeda” significaba; y en 1944 se abrió la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales, de León Guanajuato.

Entre 1960 y 1964, se abrieron seis hospitales-granja en diferentes regiones del país, sin embargo, éstos pronto mostraron sus limitaciones, su diseño resultó inadecuado para atender en forma digna y funcional a los pacientes, finalmente el aislamiento geográfico e institucional obstaculizó su funcionamiento.

En 1965, la reforma del sistema de atención psiquiátrica era indispensable, las autoridades federales decidieron el desmantelamiento de “La Castañeda”, institución que debido a su diseño de asilo de principios de siglo, impidió el mejoramiento de la calidad en el servicio psiquiátrico.

En 1966, la cobertura psiquiátrica era reducida y su proyección como especialidad científica era muy limitada, la existencia de 400 médicos que ejercieron la psiquiatría de un total de treinta mil médicos era apenas significativa en un país con 40 millones de habitantes. Para solventar esta situación se elaboró la “Operación Castañeda”, que tuvo como objetivo primordial modernizar la atención psiquiátrica para la región del país que incluía al Distrito Federal y sus alrededores, así mismo, la experiencia y la técnica acumulados servirían para la creación de una red nacional de Centros de Atención Psiquiátrica. Se visualizó que un hospital no sería suficiente, que era indispensable establecer un circuito. El proyecto arquitectónico fue encomendado a la Comisión Constructiva de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, mientras el diseño funcional fue encargado a especialistas de la salud; entre ellos los doctores: Guillermo Calderón Narváez, entonces Director de Salud Mental, Mario Fuentes Delgado, Agustín Caso Muñoz

y Javier García Diego Madrid. Los hospitales que sustituyeron al manicomio fueron:

- ? El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, en Delegación Tlalpan, D.F.
- ? El Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, (Deleg. Tlalpan, D.F.).
- ? El Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno” (Deleg. Tláhuac, D.F.).
- ? El Hospital Psiquiátrico “Rafael Serrano” (El Batán, Puebla)
- ? El Hospital Psiquiátrico “Dr. Adolfo M. Nieto”.
- ? El Hospital Psiquiátrico “Fernando Ocarranza” (Pachuga, Hidalgo).

Casi al finalizar la década de los sesentas se creó la necesidad de ofrecer atención al niño con trastornos mentales diferente a la que se proporciona al adulto; y es entonces cuando un grupo de médicos encabezados por la Dra. Matilde Rodríguez Cabo iniciaron una lucha por la reforma integral del nosocomio de la Castañeda. Como resultado de esto, al cierre de “La Castañeda” se separan adultos, niños, agudos y crónicos. Es entonces que se fundó el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” el 24 de Octubre de 1966.

Desde su fundación hasta la actualidad, el hospital psiquiátrico infantil “ Dr. Juan N. Navarro” ha evolucionado en su modelo de atención para dar solución a los problemas de salud mental que se presentan en la niñez y la adolescencia desde un punto de vista multidisciplinario tomando en cuenta el padecimiento, edad y sexo, dando como resultado un atención digna e integral a cada paciente (en Reynoso, 2001). Para cumplir con lo anterior, esta institución cuenta con cinco áreas fundamentales de intervención:

1.- *Asistencia*: con los servicios de hospitalización continua, parcial y clínicas de consulta externa;

- 2.- *Rehabilitación psicosocial*: lograr habilidades en los pacientes que les permitan adaptarse mejor al medio familiar, social y escolar;
- 3.- *Psiquiatría comunitaria*: ofrece educación para la salud, medidas preventivas y de intervención temprana fuera del hospital;
- 4.- *Enseñanza*: apoyar a la formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas afines a la salud mental,
- 5.- *Investigación*: impulsar la generación de proyectos que coadyuven al mejoramiento del trabajo clínico.

Por otro lado, los datos más recientes y de acuerdo con cifras oficiales indican que el 8% del personal que actualmente trabaja en los centros psiquiátricos son psiquiatras y médicos generales. La escasez de psiquiatras en relación a la población, ha permitido que “otros profesionales como son los psicólogos, se integren a estas instituciones de salud mental para formar un solo frente que, deseablemente, podría abrir otra dimensión que enriqueciera el tratamiento; sin embargo, éstos ocupan un lugar subordinado” (en Araujo, Orozco, Rivaud y Ruiz; 1996, pág. 32).

De manera alarmante, es en las zonas urbanas se concentran más del 70% de los centros de atención de salud mental; por lo tanto la población que esta fuera de los más importantes núcleos urbanos no cuenta con la prestación de estos servicios especializados.

En lo que respecta a los profesionales de salud mental, existe un psiquiatra por cada 50,000 habitantes y, como lo demuestran las cifras de las instituciones de cobertura social, la mayoría se dedica a la consulta privada.

La Secretaría de Salud y los Sistemas Estatales de Salud cuentan con un psiquiatra por cada 160,000 habitantes. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) hay uno por cada 190,000 usuarios y el organismo de Seguridad Social

para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE) cuenta con uno por cada 120,000 asegurados.

De acuerdo con las cifras oficiales, la Secretaría de Salud es la que cuenta con más camas para pacientes psiquiátricos, una por cada 8,000 habitantes, a diferencia del IMSS que cuenta con únicamente con una por cada 160,000. La misma fuente señala que la mayoría de estas camas son ocupadas por pacientes crónicos (en Rodríguez, 1993).

No es difícil demostrar que “un gran porcentaje de las personas con sufrimiento mental se encuentran fuera de los hospitales, que no son atendidos y, que si lo fueran, debido a la falta de alternativas para su externación y rehabilitación, el aislamiento sería su fatal destino” (en Araujo, Orozco, Rivaud y Ruiz; 1996, pág. 72).

### **7.3. Inserción de un psicólogo en una institución de salud mental pública.**

Mediante este recorrido histórico se ha testificado desde su génesis hasta la actualidad, la importancia que enmarca la evaluación y el diagnóstico clínico dentro de la psicopatología infantil. Sin embargo, en este apartado cabría preguntarse ¿qué es lo que sucede en nuestro contexto; en nuestro país como se abordan, evalúan, identifican y se diagnostican las diferentes psicopatologías infantiles, particularmente en una institución de salud mental gubernamental? y sobre todo; ¿cuáles son las principales funciones que desempeña un psicólogo y cuál es el grado de participación en el proceso evaluativo del adolescente, concretamente en las actividades de psicodiagnóstico, así como las posibilidades de desarrollo del psicólogo egresado de Iztacala dentro de éste ámbito?

El primer paso es preguntarse, ¿cómo se inserta un psicólogo en estas actividades? Básicamente la inserción a una institución de salud mental como el “Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro” se encuentra abierta a cualquier



persona que así lo desee y que además cumpla con los requisitos establecidos por ésta.

El proceso inicia mediante la inscripción en una de las dos convocatorias que anualmente son emitidas. En este caso, la incorporación a dicha institución obedece primordialmente a intereses particulares. Con el objetivo de “aprender a desaprender” y además de poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la formación en un ambiente escolarizado.

El primer contacto para anexarse a dicha institución, se realiza en el departamento de Coordinación de Enseñanza en Psicología donde se celebra una entrevista con la responsable del área donde al aspirante le es asignada el área o clínica donde desempeñará sus actividades, (como son clínica de la adolescencia, rehabilitación psicosocial, psicomotricidad, análisis experimental de la conducta, apoyo psicopedagógico, entre otras).

### **7.3.1. Clínica de la adolescencia. Funciones y actividades.**

La población atendida corresponde a adolescentes desde los doce hasta los dieciocho años de edad, que acuden a consulta externa por presentar problemas emocionales, de conducta o bajo rendimiento académico. Entre los principales trastornos se encuentran: déficit de atención, comportamentales, aprendizaje, emocional, alimenticio, ansiedad, cambios adaptativos propios de la adolescencia etcétera.

Las actividades que se realizan dentro de la Clínica de la Adolescencia se resumen en la evaluación, aplicación, interpretación e integración de psicodiagnóstico clínico; existiendo así, tres modalidades distintas de valoraciones psicodiagnósticas:

- 1.- Valoración de Procesos Cognitivos.
- 2.- Valoración Proyectiva.
- 3.- Estudio Psicológico Completo.

A su vez, cada valoración psicodiagnóstica está integrada por un paquete de baterías que le son propias, así entonces:

- ? *La valoración de procesos cognitivos*, consta de las siguientes pruebas:
  - a) Test Gestáltico Visomotor de Bender.
  - b) Test de la Figura Humana de Machover y,
  - c) la Escala de inteligencia para el nivel escolar de Wechsler (WISC) o Escala de Wechsler para adultos (WAIS), de acuerdo a la edad del usuario.
  
- ? *Una valoración proyectiva (VP)*, se compone de los dos primeros test antes mencionados, agregando además,
  - a) el Test de Frases Incompletas para Adolescentes de Sacks.
  - b) Test del H.T.P.
  - c) Test de una Persona bajo Lluvia.
  - d) Test de la Familia de Corman.
  - e) Test de Cuadros para Adolescentes de Symonds.
  - f) Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A).
  
- ? *un estudio psicológico completo*, consta de la totalidad de los test aplicados en *una valoración de procesos cognitivos*, tanto como en *una valoración proyectiva*.

Cualquiera que fuera el tipo de valoración siempre se realizaba una entrevista inicial con la presencia del adolescente y de la persona responsable del mismo; generalmente esta se llevaba a cabo en la primera sesión y antes de la aplicación del total de las baterías. En ocasiones, durante el desarrollo de la entrevista y de

acuerdo a la complejidad del caso, el psicólogo podía solicitar a la persona responsable del adolescente, que abandonara por un momento el cubículo, con el objetivo de indagar con mayor precisión información que podría ser de relevancia, además de generar mayor confianza en el adolescente para expresar la problemática por la que acudía a esta institución.

El objetivo de la Clínica de la Adolescencia era evaluar las capacidades y limitaciones de los adolescentes, ubicándolos en su contexto familiar, social y cultural para así canalizarlos a los distintos tratamientos y servicios que el hospital ofrece como son: taller de orientación a padres, terapia de socialización, terapia individual, terapia familiar, terapia de pareja, apoyo psicopedagógico etc. Además de realizar tres tipos de intervenciones terapéuticas: 1) orientación individual; 2) terapia de grupo y 3) grupo de orientación a padres con hijos adolescentes. Es necesario mencionar que la intervención de tipo individual estaba a cargo de la psicóloga titular del área, ésta se realizaba con una frecuencia semanal con 60 minutos de duración. La terapia de grupo, era responsabilidad de dicha psicóloga, sin embargo, en cada sesión, quien aquí escribe, fungía como co-asesor en la dirección y desarrollo de las sesiones, además de realizar un registro anecdótico de lo ocurrido en cada sesión de todos los asistentes, con el objetivo de analizar los posibles avances y cambios adaptativos de las diferentes problemáticas de los usuarios. Existiendo así, tres diferentes grupos de atención conformados por adolescentes de distintas edades: grupo a) de 12-14 años; grupo b) de 14-16 años y grupo c) de 16-18 años de edad. Las sesiones tenían una periodicidad semanal de 60 minutos de duración. Por último, el grupo de orientación a padres consistía en la elaboración de talleres temáticos realizados conjuntamente con el área de Trabajo Social; la participación de la Clínica de la Adolescencia se remitía a la investigación, elaboración y presentación de ponencias a los padres de los adolescentes que abarcaran las principales problemáticas por las que atraviesan sus hijos en dicho período de desarrollo y resolver sus principales dudas al respecto.

A continuación se describen cuales son los lineamientos que un adolescente debe seguir cuando acude a recibir atención en esta institución de salud mental. El desarrollo es como sigue; el primer contacto se establecía cuando el joven acudía al servicio de Consulta Externa, ahí se celebraba una entrevista con el chico así como con los padres, tutores o responsables del menor y el psiquiatra. De manera general, se abordaba la problemática del adolescente identificando los aspectos más relevantes. Una vez que el psiquiatra consideraba que había recopilado la información necesaria establecía una hipótesis sobre el déficit, problemática o trastorno que presentaba el usuario siguiendo los ejes de clasificación establecidos en el DSM-IV. Una vez establecida dicha hipótesis era responsabilidad única del psiquiatra decidir qué tipo de valoración psicodiagnóstica ameritaba la problemática del adolescente de acuerdo con los tres tipos diferentes de valoraciones: 1) valoración de procesos cognitivos; 2) valoración proyectiva y 3) estudio psicológico completo. Concluido este primer paso, el usuario era canalizado a la Clínica de la Adolescencia, no sin antes, el psiquiatra asignarle una futura cita algunas semanas después, cuando se había finalizado con la valoración establecida.

Una vez que el chico había sido canalizado a la Clínica de la Adolescencia ahí se asignaba una cita de acuerdo al espacio disponible en la agenda de citas.

Con un día de anticipación a la fecha acordada, se elaboraba una solicitud al archivo del hospital con el objetivo de tener listo el expediente en cuestión; al día siguiente, los expedientes solicitados eran recogidos, todo este tramite se realizaba con la finalidad de que el psicólogo pudiera leer lo que el expediente contiene para así, tener una mejor panorámica de la problemática del usuario y enriquecer mejor la entrevista a realizar.

### 7.3.2. Método.

Como primer paso dentro del proceso psicodiagnóstico se realizaba una entrevista con el adolescente así como la persona responsable del mismo; en ese momento daba inicio la valoración, donde el psicólogo debía poner atención en la forma en como se desarrolla todo este proceso, desde qué persona acompañaba a el joven, quién fue la persona que tocó la puerta del consultorio, qué persona entregó el carnet de citas, si se presentaban puntualmente, observar las condiciones de higiene y aliño personal, si la estatura es acorde a la edad, o que la vestimenta fuera análoga a la edad y sexo del joven, entre otras.

Una vez dentro del consultorio era importante el comportamiento no verbal de los ahí presentes\*, particularmente de la actitud del adolescente, la manera de sentarse, si se presentaban estereotipias (p. ej., mover piernas o manos), el tono o volumen de voz emitido (audible o imperceptible), presencia de onicofagia, el grado de participación durante la entrevista en especial a la realización de comentarios espontáneos o sólo responder cuando se le preguntaba directamente, la existencia o no de contacto visual etcétera.

Finalizada la entrevista, se le solicitaba a la persona responsable del menor, salir del cubículo y permanecer en la sala de espera, una vez a solas con el adolescente comenzaba la aplicación del paquete de pruebas asignadas para valorar el caso.

Por todo lo anterior, el número de sesiones para llevar a buen término la aplicación total del paquete de baterías era relativo, ya que en la realización podía influir la problemática del adolescente (p. ej., trastorno por déficit de atención e

---

\* Se menciona este aspecto por que algunos padres, tutores o personas responsables del menor suelen limitar o inhibir la expresión oral del chico siendo los padres los que en ocasiones expresan lo que a su juicio y desde su percepción es la problemática del menor. A lo que en ocasiones este comportamiento de los padres puede ser un aspecto de relevancia dentro del acontecer del fenómeno.

hiperactividad, Trastorno disocial, o trastorno de angustia generalizada entre otros).

Una vez concluida la aplicación total de las pruebas psicológicas, el siguiente paso del psicólogo era la interpretación e integración de la información obtenida en un reporte psicodiagnóstico; en éste, se analizaban en conjunto cada una de las pruebas aplicadas para obtener una óptica del fenómeno lo más completa posible y así, analizar si la hipótesis establecida por el psiquiatra semanas atrás se confirmaba o en caso contrario, esta sea refutada.

Al finalizar el reporte psicodiagnóstico, el psicólogo tenía total libertad y responsabilidad de enumerar lo que a su juicio pudiera ser la mejor alternativa de intervención para que el joven supere la problemática por la que acudió a la institución, haciendo uso de los diversos servicios que el hospital ofrecía, o en su caso, sugiriendo diversas técnicas de intervención de acuerdo a la formación predominante en dicho profesional.

Con el objetivo de hacer evidente el trabajo del psicólogo en cuestiones de psicodiagnóstico clínico, resulta imperativo la mención de algunos estudios de casos, cuya finalidad es generar mayor comprensión del fenómeno expuesto a lo largo de la presente obra, aspecto que se aborda en el siguiente capítulo.

## **CAPÍTULO 8.**

### **ESTUDIOS DE CASO.**

Dentro de la gran diversidad de casos clínicos que se evalúan en la Clínica de la Adolescencia se eligieron aquellas situaciones que fueran las más recurrentes o representativas\*, en este apartado.

La selección de casos que se presenta a continuación, es exclusivamente responsabilidad del autor, la intención fue elegir aquellos casos que aportaran la mejor comprensión de lo que sucede en este período de desarrollo, así como mostrar las problemáticas que en la actualidad enfrenta la juventud mexicana.

#### **8.1. Un caso de trastorno oposicionista desafiante.**

El siguiente es el caso de un adolescente del sexo masculino que al momento de la evaluación contaba con 12 años 07 meses de edad.

I.B\*\*. acudía al hospital a causa de su mal comportamiento tanto en la escuela como en el hogar. Su nivel máximo de estudios era el 4to., grado de primaria ya que a causa de su mala conducta fue expulsado del plantel, textualmente la tía expresa: *“lo expulsaron de la escuela porque el maestro no lo soportaba, no ponía atención, no llevaba tareas y molestaba a los demás niños”*. *“Al ser expulsado de la escuela, y para no tenerlo en casa lo mandábamos a trabajar a un taller mecánico”*.

---

\* Sin olvidar que aquellos casos no mencionados, no obedece a que carezcan de importancia alguna (ya que cada uno de ellos tiene la misma valía que los citados), sino que, por razones de espacio es imposible la mención de todos ellos.

\*\* Los nombres propios de las personas que se refieren en cada uno de los casos clínicos han sido sustituidos por un binomio de letras como una forma de respeto a todos ellos.

En una ocasión I.B. hirió en un brazo a una compañera clavándole la punta de un lápiz, además de que el menor miente continuamente. Se desconocen más datos sobre el comportamiento escolar ya que ningún familiar estaba al tanto de esto.

Los padres de I.B. mueren repentinamente a causa de una intoxicación por bióxido de carbono cuando tomaban un baño temazcall; I.B. contaba con apenas cinco años de edad. Al morir los padres, los familiares deciden que el paciente debe ir a vivir con sus tío paterno al Estado de Tamaulipas, separándolo de su hermana de tres años de edad.

I. B. regresa un año después a la ciudad de Toluca de acuerdo con la tía: *“porque mi hermano ya no lo aguantaba”*; y desde entonces I.B. pasa el tiempo radicando entre estas dos ciudades eventualmente.

A su regreso de Tamaulipas I.B. ingresó a laborar en un taller mecánico; un día el niño llega a casa lastimado de una pierna, explicando a la tía que había sido mordido por un perro, días después cambia esta versión expresando que se lastimó porque se cayó del camión en el que se trasladaba. Luego de este suceso I.B. regresó nuevamente al Estado de Tamaulipas a vivir con el tío paterno; éste nota en el menor un comportamiento extraño por lo que intuye que algo le sucedió al niño durante su estancia en la ciudad de Toluca; después de instigar en varias ocasiones al chico para que comentara qué le había sucedido, I.B. comenta al tío que había sufrido un ataque sexual durante su estancia en Toluca, en el taller donde el niño laboraba.

Semanas después, I.B. es sorprendido por algunos familiares y en varias ocasiones, presumiblemente tratando de realizar agresiones sexuales contra niños menores que él.

En la primera ocasión se le sorprendió con una de sus primas (de 2 años de edad), a la que había llevado a la milpa donde la despojó de su ropa interior y él



se dedicaba a observarla. En un segundo evento, I.B. desnudó a una niña (de 4 años de edad), y él se había despojado de sus pantalones, justo en ese momento la tía lo sorprende, el chico al verse descubierto, inmediatamente se sube los pantalones. La más reciente ocasión fue un suceso con su primo de 4 años de edad, (quien es hijo de la tía con la que I.B. acude a esta institución hospitalaria); el hijo de la señora argumenta que I.B. lo llevó a la milpa y que una vez ahí éste le introdujo el pene en la boca del menor.

I.B. niega su responsabilidad en estos actos expresando: *“no me acuerdo.....no me acuerdo...Cuando pasó lo de mi primo no fui yo, fue mi amigo Toño. Cuando hice lo de las niñas, .... no sé que me pasó....sentía que era otra persona....que no era yo....me afectó mucho...Cuando mis tías me cacharon reaccioné y me pregunté por qué estaba haciendo eso”*.

Por último, al cuestionarle sobre la opinión que tiene sobre su hermana I.B. expresa: *“con mi hermana me llevo muy mal, un día le tape la cara con una almohada....sabía que podía matarla porque lo vi en la televisión....pero yo no la quería matar..solo quería jugar”*.

La tía teme que exista consumo de drogas por parte de I.B. cuando radicaba en Tamaulipas, el chico niega lo anterior.

El menor es de edad aparentemente igual a la referida, de complejión y estatura adecuadas para su edad; se presenta a valoración en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal.

En la entrevista I.B. se mantiene en silencio y es la tía quien responde las preguntas; el chico permanece sentado en la silla, observando el piso, y escuchando con atención lo que dice la tía y en ocasiones sonríe ante los comentarios de ésta.

I.B. sólo responde cuando se le solícita directamente y sus respuestas son concretas emitiendo un tono de voz apenas perceptible, con contacto visual intermitente.

Durante la aplicación del paquete de pruebas psicológicas I.B. se muestra cooperador, siguiendo instrucciones correctamente, inicia, mantiene y llega a buen término en la actividad que realiza.

El menor es canalizado a la Clínica de la Adolescencia con un diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante (TOD), además, el psiquiatra considera que es necesario valorar y en su caso descartar un posible retraso mental (RM), por lo tanto el tipo de estudio a efectuar es una *valoración de procesos cognitivos*.

#### **8.1.1. Técnicas aplicadas.**

- ? Entrevista.
- ? Test guéstaltico visomotor de Bender.
- ? Test de la figura humana de Machover.
- ? Escala de inteligencia para el nivel escolar de Wechsler (WISC).

#### **8.1.2. Integración de resultados.**

En relación con la valoración se reporta lo siguiente: en la reproducción de los modelos guéstálticos de Bender (anexo 8), de acuerdo a los criterios establecidos por Koppitz, el menor es sugerente de alteración perceptomotora ya que presenta rotación (fig, A) y perseveración de la figura 6 ( es decir, presenta más de seis curvas sinusoidales en la línea horizontal), también es sugerente de tensión emocional caracterizado por tamaño pequeño en todas las figuras, repaso del dibujo y de los trazos (figuras 4, 6 y 7), componentes asociados con timidez y retraimiento, impulsividad y agresividad; así como uso inadecuado del espacio en blanco, lo que indica dificultades para organizarse en un espacio.

El esquema corporal representado gráficamente en el test de Machover (anexos 9 y 10), no reúne en ambas figuras, los ítems esperados para su grupo de edad ya que ambos carecen de manos y pies, así como dedos en dichas extremidades, sin embargo, las figuras se caracterizan por estar diseñadas de manera bidimensional.

Se observa la existencia de que I.B. percibe el medio ambiente como abrumador indicador de esto es el tamaño con que realiza dichos dibujos, lo que también caracteriza la posesión de un YO disminuido o débil. Muestra un nivel alto de fantasía siendo así la fuente primaria de satisfacción; presenta poca tolerancia a la frustración por lo que reacciona de manera agresiva tanto física como verbalmente siendo esta actitud, una manera de expresar la necesidad de apoyo que el niño demanda.

La calidad de la línea es fuerte confirmando aquellos indicios de experimentar una fuerte tensión interna. El tamaño de la cabeza es grande, por lo que indica que es un chico con un ajuste social y emocional pobre.

En los rasgos faciales, principalmente en los ojos vemos que existen las pupilas marcadas, nuevamente un indicio de agresividad. Mención aparte merece el accesorio de la gorra de la fig. no. 1 (anexo 9), generalmente relacionado con simbología fálica (pene o preservativo) además, en esta misma figura es perceptible una transparencia justo entre la parte superior de la cabeza y la gorra, indicador de pobreza de juicio caracterizado por presentar pensamiento ideoplástico y concreto de etapas infantiles.

Se muestra una boca abierta y con sonrisa forzada con lo que hace latente el deseo de agradar, mostrando simpatía forzada. El cuello ha sido omitido característica de inmadurez (posibilidad de retraso mental), y poca habilidad para manejar impulsos racionalmente. Los brazos determinan el contacto físico con el medio ambiente, el desarrollo del YO y la adaptación; se muestran brazos cortos;

notándose así la falta de contacto con el medio, una vez, la pobreza del YO así como la disminución de adaptación social. Las piernas cortas indican sentimientos de inmovilidad y constricción. Los hombros han sido omitidos, posible existencia de daño cerebral; además el dibujo no. 1 (anexo 9), carece del cierre en la parte inferior del tronco rasgo que se considera como expresión de preocupación sexual.

La figura masculina (anexo 9), muestra la existencia de un bolsillo en el centro del pecho, característica indicadora de privación afectiva maternal, sin embargo, mantiene una adecuada identificación con su rol psicosexual.\*

En cuanto al desempeño en la Escala de Inteligencia aplicada I.B. obtiene un C.I. Global de 76pts., (anexo 11), ubicándose dentro de un funcionamiento intelectual limítrofe para su edad, obteniendo ligeramente un mejor desempeño en la Escala de Ejecución con respecto a la Escala Verbal, la diferencia entre ambas escalas es de tan sólo 1 punto. En la Escala Verbal, se determina que I.B. posee deficiencias en 5 de los 6 subtest que conforman esta escala; caracterizándose por memoria deficiente, hostilidad hacia una tarea de tipo escolar, tendencia a renunciar fácilmente a tareas intelectuales y baja orientación hacia el logro. Tiende a mostrar capacidad de juicio menos adecuado, probabilidad de comportamiento impulsivo y desajustado o mal adaptado, así como posibilidades de actitudes enfocadas a la delincuencia y a la psicopatía. Bajo rendimiento aritmético, posible delincuencia juvenil o sociopatía, habilidades verbales y desarrollo del lenguaje

---

\* Las historias narradas por I.B. sobre ambos dibujos de figuras humanas generan gran interés. La historia del dibujo masculino es como sigue; lleva por título "El señor carpintero". "Había una vez un señor carpintero que era muy malo, una vez un niño le pregunto que como se llamaba y le contesto que se llamaba "Chucky", y le dijo que en la noche espantaba a los niños que salían en la noche a las doce de la noche y los mataba en el patio y los enterraba, su cabeza en la casa al lado de la puerta.

El dibujo femenino es titulado: "La novia del carpintero". Había una muchacha que se vestía de rojo, que siempre en sus bolsas traía un cuchillo y en las noches, a las doce iba a matar gente. La encontró el carpintero y le dijo que si no quería ser su novia y si sacaban un video de la "Novia de Chucky", y su mamá de la muchacha era bruja y su papá era el diablo.

Mataban a la gente, enterraban en el panteón el cuerpo, las cabezas las enterraban al lado de las casas de las personas a las que mataban cuando sus papás están dormidos"...

Es importante mencionar que en ambos relatos los errores ortográficos son de consideración, especialmente se encontraron omisiones en la letra: "H" y sustitución de "B por V".

deficiente a causa de antecedentes educativos y familiares limitados o poco estimulantes. Déficit en el aprendizaje y dificultad en la secuenciación auditiva, por otro lado, mostrando poseer habilidad para discriminar las relaciones fundamentales de las superficiales. En la Escala de Ejecución, los resultados son los siguientes: habilidad para diferenciar entre detalles esenciales y los que no lo son, buena percepción y concentración, habilidad para aprender material nuevo de manera asociativa y reproducirlo con velocidad y precisión, velocidad y exactitud, habilidad para seguir instrucciones; sin embargo, muestra deficiencias en cuanto a integración visomotora y espacial, capacidad de planeación deficiente y persistencia limitada.

### **8.1.3. Sugerencias de tratamiento.**

Una vez con toda la información suficiente en cuanto al caso, se confirma la existencia de un trastorno de comportamiento, posiblemente disocial, así como un déficit en la capacidad intelectual del usuario respecto a lo esperado con su grupo de referencia; por lo tanto, se realizan las siguientes sugerencias de tratamiento:

- ? Terapia individual para intervenir en el caso del abuso sexual del que fue objeto, así como contener los posibles impulsos de cometer actos sexualmente agresivos contra niños menores.
- ? Canalizar al menor al servicio de PAINAVAS (Programa de Ayuda e Intervención a Víctimas de Abuso Sexual).
- ? Indagar con fuentes primarias de información sobre un posible consumo de sustancias tóxicas ilícitas y en su caso intervenir de manera oportuna.
- ? Canalizar al responsable(s) a Taller de Orientación a padres.
- ? Terapia Familiar para concienciar a las personas responsables del menor sobre la problemática del chico y que éstos se interesen por la salud mental de del mismo, y en la medida de lo posible que Ignacio tenga un sólo lugar de residencia.

- ? Ya que la información sobre un posible abuso sexual por parte de I.B. hacía otros menores es ambigua, realizar una valoración de intervención en los niños para descartar cualquier ataque y en su caso brindar atención a estos pequeños.
- ? Canalización de I.B. a Apoyo Psicopedagógico y valorar la posibilidad de que acuda a recibir atención de Rehabilitación Psicosocial.
- ? Valorar tratamiento farmacológico.
- ? Realización de un EEG para descartar cualquier anomalía de tipo orgánico.

## 8.2. Un caso de trastorno biológico secundario.

El caso siguiente es un joven de sexo masculino que será denominado A.C. de 17 años 05 meses de edad al momento de la evaluación; manifiesta que, *“desde los 8 ó 9 años de edad tengo la sensación de que las manos se me hacen grandes, y me sudan mucho.”* Este suceso ocurre con una frecuencia diaria con intensidad leve, y cada tercer día la sensación es más fuerte; presenta una duración de dos minutos aproximadamente por episodio. Antes de iniciar con estos sucesos experimenta náuseas y ansiedad; según palabras del chico este evento ocurre en cualquier escenario y de manera espontánea. Manifiesta que: *“siento que algo me pica por dentro y también cuando escucho el zumbido de un mosco, lo siento muy fuerte, muy grande, y cómo que me hormiguea la cabeza”*. La madre menciona: *“Además de que por las noches le cuesta mucho trabajo conciliar el sueño, y suele estar deambulando por el cuarto.”* A. C. acota: *“cuando trato de dormir siento que las cosas como los muebles y muros están muy lejanas de mí.”* Se le realizó un electroencefalograma (EEG), detectándose problemas en el hemisferio izquierdo.

Cuando se realizó la retroalimentación, especialmente en la revisión del test de frases incompletas de Sacks, el joven mencionó que se sentía responsable de la muerte de su hermana menor, ya que un día él recibió un sobre donde estaba contenida una carta con un párrafo con características religiosas donde le ordenaban repetir ese mensaje y hacerlo llegar a un determinado número de

personas, ahí se consignaba que de no reproducir cierto número de veces ese mensaje “algo malo” ocurriría a algún integrante de la familia del lector; coincidentemente después de leer dicha carta la hermana de A.C. que contaba con quince días de nacida muere. La niña nació a los siete meses de gestación, la muerte de la hermana ocurrió cuando A.C. contaba con siete años de edad.

De forma análoga, desde el fallecimiento de la niña, A.C. comienza con las sensaciones corporales y auditivas. Además expresa que los lugares pequeños le provocan miedo y lo ponen demasiado ansioso.

El motivo de consulta inferido por el psiquiatra con la que el menor es canalizado a la Clínica de la Adolescencia considerando necesario la valoración de los rasgos de personalidad; por lo tanto, el siguiente es un ejemplo de una *valoración proyectiva*.

### **8.2.1. Técnicas aplicadas.**

- ? Entrevista.
- ? Test gestáltico visomotor de Bender.
- ? Test del dibujo de la figura humana de Machover.
- ? Test de frases incompletas para adolescentes de Sacks.
- ? Test del H.T.P.
- ? Test de una persona bajo la lluvia de Hammer.
- ? Test de la familia de Corman.
- ? Test de cuadros para adolescentes de Symonds.
- ? Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes.

### **8.2.2. Integración de resultados.**

En relación con la valoración se reporta lo siguiente. En la reproducción de los modelos gestálticos, el menor no presenta ningún tipo de alteración

perceptomotora o emocional ya que sus figuras se caracterizan por ser de la mayor exactitud posible al modelo presentado (ver anexo 12).

En el test de Machover (anexo 13 y 14). A.C. presenta deficiencias de recursos defensivos lo que le impiden un funcionamiento adecuado para enfrentarse a las exigencias del medio ambiente además de que tiende a eludir las exigencias de éste. En el momento en que el medio le exige un comportamiento funcional el joven expresa deseos de enfrentarse a las exigencias del medio, sin embargo, se muestra inseguro y ansioso, y a causa de su bajo nivel de energía esta actitud de enfrentamiento es coartada, generándose en él muchos deseos y motivos insatisfechos, con el consecuente temor de continuar buscando satisfactores en el medio, lo cual es motivo de cierta preocupación, ya que una vez que le son negados los satisfactores emplea como mecanismos defensivos la regresión y la negación, por lo tanto, A.C. se caracteriza por ser un joven tolerante y totalmente pasivo.

Proyecta ser un chico alejado de las relaciones interpersonales y/o con baja capacidad para establecer relaciones sociales por lo que le preocupa demasiado lo que las pocas personas a su alrededor puedan opinar de él, presentando por lo tanto, hipersensibilidad a la opinión social. Es de llamar la atención que en ambos dibujos se omiten los órganos de contacto (manos y pies), en el dibujo no. 1 (anexo 13), de sexo masculino; no son dibujadas tanto las manos como los pies, lo que indica baja capacidad de interrelación social, así como, carencia de seguridad en sí mismo.

Por la calidad de la línea de esta figura parecería que existe inquietud fluctuante y que el criterio de realidad es débil, --en un momento de la entrevista el usuario expresa: *“creo que mi cerebro está separado, el lado derecho es el lado bueno y el izquierdo es el lado malo”*.



En la figura no. 2 del tests del dibujo de la figura humana, (anexo 14), las manos aparecen ocultas, no visibles y por detrás de la espalda, indicadores asociados con sentimientos de culpa, evasión y posible comportamiento masturbatorio.

Probablemente A.C. sea un chico que halla sufrido un ataque a su autoestima por medio de burlas y/o situaciones dolorosas en gran medida a la forma tan elaborada con que se realizaron los ojos principalmente en la figura femenina del Machover (anexo 14). Existe preocupación por sí mismo y por lo que pueda ocurrir en el futuro y muestra deseos de mejorar su salud, por otro lado, presenta rumiación sobre el pasado presentando sentimientos de culpa (en particular por la muerte de su hermanita).

En el facsímil de la persona bajo lluvia (anexo 15), se observa a la figura sin utensilios para protegerse, lo cual permite el contacto del cuerpo con la lluvia, lo que sugiere una deficiencia de recursos defensivos que le impide un funcionamiento adecuado para enfrentarse al medio ambiente. El trazo es tenue y tembloroso; haciendo notar la omisión de cabello, proyectando así, inseguridad, ansiedad y poca energía, además de que dicho dibujo aparenta rigidez.

Presenta distorsión en la boca, delimitada por una simple línea. Por otro lado, destaca la forma del dibujo, ya que el cuerpo esta colocado de frente sin embargo, la cabeza se nos muestra de perfil; sugiriéndonos así, que los mecanismos defensivos utilizados son represión, negación, introyección y evasión.

Los dibujos del test de la familia (anexo 16), son realizados con trazos repetidos, estereotipados e idénticos, indicando la presencia de carácter obsesivo, que vive dominado por lo reglado y carece de espontaneidad. En la realización de este test A.C. utilizó el sector superior de la hoja sugiriendo que el chico se caracteriza por ser una persona imaginativa, soñadora e idealista. El primer personaje dibujado, es el padre y en último lugar dibuja a la madre; entre éstos se encuentra el hijo, quizá mostrando necesidad de sentirse protegido entre dos figuras de poder; el

dibujo de la madre está colocado hacia abajo en relación a las otras figuras, dando la sensación de que ésta se encuentra alejada respecto a las otras figuras, con esto posiblemente A.C. indica ciertos rasgos de desvalorización de dicha figura o quizás esté manifestando la dificultad que tiene para establecer una buena relación afectiva con la madre.

Muestra deseos de autonomía deseando abandonar la casa de sus abuelos en la que actualmente viven desde hace 16 años anhelando que su familia tenga una casa de su propiedad donde puedan vivir todos juntos.

Por último, en el perfil de Escalas Básicas del MMP+A (anexo 17), A.C. obtuvo el siguiente Perfil: 2\*13'7408'5-69/F-LK. En la Escala D (depresión) generó niveles muy por encima de la norma así como de Hipocondría (Hs); indicando así, la necesidad de elaborar defensas contra sus errores, a las que justifica mediante sus molestias físicas. Busca aceptación incondicional de aquellos que le rodean además de tolerancia; tiende a posponer el enfrentamiento de situaciones conflictivas utilizando alguna sintomatología física. Generó puntuaciones relativamente altas en los perfiles correspondientes a histeria (Hi), expresando su necesidad de cariño y aceptación que además demanda en forma exagerada, adquiriendo conductas de tipo infantil, exhibicionista o histriónicas, siendo ocasionalmente acompañadas de molestias físicas mediante las cuales intenta manipular a los que le rodean al aumentar la importancia de dichos síntomas. Desviación psicopática (Dp), su elevación sugiere que es egocéntrico y narcisista con dificultades para establecer relaciones interpersonales con tendencia a evitar responsabilidades y conflictos; trata de conseguir inmediatamente lo que desea, sin reflexionar en las consecuencias de sus actos además de presentar problemas para establecer vínculos con figuras de autoridad. Psicastenia (Pt), puntaje elevado implica dificultad en la toma de decisiones, reducción de tolerancia hacia sus propias fallas o las de otros, tendencia al perfeccionismo y a reaccionar con respuestas generalizadas e inadecuadas ante fragmentos de angustia. Por último

introversión social (Is), elevada describe al sujeto como alguien retraído, con tendencia a reflexionar sobre sí mismo.

Por otro lado, en las Escalas de Contenido y Suplementarias (anexo 18), se arrojan los siguiente resultados, el puntaje más alto es obtuvo en el perfil de preocupación por la salud (SAU-A), mostrando interés en superar la problemática por la que acude a esta institución; evidenciando su incomodidad ante las relaciones sociales (ISO-A) obteniendo puntaje relativamente superior a la norma. Otras escalas por encima de la norma son; inmadurez (INM-A); ansiedad (AA) y represión (R-A).

En el test H.T.P. (anexo 19), la casa es colocada en la parte superior de la hoja, indicios de carácter fantaseoso, frustración y lucha no realista. La existencia de línea base es rasgo relacionado con expresiones de necesidad de seguridad y ansiedad. Sentimiento de inadecuación, indecisión y defensividad, habla de resistencias, alejado de las relaciones interpersonales. Chico que ha sufrido un ataque a su autoestima por medio de burlas o situaciones dolorosas (puerta pequeña). Las líneas tenues de las paredes indican baja o falta de defensas de la personalidad, de sujetos que padecen miedos, paranoicos y que son tolerantes o pasivos. El árbol, representa el autorretrato del sujeto; es de tamaño pequeño, aspecto relacionado con inseguridad, aislamiento, descontento y regresión. La colocación indica la preocupación del individuo por su salud, signos depresivos, inseguridad e inadecuación. Necesidad de seguridad, fantasía, presencia de impulsos agresivos y hostiles. La persona, muestra nuevamente, la preocupación que existe por sí mismo, regresión, énfasis en el cuello mostrando necesidad de control.

Las historias para el test de cuadros de Symonds se puede mencionar que los relatos se caracterizan por su extensión reducida, no mayores de seis renglones, el mejor estudio de dichas narraciones corresponde al plano formal; el sujeto trabajó con una gran velocidad, tomaba la lámina y después de observarla (por un

período aproximado de 10 segundos), colocaba ésta sobre la mesa y comenzaba a escribir la historia sin realizar pausas hasta culminar. En cuanto al análisis de contenido, en todas las historias el sujeto se limita a narrar de manera concreta lo que ve en el cuadro por ejemplo, en la lámina A3 (ver cuadros de Symonds anexo 6.3) cita: *“una mujer está en su recámara leyendo de pronto, ve pasar una pareja por la ventana de su casa, ellos van platicando mientras ella está leyendo un libro.” sic. A.C.*

Prácticamente no existe una figura representativa dentro de los relatos (carece de héroe), la interrelación entre los personajes es nula, sin embargo, todos los finales se caracterizan por no cambiar en nada el curso de la historia, el personaje principal, totalmente pasivo y apático, acepta su destino incondicionalmente.

El test de frases incompletas de Sacks (anexo 20), arroja que A.C. mantiene una visión desvalorada de la figura paterna, lo clasifica como *“un mal padre” sic. paciente*, además de que los hábitos en el consumo de alcohol degradan aún más el concepto del padre.

El ambiente familiar es considerado desagradable, envidiando a las familias que conoce por la forma que tienen de relacionarse en especial porque éstas suelen realizar actividades en conjunto, situación que en su familia no ocurre. Añora su infancia porque considera que en esta etapa de desarrollo se le ofrecía mejor trato que el brindado en la actualidad, además de que *“no tenía problemas y todo era más fácil” sic. paciente*.

Experimenta sentimiento de culpa en particular por la muerte de la hermana pequeña (al no realizar “la cadena”), y por haber abandonado sus estudios. El concepto que mantiene de sí mismo es devaluado, considerando que todo lo que realiza lo hace mal, por lo que sus capacidades son limitadas. Por lo tanto, los principales conflictos de A.C. se presentan en las siguientes cinco áreas del test de Sacks: 1) actitud hacia el padre, 2) hacia el grupo familiar, 3) sentimientos de

culpa, 4) hacia las propias capacidades y 5) la actitud hacia el pasado; por lo que se considera que el usuario necesita apoyo terapéutico para manejar sus problemáticas en estas áreas. Las diez áreas restantes de este test A.C. no manifiesta ningún trastorno significativo.

### **8.2.3. Sugerencias de tratamiento.**

- ? Terapia grupal como espacio de acercamiento para establecer mayores relaciones interpersonales.
- ? Canalizar a los responsables al Taller de Orientación a Padres ya que se mantienen ciertas creencias irracionales sobre algunos padecimientos en especial a la epilepsia.
- ? Entrenamiento en alguna técnica de relajación.
- ? Entrenamiento en la técnica de detención del pensamiento como una forma de identificar sus pensamientos negativos automáticos y de esta manera cambiar las ideas irracionales que mantiene sobre el deceso de la hermana y hacerle notar que no fue responsabilidad del paciente.
- ? Valorar tratamiento farmacológico.
- ? Tener en cuenta la existencia de posible distimia.

### **8.3. Un caso de trastorno esquizotípico .**

C.S. cuenta con 16 años 04 meses de edad, se presenta a esta institución a causa de su bajo rendimiento académico que lo llevó a tramitar su baja temporal de una institución de educación media superior por no acreditar algunas materias.

*Acude porque “desde hace un año aproximadamente sufre dolores de cabeza, le da miedo dormir porque se le sube el muerto y ve cosas.....como dos niños y un charro” sic., madre. Una vez que se mudaron de hogar el chico ha dejado de observar estos sucesos; “además en una ocasión C.S. llevó un gatito a la casa pero siempre lo maltrataba, lo golpeaba hasta casi matarlo”.,sic., madre. El*

paciente expresa que cuando intenta despertar por la mañana no puede hacerlo, siente el cuerpo muy rígido y pesado, sólo puede abrir los ojos pero no puede levantarse de la cama hasta que transcurren algunos minutos, este suceso ocurre frecuentemente. Respecto a los fenómenos visuales experimentados, el paciente comenta que éstos no han intentado “hablarle” sólo le hacen señas para que se acerque a ellos.

El chico además, muestra interés en que la madre le compre un libro titulado “Cañitas” cuyo tema central es la aparición de un “espectro o ente” que habita en el hogar de una familia mexicana donde se generan algunos decesos de los personajes involucrados en dicha historia.

Menor de sexo masculino cuya edad cronológica es similar a la referida, de complexión regular y estatura adecuada para su edad. Se presenta a valoración en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, es notable el estilo de peinado con que se presenta; se infiere que invierte demasiado tiempo en el y que es extremadamente cuidadoso en darle diseño y forma que desea; vistiendo ropas acordes a su edad y sexo. En todas sus citas acude con puntualidad, (ausentándose en una ocasión) y era acompañado por la madre en todas ellas.

Tanto en la entrevista como en la aplicación del total del paquete de pruebas psicológicas el chico mantiene una actitud cooperadora, siguiendo instrucciones a la perfección y concentrándose en la actividad, empleando tiempo de relevancia en la realización de las mismas.

Su lenguaje es concreto y sólo responde cuando se le solicita dejando que sea la madre quien responda la mayor parte de la entrevista.

El menor es canalizado a la Clínica de la Adolescencia para realizar una *valoración proyectiva*; el motivo de consulta de acuerdo con el diagnóstico del psiquiatra es la presencia de trastorno esquizotípico.

### **8.3.1. Técnicas aplicadas.**

- ? Entrevista.
- ? Test gestáltico visomotor de Bender.
- ? Test del dibujo de la figura humana de Machover.
- ? Test de frases incompletas para adolescentes de Sacks.
- ? Test del H.T.P.
- ? Test de una persona bajo la lluvia de Hammer.
- ? Test de la familia de Corman.
- ? Test de cuadros para adolescentes de Symonds.
- ? Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes.

### **8.3.2. Integración de resultados.**

En la reproducción de los modelos gestálticos (anexo 21), el menor es sugerente de tensión emocional presentando en su ejecución, repaso del dibujo y de los trazos (fig. 7), así como tamaño pequeño (fig. A, 4), lo que indica que estos factores se asocian a impulsividad, agresividad, timidez y retraimiento.

En la realización del Machover (anexo 22 y 23), y de acuerdo al tamaño y posición espacial respecto a la hoja, C.S. muestra poseer equilibrio emocional, que se caracteriza por ser una persona autodirigida y que adapta bien a las situaciones, mostrando rasgos de inseguridad, poca tolerancia a la ansiedad con tendencias al retraimiento con acentuación de la fantasía (ubicación ligeramente en parte superior de la hoja). La primera figura (anexo 22), es acorde al sexo del dibujante lo que indica que se encuentra bien identificado con su rol sexual.

Ambas figuras, son colocadas ligeramente de perfil, sinónimo de evasión, elude enfrentarse a las exigencias del medio ambiente; la omisión u ocultamiento de los ojos nos indica precaución, contacto inadecuado con el ambiente así como posible culpabilidad en relación a tendencias voyeuristas.

Sus relaciones interpersonales son reservadas. La presión fuerte de la línea indica tensión interna expresada en agresión. La aparición de orejas en ambos dibujos indica que C.S. dedica demasiada atención a la opinión que los demás puedan tener de él, es decir, muestra hipersensibilidad a la crítica, además de posibles aspectos orgánicos. Verbalmente es una persona agresiva quizá, con tendencias sádicas. La barba en los dos dibujos se caracteriza por estar enfatizada lo cuál, indica tendencias agresivas de dominio, alto nivel de impulsos, quizá empleado como compensación a sentimientos de debilidad e indecisión. El cuello corto en las dos figuras muestra tendencia a la testarudez e impulsividad, deseando evitar que impulsos obstaculicen su inteligencia, así como impotencia en el dominio de impulsos. Los brazos flexionados indican actitud de sospecha, manteniendo actitud hostil y sentimientos de rechazo. La cintura en la figura femenina (anexo 23), es remarcada signos de irritabilidad y tensión. Los ojos en la mujer son elaborados lo que nos infiere tendencia al acting out y características paranoides; también los ojos de en esta figura, se realizaron sin pupilas, rasgos asociados con introversión. La figura masculina (anexo22), tiene como accesorios, un balón y una gorra --que además le cubre los ojos, con lo que infiere rasgos de culpabilidad por haber observado situaciones que no eran de su agrado, introversión o negarse a ver la realidad,-- elementos con lo que busca reafirmar su virilidad. Analizando las historias en ambas figuras, resaltan elementos de desafío hacia figuras de autoridad, narcisismo, egoísmo, castigo y competitividad\* .

En el test de persona bajo lluvia (ver anexo 24), se observan índices que detectan la presencia de mecanismos de defensa inadecuados, la figura carece de cualquier objeto que lo proteja de la lluvia, permitiendo así el contacto del cuerpo con ésta; su estructura defensiva es débil experimentando gran cantidad de estrés y/o angustia; mantiene un inadecuado autoconcepto ya que la cabeza esta en

---

\* Narraciones del Machover de C.S. Figura masculina: “Era una vez un chavo al que le gustaba mucho el futbol y era muy bueno, era el goleador del equipo pero tenía un defecto que era que nunca daba pase, hasta que un día el entrenador le dijo que si no daba pase lo iba a castigar pero él no hizo caso a eso y siguió así, hasta que llegaron a la final y se quedó sin jugar el partido más importante”. Figura femenina: “Era una vez una chava muy tímida que no tenía amigos, y todos se burlaban de ella pero un día fue de visita a su casa, una prima de ella quien le enseñó a patinar y a ella le gusta; y se volvió muy buena en eso, y un día hubo un concurso ahí por su casa y ella ganó y desde ahí ella se burló de los demás” sic. usuario.



desproporción al tamaño del tronco; es inadaptado en sus relaciones sociales con rasgos de dependencia, empleando como mecanismos defensivos la regresión y negación. La omisión del cuello de esta figura indica que C.S. es un chico que tiene conciencia de la escisión de su personalidad. La distorsión en los ojos (grandes y oscuros), se asocian con la desconfianza del sujeto, agresión, evasión, aislamiento lo cual indica fallas en el contacto con el mundo exterior y sentimiento narcisista; presentando además, excesiva preocupación por si mismo y por el contacto con la realidad. La boca de forma cóncava sugiere rasgos de dependencia, inseguridad y tensión. El trazo reforzado de este dibujo indica la existencia de temor a la despersonalización así como, falta de confianza en sí mismo. Como se observa en el anexo 24, se encuentra inmersa en un charco de agua, esto puede indicar que el individuo se siente incapaz de solucionar su problema.

El test H.T.P. (anexo 25), la casa representa la vida hogareña del sujeto; la ubicación de la casa es en la parte superior derecha de la hoja, rasgos asociados con lucha no realista, fantaseo y frustración. Un techo grande indica fantasía y problemas de interacción, la puerta pequeña habla de resistencias, de un individuo alejado de las relaciones interpersonales. La puerta se encuentra sobre la línea base de la casa. Las ventanas muy grandes nos habla de las necesidades emocionales del sujeto. La lejanía de la casa nos habla de la imagen de sí mismo como sujeto aislado e inaccesible y de su incapacidad de confrontación. Se observa que la línea del suelo de la casa esta formada por pasto, lo que nos habla de la realidad del sujeto y de ser una persona práctica. Existe un sendero empedrado que conduce hacia la casa, esto habla de las defensas de la personalidad del joven, el camino empedrado infiere obstáculos, por lo tanto, se habla de problemas graves de la personalidad relacionadas al medio ambiente. Los detalles como las montañas del fondo, indican necesidades orales e inseguridad que experimenta C.S.

El árbol del H-T-P (anexo 25), es el autorretrato del sujeto, el tronco representa la fortaleza básica de la personalidad y las ramas son los recursos que el individuo posee para obtener satisfacciones del medio, son los brazos de la persona. El tronco es de trazo débil, lo que representa ansiedad, temor a la pérdida de la identidad o de la personalidad, las raíces sobresalen en la superficie de la tierra indicador de posible deterioro en el criterio de la realidad. Las ramas son pequeñas y el tronco grande, indicador de frustración e incapacidad para satisfacer necesidades básicas, además que su forma es afilada, fenómeno asociado con presencia de impulsos hostiles y agresivos. La copa del árbol en forma de nube se extiende sobre la casa, indicador de fantasía. En el tronco se destaca la presencia de una cicatriz, signo asociado con un posible trauma. El tamaño pequeño de la persona, sugiere inseguridad, aislamiento, descontento, regresión y rumiación acerca del pasado. Los brazos por detrás de la cabeza, representa sentimientos de culpa, los ojos cerrados indican introversión social, el cuello omitido es asociado con impulsividad.

Se percibe como incapaz de solucionar sus problemas, experimentando una sensación sumamente conflictiva, presentando reducción en su capacidad de autocrítica en un esfuerzo por parecer seguro, firme y decidido, ocultando los aspectos más vulnerables de su personalidad. Manifestando fuertes tendencias a la autoafirmación de sus características masculinas que exageran respuestas que manifiestan su rudeza y autosuficiencia, siendo además reducida su capacidad de insight.

En cuanto a la interpretación del plano gráfico del test de la familia (anexo 26), se observa que los movimientos son restringidos ya que ocupan una mínima parte de la hoja, indican inhibición de la expansión vital y tendencia a replegarse a sí mismo. Los trazos son fuertes, esto es igual a desbordamiento y desequilibrio; parecería que esto nos indica pulsiones brutales, a veces reaccionales ante un temor de importancia. El sector de la hoja utilizado es la parte superior de la misma, indica imaginación, caracterizado por ser un muchacho soñador e

idealista. Las extensas zonas blancas de la hoja indican lugares que no se pueden tocar (prohibiciones). La dirección de los trazos es de izquierda a derecha, es decir, son movimientos progresivos.

En el plano de las estructuras formales dibuja en primer lugar a la madre (anexo 26), posible sobrevaloración de esta figura. El padre es colocado al último, a la orilla de la hoja, posible sentimientos de desvalorización de la figura paterna. A pesar de que ambos padres son dibujados con expresión severa y prohibitiva, el hijo es colocado muy cerca de la madre, incluso existe un leve contacto de éste (con la mano), hacia el cuerpo de la madre, es decir, se coloca al lado de una figura de poder, quizá como necesidad de seguridad, en busca de un acercamiento afectivo. En cambio con el padre parece que la relación es a distancia, así, el chico indica la dificultad que tiene para establecer una buena relación con este personaje. En el plano del contenido, existe la presencia de un animal; cuando se representa un animal doméstico, un perro en este caso puede representar a hermanos, cuya importancia el paciente quiere reducir, ya que no se le coloca como persona. Puede estar proyectando su hostilidad a través de este animal. Presenta una desvalorización de la figura paterna con respecto a la figura materna, manteniendo una visión inflexible y estricta del padre, en general la proyección hacia el género masculino es negativa.

La escala del Manual Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes, el paciente obtuvo el siguiente perfil de acuerdo a las Escalas Básicas (anexo 27): 498 61-73/520#F/K:L. La escala Infrecuencia (F), se encuentra dentro de la norma, la escala Mentira (L), se ubica por debajo de lo normal, un puntaje significativamente bajo implica reducción en la capacidad de insight; la escala defensividad (K), también se encuentra por debajo de lo esperado, la reducción implica la sensación de ser incapaz de enfrentar y resolver sus problemas, experimentando una sensación sumamente conflictiva, además de presentar una exageración consciente o inconsciente de su grado de sintomatología como una medida de súplica de ayuda bajo una situación de tensión. Por otro lado, el

puntaje obtenido por C.S. se encuentra dentro de la norma en la mayoría de los perfiles, únicamente rebasa la norma en la escala Dp, Es y Ma, correspondientes a desviación psicopática, esquizofrenia e hipomanía, sugiriendo que el usuario es un tipo egocéntrico, narcisista, con dificultades para establecer relaciones interpersonales duraderas y profundas (empleando con exageración el mecanismo de la fuga a la fantasía como forma de defensa ante dicha incapacidad), tiende a evitar responsabilidades y compromisos. Trata de conseguir inmediatamente lo que desea, sin reflexionar en las consecuencias de sus actos, sin capacidad para postergar la satisfacción de sus necesidades. Problemas para establecer vínculos con figuras de autoridad. Declara tener una conducta poco controlada. En la escala de depresión (D), el paciente generó un puntaje por debajo de lo esperado, la disminución se interpreta como una reducción en la capacidad de autocrítica, en un esfuerzo por parecer seguro, firme y decidido, ocultando así los aspectos más vulnerables de su personalidad. En Masculinidad-Femineidad (Mf), también obtuvo puntaje bajo, este resultado describe a sujetos con fuertes tendencia a la autoafirmación de sus características masculinas, que exageran respuestas que manifiestan rudeza y autosuficiencia

Por otro lado, en el perfil de escalas de contenido y suplementarias (ver anexo 28), el menor obtuvo el puntaje más alto en la escala ESC-A correspondiente a problemas escolares, se hacen notar problemas de conducta (PCO-A), se observa la presencia de inmadurez y cinismo (INM-A y CIN-A), presencia y reconocimiento de problemas con el alcohol (MAC-A, RPAD y TPAD), además de arrojar un nivel muy por debajo de la norma en el ítem correspondiente al área de R-A (represión).

El test de cuadros de Symonds se caracteriza por el relato de historias que van desde el héroe que experimenta soledad y aislamiento pero con decisión de poder cambiar el futuro para obtener una mejor calidad de vida ya sea por iniciativa propia o por métodos correctivos de figuras representativas.\*

---

\* Por ejemplo: en la lámina B6 (anexo 6.6); se lee: “ Había una vez un chavo que desde chico no tenía amigos y lo único que hacía era ver a los niños de las otras calles jugar por la ventana, sólo por tener flojera de salir y así creció hasta que se hizo viejo y nunca supo lo que era tener un amigo”. Lámina B3 (ver anexo 6.3), “Era

El test de frases incompletas de Sacks (anexo 29), indica los sentimientos de desvalorización que tiene de la figura paterna, expresando incompreensión además de que éste es muy estricto con el menor. El grupo familiar es considerado como una familia represora, añorando la infancia donde se le proporcionaba afecto y cariño. La relación de C.S. con figuras de autoridad se caracteriza por continuos roces. Su mayor temor es la soledad y el saber que en ocasiones no puede controlar sus impulsos. Experimenta culpa por haber abandonado la escuela. El futuro le parece incierto, sin embargo, está convencido de que algún día obtendrá un título universitario. Mantiene un autoconcepto devaluado ya que se percibe como un joven rebelde y flojo.

Cabe mencionar que la habilidad del joven para el dibujo es sobresaliente, siendo totalmente autodidacta ya que jamás C.S. ha tomado curso alguno sobre pintura y/o dibujo; según palabras de la madre ahora el chico reproduce en un muro de su casa una de las obras de Leonardo Da Vinci (La última cena).

### **8.3.3. Sugerencias de tratamiento.**

- ? Canalizar al menor a Terapia de Grupo para fomentar el desarrollo de habilidades sociales.
- ? Instruir en la técnica de detención del pensamiento para detectar sus pensamientos negativos automáticos y disminuir mediante esta su frecuencia de conductas agresivas.
- ? Aunado al punto anterior, fomentar la actividad artística de la pintura cómo actividad reforzante cuando C.S. realice conductas socialmente adaptables.

---

una pareja que se acababa de casar y era muy feliz, pero tenía un secreto, pues el chavo era un golpeador de mujeres y siempre le pegaba; pero ella nunca hizo nada por miedo a las amenazas. Hasta que un día le platicó a su mejor amiga y ambas se armaron de valor y lo denunciaron y ahora él está en la cárcel”. Lámina A5 (anexo 6.5): “Era una chica a la que le gustaba muy poco la escuela pero sus padres la mandaban a fuerzas al mejor colegio del rumbo, el cuál ella no sabía aprovechar y no entraba a clases, se iba de pinta sola, a un llano a pasar el tiempo. Hasta que un día su mamá la cachó y le puso una santa paliza que nunca más le quedaron ganas de volver a hacerlo”. Lámina A1 (anexo 6,1) “Era una vez un pueblerino que llegó a la ciudad muy emocionado, pero al darse cuenta de lo que esta llena la ciudad como asaltos, contaminación, mucho ruido, drogas e inseguridad, cosas que no había en su pueblo, aparte de naturaleza y tranquilidad, decidió regresar con su familia”.

- ? Evitar en la medida de lo posible el acercamiento a medios de comunicación pertenecientes al género de terror.
- ? Valorar posible estado depresivo.
- ? Realización de la Escala de Inteligencia de Wechsler para determinar C.I.
- ? Psicoeducación al usuario sobre las consecuencias que tiene el consumo de alcohol en cantidades excesivas.

#### **8.4. Un caso de bajo rendimiento crónico; descartar trastorno afectivo y valoración de coeficiente intelectual.**

Menor de 12 años 07 meses que es traída a esta institución a causa de lentitud en el aprendizaje escolar reportando que este comportamiento se detectó desde el nivel preescolar; mostrando distracción, con tendencias a aislarse y con poco interés a participar en actividades colectivas propias de su edad, además presenta conductas fisiológicas como ansiedad, hiperhidrosis palmar, temblor fino ante situaciones estresantes, anhedonia, hiperfagia, enuresis desde los seis años de edad; se come las uñas (onicofagia) ocasionalmente y poca tolerancia al ruido; también, presenta conductas de rascarse compulsivamente el estómago y pies con cepillos o cualquier otro objeto que se encuentre a su alcance hasta llegar a sangrar estas partes.

La madre de la niña se encuentra privada de su libertad permaneciendo recluida desde hace seis años en una institución preventiva de esta ciudad; la señora es acusada de asesinato de un menor, es condenada a cumplir una sentencia de cuarenta años y al parecer la declaración de la niña desempeñó un papel determinante para el encarcelamiento de su madre.

Menor de sexo femenino cuya edad cronológica aparente es igual a la referida de complejión robusta y estatura adecuada. La usuaria se presentó a valoración en regulares condiciones de higiene y aliño personal. Vistiendo ropas acordes para su

edad y sexo. A sus citas la niña acude con puntualidad y es acompañada en todas ellas por la abuela paterna.

Durante la realización de la entrevista G.M. guardó silencio durante el transcurso de la ésta, sólo intervino cuando se le cuestionaba directamente; mantuvo contacto visual inconsistente y se le notaba ansiosa, ya que continuamente retorció con ambas manos algunas partes de la chamarra que traía puesta, sus respuestas eran emitidas con un tono de voz bajo y apenas audible.

Al solicitarle el nombre de su madre la paciente se sobresaltaba, volteaba a ver a su abuela y se notaba ansiosa, negándose a expresar el nombre, pero finalmente lo hace.

Durante la ejecución del total de técnicas psicológicas la niña se mostró atenta, cooperadora, seguía instrucciones correctamente, sin embargo, perdía por momentos la concentración pero se esforzaba por continuar con las actividades planeadas; gradualmente el nerviosismo y la ansiedad inicial fueron cediendo hasta mostrarse relajada.

El motivo de consulta por lo que la niña es canalizada a la Clínica de la Adolescencia es bajo rendimiento académico, se solicita la valoración de coeficiente intelectual, así como descartar un posible trastorno afectivo. Por todo lo anterior, el tipo de valoración que se realizó a G.M. es un *estudio psicológico completo*.

#### **8.4.1. Técnicas aplicadas:**

- ? Entrevista.
- ? Test gúestáltico visomotor de Bender.
- ? Test del dibujo de la figura humana de Machover.
- ? Test de frases incompletas para adolescentes de Sacks.

- ? Test del H.T.P.
- ? Test de una persona bajo la lluvia de Hammer.
- ? Test de la familia de Corman.
- ? Test de cuadros para adolescentes de Symonds.

#### **8.4.2. Integración de resultados.**

De acuerdo a la valoración, se reportó lo siguiente: en la reproducción de los modelos gestálticos (anexo 30), la menor es sugerente de alteración perceptomotora ya que presentó rotación, así como también nos sugiere tensión emocional caracterizándose por presentar repaso del dibujo y de los trazos y segunda tentativa; indicadores relacionados con impulsividad, agresividad y ansiedad.

El Test de la figura humana de Machover de la usuaria (anexo 31 y 32), de acuerdo al tamaño y posición de la figura es hacia abajo ligeramente a la izquierda, sinónimo de pesimismo, inseguridad, depresión (inactividad). La primera figura es no acorde a su sexo (anexo 31), posible conflicto en la identificación sexual; se observa que ambos dibujos están colocados de frente, lo que demuestra su deseo de enfrentamiento a las exigencias del medio. La línea es de presión fuerte manifestando posible tensión interna expresada en agresión. Sobrevalora la inteligencia por frustración, empleando la fantasía como fuente primaria de satisfacción, mantiene un ajuste social y emocional pobre; lo anterior es definido en base al tamaño de la cabeza. La boca abierta y mostrando la lengua indica dependencia y pasividad oral. Existe omisión de cuello, característica de posible retraso mental además de inmadurez, ---esté último, signo que aparece también en el árbol del H.T.P. expresando que éste tiene una edad de siete años.-- Las piernas en ambos dibujos son débiles y delgadas, indicio de ser una persona involutiva, con posible deterioro psicológico; los pies alargados en las dos figuras manifiestan la fuerte necesidad de seguridad, el ancho del tronco regularmente es dibujado por personas obesas. Los hombros



cuadrados manifiestan tendencias agresivas y hostiles así como, irritabilidad y tensión, respecto a impulsos corporales debido a la cintura reforzada. En el dibujo no. 1 del Machover (anexo 31), destaca la corbata y una especie de pené entre las piernas lo que indica sentimientos reprimidos de inferioridad sexual, conciencia de debilidad sexual así como interés en este tema, además de que esta figura es una caricatura con lo que G.M. demuestra su hostilidad por la gente.

En el test de una persona bajo lluvia (anexo 33), G.M. se percibe como una niña deficiente de recursos defensivos lo que le impide un adecuado funcionamiento para enfrentarse al medio ambiente, se repliega a sí misma cuando este le provoca gran cantidad de estrés, empleando el mecanismo de la regresión y negación para ignorar o evadir los estímulos ambientales por lo tanto, experimenta sentimientos intensos de inadecuación e inseguridad, manteniendo conductas infantiles como orinarse en la cama o comerse las uñas (onicofagia), para experimentar que así puede mantener la atención y la comprensión de las personas que le rodean, sintiendo que sólo así puede satisfacer inmediatamente sus necesidades. Cuando no lo consigue y la ansiedad la sobrepasa tiende al "acting out" manteniendo explosiones temperamentales, por ejemplo rascándose compulsivamente el cuerpo con cepillos. Lo anterior genera una desvalorización de la realidad natural fugándose a la fantasía y manteniendo sentimientos de dependencia hacia esas personas de quienes demanda su comprensión y cariño. En caso de no encontrar apoyo, estas personas son sustituidas por elementos de entretenimiento como la televisión invirtiendo gran cantidad de tiempo frente a la pantalla.

En el plano gráfico del test de la familia (anexo 34), se observa la existencia de inhibición de espacio vital e introversión ya que los movimientos son restringidos. Todos los miembros de la familia son realizados con trazos estereotipados, indicio de carácter obsesivo así como vivir dominado por las reglas. Se observa la existencia de instintos primordiales de conservación de la vida, cansancio y

depresión según el sector de la hoja utilizado. Las zonas de prohibiciones son extensas, ya que la mayoría del espacio de la hoja permanece en blanco.

En el plano de estructuras formales destaca la importancia que tiene la madre siendo éste el primer dibujo realizado. Dibuja a distancia al padre expresando así la relación que mantiene con esta figura; entre las dos figuras de autoridad se integran dos niñas como sinónimo de protección. El padre tiene el puño cerrado quizá indicando agresividad, además, todas las figuras femeninas carecen de manos o bien las mantienen ocultas mostrando la carencia de contacto físico con estas figuras.

Se observa que el techo de la casa en el H.T.P. (ver anexo 35), es grande posicionando problemas de interacción, dedicando mucho tiempo a la fantasía. Las paredes de la casa son líneas simples indicador de baja o falta de defensas de la personalidad de niños que padecen miedos y que son tolerantes o pasivos. Las ventanas están protegidas por rejas, representando el miedo a ser dañada, tiende a alejarse del medio ambiente y mantiene niveles altos de ansiedad. La chimenea en mujeres significa un escape de la realidad. Las ramas del árbol son afiladas indican presencia de impulsos hostiles y agresivos. El árbol se encuentra en la base del borde del papel asociado esto con inseguridad, carece de raíces lo que significa inadaptación y represión. El árbol le recuerda a su madre "por lo joven que es" sic. paciente. Las cicatrices en el tronco nos indican trauma, además expresa que dentro del árbol vive una ardilla, sinónimo de regresión. En la persona se observan brazos en forma de espagueti, indicador de dependencia y organicidad, además de que son muy pequeños mostrando culpa e inadecuación, la cabeza grande nos indica regresión, el cabello está enfatizado mostrando preocupación sexual; las manos cerradas en forma de puño indican agresión reprimida.

Establece inadecuados contactos sociales además de que mantiene la sensación de ser observada, mostrando ansiedad y tensión por lo que existe inhibición del espacio vital de contacto tendiendo a aislarse y a la depresión. Presenta inactividad caracterizándose por períodos extensos de letargo físico principalmente en largos ciclos de sueño.

En el test de cuadros de Symonds es de suma importancia los relatos que la niña realiza; en las veinte historias los temas recurrentes son, el abandono, negligencia, desempleo, asaltos, robos, fraudes, enfermedad, consumo de drogas, muerte y prostitución; sólo dos finales culminan gratamente para el protagonista\*.

De acuerdo a los resultados arrojados por el test de Sacks (anexo 36), la paciente percibe el ambiente familiar como restrictivo, experimentando sentimientos de rechazo por lo mantiene baja autoestima además de que considera nula la felicidad hogareña. Su visión del futuro es pesimista, siente que es incapaz de enfrentar satisfactoriamente su problemática. Posee inadecuada identificación con

---

\* Por citar algunos ejemplos. Lámina A5 (anexo 6.5.) “Una vez una señora que tenía 21 años, no podía encontrar escuela porque cuando era chica no la dejaban ir, pero se metió a un curso y empezó a trabajar. Una vez se enfermó, y el doctor le dijo que iba a tener un hijo, y la señora no quería casarse y encontró un muchacho; y la señora se casó con él. Tuvieron un hijo y el señor se fue de la casa con otra mujer y la señora empezó a llorar, su hijo tenía 1 año, lo vendió por dinero y la señora empezó a llorar. El señor volvió y cuando llegó dijo que se iba a morir y que hizo su testamento. Le dejó todo el dinero a su esposa y a su hijo, toda su fortuna y el señor se murió y la señora también dijo que iba a morir, dejó toda la fortuna al niño, el niño creció, se casó y fue feliz con su familia”. Lámina A7 (anexo 6.7.), “Una señora de 30 años y un señor de 20 años, ella dijo que sí quería casarse con su hija porque el niño era rico. Hicieron una fiesta para conocerse, se conocieron y se casó con ella; y su papá de él se murió, luego su mamá se fue del país y el niño del señor nació. La esposa no quería al hijo y la señora se fue con todo su dinero y le dejó al hijo. Se arrepintió y regresó, cuando vio el señor ya estaba muerto y el bebé estaba allí con él, chillando. La señora lo recogió y fue a enterrar a su esposo para que nadie se enterara, lo buscaban y no lo encontraban. La señora mintió y se fue con otro, vio a un muchacho, se casó con él y al niño lo vendieron. El niño creció y dijo que él iba a encontrar a su verdadera madre, la encontró y se quedó con ella”. Lámina A10 (anexo 6.10), “Fueron a ver a un mago un señor que le decía su futuro, le pregunto a la bola como iba a ser el futuro de los muchachos. Dijo que iban a tener 1 hijo que se llamaría Cristian, que iba a morir a los 4 años en unos cuernos de toro, el papá tenía muchos toros pero los vendió para que no se muriera el niño. Le regalaron al niño unos cuernos de toro, el niño estaba arriba, el regalo estaba abajo; se tropezó y cayó de las escaleras y cayó arriba de los cuernos y murió; y ya no pudieron hacer nada”. Lámina B9 (anexo 7.9), “Era una vez un señor que vivía en el rancho, llegó otro señor y le pregunto si le vendía su rancho, dijo que no. Como el señor era rico lo metió a la cárcel porque no le quiso vender su rancho. Su esposa lo fue a buscar, lo encontró en una cárcel, le preguntó al policía por qué estaba ahí, él dijo que había matado a alguien y no era cierto (el señor rico inventó todo esto para meterlo a la cárcel). El señor preso le dijo que buscara a su hermano porque era abogado. Prometió que iban a encontrar pistas. El señor preso le contó todo, espionaron al señor rico, encontraron pruebas y lo metieron a la cárcel y salió libre el señor preso”. sic. M.G.

su rol psicosexual ya que desde muy pequeña fue separada de la madre, de ahí que experimente ambivalencia en la identificación sexual experimentado preocupación por esto.

En cuanto a la evaluación del WISC (anexo 37), los resultados obtenidos fueron los siguientes: la menor obtuvo un C.I. Global de 70 pts., ubicándose así con un funcionamiento intelectual de deficiente mental superficial para su edad, teniendo un mejor desempeño en la Escala de Ejecución con respecto a la Escala Verbal. En la Escala de Ejecución, se observa que la menor presenta ansiedad que afecta la atención y concentración, además de dificultades en la organización visual lo que sugiere problemas perceptivos; una capacidad de planeación deficiente, preocupación excesiva por los detalles irrelevantes y letargo así como una actitud negativa. En la Escala Verbal, se pone de manifiesto que la usuaria posee un rango de información y memoria deficientes, dificultad para expresar verbalmente las ideas, inadecuación para el cálculo mental, déficit de atención, distracción y ansiedad, sobre todo en la realización de tareas de tipo escolar, pensamiento conceptual deficiente, es decir, la niña presenta un tipo de pensamiento concreto, por lo tanto, experimenta rigidez en los procesos de pensamiento, además de un juicio social deficiente. Muestra fracaso al tomar una responsabilidad personal presentando sobredependencia, inmadurez y trato limitado con los demás. Como posible causa de los elementos antes mencionados se podría argumentar que es debido a antecedentes de un ambiente familiar y educativo poco estimulantes que limitan en gran medida el desarrollo de dichas actividades.

Resumiendo, se trata de menor de sexo femenino que sugiere problemas de tipo emocional y perceptivos que la llevan a mostrarse ansiosa e impulsiva ante situaciones que percibe como amenazantes. Emplea la regresión y la negación para evadir los estímulos ambientales, además adopta conductas infantiles posiblemente como un mecanismo de expresión de su necesidad de atención por parte de las personas que le rodean. Se caracteriza por ser demandante y dependiente, muestra tendencias al aislamiento y de mantener inadecuados

contactos sociales así como, desinterés por realizar actividades propias de su edad y una pasividad física excesiva.

De acuerdo con la sintomatología presentada por la niña se puede afirmar que presenta las características necesarias para clasificar la problemática presentada dentro de los criterios descritos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994), como un cuadro de distimia.

#### **8.4.3. Sugerencias de tratamiento.**

- ? Canalizar a la menor a la Clínica de la Conducta para modificar el comportamiento de enuresis y de rascarse compulsivamente.
- ? Terapia Familiar.
- ? Hablar con el padre sobre la importancia que tiene que él también valore la posibilidad de iniciar tratamiento psicológico además de tratar de concientizarlo para que coopere en la medida de lo posible con la problemática de la niña.
- ? Realizar a la niña un examen visual para descartar posible déficit visual.
- ? Que la menor reciba apoyo psicopedagógico.
- ? Enviar a la niña a Terapia de Grupo para que desarrolle habilidades sociales así como de asertividad.
- ? Valorar tratamiento farmacológico.

#### **8.5. Un caso de trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos; rasgos límite de personalidad e intento suicida.**

Menor de 13 años 07 meses de sexo femenino que acude a esta institución porque: *“traté de quitarme la vida, el motivo fue por un muchacho, porque lo vi con otra...él me dijo que había posibilidades que él y yo andáramos y cuando lo vi, ya andaba con otra. Me sentía triste porque me había engañado....así que me tomé unas pastillas que toma mi abuelita” sic., paciente.*

Después de este suceso la madre nota un cambio en el comportamiento de M.C. ya que ahora se comporta de manera agresiva, sobre todo con su hermana “*es muy burlona, desobediente*” sic., madre, además de que presenta llanto con frecuencia.

La edad aparente es igual a la referida, de complexión regular y estatura baja. Acude a valoración en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, viste ropas acordes a su edad y sexo. A sus citas acude de forma puntual acompañada en todas ellas por la madre.

Durante la entrevista como en la aplicación del paquete de pruebas psicológicas, M.C. mantuvo una actitud cooperadora.

De acuerdo a la hipótesis planteada por el psiquiatra la niña es enviada a la Clínica de la Adolescencia con un diagnóstico de trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos, rasgos de personalidad límite e intento suicida. Por lo que solicita la realización de una *valoración de tipo proyectivo*.

#### **8.5.1. Técnicas aplicadas.**

- ? Entrevista.
- ? Test giestáltico visomotor de Bender.
- ? Test del dibujo de la figura humana de Machover.
- ? Test de frases incompletas para adolescentes de Sacks.
- ? Test del H.T.P. de Hammer.
- ? Test de una persona bajo la lluvia de Hammer.
- ? Test de la familia de Corman.
- ? Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes.

### **8.5.2. Integración de resultados.**

En la integración de resultados se observa lo siguiente: en la reproducción de los modelos gestálticos (anexo 38), no se hace evidente ningún tipo de alteración ya sea emocional o perceptomotora ya que su ejecución se caracteriza por ser lo más parecido posible a la igualación de la muestra.

En la realización del test de la figura humana de Machover ambos facsímiles se caracterizan por tamaño pequeño (anexo 39 y 40), por lo que M.C. proyecta mantener una visión sobrevalorada del medio ambiente percibiéndolo como abrumador, tratando de evitar la estimulación que el medio le brinda para lo cual adopta tendencias regresivas, depresivas y de ocultamiento, además de reacciones sumisas y ansiosas generando un YO disminuido como consecuencia. La posición superior izquierda en la que son colocadas ambas figuras sugieren la presencia de inseguridad, evita los estímulos del exterior además de poca tolerancia a la ansiedad con tendencias al retraimiento y una fantasía acentuada, así como necesidad de apoyo.

Por la calidad de la línea se deduce que la cantidad de energía es bueno así como su ambición por lo que desea enfrentarse a las exigencias ambientales, pero la ansiedad, incertidumbre y falta de decisión se lo prohíben, experimentando sentimientos de constricción e inmovilidad (figuras rígidas y con brazos pegados al cuerpo).

De acuerdo al tamaño de la cabeza en ambos dibujos, M.C. valora la inteligencia por frustración empleando la fantasía como fuente primaria de satisfacción por lo que su aspiración intelectual es alta pero su ajuste social y emocional es pobre. Proyecta ser una joven introvertida, con mirada interior, con deseos de agradar y con simpatía forzada (nótese en ambos dibujos, los ojos pequeños, vacíos, carentes de pupilas y la boca delimitada por una simple línea). Se comporta verbalmente agresiva, en ocasiones es impulsiva con dificultad en control de

impulsos básicos además de experimentar sentimientos de debilidad corporal (cuello corto y delgado) \*.

El nivel de recursos defensivos es deficiente (anexo 41, test de la persona bajo lluvia), se observan rasgos de dependencia, inseguridad y tensión empleando como mecanismos defensivos la regresión, proyección y negación. Presenta falta de confianza en sí misma por lo que mantiene problemas de interacción social (manos ocultas), disminuyendo su autoestima creando así un autoconcepto inadecuado (cabeza en desproporción al tamaño del tronco), ya que la imagen que tiene de sí misma es la de una chica aislada e inaccesible con incapacidad de confrontación, temiendo a ser rechazada, sin embargo, al mismo tiempo proyecta necesidades emocionales principalmente buscando a *“alguien que me quiera”*, sic. paciente, lo que la conflictúa demasiado, generando gran cantidad de incertidumbre. Los ojos vacíos se asocian con la desconfianza de la usuaria, agresión, evasión, aislamiento, lo cual indica fallas en el contacto con el mundo exterior y sentimiento narcisista.

En cuanto al ambiente familiar (ver test de la familia, anexo 42), presenta una sobrevaloración de la figura materna respecto a la figura paterna, percibiendo a éste como una persona alejada de los vínculos emocionales hija-padre, sin embargo, manifiesta su deseo de que si no tuviera hermanos, su padre la amaría más.

La agresividad lleva consigo una carga de sentimiento de culpa, (teme que los padres descarguen en ella, lo que ella descarga en su rival), se puede dar vuelta de la agresividad de contra sí misma y se puede manifestar a través de tendencias, a malquererse, despreciarse y manifestar estados depresivos lo cual

---

\* Los relatos del Machover se caracterizan por la soledad que los protagonistas experimentan, manteniendo una actitud flemática, pasiva, carentes de fuerza para cambiar en alguna dirección esta situación. Relato de la figura femenina que lleva por título “La niña triste” “Era una niña muy triste porque no tenía papá ni mamá, se sentía muy sola porque no había quien la consolara ni quien la apoyara, Hasta que un día la niña pensó que como no había nadie con ella, lo mejor sería resignarse y estar feliz”. sic paciente. Relato de figura masculina: “Era un niño de la calle que vivía solo, tan solo que no tenía con quien jugar ni con quien platicar, pero él platicaba solito y era muy feliz aunque no tuviera a nadie a su lado”. sic. M.C.



podría indicar una tendencia a reaccionar con sentimientos depresivos caracterizados por ser demasiado prolongados, mucho más de lo que dura el estímulo que los ocasiona. Lo que indica cierto índice de insatisfacción general con la propia vida, incluyendo sentimientos de falta de motivación, desesperanza y baja moral. Mantiene una adecuada identificación psicosexual.

Manifiesta la sensación de ser incapaz de enfrentar y resolver sus problemas experimentando una situación sumamente conflictiva. Además de una exageración consciente o inconsciente de su grado de sintomatología en un intento por “fingirse mal”, o como una súplica de ayuda bajo una tensión aguda.

El test del H.T.P., (anexo 43), habla de resistencias, de ser una persona alejada de las relaciones interpersonales, notándose la falta de defensas de la personalidad, la chimenea nos habla de escapé de la realidad. El árbol carece de raíces y ramas lo que indica que M.C. se asume como una persona carente de recursos para obtener satisfacciones del medio, esto se confirma con la omisión de manos en el dibujo de la persona, mostrando rigidez y aislamiento.

Los relatos narrados para el test de Symonds aunque la mayoría de las historias son cortas en extensión, no más de cinco renglones, todas ellas se caracterizan por tener final feliz donde el protagonista logra lo que desea \*

Uno de los mayores temores de M.C. es que la gente la rechace y que ella realice tonterías, en especial cuando no puede controlar sus impulsos, de acuerdo a los resultados obtenidos en el test de frases incompletas de Sacks (anexo 44), el subtest donde la usuaria generó altos índices de problemática fue en el área IX correspondiente a sentimientos de culpa, en particular por enamorarse de la

---

\* Ejemplos del test de Cuadros de Symonds de M.C. Lámina B8 (anexo 6.8), “Se trata de una mujer muy feliz porque al fin el hombre que estaba esperando llegó hacia ella y le pidió matrimonio y va a ser muy feliz”. Lámina B5 (anexo 7.5), “Se trata de una madre y una hija que discuten pero a la hija no le importa, porque su mamá lo único que quiere es que su hija sea feliz”. Lámina B10 (anexo 6.10), “Se trata de una muchacha que le gusta mucho estudiar y caminar por las calles, pero lo que más le gusta es pasar por un árbol que la llena de energía y fuerza para seguir adelante”. sic. M.C.

persona inadecuada, por sentir que éste la engañó porque no la quería. Además expresa sentirse culpable porque al nacer arruinó la vida de su madre, considerando que la peor cosa que ha hecho durante su vida es tratar de suicidarse.

Por otro lado, considera que tiene buenas capacidades en especial para el estudio, siendo una de sus metas a futuro estudiar enfermería para trabajar y poder ayudar a sus padres para así tener una casa propia.

Por último, los resultados obtenidos en la aplicación del MMPI-A, se determinó el siguiente perfil: 2'4513708-69/F-L/K. Indicando que en las Escalas Básicas (anexo 45), M.C. presentó tendencias a la exageración de la propia problemática, frecuentemente ocasionada por la sensación de impotencia para manejarla por sí misma, indicios de simulación (Escala F, Infrecuencia). La escala Mentira (L), se ubica dentro de la norma, por lo que se considera que las respuestas de la paciente son contestadas con honestidad. La escala Defensividad (K), con puntaje bajo implica la sensación de incapacidad para resolver sus problemas. La elevación en la escala Hipocondriasis (Hs), indica la necesidad de elaborar una defensa contra sus fallas, a la que intenta justificar mediante sus molestias físicas, prefiriendo reconocer éstas como la causa de su problemática antes que aceptar su origen psicológico. Buscando tolerancia y aceptación incondicional de quienes le rodean. Presentando tendencia a posponer el enfrentamiento de situaciones conflictivas utilizando alguna sintomatología física. Muestra signos de inseguridad, sentimientos de pesimismo hacia las propias actividades, capacidades y metas, actitud autocrítica que se convierte en el fundamento de una actitud derrotista y aprensiva, especialmente ante situaciones críticas (Escala D). La escala perteneciente a Histeria (Hi), ligeramente elevado, expresa su necesidad de aceptación, cariño y tolerancia que se demanda en forma exagerada, adquiriendo características de conducta infantil, exhibicionismo e histrionismo. Sus relaciones interpersonales se caracterizan principalmente por una fuerte dependencia hacia las personas por las que se siente aceptada. Muestra poca tolerancia a la

frustración y al rechazo. La elevación en la Escala Desviación psicopática (Dp), sugiere egocentrismo, narcisismo, que tiene dificultades para establecer relaciones interpersonales duraderas y profundas y tiende a evitar responsabilidades y compromisos. Trata de conseguir inmediatamente lo que desea, sin reflexionar en las consecuencias de sus actos, sin capacidad para postergar la satisfacción de sus necesidades. Aparenta ser firme, autosuficiente y capaz de tomar decisiones sin necesitar ayuda de los demás (Mf).

En las Escalas de Contenido y Suplementarias (ver anexo 46), M.C. muestra un elevado nivel de ansiedad, mantiene una baja autoestima con lo que muestra signos de depresión y preocupación por su propia salud. En la Escala RTR-A el nivel es significativamente alto relacionado con la perspectiva que tiene la usuaria a rechazar el tratamiento.

### **8.5.3. Sugerencias de tratamiento.**

- ? Terapia individual para intervenir en las ideas erróneas que mantiene sobre la competitividad del cariño entre el padre y sus hermanos.
- ? Intervenir en la identificación y buscar el cambio de cogniciones automáticas negativas por otras más adaptativas (técnica de detención del pensamiento).
- ? Terapia Grupal para fomentar el desarrollo de habilidades sociales.
- ? Ofrecer contención en los impulsos que la llevan actuar de manera agresiva ante otros como consigo misma.

### **8.6. Un caso de trastorno por estrés agudo.**

Menor de sexo femenino de 15 años 03 meses al momento de la valoración. La joven fue canalizada a esta institución por el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" después de un intento suicida ocurrido cuatro meses atrás. L.P. ingirió una cantidad desconocida de insecticida líquido para plantas, el motivo fue el extravío de un examen correspondiente a la materia de inglés, dicho examen

había sido aprobado con 9 de calificación. El examen debía ser firmado por los padres y ser devuelto al profesor, en caso contrario, el maestro consignó que aquel que no lo devolviera rubricado se haría acreedor a una calificación reprobatoria que incluiría los dos últimos bimestres.

La usuaria extravió el examen y al no localizarlo: *“me levantaba por las noches y lo buscaba, se acercaba el día de entrega del examen al profesor....y pensé.....primero muerta que reprobar, así no iba a sufrir la vergüenza de que reprobara y todos supieran, y que se burlaran de mí” sic., paciente.*

Por otro lado, el padre engendró un hijo fuera del matrimonio, el niño desconoce quién es su padre, el chico se encuentra en etapa adolescente y acude a la misma escuela a la que asiste L.P. pero en distinto turno; cuando la familia tiene conocimiento de la situación surgen problemas entre los padres de la paciente. El hijo desconoce que L.P. es su hermana, mientras ella sabe perfectamente que aquel niño es su hermano.

Durante la entrevista y sobre todo al indagar sobre la situación del hijo fuera del matrimonio de origen; la niña comienza a tronarse los dedos y a realizar movimientos corporales en su lugar, se cubre la cara con las manos, escuchando atentamente lo que el padre menciona, L.P. se nota angustiada e interrumpe el diálogo del señor expresando: *“ya papá, .....ya entendimos.....”.*, sic. ,paciente.

En ocasiones el padre sale de paseo con el joven (sólo se tratan como amigos y el chico desconoce que en realidad el señor es su padre), y esto ha ocasionado problemas con la familia de origen.

La edad aparente es similar a la referida, de compleción regular y estatura adecuada. Se presentó a valoración en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, vistiendo ropas acordes para su edad y sexo.

Acudió de forma puntual a todas sus citas y era acompañada en todas ellas por ambos padres.

En la entrevista como en la aplicación del paquete de las pruebas psicológicas L.P. mostró una actitud cooperativa, mantuvo en todo momento contacto visual y por momentos se tronaba los dedos; seguía instrucciones de forma correcta, iniciaba, mantenía y llevaba a buen término la actividad, trabajando con rapidez en todas las tareas asignadas.

### **8.6.1. Técnicas aplicadas.**

- ? Entrevista.
- ? Test gestáltico visomotor de Bender.
- ? Test del dibujo de la figura humana de Machover.
- ? Test de frases incompletas para adolescentes de Sacks.
- ? Test del H.T.P.
- ? Test de una persona bajo la lluvia de Hammer.
- ? Test de la familia de Corman.
- ? Test de cuadros para adolescentes de Symonds.
- ? Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes.

La usuaria es diagnosticada por el psiquiatra por presentar trastorno por estrés agudo sugiriendo la aplicación de un estudio de tipo *proyectivo*.

### **8.6.2. Integración de resultados.**

En relación con la valoración se reporta lo siguiente: en la reproducción de los modelos gestálticos (ver anexo 47), la menor es sugerente de alteración perceptomora ya que presenta distorsión en la figura 3 (sustitución de puntos por círculos), sin embargo, en su ejecución no se muestran algún tipo de indicadores

de alteración emocional ya que en su copia los modelos se caracterizan por ser lo más cercano posible a la muestra.

En la realización de los dibujos de figura humana de Machover (anexos 48 y 49), L.p. proyecta poseer una estructura de personalidad equilibrada, caracterizada por ser autodirigida y con capacidad de adaptación a las distintas circunstancias ambientales; lo anterior de acuerdo al tamaño y colocación espacial de ambas figuras, prácticamente éstas son colocadas en el centro de la hoja. Presenta gran cantidad de ambición y como consecuencia mantiene un buen nivel de energía si se remite a la presión de los trazos.

La primera figura del test de la figura humana de Machover (anexo 48), no es acorde a su sexo, expresando así necesidad de psicoterapia además de ambivalencia en la identificación sexual. Los ojos grandes indican tendencia al acting out, hipersensibilidad a la opinión social y agresividad. La boca abierta es sinónimo de pasividad oral y dependencia. Se observa que el cuello es corto y ancho, indicador de impulsividad y deseos de evitar que los impulsos obstaculicen su inteligencia, así como impotencia en el control de los mismos. Las manos pequeñas con dedos omitidos (en todas las figuras realizadas de los test proyectivos), sugieren que L.P. carece de contacto, sus relaciones sociales son limitadas.

Se observan signos de rigidez, tensión, defensas rígidas, cuando las piernas son dibujadas muy próximas entre ellas. Inseguridad y dependencia como sinónimo de pies pequeños. Los hombros cuadrados indican tendencias hostiles y agresivas.

El test de persona bajo la lluvia (anexo 50), no existe referencia alguna de utensilios para protegerse de la lluvia, por lo que el cuerpo es tocado por la lluvia, esto indica la presencia de mecanismos de defensa inadecuados en diferentes reacciones del sujeto ante situaciones de estrés. La gran cantidad de lluvia y el tamaño de las gotas refieren que L.P. experimenta gran cantidad de estrés,

angustia o amenaza por lo que su estructura defensiva es débil. La cabeza en desproporción al tamaño del tronco sugiere un inadecuado autoconcepto e inadaptación en las relaciones sociales, aunado a lo anterior, la paciente muestra desconfianza, agresión, evasión, aislamiento; lo cual indica fallas en el contacto con el mundo exterior y sentimiento narcisista; como mecanismo predominante esta la fantasía (ojos grandes y oscuros; además de brazos cortos). Las piernas largas indican la experimentación de cierta inseguridad personal. La figura parece rígida, predominantemente son dibujados por sujetos ansiosos y tensos. Mecanismos predominantes, represión, negación, introyección y evasión.

El techo grande de la casa (ver test del H.T.P, anexo 51), indica tendencia a fugarse a la fantasía, mostrando problemas de interacción; carencia de defensas de la personalidad, con la posibilidad de ser una niña que padece miedo y que es tolerante o pasivo. La puerta sobre la línea base de la casa es indicio de sujetos con negación a las relaciones personales y sociales. Se puede notar que las ventanas son grandes, cuando esto sucede se habla de necesidades emocionales. Existen accesorios como jardineras y flores, simbolizando que L.P. experimenta gran inseguridad cuando se encuentra fuera de casa. El árbol es del tipo de cerradura fragmentada presentado en individuos opositores y negativistas. En el interrogatorio posterior sobre el árbol L.P. expresa: *“es un árbol que está muerto, no está vivo porque no piensa. Ha estado muerto por 25 años, simplemente dejó de respirar, lo que provocó su muerte fue que no tuviera atención y que no lo cuidaran. El árbol se encuentra solo, tal vez, hubiera necesitado más árboles a su alrededor y más atención porque así no hubiera muerto. No volverá a vivir porque está muerto. Tiene un columpio, pero yo no jugaría ahí, porque el árbol ya murió y yo lo respetaría.” sic. L.P.* Cabe mencionar que en el dibujo de la persona, un aspecto a destacar es la omisión de manos lo que indicaría su carencia de contactos sociales.

El análisis del plano gráfico del test de la familia (anexo 52), cuando los movimientos son amplios y ocupan buena parte de la hoja indica que existe expansión vital y fácil extroversión de las tendencias yoicas. Algunos trazos son fuertes, pueden indicar desbordamiento. La familia es dibujada en lado izquierdo de la hoja indicio de ser una persona con características regresivas. En el plano de las estructuras formales del mismo test, L.P. dibuja en primer lugar al padre quién además carece de manos, indicio de falta de contacto con los demás integrantes de la familia; le sigue la madre, luego viene ella y finaliza con la hermana. Parecería que la figura paterna esta lejana a la familia, las tres integrantes del sexo femenino dan la impresión que van por delante de él, expresando la existencia de una relación a distancia de todos los integrantes de la familia con el padre. Proyecta signos de dependencia en particular de la figura materna ya que con está se siente protegida.

Lo que en ocasiones tensa la dinámica familiar es la situación del hijo fuera del matrimonio por parte del padre; por lo que L.P. teme que su padre abandone el núcleo de la familia de origen y vaya a vivir con la madre de su medio hermano.

En el cuestionario posterior al dibujo del test de la familia, L.P. menciona: *“la persona menos feliz de esta familia soy yo, por que tal vez no veo las cosas de manera positiva como todos los demás. También la persona menos buena soy yo, porque casi no ayudo a las personas, soy muy enojona y envidiosa”*. De acuerdo a lo anterior, se hacen evidentes los sentimientos de desvalorización que experimenta la usuaria como posible reacción depresiva.

En el test de cuadros de Symonds los relatos de L.P. se caracterizan por tener un final trágico en el que la constante es la muerte del personaje principal; los temas desarrollados son infidelidad, arrepentimiento, competencia entre hermanas, narcisismo, homosexualismo y asesinato \*.

---

\* Lámina A3 (anexo 6.3): “Era una mujer muy bonita y estaba embarazada. El día que iba a decirle a su esposo la noticia, se lo encontró con otra mujer y ella murió de tristeza.” sic. paciente. Lámina B8 (anexo 6.8): “Claudia era una hija excelente que a menudo discutía con su padre pero un día se sorprendió de que éste



El test de frases incompletas de Sacks (anexo 53), en el área correspondiente a temores, L.P. expresa que su mayor temor es *“morir porque dejaría a sus seres queridos tristes”*; teme no poder controlar sus impulsos ya que éstos la orillan a *“cometer tonterías y más errores” sic. paciente*, y que sus amigos la cataloguen como una chica enojona. Experimenta sentimientos de culpa en particular por haber atentado contra su vida. Considera que cuando era niña era feliz por lo que presenta sentimientos de regresión a su pasado. En todas las demás áreas de este test no se presentan alteraciones de significancia relevante.

En lo correspondiente a el MMPI-A la paciente obtuvo el siguiente perfil: 53'49-16/2870:L'-K/F. Respecto a las Escala Básicas (ver anexo 54), la escala Mentira (L), fue diseñada para evaluar la alteración de respuestas, cuando éstas reflejan las actitudes convencionales con que un individuo intenta mostrarse apegado a los valores sociales. Cuando más elevada, más grande es su necesidad de mostrarse socialmente ajustado, en ocasiones aún a costa de su propia individualidad, sin embargo, las escalas Infrecuencia (F) y Defensividad (K), se encuentran dentro de la norma. La usuaria obtuvo más de 65 puntos lo que muestra un intento poco sofisticado de presentar sus propias características de una manera favorable. La elevación en la escala Histeria (Hi), expresa la necesidad de aceptación, cariño y tolerancia que se demanda en forma exagerada, adquiriendo características de conducta infantil, exhibicionismo e histrionismo. Sus relaciones interpersonales se caracterizan por una fuerte dependencia hacía aquellas personas por las que se siente aceptada. Muestra muy poca tolerancia a la frustración y al rechazo. Es difícil que acepte que su problema es de tipo psicológico y la represión es uno de sus principales mecanismos de defensa. En el subtest Masculinidad-Femineidad (Mf), se caracterizó por funcionar como medida de ajuste ante diversas situaciones

---

cambiara su manera de ser y cuando regresó a casa se dio cuenta de que su papá había muerto y quiso despedirse de él.” sic. Lámina B4 (anexo 6.4): “Era una niña muy consentida por su madre y ella tenía una hermana que su madre odiaba. Un día la hermana menos querida murió y su madre se dio cuenta de cuanto la quería y murió también arrepentida.” sic. usuaria. Lámina B2 (anexo 6.2): “Se trata de una mujer muy bonita que se enamora de sí misma y causa la envidia de su hermana mayor la cuál, la odiaba. Siempre se miraba al espejo y se admira de cómo es, pero un día se da cuenta de que siempre estuvo enamorada de su hermana. Así que le dice lo que siente y su hermana la toma como una loca y la mata y se queda con toda su belleza.” sic. usuaria.

sociales, en mujeres la elevación indica la tendencia a aparecer firme, autosuficiente y capaz de tomar decisiones sin necesitar ayuda de los demás. La disminución en Psicastenia (Pt), indica falta de valoración de las experiencias, con la consecuente incapacidad para cambiar pautas de comportamiento que le pueden resultar problemáticas. Disminución en la capacidad de insight y de la angustia que surge ante el reconocimiento de la propia conflictiva. La reducción de Introversión Social (Is), muestra una tendencia a ser superficialmente comunicativo, interesándose más en las situaciones externas que en aspectos internos y aparenta ser dinámica, activa y convencionalmente ajustada a las situaciones sociales. Busca que el ambiente externo cambie y no percibe su responsabilidad en los conflictos, además busca aceptación y reconocimiento.

En cuanto al perfil de Escalas de Contenido y Suplementarias (anexo 55), L.P. arrojó un déficit de puntaje, la mayoría de las áreas se encuentra por debajo de la norma; únicamente reconocimiento de problemas con el alcohol o drogas (RPAD), es el área por encima de la norma, esta corresponde al reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas.

### **8.6.3. Sugerencias de tratamiento.**

- ? Terapia Familiar para fomentar mayor cercanía entre los miembros, así como fortalecer los vínculos familiares.
- ? Abordar la situación del hijo adolescente fuera del matrimonio.
- ? Terapia individual con el objetivo de contener sus frustraciones (sobre todo las académicas), y que aprenda a dirigir las de mejor manera posible y de una manera más adaptativa.
- ? Valorar la posibilidad de entrenamiento en relajación.
- ? Terapia grupal con el fin de generar habilidades sociales entre pares.

### 8.7. Un caso de trastorno límite y valoración de coeficiente intelectual.

La menor viene a este hospital en primera instancia porque una profesora de la secundaria detectó en ella cambios comportamentales canalizándola con el psicólogo de la institución educativa diagnosticándole depresión presentando llanto frecuentemente, *“me acuerdo de cosas y comienzo a ponerme triste sólo quiero dormir para olvidarme de las cosas.” sic. paciente*, esto sucede desde aproximadamente un año según refiere la madre, además de que a la señora continuamente le era solicitada su presencia en la escuela debido a que la paciente presentaba problemas con sus profesores ya que cuando le preguntaban algo ella se mostraba verbalmente agresiva.

La joven expresa también que su estado de ánimo es ambivalente *“puedo ir muy fácil de la alegría a la tristeza.” sic. paciente*. En el mes de Marzo la paciente ingirió una sobredosis de fármacos (tegretol) como respuesta a que el padre le negó un permiso para salir con sus amigos.

Durante el transcurso de la entrevista y al preguntarle sobre sus relaciones sentimentales la joven se nota muy nerviosa negándose a hablar al respecto, sin embargo, con el transcurso de las sesiones la joven gradualmente fue confiando más en el examinador hasta llegar a conversar sobre el tema del que en un inicio no quiso hablar. Espontáneamente mientras se le administraba una prueba psicológica la menor pregunta: *“¿es malo ser bisexual?” sic. paciente*, expresando que desde hace dos años mantiene relación sentimental con una persona de su mismo sexo y que cuando cursaba la secundaria se dio cuenta de que las mujeres le atraían, sin embargo, menciona que también ha tenido parejas masculinas.

La pareja femenina de la joven acude con regularidad a casa de está por lo que su madre constantemente le hace comentarios sarcásticos como: *“ya llegó tu novia hija.” sic. paciente*.

La madre es la única persona que conoce la preferencia sexual de la paciente y según palabras de la usuaria *“a mi mamá no le importa que ande con ella, no me dice nada, pero temo la reacción de mi padre si llega a enterarse.” sic. paciente.*

En otro momento y durante la aplicación de una prueba psicológica más, la joven comenta que cuando era niña, contando con cinco años de edad, solía visitar en compañía de toda su familia a su abuela pero que a ella le disgustaba acudir a ese sitio ya que allí existía un tío que ---de acuerdo con la menor:-- *“tomaba casi siempre y cuando estaba borracho comenzaba a tocarme y fue en casi en todas las veces que íbamos,” sic. paciente.*

Hasta hace algunos meses (aproximadamente seis), sus padres desconocían dicho suceso, pero cita: *“hace poco estaba ebria y le conté a mi madre lo que me hacía mi tío, pero mi papá no lo sabe.” sic. paciente. R.R. menciona “eran caricias, tocaba mi cuerpo, genitales y senos.” sic. paciente,* y no refiere nada más.

La edad cronológica es aparentemente igual a la referida (16 años, 4 meses), de complexión regular y estatura adecuada. La joven se presentó a valoración en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal vistiendo ropas acordes a su edad y sexo.

A sus citas la chica acude de manera puntual, en la primera sesión es acompañada por su madre, en la siguiente por su padre y una más por una amiga de su misma edad, ausentándose en una ocasión en que no se presentó a valoración.

Durante la realización de la entrevista como en el total de la aplicación del paquete de pruebas psicológicas la paciente se muestra participativa, cooperadora, siguiendo instrucciones de manera correcta y concentrándose en la actividad aunque por momentos perdía la concentración diciendo que las pruebas eran

difíciles y que no podía hacerlas, sin embargo, al instigarla retomaba la actividad mostrando satisfacción cuando culminaba la tarea de manera satisfactoria.

La usuaria después de haber sido valorada por psiquiatría se decide que el caso amerita la realización de un estudio psicológico completo.

El diagnóstico con que la menor es referida a la Clínica de la Adolescencia es la presencia de trastorno límite así como la necesidad de valorar coeficiente intelectual.

#### **8.7.1. Técnicas aplicadas.**

- ? Entrevista.
- ? Test giestáltico visomotor de Bender.
- ? Test del dibujo de la figura humana de Machover.
- ? Test de frases incompletas para adolescentes de Sacks.
- ? Test del H.T.P.
- ? Test de una persona bajo la lluvia de Hammer.
- ? Test de la familia de Corman.
- ? Test de cuadros para adolescentes de Symonds.
- ? Escala de inteligencia Wechsler para adultos (WAIS).
- ? Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes.

#### **8.7.2. Integración de resultados.**

En la reproducción de los modelos giestálticos (anexo 56), la menor es sugerente de tensión emocional ya que presenta orden confuso y segunda tentativa (fig. A), indicadores asociados con incapacidad para planear y organizar el material así como impulsividad y ansiedad.

El tamaño de las figuras en Machover\* (anexo 57 y 58), es pequeño, proyecta poseer un YO disminuido percibe el medio ambiente como abrumador lo que le provoca inseguridad y ansiedad con tendencias al retraimiento y acentuación de fantasía, presenta control emocional precario sobre impulsos corporales expresado en explosiones temperamentales adoptando actitudes de agresión de tipo infantil. Existe insatisfacción por el propio cuerpo y la psique, la primera figura realizada es un personaje del sexo opuesto a la usuaria (anexo 57), lo que le ocasiona conflicto o ambivalencia en la identificación sexual con tendencias homosexuales experimentando sentimientos de culpa respecto a esto, estableciendo precarias relaciones sociales. Ambas figuras (anexo 57 y 58), son colocadas arriba y hacia la izquierda (respecto a la hoja), situación relacionada con expresión de necesidad de apoyo.

El tipo de línea es de presión fuerte manifestando posible tensión interna (agresión). Por el tamaño de la cabeza presenta signos de dependencia, sobrevalora la inteligencia por frustración, empleando la fantasía como fuente primaria de satisfacción. Las aspiraciones intelectuales son altas sin embargo, su ajuste social y emocional es pobre. Manifiesta tendencias grandiosas, expansivas, vanidad moral o intelectual narcisista.

Muestra tendencia al acting out e hipersensibilidad a la opinión social. Los brazos en forma de jarras son asociados con narcisismo bien desarrollado. Falta de

---

\* Los relatos del Machover son una muestra de los problemas que a la usuaria le genera el tipo de relaciones sentimentales que establece la paciente. Cita en la figura masculina: "Alejandro era un niño muy feliz, siempre salía al campo a jugar con sus amigos y su familia; también era muy feliz pues siempre estaban juntos, era una familia muy unida hasta que un día se enamoró de su amiga todo cambió, a veces todo era bonito pero luego todo era horrible. Se dio cuenta que la vida no era color de rosa, que siempre va a llegar alguien que la va a destruir, después también tenía problemas con su familia a causa de los problemas con su novia; y para ya no tener problemas en su casa pues se casó con ella, sólo con el fin de ya no tener problemas en su casa; pero nunca supo qué era lo que sentía en realidad por ella". sic. paciente. La figura no. 2 (femenina) dice: "Fernanda era una chava que siempre estaba triste y luego cambiaba de humor, se ponía de buenas y nadie la entendía ni siquiera ella se entendía; pero no le importaba si la entendían o no, porque sólo pensaba en una persona que podía hacer que su vida cambiara. Aunque estaba con ella, se la pasaban siendo infieles y lastimaban a muchas personas pero a fin de cuentas se lastiman más Fernanda y su pareja; y no saben que va a pasar con su relación pero gracias a esa relación tienen muchos problemas con su familia y la gente de fuera; pero tampoco sabe Fernanda que es lo que en realidad siente por su pareja, está confundida, piensa que a lo mejor es costumbre o una obsesión. No tiene fin, sólo espera que termine bien". sic. paciente.

contacto a causa de manos pequeñas. Los dedos son cortos y redondos sinónimo de infantilidad y manipulación del medio. Presenta sentimientos de inseguridad y dependencia (pies pequeños). El tronco es muy pequeño o delgado, factor asociado con insatisfacción por el propio cuerpo y la psique así como sentimientos de inferioridad debido a hombros pequeños.

Carece de recursos defensivos para enfrentar exigencias ambientales (test persona bajo lluvia, anexo 59), situación que le causa falta de confianza en sí misma y dependencia; presenta temor a la despersonalización así como dificultades con la autoaceptación utilizando como mecanismo defensivo la represión. La paciente se caracteriza por proyectar una inadaptación del rol psicosexual adoptando mecanismos tales como desplazamiento, formación reactiva, introyección y racionalización.

La joven se percibe como una chica con necesidades de afecto y cuando no lo recibe tiende a aislarse adoptando comportamientos hostiles con la subsecuente disminución en el autoconcepto ya que esta situación se percibe como un ataque hacia su persona. La joven proyecta haber sido una niña que sufrió ataque(s) a su autoestima por medio de burlas y/o por situación(es) dolorosa(s).

El H.T.P. (anexo 60), indica que la menor es una persona alejada de las relaciones interpersonales, presentando baja capacidad para las relaciones sociales. La puerta de la casa esta abierta expresando así, necesidad de afecto y de relaciones sociales aunado a ventanas muy pequeñas que nos hablan de necesidades emocionales. Lucha no realista, fantaseo y frustración. La copa del árbol garabateada muestra labilidad, omite raíces y ramas manifestando su baja capacidad para entablar relaciones sociales e inseguridad. La calidad de la línea es recargada implica signos de tensión, ansiedad, vigor y violencia. El cabello de la persona es enfatizado demostrando posible preocupación sexual, existe poco contacto con la realidad (las pupilas fueron omitidas).

La dinámica familiar (test de la familia de Corman, anexo 61), es de rechazo a la situación hogareña mostrando sentimientos de superioridad y rebelión hacia los valores tradicionales, percibe este ambiente como restrictivo y fuera de control. Desea que su padre sea una persona más comprensiva y que exista un acercamiento afectivo hacia éste. Su mayor temor es llegar a perder el cariño de las personas más cercanas a ella.

En el test de Sacks (anexo 62), la chica mantiene una visión desvalorizada del padre, lo percibe como una figura que no la comprende, deseando que éste fuera menos enojón y más comprensivo. Uno de los mayores temores de la paciente es pensar que la lastimen, así como que sus amigos se enteren de su preferencia sexual. Por otro lado, experimenta sentimientos de culpa por *“andar con una chava.” sic. paciente*; y por la experiencia de tocamientos lascivos cuando era niña por parte de un familiar. En cuanto a su pasado se arrepiente de lo ocurrido en casa de la abuela expresando que si fuera niña otra vez iría lo menos posible a este lugar. Además de expresar su agrado y admiración por Gloria Trevi; manifiesta que una de sus metas es conocer y ayudar a salir del penal a esta persona.

El perfil obtenido por la usuaria en el MMPI-A es: 74'815 3296-0/F'-/:LK. En las Escala Básicas (anexo 63), existe elevación en F (Infrecuencia), indica fuerte tensión interna y tendencias a la exageración de la propia problemática, frecuentemente ocasionada por la sensación de impotencia para manejarla por sí misma, puede estar simulando, la Escala L (Mentira), obtuvo un puntaje de cero, por lo que su capacidad de insight es sumamente reducido; en la Escala K (Defensividad), la paciente se ubicó por debajo de la norma, implica la sensación de incapacidad para solucionar sus problemas, experimentando una situación sumamente conflictiva. Busca tolerancia y aceptación incondicional de quienes la rodean (Hs). Tendencia a posponer el enfrentamiento de situaciones conflictivas utilizando alguna sintomatología física. Dp elevado sugiere que es una persona egocéntrica, narcisista, que tiene dificultades para establecer relaciones



interpersonales duraderas y profundas; tiende a evitar responsabilidades y compromisos. Trata de conseguir inmediatamente lo que desea, sin reflexionar en las consecuencias de sus actos. Puntajes elevados en Pt implica dificultad para tomar decisiones, reducción de la tolerancia hacia sus propias fallas o las de otros, búsqueda de patrones de comportamiento preestructurados, delimitación de las situaciones a las que tiene que enfrentar, tendencia al perfeccionismo y a reaccionar con respuestas generalizadas e inadecuadas ante fragmentos de angustia. Pensamiento obsesivo y uso exagerado de la intelectualización. Por su exigencia y falta de tolerancia con frecuencia rechaza a los demás y son también poco tolerados por otros, por lo que experimentan sentimientos de soledad, ansiedad, indecisión, autocrítica y tendencias a la autoperfección.

Por otro lado, en las Escalas de Contenido y Suplementarias (anexo 64), en DEL-A, CIN-A, BAE-A, ASL-A, SAU-A, ENA.A, FAM-A, RTR-A, RPAD, R-A se encuentran dentro de la norma, la paciente sólo reconoce tener problemas de depresión, sentimientos de enojo aunado a problemas de conducta, escolares y de consumo de alcohol.

En cuanto a los resultados del WAIS (anexo 65), la joven obtuvo un Coeficiente Intelectual Global de 93 puntos, ubicándose entonces en un eje de funcionamiento intelectual de normalidad para su edad, generando ligeramente un mejor desempeño en la Escala de Ejecución con respecto a la Escala Verbal con diferencia apenas de 1 punto entre ambas. En la Escala Verbal, la joven mostró poseer un juicio menos adecuado, característica a menudo en personas abrumadas por dudas, con probabilidad de comportamiento impulsivo y desajustado o mal adaptado, tendencias obsesivo-compulsivas; poca habilidad para concentrarse, bajo rendimiento aritmético, distractibilidad, ansiedad; defensas intelectualizantes o racionalizantes e indicadores favorables para continuar en terapia y tendencias a la intelectualización. En la Escala de Ejecución arrojó los siguientes resultados: probabilidad de deterioro en la habilidad para llevarse bien con otros, tendencias obsesivo-compulsivas; ansiedad y tensión, tendencia a ser

hiperactiva; velocidad psicomotriz y coordinación visomotriz relativamente alta, posibilidad de capacidad de aprendizaje y memoria visual relativamente altas.

### **8.7.3. Sugerencias de tratamiento.**

- ? Terapia Familiar con el objetivo de fortalecer los vínculos afectivos entre los miembros así como la comunicación entre éstos.
- ? Canalizar a los responsables al Taller de Orientación.
- ? Terapia Individual para indagar de alguna manera sobre el episodio de caricias lascivas y así descartar un posible suceso de violación y en su caso valorar el apoyo del servicio de PAINAVAS.
- ? Terapia de grupo para incrementar el contacto social entre pares.

### **8.8. Un caso de tricotilomania; valoración de coeficiente intelectual y valorar rasgos de personalidad.**

La menor acude al hospital ya que desde que ingresó a la secundaria se muestra rebelde, desobediente e indisciplinada, realizando grafitis en cualquier parte (escuela, casa etcétera), dibuja también sobre su propio cuerpo especialmente en brazos y piernas imitando tatuajes utilizando bolígrafos, pelea frecuentemente con la madre incluso a llegado a golpear a la señora.

Desde hace dos años la chica tiende a arrancarse las pestañas y el cabello de la cabeza tirando de él fuertemente con las manos y se ha rasurado las cejas; en cuanto tiene oportunidad aprovecha para realizar dichas conductas sobre todo cuando se encuentra bañándose.

Menor de sexo femenino cuya edad cronológica aparente es igual a la referida (13 años 06 meses), de complexión delgada y estatura adecuada. La usuaria se presenta a valoración en regulares condiciones de higiene y aliño personal, mostrando en algunas áreas de la cabeza alopecia.

Viste ropas acordes para su edad y sexo . A sus citas la joven acude con puntualidad y es acompañada en todas ellas por la madre.

Durante la realización de la entrevista la paciente permanece callada, guardando silencio en casi todo el desarrollo de la misma y escucha con atención lo que responde la madre; por momentos aparenta inquietud, realizando movimientos estereotipados con ambas piernas, mirando gran parte del tiempo el piso, además de llevarse las manos a la boca mordiéndose las uñas, dirigiendo sus manos hacia su cabeza jugueteando con mechones de cabello dándose pequeños tirones sin presentarse desprendimiento alguno.

Cuando la joven responde a un cuestionamiento lo hace empleando oraciones cortas emitiendo un tono de voz suave pero audible. Durante la ejecución del total de técnicas psicológicas la joven mantuvo una actitud cooperadora y en todo momento siguió instrucciones de manera correcta, permaneciendo concentrada en la actividad que realiza mostrando tranquilidad.

Por lo tanto el tipo de valoración solicitada es un *estudio psicológico completo*. La demanda del psiquiatra es valorar coeficiente intelectual y rasgos de personalidad además de ser diagnosticada como tricotilomania.

### **8.8.1. Técnicas aplicadas.**

- ? Entrevista.
- ? Test gestáltico visomotor de Bender.
- ? Test del dibujo de la figura humana de Machover.
- ? Test de frases incompletas para adolescentes de Sacks.
- ? Test del H.T.P.
- ? Test de una persona bajo la lluvia de Hammer.
- ? Test de la familia de Corman.
- ? Test de cuadros para adolescentes de Symonds

- ? Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes.
- ? Escala de inteligencia para el nivel escolar de Weschler (WISC).

### **8.8.2. Integración de resultados.**

En relación con la valoración se reporta lo siguiente: en la reproducción de los modelos gestálticos (anexo 66), la menor es sugerente de alteración perceptomotora ya que presenta perseveración (más de 6 curvas sinusoidales en la figura seis), también nos sugiere tensión emocional caracterizándose éste por aumento progresivo del tamaño, repaso del dibujo y de los trazos (figuras A, 4 y 7), segunda tentativa (figura 8); indicadores éstos que se relacionan con poca tolerancia a la frustración, impulsividad, agresividad y ansiedad; además de expansión ya que utiliza dos hojas para completar el total de las figuras estímulo, lo que indica perturbaciones emocionales. Además de arrojar un 70 % en su memoria de retención visual inmediata.

En cuanto al perfil de personalidad la menor proyecta acudir a la fantasía y a la regresión cuando el medio ambiente es percibido como amenazante además de que éste es sobrevalorado (ver test de la figura humana de Machover, anexo 67 y 68). Posee una estructura de personalidad débil careciendo en absoluto de recursos defensivos, lo que le impide un adecuado funcionamiento en cualquier ambiente en el que se desarrolle (anexo 69, test persona bajo lluvia). La joven proyecta la sensación de ser una chica que no tiene ningún problema para establecer relaciones sociales, sin embargo, se muestra cautelosa para hacer amistades, presenta lentitud en el establecimiento de vínculos emocionales, una vez que gradualmente se va desarrollando la relación, esta es de gran calidad. Mantiene un inadecuado autoconcepto a causa de la problemática en la lentitud con la que establece relaciones sociales por lo que experimenta inseguridad, ansiedad y tensión al no ser funcional socialmente, reaccionando de manera hostil, agresiva y verbalmente sádica, además es poco tolerante a la frustración,

perfeccionista y meticulosa con tendencias obsesivo-compulsivas, por todo lo anterior se genera en ella baja autoestima orientándose al aislamiento.

A consecuencia de la falta de confianza en sí misma, teme a la despersonalización y a poseer un YO desintegrado, reaccionando a esto mediante explosiones temperamentales cuando siente que es incapaz de solucionar sus problemas, emergiendo así, pulsiones brutales como consecuencia a su impotencia.

Presenta tendencias al “acting out” además de autoagresiones como mecanismo para tratar de controlar el medio, haciendo uso de ese poder fantaseando que solo así puede ser funcional y agradable hacia las demás personas. Muestra insatisfacción por su propio cuerpo percibiendo éste como inferior de ahí que se autoagreda, busca tolerancia y aceptación incondicional de quienes la rodea adquiriendo conductas infantiles, las cuales pueden estar acompañadas de molestias físicas, también cabe mencionar el gran interés y la preocupación que demuestra en lo referente a la sexualidad experimentando sentimientos de culpa por esto.

La chica está consciente de su problemática y presenta preocupación por la forma en que actúa, realizando esfuerzos por controlar la impulsividad dentro de un criterio de realidad, además de los grandes deseos que tiene por reformarse.

En cuanto a la dinámica familiar (anexo 70), percibe ésta como disfuncional a causa de que la figura paterna jamás estuvo presente además de que la madre mantiene estados erráticos de humor mostrando explosiones temperamentales y tiende a la depresión, por lo tanto esto genera en ella una vulnerabilidad excesiva ante situaciones que le exigen un funcionamiento ideal en el medio.

El H.T.P. (anexo 71), muestra defensas de la personalidad, fantasía de escape de control, miedo a representar las fantasías, distorsión de la realidad, cuando esto ocurre se dice que hablamos de sujetos con características de neurosis de

ansiedad (línea del techo con trazo muy fuerte). Presenta culpa sexual (ventanas pequeñas, además de integrar espermatozoides en el extremo inferior de la hoja, en la base del árbol, además de una luna). El sendero indica defensas de la personalidad se habla de problemas graves de la personalidad relacionadas con el ambiente.

El tronco del árbol con trazos fuertes posible temor a la desintegración de la personalidad. Presencia de impulsos hostiles y agresivos, frustración e incapacidad para satisfacer necesidades básicas (ramas grandes y tronco pequeño). Las hojas desprendidas indica fallas en los mecanismos de defensa.

En el test de frases incompletas de Sacks (anexo 72), la chica manifiesta sentimientos de culpa en especial por su comportamiento en la escuela, uno de sus mayores temores son los murciélagos; además que en la mayoría de las ocasiones no puede controlar su temperamento. Muestra aspiraciones intelectuales altas, desea terminar una carrera profesional y llegar a ser maestra en filosofía y letras.

Respecto a los resultados de MMPI-A la paciente obtuvo el siguiente perfil: 54-690  
18 37/2:F/LK. En la mayoría de las áreas del Perfil de Escalas Básicas (anexo 73), obtuvo un puntaje dentro de la norma sólo el área K y D se encuentran por debajo de la media. La reducción de puntaje en dichas áreas implica la sensación de ser incapaz de enfrentar y resolver sus problemas, experimentando una situación sumamente conflictiva. Exageración de su grado de sintomatología en un intento por "fingirse mal", o como una medida de súplica de ayuda bajo una situación de tensión aguda. Presenta además, una reducción en su capacidad de autocrítica, en un esfuerzo por aparecer segura, firme y decidida, ocultando los aspectos más vulnerables de su personalidad.

En cuanto al Perfil de Escalas de Contenido y Suplementarias (anexo 74), la menor presenta un nivel bajo en el área ISO-A sinónimo de incomodidad en situaciones sociales, tendencia a problemas con alcohol o drogas (TPAD Y A-A), así como puntaje por debajo de la norma en DEP-A correspondiente a depresión.

En los resultados del WISC (anexo 75), la menor obtuvo un C.I. Global de 101 puntos, ubicándose así dentro de un funcionamiento intelectual normal brillante para su edad obteniendo un mejor desempeño en la Escala Verbal con respecto a la Escala de Ejecución. En la Escala Verbal se observa que posee un buen nivel de información como memoria a largo plazo, interés en el medio, ambición y curiosidad intelectual, comprensión verbal eficiente lo que le permite un buen juicio social, tiene habilidad para organizar el conocimiento además de poseer conocimiento ideal de las reglas convencionales de conducta, habilidad para conceptuar y para aplicar capacidades de razonamiento en solución de problemas aritméticos y en uso del pensamiento abstracto y lógico. En la Escala de Ejecución mostró deficiencias en la organización visomotora y espacial así como en la capacidad para anticipar acontecimientos y sus posibles consecuencias, presentó ansiedad, preocupación excesiva por los detalles y dificultad para aplazar la acción; por otro lado, demostró tener habilidad para establecer una serie de aprendizajes rápidamente, un análisis crítico de las relaciones de las partes individuales y persistencia en las actividades programadas.

### **8.8.3. Sugerencias de tratamiento.**

- ? Orientar a la Clínica de la conducta para modificar su comportamiento autoagresivo.
- ? Incorporar a la menor a Terapia de Grupo.
- ? Canalizar al responsable al Grupo de Orientación a Padres.
- ? Sugerir a la madre que también se interese por su propia salud mental ya que sufre continuos cambios ambivalentes en el estado de ánimo.
- ? Valorar tratamiento farmacológico en ambas personas.

## CONCLUSIÓN.

De acuerdo a la experiencia obtenida en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" se desprenden lo siguiente.

Durante la estancia en esta institución es notable que cuando un adolescente acude a recibir atención psicológica invariablemente el comportamiento del menor hacia el psicólogo será cauteloso, adoptando en ocasiones una actitud hostil, opositora y negativa debido a que en la inmensa mayoría de los casos, los trastornos que sufre un adolescente en primera instancia son definidos por otros, maestro, psiquiatra, padres etcétera; en general por aquellos que le rodean, confirmando lo que mencionan Caballo y Simón (2001); ya que a fin de cuentas son ellos, los adultos, los que van a determinar que el menor debe recibir algún tipo de atención psicológica obligando al adolescente a acudir con un profesional. Es entonces cuando el psicólogo debe hacer uso de distintas herramientas para lograr motivar al adolescente; una de las principales y de gran importancia es el establecimiento del *rapport* antes y durante el desarrollo de la pequeña entrevista que se realiza al iniciar una evaluación psicodiagnóstica. Es necesario que el psicólogo tenga la capacidad de comprensión del otro, de ser empático con el adolescente, de no emitir juicios a priori y prestar atención a lo que ellos tienen que decir; hablar su lenguaje, sin tecnicismos además, de no perder la capacidad de asombro; una de las mejores maneras de lograr una excelente relación interpersonal con los adolescentes es que este profesional se encuentre debidamente informado sobre los diferentes movimientos *underground* o contraculturales juveniles que continuamente están emergiendo en la sociedad, comprender su ideología y simbolismo ya que precisamente la forma en que se dé la relación entre el usuario y el psicólogo determinará en mayor medida la realización de una valoración psicodiagnóstica adecuada, sin olvidar lo que mencionan Korchin y Schuldbber (1992), cuando enfatizan que debe ser el psicólogo y no el test el centro en el proceso de evaluación.



También hay que resaltar la importancia que tienen las técnicas proyectivas como instrumentos ideales para el establecimiento de *rapport* por ejemplo el test de Bender, test de la familia o el test del H-T-P, ya que de esta manera el adolescente no experimenta la sensación de estar siendo juzgado o evaluado *per se*, además de que la gran mayoría de los jóvenes sienten atracción hacia el dibujo como actividad lúdica, por lo que no muestran resistencia alguna en la realización de este tipo de test.

Por otro lado, a través de las distintas modalidades de evaluación psicodiagnóstica y de acuerdo con los resultados obtenidos en su aplicación, se hace evidente que en la gran mayoría de los casos (no solo en los que aquí fueron ejemplificados), que la población adolescentes que acude a esta institución necesita algún tipo de educación sexual; si bien es cierto que algunos de estos chicos mantienen una vida sexual activa, la gran mayoría experimenta curiosidad hacia temas referentes a la sexualidad. La única manera que se tiene actualmente de abordar dicha temática en lo que respecta a la Clínica de la Adolescencia, es a través de dos vías; mediante la terapia de grupo donde se realiza el intercambio de ideas entre pares, o bien, en la modalidad de terapia individual; sin embargo, habría que valorar la posibilidad de la creación de talleres o incluso un área o Clínica de la Sexualidad Adolescente, en donde se aborde de manera dinámica aspectos que interesen a los usuarios sobre dicho tema, con el objetivo de hacer conciencia en el ejercicio de una sexualidad responsable.

Aquel psicólogo que emplea el psicodiagnóstico como herramienta que guía la intervención terapéutica debe tener conocimientos básicos de psicopatología infantil así como del manejo en las clasificaciones taxonómicas de los distintos manuales existentes, en particular del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), ya que de esta manera el psicólogo podrá tener mejor comprensión del desarrollo fenomenológico de las diversas problemáticas y poder realizar con mayor fundamento el psicodiagnóstico clínico, además de proponer mejores

alternativas de solución de acuerdo a los diferentes casos que se presenten. Es cierto que todo sistema de clasificación tiene sus limitaciones, pero su uso puede ser de gran utilidad si se emplea como una guía u orientación, en combinación con diferentes técnicas de evaluación y con información proveniente de otras fuentes. No hay que olvidar que se está tratando con jóvenes, que, como tales, merecen el estudio de su caso particular sea considerado con prudencia y con una base sólida en la que apoyarse.

El objetivo final del psicodiagnóstico después de determinar el funcionamiento del sujeto a nivel emocional como intelectual, es realizar sugerencias de tratamiento para cada problemática tratando de hacer uso exclusivamente de aquellos recursos con que cuenta este hospital, sin embargo, habría que plantearse cuál sería la importancia de canalizar a aquellos usuarios a otras instituciones que brindan servicios que en esta institución psiquiátrica no se ofrecen; por ejemplo, algunas de las problemáticas recurrentes en la población adolescente son la drogadicción y el alcoholismo. Para tal efecto, dicha institución cuenta con una Unidad de Hospitalización de Farmacodependientes Varones (PAIDEIA), pero en el caso del alcoholismo no existe una unidad de intervención, por tanto, sería conveniente discernir un espacio de análisis sobre la viabilidad de trabajar conjuntamente con grupos o asociaciones como Alcohólicos Anónimos, Al-anon, Al-a teens o en el caso de sexualidad instituciones como Mexfam, Ser Humano, El Armario Abierto o incluso el Instituto Mexicano de la Juventud entre otras; sin embargo, no hay que olvidar que algunas de las organizaciones mencionadas, especialmente las referentes a problemas de alcoholismo, se muestran sumamente resistentes, impermeables y prejuiciadas a laborar con profesionales de la salud mental.

Es necesario que el psicólogo tenga un papel más activo en la intervención, su quehacer profesional no debe limitarse solamente a ser aquel que aplica, interpreta e integra los resultados de diversas pruebas proyectivas o de inteligencia. Si bien, dentro de esta institución gradualmente los psicólogos han venido

participando cada vez más al desempeñar la función de terapeuta a nivel grupal y en algunos casos a nivel individual; su desempeño en este hospital sigue subordinado a otros profesionales, en particular al psiquiatra, quien es finalmente el que decide de acuerdo a su experiencia cuál es el modelo de intervención más adecuado para cada paciente reforzando así, lo mencionado por Araujo, Orozco, Rivaud y Ruiz (1996).

Klerman (1978), menciona que la principal actividad del psiquiatra es centrarse en los aspectos biológicos de los diferentes trastornos. En gran medida, en esta institución se le otorga mayor importancia a la medicación como la mejor manera de tratamiento o intervención en las distintas problemáticas que la juventud presenta, manteniendo la ingesta de medicamentos durante prolongados períodos de tiempo y por consecuencia relegando o simplemente ignorando algún tipo de intervención psicológica, con lo que al parecer, la dicotomía mente-cuerpo aún sigue estando vigente.

Es imperativo olvidarse de jerarquías administrativas que sólo detienen el proceso terapéutico del usuario, es necesario ocuparse en escuchar lo que ambos profesionales tienen que decir, mejorar los canales de comunicación y hacer un frente común, trabajando de manera conjunta para buscar las mejores alternativas de solución a las problemáticas experimentadas por los adolescentes, además, se debe involucrar a la familia del menor y dar importancia a lo que el propio adolescente tiene que decir respecto a su problemática, a como la vive, si es en verdad un problema para él o todo lo contrario, ya que en última instancia el chico es su propio agente de cambio.

Un aspecto importante que hay que mencionar del proceso psicodiagnóstico es que de las varias modalidades existentes de evaluación en esta institución compuestas por diversas baterías psicológicas existen algunas deficiencias metodológicas que generan interpretaciones sesgadas de los resultados en los diferentes test proyectivos y escalas de inteligencia, por ejemplo; en la aplicación

del test del H-T-P de Buck y Warren (1948), los autores mencionan que cada elemento debe dibujarse en una hoja por separado, sin embargo, la manera actual en que se administra este test en esta institución, es dibujar los tres elementos en una única hoja, lo cual acarrea algunos problemas al momento de realizar la interpretación del test. En lo correspondiente a las escalas de inteligencia de Wechsler, en la totalidad de los casos clínicos se omite determinar la edad escalar ya que se otorga mayor importancia a la obtención de un coeficiente intelectual; al omitir la edad escalar se está perdiendo información de relevancia que permite determinar de manera exacta el nivel de desarrollo así como de conocimientos, habilidades y limitaciones que en realidad posee el menor; lo mismo ocurre en la interpretación del inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes (MMPIA), de Archer, Ben-Porta, Butcher, Graham, Kaemmer, Tellegen y colaboradores (1992), ya que sólo se cuantifican los resultados de los reactivos, es decir, la puntuación natural de cada subescala y se ubican dentro de la gráfica del perfil de escalas básicas y no se determina a nivel global la clave del perfil de dicho test.

También, hay que mencionar que en esta institución aún se siguen aplicando test que ya han sufrido modificaciones en su contenido, que se han venido contemporaneizando, revitalizándose y actualizándose a diferentes contextos y culturas. Particularmente se continúa empleando la escala de inteligencia de Wechsler para niños (1949), habitualmente conocida como WISC, cuando existen varias revisiones del WISC que dieron origen a una escala de inteligencia adaptada a la población mexicana que lleva por nombre WISC-RM (1982). Al continuar haciendo uso en este hospital de pruebas que no han sido adaptadas para la población nacional es indudable que los resultados se verán sesgados, se estará determinando un fenómeno que no corresponde a la realidad de la persona evaluada y que muy posiblemente lo coloqué bajo una luz negativa o deficitaria lo que traería como consecuencia graves errores en los resultados del psicodiagnóstico. Por tal motivo, es urgente renovar el material con el que hasta ahora se realiza evaluación en dicha institución para ofrecer una atención de

calidad y tener así la certeza de que la manera en se esta haciendo evaluación es la adecuada.

Dada la infinita variedad de problemáticas adolescentes que se presentan en este hospital sería conveniente la realización de una investigación con base en estudios longitudinales con el objetivo de determinar aquellos trastornos que son de mayor presencia en dicha población, así como dar seguimiento en el desarrollo de todo el proceso terapéutico hasta culminar con la “alta” de los usuarios cuando es superado el motivo de consulta principal. De esta manera se puede determinar de manera exacta cuál es la población que realmente soluciona la problemática por la que acudió en un principio a esta institución; permitiendo además, identificar cuáles son los métodos de intervención que funcionan más oportuna y eficientemente con la finalidad de crear ciertos lineamientos de atención sin olvidar la individualidad de cada caso; por último, esta investigación permitiría conocer el grado de deserción existente y actuar en consecuencia.

Es notable que los problemas que surgen en la adolescencia en los últimos años han venido evolucionando paulatinamente, hoy por hoy, algunas problemáticas se presentan cada vez a una edad más temprana y la familia representa un elemento crucial en el inicio, desarrollo y culminación de las mismas; así, es determinante involucrar a la familia cuando se brinda atención psicológica al adolescente ya que muchos padres conciben erróneamente la idea de que es el adolescente la única persona responsable de su problemática y por tanto, corresponde exclusivamente a él la solución de su situación; cuando precisamente muchas de las causas por las que los adolescentes son referidos a alguna institución de salud mental se encuentran dentro de la dinámica de la familia de origen. Es necesario mejorar todas las redes de apoyo social con las que cuenta el adolescente, en la medida en que exista una mejor relación en el seno familiar invariablemente se desarrollaran en la juventud diversas habilidades que en la medida de lo posible dotaran a los adolescentes de herramientas para identificar, elegir y en su caso

afrontar de la mejor manera las diferentes problemáticas que experimentan durante este período de desarrollo.

Para la gran mayoría de la población de este país que requiere algún tipo de atención psicológica, el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” es el referente inmediato, esta institución se ha convertido en la vía más accesible para abordar las distintas problemáticas de la juventud; sin lugar a dudas este hospital de salud pública trata de brindar los mejores servicios, siendo uno de los hospitales que más demanda tiene a nivel Latinoamericano; en esta institución se está realizando mucho con tan poco, aunque los recursos sean mínimos y el presupuesto federal otorgado al área de salud no sea el suficiente.

Continuamente su plantilla laboral se está actualizando en cuanto a las maneras de intervención en problemáticas adolescentes, para ello se realiza semanalmente sesiones Clínicas, Plenarias y Bibliográficas en donde son expuestos y revisados casos clínicos a toda la comunidad médica y paramédica. Las sesiones Clínicas tienen la finalidad de exponer todos aquellos casos clínicos que se abordan en la institución y que por sus características son importantes dar a conocer al personal adscrito, médicos residentes y estudiantes, pasantes que prestan su servicio social o realizan practicas profesionales de psicología, enfermería, trabajo social, pedagogía etcétera, para fomentar la discusión, alternativas de tratamiento, modelo de atención multidisciplinaria o por alguna relevancia médica. Las sesiones Plenarias y Bibliográficas tienen el objetivo de sensibilizar, informar, actualizar o presentar artículos publicados en diferentes revistas, coloquios y encuentros acerca de temas relacionados con la salud mental en niños y adolescentes.

Ahora bien, es necesario analizar con base en la experiencia presentada los logros, desempeño y las posibilidades de desarrollo que tiene el psicólogo egresado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

El motivo de pertenecer durante algún tiempo en una institución psiquiátrica infantil respondió a intereses particulares, con el fin de poder desempeñar los conocimientos acumulados en un ambiente escolarizado y de “aprender a desaprender”.

La formación del psicólogo egresado de Iztacala prácticamente se pone a prueba una vez que éste desempeña sus labores a nivel profesional —en este caso en una institución gubernamental.— El psicólogo egresado a través de la estancia en las aulas de una universidad gradualmente va adquiriendo conocimientos que en esencia, se suponen, son los suficientes para poder intervenir en cualquier problemática y ofrecer atención psicológica de calidad.

Es indudable que el psicólogo egresado de Iztacala posee las habilidades necesarias para que en una problemática dada, realice planes de intervención a corto y mediano plazo. Todo ello supeditado a la escuela de pensamiento dominante en el plan de estudios. Desde la perspectiva conductual es posible tener resultados apropiados en un período de tiempo relativamente corto dando sustento de los cambios comportamentales mediante diversos instrumentos de medición como escalas, inventarios, cuestionarios o autorregistros entre otros; sin olvidar que todo fenómeno debe encuadrar en el paradigma positivista, donde todo debe ser observable, medible, cuantificable y replicable, además de tener un definición operacional.

Precisamente, esta visión unilateral predominante en la formación del psicólogo de Iztacala puede llegar a perjudicar otras maneras de abordar, indagar y evaluar diversas problemáticas. Para este profesional pasa desapercibido y es prácticamente desconocido la existencia de formas alternativas de hacer psicología y que son contrapuestas a dicha escuela de pensamiento dominante.

La desinformación anterior, coloca al psicólogo egresado de Iztacala en una posición poco favorable para su desempeño, ya que puede considerarse como

una limitante el desconocimiento de la psicología proyectiva. Indudablemente, cuando este profesional trata de insertarse en el ámbito laboral, uno de los primeros cuestionamientos que se le realizan es qué conocimiento tiene y cuales técnicas proyectivas domina; dado que en la mayoría de las empresas o instituciones de salud pertenecientes al sector privado o gubernamental, invariablemente se hace uso de la psicología proyectiva.

El desconocimiento de este tipo de material coloca al psicólogo egresado de Iztacala en desventaja respecto a egresados de otras universidades donde las técnicas proyectivas son contempladas en su formación académico, inclusive esta deficiencia se hace patente con psicólogos egresados de la propia UNAM. Un ejemplo claro, es que en la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria, dentro del plan de estudios está contemplada una materia denominada "Psicometría", donde el estudiante tiene la oportunidad de acercarse a escalas de inteligencia como son las Escalas Wechsler; además, en dicho plan de estudios existe también la materia "Evaluación de la Personalidad", donde se conocen instrumentos como el test de Bender o el test de Machover entre otros. Por tanto, para el psicólogo de Iztacala la única manera de tener conocimiento acerca de las técnicas proyectivas es inscribirse en asociaciones particulares donde se imparten cursos sobre dichas técnicas o en su caso, descubrirlas cuando son de uso común en una institución como el hospital psiquiátrico infantil. Por todo lo anterior, es necesario analizar las consecuencias que surgen de la omisión de estas técnicas en la formación académica y en el futuro desempeño profesional del psicólogo que egresa de Iztacala.

La adolescencia como etapa de transformación del niño en adulto, supone para cada individuo una serie de cambios en el aspecto biológico que van acompañados necesariamente de importantes modificaciones en la esfera "mental". Este período de desarrollo implica cambios en la imagen corporal y en la identidad, deriva asumir una posición sexuada, enamorarse, cuestionar el orden establecido, enfrentarse a los padres, formar vínculos de amistad, desenamorarse,



descubrir sustancias como el alcohol o drogas. Todo ello genera en el adolescente una serie de reajustes en la forma de situarse frente a sí mismo y frente al mundo, con profundos cambios en las relaciones en el ámbito educativo, familiar y social.

Indudablemente la adolescencia es una edad especialmente frágil para cambiar, impulsar, generar, proponer y revolucionar pero también para sufrir las transformaciones sociales cuando no están bien delimitadas. Lo anterior demuestra la vulnerabilidad de este momento, es por ello que la adolescencia es una etapa en la que se desencadenan muchas de las patologías psíquicas del adulto y en la que algunos de los equilibrios psíquicos adquiridos en la infancia manifiestan su fragilidad por la aparición o reaparición de síntomas y el resurgimiento de dificultades aparentemente superadas.

En la actualidad todo aquel que este interesado tiene acceso a conocer más sobre las nuevas manifestaciones de la adolescencia. Algunos de los temas más recurrentes en los medios de comunicación, como la violencia, los movimientos contraculturales propios de la adolescencia habitualmente conocidos como “tribus urbanas” o el nuevo consumo de drogas, hacen pensar que la adolescencia actual se encuentra en condiciones especialmente frágiles que en muchas ocasiones determinará en el adolescente la experiencia de recibir algún tipo de atención psicológica donde las instituciones de salud mental gubernamental desempeñan un papel determinante en la evaluación, identificación e intervención en las diversas problemáticas adolescentes.

Tal parece que la adolescencia es una etapa de desarrollo que no pocos quieren dejar de experimentar. Para la gran mayoría ser adolescente es sinónimo de dolor, duele crecer, duele ver cómo cambia el cuerpo, experimentar la sensación de sentirse atrapado en un cuerpo que ya no nos pertenece, qué por momentos parece ajeno; la adolescencia es una revolución, un estigma, un estereotipo, un renacer. Porque de ese primer encuentro que el adolescente tenga con un psicólogo determinará en mayor o menor medida el adulto de nuestra sociedad.

## REFERENCIAS.

1. Abt, L, y Bellak, L. (1999). Psicología proyectiva. México, Piados.
2. Aken, L. (1996). Test psicológicos y evaluación. México, Prentice Hall.
3. Ajuriaguerra, J, y Marcelli, D. (1992) Manual de psicopatología del niño. Barcelona, Toray-Masson, S.A.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona, Masson.
5. Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona, Masson.
6. Anastasi, A. (1998). Tests psicológicos. México, Prentice Hall.
7. Anderson y Anderson. (1976). Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico. Madrid, Ediciones Rialp, S.A.
8. Araujo, G. Orozco, B. Rivaud, E, y Ruíz, M. (1996). "La psicosis en México". Revista de psiquiatría pública, Vol. 8, No. 4, jul-agsoto, pp.241-245.
9. Archer, R. Ben-Porath, S. Butcher, J. Graham, J. Kaemmer, B. Tellegen, A y colaboradores. (1992). Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes. MMPI-A. En: Esquivel, F. Heredia, C y Lucío, E. (1998). Perfil traducido al español, en coedición con la UNAM.
10. Ávila, A. y Rodríguez, C. (1992). Psicodiagnóstico clínico. España, Editorial Eudema Universidad Manuales.

11. Bassas, N. y Tomás, J. (1996). Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia. Cuadernos de paidopsiquiatría. Barcelona, Alertes Editores.
12. Bellak, L. y Abrams, D. (2000). TAT, CAT y SAT. Uso clínico. México, Manual Moderno.
13. Bellak, L. (1990). TAT, CAT y SAT. Uso Clínico. México, Manual Moderno.
14. Bell, J. (1980). Técnicas proyectivas. Exploración de la dinámica de la personalidad. Buenos Aires, Editorial Piados.
15. Belloch, A. y Baños, R. (1986). Clasificación y categorización en psicopatología. Psicología clínica: trastornos biopsicosociales. Valencia, Promolibro.
16. Bender, L. (1938). A visual-motor gestalt test and its clinical use. Research monograph No. 3. American Orthopsychiatric Association.
17. Bender, L. (1946). Instructions for the use of the visual-motor gestalt test. American Orthopsychiatric Association.
18. Bernstein, D. y Nietzel, M. (1980). Introducción a la psicopatología clínica. Nueva York, McGraw-Hill.
19. Buck, J. y Warren, W. (1948). Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo H-T-P. CD. Room. México, Pro-Industria.
20. Blashfield, R. (1984) The classification of psychopathology. Nueva York, Plenum Press.

21. Blashfield, R. y Draguns, J. (1976). Towards a taxonomy for psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, pp. 129, 574-583.
22. Calonge, I. (1992). Diagnóstico y evaluación infantil. Psicodiagnóstico clínico. España, Editorial Eudema Universidad Manuales.
23. Caballo, U. y Simon, M. (2001). Manual de psicopatología infantil y del adolescente; trastornos generales. Madrid, Editorial Psicología Pirámide.
24. Cohen, R. y Swerdlink, M. (2000). Pruebas y evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas y a la medición. México, McGraw-Hill.
25. Corman, L. (1967). El test del dibujo del familia en la práctica médico-pedagógica. Buenos Aires, Editorial Kapeluz.
26. Coulacoglou, C. (1980). FTT. Test de los cuentos de hadas. México, Manual Moderno.
27. Cruz, A. Domínguez, O. y González, L. (2003). Intervención del psicólogo en el ámbito de las instituciones de la salud mental. Antología. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Facultad de Psicología.
28. Cronbach, L. (1990). *Essentials of psychological testing*. New York, EE. UU. Harper & Row.
29. De Verthelyi, R. (1997). Temas en evaluación psicológica. Argentina, Lugar Editorial.
30. De Ajuriaguerra, J. y Marcell, D. (1992). Manual de psicopatología del niño. Barcelona, Toray-Masson, S.A.

31. Díaz, R., Varela, R., y Villegas, M. (1999). Test gúestáltico visomotor de Lauretta Bender y la escala de maduración infantil de Koppitz. México, Facultad de Psicología, UNAM.
32. Doménech, E. (1989). Las clasificaciones en paidopsiquiatría. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
33. Doménech, E. y Ezpeleta, L. (1995). Las clasificaciones en psicopatología infantil. Psicopatología del niño y el adolescente. Sevilla, Manuales Universitarios.
34. Esquivel, F., Heredia, C., y Lucío, E. (1999). Psicodiagnóstico clínico del niño. México, Manual Moderno.
35. Foucault, M. (1976). Historia de la locura en la época clásica. México, Fondo de Cultura Económica.
36. Frame, C. y Matson, J. (1987). Historical trends in the recognition and assessment of childhood psychopathology. Handbook of assess in childhood psychopathology: Applied issues in differential diagnosis and treatment evaluation. New York, Plenum.
37. Freud, S. (1979). Manuscrito H. Los orígenes del psicoanálisis. Tomo I. Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
38. Freud, S. (1988). Tótem y Tabú. Tomo 13. Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
39. Garaigordobil, M. (1998). Evaluación psicológica. Bases teórico-metodológica, situación actual y directrices de futuro. Salamanca, Amarú Editores.

40. García, M. (1997). Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico. Buenos Aires, Editorial Nueva Visión.
41. Glasser, A. & Zimmerman, I. (1987). Interpretación clínica de la escala de inteligencia de Wechsler para niños WISC. Publicaciones de psicología aplicada, No. 1.
42. González, R. (2000). Psicopatología del niño y del adolescente. Madrid, Ediciones Pirámide.
43. Guerra, A., Guerrero C., y Santiago, F. (1999). Psicodiagnóstico dinámico a través de las técnicas proyectivas. Salamanca, Amarú Editores.
44. Hammer, El (1997). Test proyectivos gráficos. Barcelona, Piados.
45. Harmatz, M. (1978). Abnormal psychology. Nueva Jersey, Prentice Hall.
46. Jiménez, F. (1997). Prácticas de psicodiagnóstico. España, Amarú Editores.
47. Jiménez, M. (1995). Aspectos básicos de psicopatología infantil. Málaga, Aljibe.
48. Kaplan, H., y Sadock, B. (1992). Diagnóstico y psiquiatría: examen del paciente psiquiátrico. México, Salvat editores.
49. Klerman, G. (1978). The evolution of a scientific nosology. En: J.C. Shershow (ed.) Schizophrenia: science and practice. Cambridge, Mass, Harvard University Press.
50. Korchin, S. y Schuldberg, D. (1992). El futuro de la evaluación clínica. España, Editorial Eudema Universidad Manuales.

51. Laplanche, J. & Pontalis, J. (1977). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona, Editorial Labor S.A.
52. Lluís-Font, J. (1978). Test de la familia. Barcelona, Oikos-Tau.
53. Marsh, E. y Graham, S. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. Madrid, Pirámide.
54. Montes de Oca, A. (2000). Historia e indicadores del proceso psicodiagnóstico. Manuscrito presentado para su publicación.
55. Morales, M. (1975). Psicometría aplicada. México, Trillas.
56. Ollendick, T. y Hersen, M. (1986). Psicopatología infantil: panorama histórico. Barcelona, Martínez Roca.
57. Pérez, E. (1985). La prueba de la persona bajo lluvia como auxiliar en el diagnóstico. México, UNAM.
58. Phares, E. (1996). Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica. México, El Manual Moderno.
59. Porot, M. (1952). Le dessin de la famille. *Pédiatrie*, No. 5, pp. 1-17.
60. Randy, K. y Frick, P. (2000). Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y del adolescente. México, Manual Moderno.
61. Rappaport, D. (1985). Test del diagnóstico psicológico. Argentina, Piados.

62. Rodríguez, C. (1993). "Del espacio mental al espacio físico. Justificación de la construcción de "La Castañeda". Revista Tramas, No. 5. UAM-X. México, pp.25-38.
63. Reynoso, A. (2001). Secretaria de Salud. Servicios de Salud Mental. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Manual de Bienvenida.
64. Siquier, M. y García M. (1993). Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiano. Buenos Aires, Nueva Visión.
65. Symonds, P. (1982). Test de cuadros para adolescentes. México, Manual Moderno.
66. Uribina, R. (2003, abril). Psicodiagnóstico en el adolescente (1 párrafo). Psicopatología en Línea (En red). Disponible en: <http://www.psicoavance.com.mx/evaluación.htm#>.
67. Wechsler, D. (1981). WAIS-Español. Escala de inteligencia para adultos. Manual. México, Manual Moderno.
68. Wechsler, D. (1981). WISC-Español. Escala de inteligencia para niños. Manual. México, Manual Moderno.



ANEXOS.

## ANEXO 1.

Interrogatorio posterior e interpretación de cada pregunta para el dibujo de la casa del test del H-T-P.

1. *¿Cuántos pisos tiene la casa?* Esta es una pregunta para la prueba de realidad. También mide la atención, ya que los sujetos aislados o gravemente perturbados a veces contestan sin mirar sus dibujos.
2. *¿De qué está hecha la casa?* Determina lo que el material de la casa significa para el sujeto. El ladrillo, por ejemplo, puede representar estabilidad y economía en el mantenimiento para otro.
3. *¿Es tuya? ¿De quien es?* Con mucha frecuencia los sujetos tratan de dibujar su propia casa, pero rara vez lo hacen con fidelidad. Una razón puede ser que la casa es el autorretrato del sujeto tal como funciona en su ambiente que involucra los aspectos más íntimos de las relaciones interpersonales. Otra razón puede ser que los individuos tienden a enfatizar aspectos del hogar que han sido los más placenteros o desagradables para ellos. Este énfasis puede incluir la exageración o la disminución de los detalles, la distorsión en la proporción y la perspectiva, o ambas. Una tercera razón puede ser que la casa, a veces, representa en parte varias residencias del pasado, el presente y el futuro. Si la casa pertenece a otra persona, determine si se considera como un hogar positivo o negativo.
4. *¿En la casa de quien estaba pensando cuando la dibujaba?* Esta pregunta intenta obtener más información que lleve a una identificación más precisa. El dibujo de la casa, como el del árbol o la persona, pueden tener diversas identidades.
5. *¿Te gustaría que esa casa fuera tuya? ¿Por qué?* Las respuestas a estas preguntas puede revelar actitudes hacia su hogar o hacia aquellos con quienes lo comparte. Pueden mostrar que tipo de casa le gustaría tener, la fuerza con que le gustaría tenerla y la posibilidad de que esta meta produzca frustración. Si el sujeto prefiere esta casa a la suya porque es más grande, es posible que esté experimentando un sentimiento de frustración o de hacinamiento. Si rechaza la casa por ser demasiado grande, el sujeto puede sentirse inseguro en su hogar actual.
6. *Si fueras dueño(a) de esa casa y pudieras hacer lo que quisieras con ella ¿qué cuarto escogerías para tí? ¿Por qué?* Llama la atención que los individuos muy retraídos expresen su deseo de buscar refugio en un cuarto trasero de la planta alta. Se puede elegir un cuarto en la planta alta para que el sujeto pueda ver hacia afuera con mayor facilidad. Los individuos suspicaces tienden a elegir cuartos que les permitan observar completamente los accesos a otras puertas. Ocasionalmente, las razones para elegir un cuarto en la planta revelan sentimientos de inseguridad y la necesidad de mantenerse más cerca de la realidad. Cualquier elección que no sea la recámara debe considerarse como significativa en términos de la importancia que tenga el cuarto seleccionado. La ubicación del cuarto

elegido con respecto a las otras recámaras puede indicar el grado en que siente la cercanía con cada miembro de la familia.

7. *¿Quién te gustaría que viviera contigo en esa casa? ¿Por qué?* Los niños desadaptados pueden indicar una fuerte necesidad de afecto paternal declarando que quieren vivir con sus padres, pero sin sus hermanos. Los sujetos muy paranoides generalmente prefieren vivir solos o con alguien a quien puedan dominar. Los pacientes rápidamente detectan las implicaciones detrás de esta pregunta y evitan respuestas directas; el intento de evasión puede ser más revelador que una respuesta franca.
8. *Cuando mira la casa ¿le parece que se encuentra cerca o lejos?* Esta es otra pregunta para la prueba de realidad y las respuestas que contradicen la realidad son significativas. Usualmente, la cercanía significa accesibilidad, sentimientos de afectos y bienvenida o ambos. La distancia sugiere lucha, sentimientos de rechazo o ambos.
9. *Cuando mira la casa, ¿tienes la impresión de que se encuentra por arriba de ti, debajo de ti, o al mismo nivel de ti?* Las respuestas a esta pregunta parecen referirse a las relaciones personales con énfasis en el hogar y la familia.
10. *¿Qué le hace pensar o recordar la casa?* La calidad de esta asociación es importante, así como el valor que tiene para el individuo.
11. *¿A quien le recuerda esa casa? ¿Por qué?* La mayoría de las veces la persona nombrada es un miembro íntimo de la familia del sujeto.
12. *¿Qué es lo que más necesita la casa? ¿Por qué?* Las respuestas definidas generalmente expresan de manera simbólica la necesidad de afecto, protección, seguridad y buena salud por parte del sujeto.
13. *Si esto fuera una persona y no (cualquier objeto dibujado aparte de la casa) ¿quién sería?* Con frecuencia los objetos irrelevantes que se dibujan alrededor de la casa representan miembros de la familia o personas con quienes el individuo se encuentra estrechamente relacionado. Su distancia de la casa en la hoja puede caracterizar estas relaciones personales.

## ANEXO 2.

Interrogatorio posterior e interpretación de cada pregunta para el dibujo del árbol del test del H-T-P.

1. *¿Qué clase de árbol les?* Los sujetos generalmente dibujan el tipo de árbol más común en su localidad.
2. *¿Dónde se encuentra realmente ese árbol?* Muy frecuentemente, el sujeto dibuja un árbol que se encuentra cerca de su hogar actual o de algún otro en el pasado, o en un lugar asociado con su experiencia pasada y que tenga un gran valor positivo o negativo. Si el árbol se encuentra dentro de un bosque, la definición de bosque que dé el sujeto puede ser reveladora. Para algunos es un lugar de paz, quietud y soledad; para otros, un lugar de miedo y amenaza. La respuesta "en un grupo de árboles" sugiere que el sujeto necesita y disfruta de la compañía.
3. *¿Aproximadamente, qué edad tiene el árbol?* Con frecuencia, la edad es la edad cronológica o sentida por el sujeto. Algunas veces es el número de años que el sujeto ha vivido después de la pubertad, el número de años en que el ambiente se ha experimentado como insatisfactorio o la edad de la persona representada por el árbol.
4. *¿Está vivo el árbol?* Los sujetos que no se encuentran completamente bien adaptados responden "No". Una respuesta negativa generalmente indica que el individuo se siente fisiológicamente inferior o psicológicamente inadecuado, culpable, profundamente deprimido, o una combinación de estos sentimientos. Ocasionalmente, después de interrogar más, el sujeto ve el árbol dormido y no muerto, lo cual es un signo esperanzador.
5. *¿Qué hay en él que te dé la impresión de estar vivo?* La respuesta a esta pregunta puede ser el primer indicador de que el sujeto ve al árbol en movimiento, variando desde un leve temblor de las hojas hasta un tronco francamente oscilante. Otras respuestas que indican cualidades como fuerza, vigor, etcétera, crean la impresión de vida en el árbol. La respuesta obvia es que el árbol debe estar vivo porque tiene follaje.
6. *¿Qué causó su muerte?* (si no está vivo). Cuando el sujeto dice que la causa fueron los gusanos, insectos, parásitos, una plaga, un rayo, el viento o laguna acción agresiva y maliciosa por parte de niños o adultos, está expresando la convicción de que algo extrapersonal es culpable. Sin embargo, cuando se dice que la muerte fue ocasionada porque alguna parte o el árbol entero está podrido, se está expresando un sentimiento de que algo falta dentro del YO.
7. *¿Volverá a estar vivo?* Algunas veces el sujeto dice que el árbol está muerto cuando en realidad quiere decir que ha perdido sus hojas a causa del invierno. Preguntar si el árbol revivirá puede ayudar a determinar si éste es el caso.
8. *¿Alguna parte del árbol está muerta? ¿Cuál? ¿Qué le ocasionó su muerte? ¿Por cuánto tiempo ha estado muerta?* Las hojas muertas pueden indicar incapacidad para adaptarse más delicada y controladamente al medio. Lo

más común es que se consideren las ramas o las raíces como la parte muerta o agonizante. Las ramas muertas parecen expresar la creencia del sujeto de que su frustración ha sido producida únicamente por factores extrapersonales dentro del ambiente. Algunas veces, una rama muerta representa un trauma psicológico o físico y la ubicación de la rama en el tronco puede indicar la edad relativa en la que ocurrió dicho trauma. Las raíces muertas implican desequilibrio o disolución intrapersonal con el inicio de una grave pérdida de contacto con la realidad. Un sujeto que dibuja un árbol con el tronco muerto revela una grave pérdida de control del YO. Al preguntar por cuánto tiempo ha estado muerto el árbol, se busca determinar la impresión que tiene el sujeto acerca de la duración de su incapacidad o desajuste, lo que con frecuencia no coincide con la fecha dada en la historia del cliente. Cuando un individuo especifica una fecha, se debe determinar cuál fue el evento que la fijó tan firmemente en su memoria. Como en la pregunta 7, algunas veces el sujeto dice que parte del árbol está muerta cuando en realidad quiere decir que ha perdido sus hojas a causa del invierno. Preguntar si la parte del árbol que está muerta revivirá puede ayudar a determinar si éste es el caso.

9. *¿A qué se parece más ese árbol, a un hombre o a una mujer?* En general los pinos y los abetos son vistos como hombres; los arces y los frutales como mujeres. Para los niños esta pregunta provoca la identificación del árbol con el padre o la madre, o algún otro individuo con quien el niño se identifica.
10. *¿Qué hay en el árbol que le da esa impresión?* El sexo adscrito al árbol generalmente parece determinado por características tales como la forma, la fuerza, la rugosidad, la gracia, la esbeltez, etcétera. En diversas ocasiones, sin embargo, ciertos aspectos del árbol son vistos como contrapartes específicas de la figura humana. Las ramas largas y colgantes con hojas perennes pueden recordarle a un sujeto el cabello de su madre.
11. *Si fuera una apersona en lugar de un árbol ¿hacia dónde estaría mirando?* Ya que un árbol no tiene frente, espalda, ni costados excepto de acuerdo a cómo es visto por el observador, la respuesta del sujeto a esta pregunta es una proyección de su relación con el ambiente. La respuesta también puede revelar la actitud hacia el sujeto por parte de la persona representada por el árbol.
12. *¿El árbol se encuentra solo o dentro de un grupo de árboles?* Las respuestas a esta pregunta no son muy significativas a menos que sean fuertemente emocionales. Con frecuencia se revelan sentimientos de aislamiento, una necesidad de asociarse con otras personas, o ambos.
13. *Cuando miras el árbol, ¿tienes la impresión de que se encuentra por encima de ti, debajo de ti o al mismo nivel de ti?* Para algunos sujetos, un árbol creciendo sobre una colina es símbolo de una tensa lucha hacia una meta distante y quizás inaccesible. Para otros, refleja la necesidad de autonomía y dominio. Para muchos, un árbol dibujado parcialmente cubierto por una colina indica la necesidad de protección y ayuda. Un árbol dibujado claramente debajo del observador invariablemente connota un estado de ánimo deprimido y un sentido de inferioridad.

14. *¿Cómo es el clima en este dibujo?* (época del año y momento del día, cielo, temperatura) Se ha postulado que el árbol expresa un sentimiento consciente o subconsciente del individuo acerca de sí mismo en relación con el medio. Ya que las fuerzas externas que afectan a un árbol vivo son en su mayoría meteorológicas, no es sorprendente que los sujetos sean capaces de expresar simbólicamente sus sentimientos de que su ambiente es amistoso y protector u hostil y opresivo. Los sujetos pueden describir detalladamente las condiciones displacenteras del clima, aun cuando no hayan dibujado la representación de dichas condiciones. Debe explorarse la importancia que el clima descrito tiene para el individuo. Obviamente, el clima frío no tiene el mismo significado para alguien que lo prefiere que para alguien a quien no le agrada.
15. *¿Qué te recuerda ese árbol?* Como en los otros dibujos, la calidad de estas asociaciones debe anotarse junto con el tono positivo o negativo de que van acompañadas.
16. *¿Es un árbol sano? ¿qué le da esa impresión?* Debido a que aparentemente el dibujo del árbol no genera sentimientos de identificación tan fuertes ni asociaciones a nivel consciente o preconsciente como el de la persona, es más fácil para el sujeto expresar su imagen corporal, sentimientos de inadecuación, aislamiento, presión ambiental. Etcétera, a través de los comentarios acerca del dibujo del árbol que del de la persona. Por supuesto, una respuesta negativa puede indicar simplemente la preocupación del sujeto por su salud o por la de la persona representada por ese árbol.
17. *¿Es un árbol fuerte? ¿Qué le da esa impresión?* Para la mayoría de las personas la salud y la fuerza son dos cualidades distintas. La presencia de salud no necesariamente implica la presencia de fuerza, o viceversa. La respuesta indica la opinión que tiene el sujeto acerca de la fuerza de su YO. El clínico puede pedirle al sujeto que dibuje las raíces, si no lo ha hecho, ya que éstas parecen representar su punta de vista acerca de la fuerza y la calidad de aquellos aspectos de la personalidad teóricamente considerados debajo del nivel consciente.
18. *¿A quién le recuerda el árbol?* Con frecuencia son personas con quienes el sujeto se identifica.
19. *¿Qué es lo que más necesita ese árbol? ¿Por qué?* Las respuestas categóricas comúnmente expresan de manera simbólica las necesidades de afecto, protección, seguridad y buena salud. Respuestas como "luz del sol" o "agua" son frecuentes y no deben considerarse como particularmente significativas.
20. *¿Alguien ha lastimado el árbol alguna vez? ¿Cómo?* Estas respuestas frecuentemente indican el grado en que el sujeto se siente atacado por el ambiente. La ubicación de la herida puede ser informativa. Una herida en la raíz implica una amenaza contra la habilidad del sujeto para mantenerse en contacto con la realidad; una herida en las ramas puede indicar la presencia de obstáculos para lograr satisfacción en sujetos cuyos procesos de pensamiento se encuentran básicamente intactos.

### ANEXO 3.

Interrogatorio posterior e interpretación de cada pregunta para el dibujo de la persona del test del H-T-P.

1. *¿Es éste un hombre o una mujer (niño o niña)?* Un sujeto que dice que una figura obviamente femenina vestida con ropa de hombre, es un hombre, o que una figura obviamente masculina vestida de mujer, es una mujer, confirma verbalmente la impresión creada por el dibujo, es decir, que el sujeto manifiesta confusión e indecisión probablemente patológicas en su rol sexual. Los sujetos marcadamente retraídos o gravemente perturbados con frecuencia afirman que la persona dibujada es del sexo opuesto al presentado. Esta falla en la prueba de realidad siempre es patológica.
2. *¿Qué edad tiene?* El propósito primario de esta pregunta es investigar qué tan cercana se encuentra la edad representada en el dibujo a la edad asignada por el sujeto. Ocasionalmente, al edad que dice el sujeto representa la edad que siente tener y no su edad cronológica.
3. *¿Quién es?* Este brusco intento par determinar la identidad de la persona dibujada generalmente se contesta con "No sé". Con frecuencia el sujeto identificará a la persona más adelante durante el interrogatorio directo. La persona a menudo será identificada después como alguien diferente y, el dibujo puede representar en realidad un compuesto de varias personas diferentes.
4. *¿Es un pariente, amigo o qué?* Esta pregunta puede ayudar a establecer el valor positivo o negativo qu la persona identificada tiene para el sujeto.
5. *¿En quién estabas pensando cuando dibujabas?* En algunos casos la persona nombrada no es la misma que se dijo estaba representada por el dibujo. La respuesta "En nadie" no es necesariamente evasión o falsificación, ya que el sujeto probablemente no estaba pensando conscientemente en alguien cuando dibujaba.
6. *¿Qué está haciendo? ¿Dónde lo está haciendo?* Esta pregunta intenta establecer qué tan aproximada es la acción de la persona dibujada a la descripción del sujeto. La pregunta también puede provocar sentimientos de presión o compulsión. Las acciones descritas por el sujeto, así como la fuerza y el grado con que se conforman a la presentación gráfica, pueden ser altamente significativas. La ausencia de movimiento no necesariamente indica patología a menos que presente rigidez, control excesivo o que la figura se encuentre esencialmente lisiada.
7. *¿En qué está pensando?* Esta pregunta puede provocar evidencia de pensamientos obsesivos, delirantes o ambos. Si el sujeto considera el dibujo como un autorretrato, en este punto revelará sentimientos de culpa, enojo, resentimiento o aturdimiento. Si el sujeto considera el dibujo como la representación de otra persona, los pensamientos expresados pueden representar lo que esa persona piensa del sujeto.
8. *¿Cómo se siente? ¿Por qué?* La respuesta a esta pregunta generalmente parece expresar los sentimientos del sujeto hacia la situación en la que se

encuentra involucrada la persona dibujada. La pregunta también proporciona suficiente estímulo para producir comentarios directos concernientes a los sentimientos del sujeto acerca de la situación actual o acerca de problemas que no ha sido capaz de analizar. A veces la respuesta "contento" es una simple evasión.

9. *¿Qué te hace pensar o qué te recuerda esa persona?* Esta pregunta genera asociaciones acerca de la persona dibujada en particular y acerca de las relaciones interpersonales en general.
10. *¿Está sana esa persona?* Esta pregunta suele estimular descripciones detalladas de quejas somáticas en sujetos que tienden a fugarse a través de enfermedades. Los sujetos con alguna condición psicósomática rara vez contestan afirmativamente a esta pregunta, en tanto que los sujetos que suelen fingirse enfermos contestarán que sí. En algunos casos la pregunta permite la salida de sentimientos hostiles reprimidos contra la persona representada en el dibujo.
11. *¿Qué es lo que le da esa impresión?* Los sujetos con capacidad intelectual limitada con frecuencia contestan que la figura se ve sano porque no parece enferma.
12. *¿Es feliz esa persona?* Esta pregunta con frecuencia provoca expresiones de temores, quejas y ansiedades que han sido parcial o totalmente reprimidos. A veces provoca comentarios hostiles acerca de la persona representada. Una respuesta afirmativa puede ser una evasión.
13. *¿Qué le da esa impresión?* Muchos sujetos se ven obligados a recurrir a sus sentimientos acerca de sí mismos para responder satisfactoriamente esta pregunta.
14. *¿Es así la mayoría de la gente? ¿Por qué?* Esta pregunta intenta establecer si los sentimientos del sujeto, acerca de la persona, especialmente aquellos poco placenteros u hostiles, están generalizados a las relaciones interpersonales. El "¿Por qué?" subsecuente puede generar mucha información acerca de la simpatía y empatía del sujeto.
15. *¿Crees que te agradaría esa persona? ¿Por qué?* Un sujeto que se siente maltratado puede lanzarse a una vigorosa defensa de la persona dibujada. Un narcisista rara vez responde de manera negativa a esta pregunta.
16. *¿Cómo es el clima en el dibujo?* (época del año y momento del día, cielo, temperatura). Es raro que el sujeto dibuje detalles indicando el clima, como gotas de lluvia o copos de nieve, en el dibujo de la persona. La representación gráfica del clima, por tanto, deberá ser investigada cuidadosamente durante el interrogatorio posterior, ya que se considera muy significativa. La proyección del clima en el dibujo describe el punto de vista del sujeto acerca de su ambiente y relaciones interpersonales.
17. *¿A quién te recuerda esa persona? ¿Por qué?* Esta pregunta puede provocar la clara identificación de la persona. Por otra parte, la persona nombrada aquí puede ser de hecho la quinta persona que el sujeto menciona como la que representa su dibujo. En tanto que tal multiplicidad de identificaciones es raro, no es poco común que la persona represente al menos a dos individuos ---el sujeto y alguien más de particular importancia



para él. La explicación del sujeto de por qué la persona dibujada le recuerda a alguien suele ser reveladora.

18. *¿Qué es lo que más necesita esa persona? ¿Por qué?* No es raro que el sujeto utilice la primera persona del singular para responder a esta pregunta. Las preguntas acerca de las “necesidades” se encuentran entre las más productivas del interrogatorio. Las necesidades pueden expresarse de manera directa, simbólica o de ambos modos, y pueden ser desde las necesidades puramente físicas hasta las psicológicas más abstractas.
19. *¿Alguien ha herido alguna vez a esa persona? ¿Cómo?* Frecuentemente se revelan aquí las experiencias traumáticas en las relaciones con los demás.

## ANEXO 4.

Protocolo del cuestionario del test de frases incompletas de Sacks para adolescentes.

1. Siento que mi padre rara vez :
2. Cuando la suerte está en mi contra:
3. Siempre he querido que:
4. Si estuviera encargado:
5. El futuro me parece:
6. Las personas que son mis superiores:
7. Se que es una tontería pero tengo miedo de:
8. Siento que un verdadero amigo:
9. Cuando era niño:
10. Cuando veo a un hombre y una mujer juntos:
11. Mi idea de la mujer perfecta:
12. Mi idea del hombre perfecto:
13. En la escuela me llevo bien:
14. Comparada con la mayoría de las familias que conozco, la mía:
15. Mi madre es:
16. Daría cualquier cosa por olvidar:
17. Si mi padre solamente fuera:
18. Creo que tengo habilidad para:
19. Sería completamente feliz si:
20. Si la gente que trabaja bajo mis órdenes:
21. Busco:
22. En la escuela mis maestros:
23. La mayoría de mis amigos no saben que yo tengo miedo de::
24. Antes, cuando era niño:
25. No me gusta la gente que:
26. Pienso que la mayoría de las muchachas:
27. Pienso que la mayoría de los muchachos:
28. Mi concepto del matrimonio:
29. Mi familia me trata como:
30. Las personas con quienes trabajo:
31. Mi madre y yo:
32. Mi peor equivocación fue:
33. Deseo que mi padre:
34. Mi mayor debilidad es:
35. Mi ambición secreta en la vida:
36. La gente que trabaja bajo mis órdenes:
37. Algún día yo:
38. Cuando veo venir a mi maestro:
39. Me gustaría perder el miedo a:
40. La gente que más me gusta:
41. Si fuera niño otra vez:

42. Creo que la mayoría de las mujeres:
43. Creo que la mayoría de los hombres:
44. Si yo tuviera relaciones sexuales:
45. La mayoría de las familias que conozco:
46. Me gustaría trabajar con personas que:
47. Pienso que la mayoría de las madres:
48. Cuando era pequeño me sentía culpable de:
49. Pienso que mi padre es:
50. Cuando las circunstancias me son adversas:
51. Al dar órdenes a otro:
52. Lo que más deseo en la vida es:
53. Cuando sea mayor:
54. La gente que yo conozco que son mis superiores:
55. A veces mis temores me impulsan a:
56. Cuando no estoy presente mis amigos:
57. Mi experiencia infantil que recuerdo más es:
- 58.- Lo que más me gusta de las mujeres:
59. Lo que menos me gusta de las mujeres:
60. Lo que más me gusta de los hombres:
61. Lo que menos me gusta de los hombres:
62. Mi vida sexual:
63. Cuando era niño mi familia:
64. La gente que trabaja conmigo generalmente:
65. Me gusta mi madre, pero:
66. Me gusta mi padre, pero:
67. La peor cosa que he hecho en mi vida:
68. La mejor cosa que he hecho en mi vida:

## ANEXO 7.

Protocolo de evaluación del test de frases incompletas de Sacks para adolescentes.

Examinado:  
Edad:

Sexo:  
Hora:

Fecha:

**INSTRUCCIONES:** Sobre la base de su juicio clínico, teniendo en cuenta factores tales como respuestas inadecuadas, referencias sistóricas y manifestaciones de conflicto, evalúe las respuestas del test de frases incompletas de Sacks del examinado, en las quince categorías enumeradas a continuación, de acuerdo a la siguiente escala:

2.- Seriamente perturbado. Parece necesitar ayuda terapéutica para manejar conflictos emocionales en esta área.

1.- Levemente perturbado. Tiene conflictos emocionales en esta área, pero parece capaz de manejarlos sin ayuda terapéutica.

0.- Ningún trastorno significativo observado en esta área.

X.- Se ignora. Pruebas insuficientes.

Nota: cuando el número de un ítem está encerrado en un círculo, significa que el examinado no lo completó al principio sino que volvió a él más tarde.

### I. ACTITUD FRENTE A LA MADRE. Puntaje:

15. Mi madre es:

31. Mi madre y yo:

47. Pienso que la mayoría de las madres:

65. Me gusta mi madre pero:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

### II. ACTITUD FRENTE AL PADRE. Puntaje:

1. Siento que mi padre rara vez:

17. Si mi padre solamente fuera:

33. Deseo que mi padre:

49. Pienso que mi padre es:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

### III. ACTITUD FRENTE AL GRUPO FAMILIAR. Puntaje:

14. Comparada con la mayoría de las familias que conozco, la mía:

29. Mi familia me trata como:

45. La mayoría de las familias que conozco:

63. Cuando era niño mi familia:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

### IV. ACTITUD FRENTE A LAS MUJERES/HOMBRES. Puntaje:

11/12. Mi idea de una mujer/hombre perfecta (o):

26/27. Pienso que la mayoría de las muchachas(os):

42/43. Creo que la mayoría de las mujeres/hombres:

58/59. Lo que menos me gusta de las mujeres/hombres:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

V. ACTITUD FRENTE A LAS RELACIONES HETEROSEXUALES.

Puntaje:

10. Cuando veo a un hombre y una mujer juntos:

28. Mi concepto del matrimonio:

44. Si yo hubiera tenido relaciones sexuales.

62. Mi vida sexual:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

VI. ACTITUD FRENTE A LOS AMIGOS Y CONOCIDOS. Puntaje.

8. Siento que un verdadero amigo:

25. No me gusta la gente que:

40. La gente que más me gusta:

56. Cuando no estoy presente, mis amigos:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

VII. ACTITUD FRENTE A LOS SUPERIORES. Puntaje:

6. Las personas que son mis superiores:

22. En la escuela mis maestros:

38. Cuando veo venir a mi maestro:

54. La gente que yo creo mis superiores:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

VIII. ACTITUD FRENTE A SUBORDINADOS: Puntaje:

4. Si estuviera encargado:

20. Si la gente trabaja bajo mis órdenes:

36. La gente que trabaja bajo mis órdenes:

51. Al dar órdenes a otro:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

IX. ACTITUD FRENTE A COLEGAS EN EL TRABAJO O ESCUELA.

Puntaje:

13. En mi trabajo (escuela), me llevo bien:

30. Las personas con quienes trabajo/estudio son:

46. Me gustaría trabajar con personas que:

64. La gente que trabaja/estudia conmigo, generalmente:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

X. TEMORES. Puntaje:

7. Sé que es una tontería, pero tengo miedo de:

23. La mayoría de mis amigos no saben que yo tengo miedo de:

39. Me gustaría perder el miedo a:

55. A veces mis temores me impulsan a:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

XI. SENTIMIENTOS DE CULPA. Puntaje:

- 16. Daría cualquier cosa por olvidar la vez que yo:
- 32. Mi peor equivocación fue:
- 48. Cuando era pequeño me sentía culpable de:
- 67. La peor cosa que he hecho en mi vida:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

XII. ACTITUD FRENTE A LAS PROPIAS CAPACIDADES. Puntaje:

- 2. Cuando la suerte está en mi contra:
- 18. Creo que tengo habilidad para:
- 34. Mi mayor debilidad es:
- 50. Cuando las circunstancias me son adversas:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

XIII. ACTITUD FRENTE AL PASADO. Puntaje:

- 9. Cuando era niño:
- 24. Antes, cuando era niño:
- 41. Si fuera niño otra vez:
- 57. Mi experiencia infantil que recuerdo más es:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

XIV. ACTITUD FRENTE AL FUTURO. Puntaje:

- 5. El futuro me parece:
- 21. Busco:
- 37. Algún día yo:
- 53. Cuando sea mayor:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

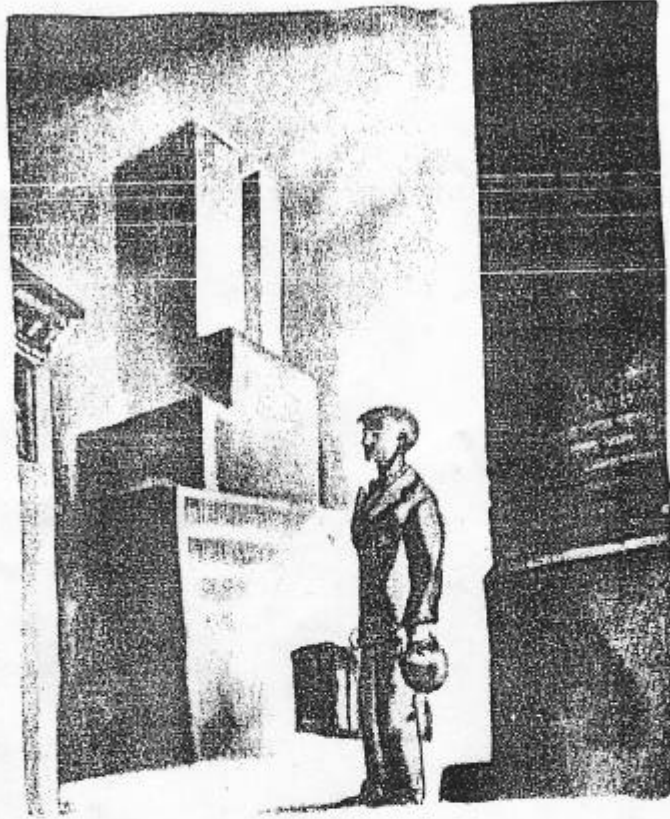
XV. METAS. Puntaje:

- 3. Siempre he querido:
- 19. Sería completamente feliz si:
- 35. Mi ambición secreta en la vida es:
- 52. Lo que más deseo en la vida es:

RESUMEN INTERPRETATIVO:

RESUMEN GENERAL:

- 1.- Principales áreas de conflicto y trastorno.
- 2.- Interrelaciones entre actitudes.
- 3.- Estructura de la personalidad.
  - A. Grado en que el examinado responde a los impulsos externos y a los estímulos externos.
  - B. Adaptación emocional.
  - C. Madurez.
  - D. Nivel de realidad.
  - E. Manera en que se expresan los conflictos.



ANEXO 6. Lámina A1 del test de cuadros para adolescentes de Symonds.



































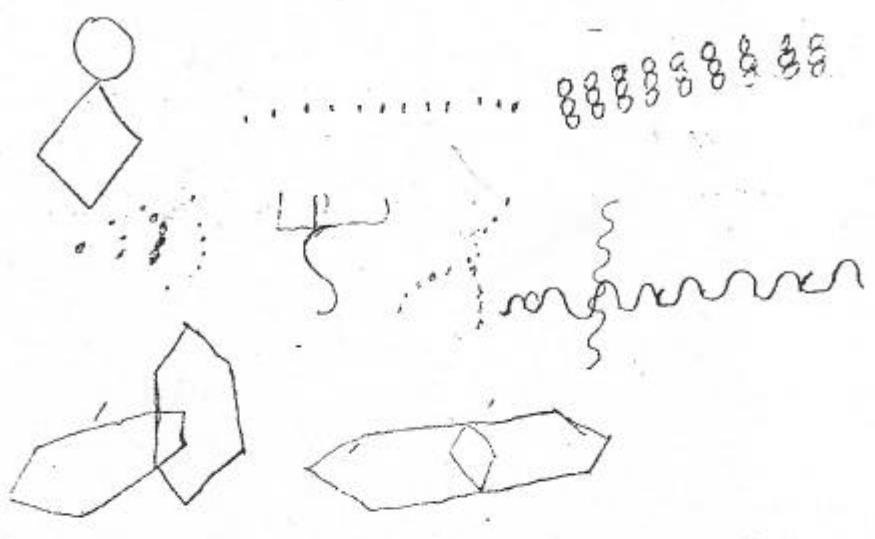












ANEXO 8. Facsimil del test de Bender realizado por I.B.



ANEXO 9. Figura no. 1 del test de Machover realizado por I.B.

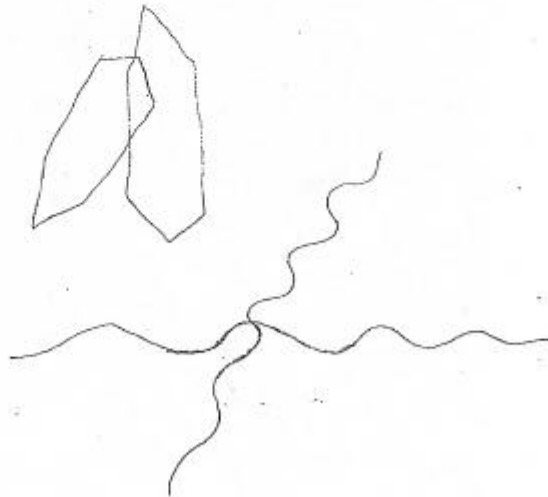
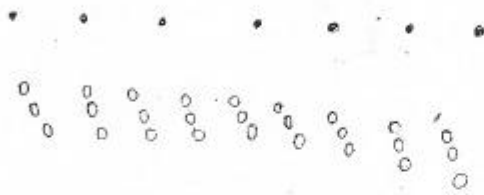
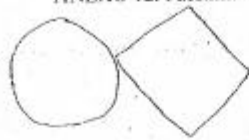


ANEXO 10. Figura no. 2 del test de Machover realizado por I.B.

ESCALA	C.I.	DX
ESCALA VERBAL	79	Limitrofe
ESCALA DE EJECUCIÓN	80	Subnormal
ESCALA GLOBAL	76	Limitrofe

**ANEXO 11.** Tabla que muestra los resultados obtenidos por I.B. en la aplicación de la Escala de Inteleigencia Wechsler (WISC).

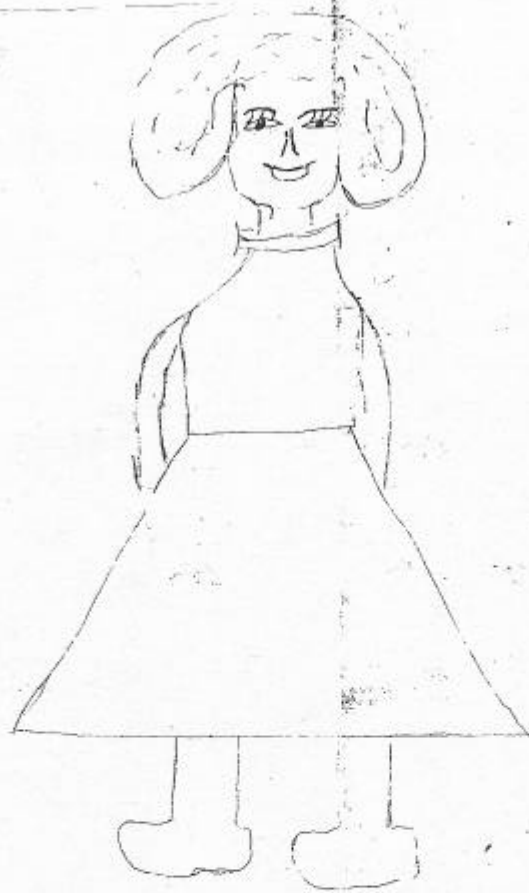
ANEXO 12. Facsimil del test de Bender realizado por A.C.



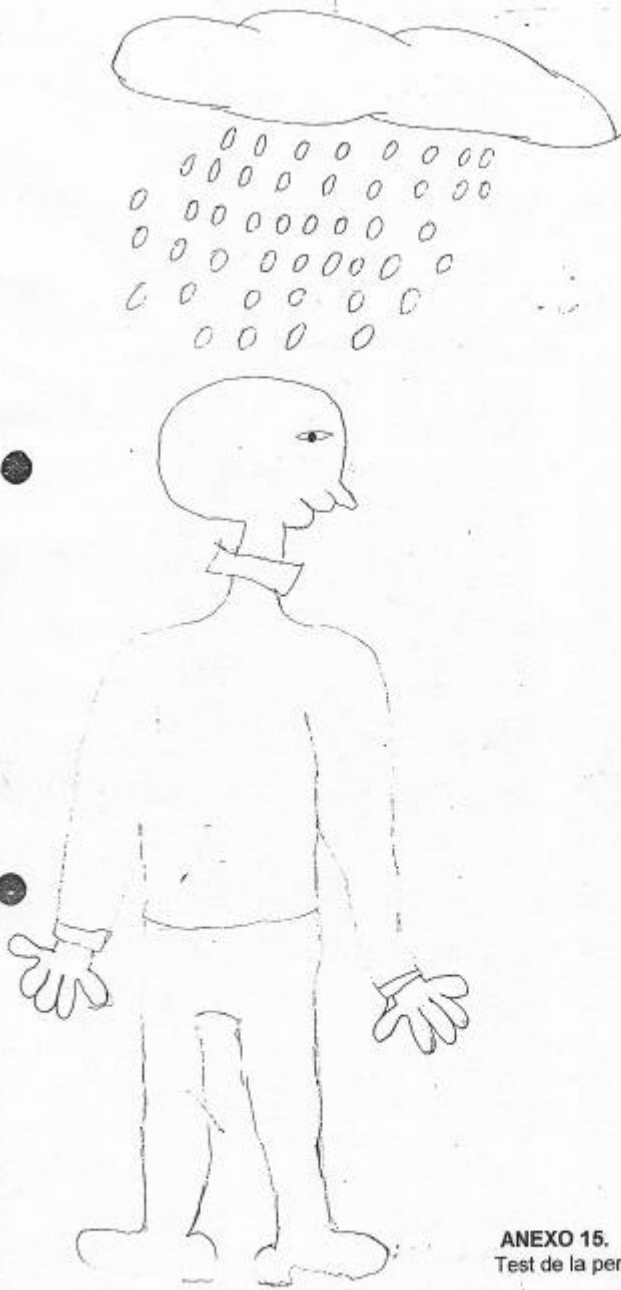


ANEXO 13. Dibujo No. 1 del test de Machover realizado por A.C.

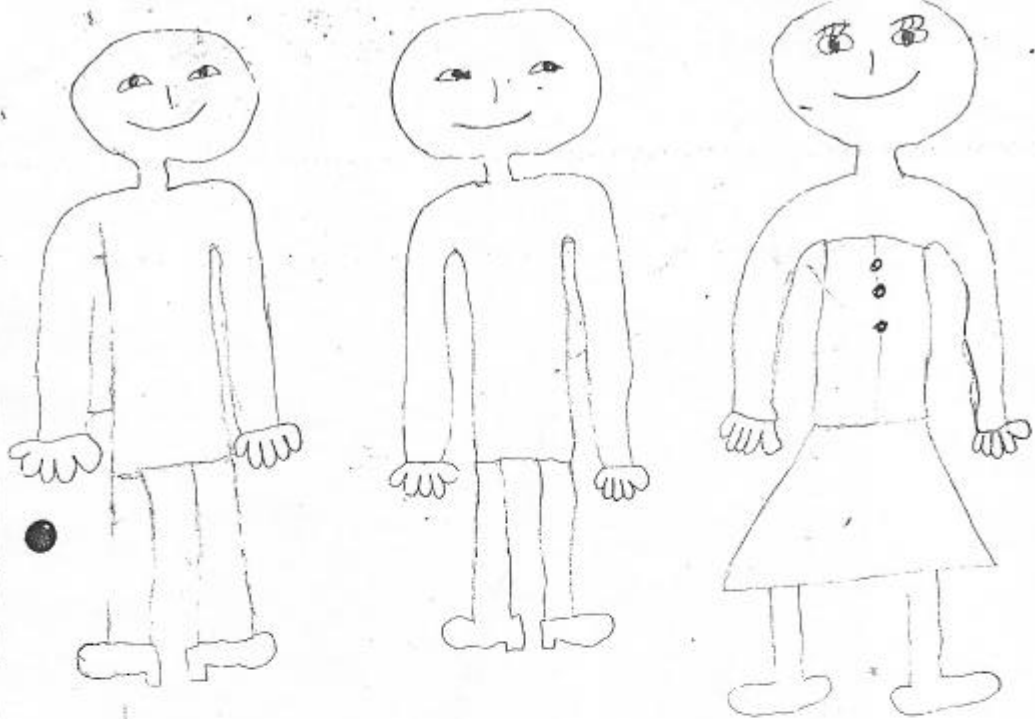




ANEXO 14. Dibujo No. 2 del test de Machover realizado por A.C.



**ANEXO 15.**  
Test de la persona Bajo la Lluvia de A.C.



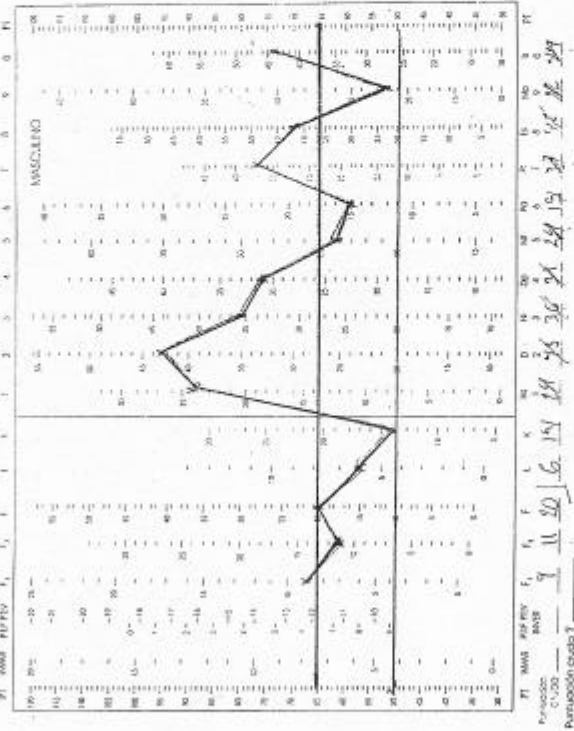
ANEXO 16. Dibujo del test de la Familia realizado por A.C.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Escala: \_\_\_\_\_  
 Clave del perfil: \_\_\_\_\_  
 Índice del diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Más que este trazo en: \_\_\_\_\_ y más: MMPI-2/PT/4/6/7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100

Centro de Diagnóstico Psicológico  
 Facultad de Psicología  
 Universidad de la Habana  
 Calle 104 y 105, entre 106 y 107  
 P.O. Box 24125, La Habana, Cuba  
 Teléfono: (57) 7 833 3333  
 Fax: (57) 7 833 3333  
 E-mail: psicologia@uho.edu.cu

PT Puntuación T

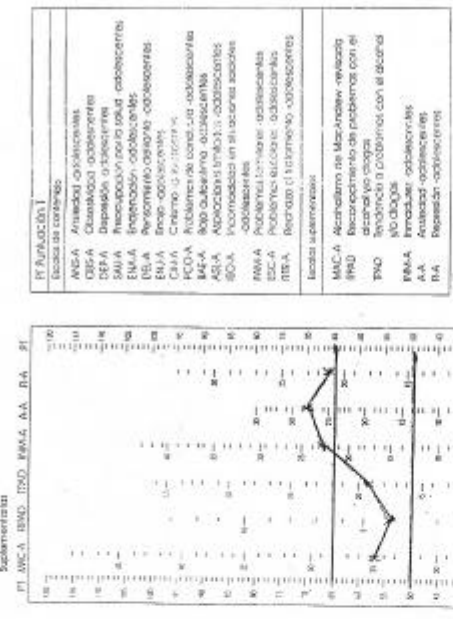
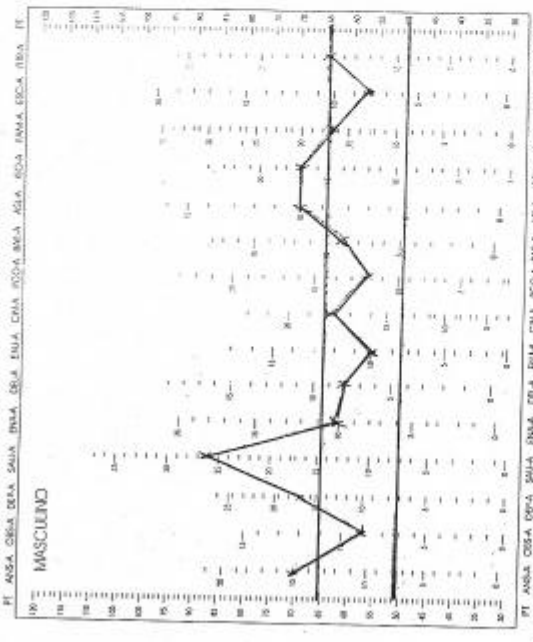
Índice	Descripción
1	No usado (0-2)
2	Manía
3	Psicosis
4	Depresión
5	Incomodidad 1 de la primera parte
6	Incomodidad 2 de la segunda parte
7	Incomodidad 3 de la tercera parte
8	Incomodidad 4 de la cuarta parte
9	Incomodidad 5 de la quinta parte
10	Incomodidad 6 de la sexta parte
11	Depresión
12	Ansiedad
13	Deviación psicótica
14	Ansiedad - depresión
15	Ansiedad
16	Ansiedad
17	Ansiedad
18	Ansiedad
19	Ansiedad
20	Ansiedad
21	Ansiedad
22	Ansiedad
23	Ansiedad
24	Ansiedad
25	Ansiedad
26	Ansiedad
27	Ansiedad
28	Ansiedad
29	Ansiedad
30	Ansiedad
31	Ansiedad
32	Ansiedad
33	Ansiedad
34	Ansiedad
35	Ansiedad
36	Ansiedad
37	Ansiedad
38	Ansiedad
39	Ansiedad
40	Ansiedad
41	Ansiedad
42	Ansiedad
43	Ansiedad
44	Ansiedad
45	Ansiedad
46	Ansiedad
47	Ansiedad
48	Ansiedad
49	Ansiedad
50	Ansiedad
51	Ansiedad
52	Ansiedad
53	Ansiedad
54	Ansiedad
55	Ansiedad
56	Ansiedad
57	Ansiedad
58	Ansiedad
59	Ansiedad
60	Ansiedad
61	Ansiedad
62	Ansiedad
63	Ansiedad
64	Ansiedad
65	Ansiedad
66	Ansiedad
67	Ansiedad
68	Ansiedad
69	Ansiedad
70	Ansiedad
71	Ansiedad
72	Ansiedad
73	Ansiedad
74	Ansiedad
75	Ansiedad
76	Ansiedad
77	Ansiedad
78	Ansiedad
79	Ansiedad
80	Ansiedad
81	Ansiedad
82	Ansiedad
83	Ansiedad
84	Ansiedad
85	Ansiedad
86	Ansiedad
87	Ansiedad
88	Ansiedad
89	Ansiedad
90	Ansiedad
91	Ansiedad
92	Ansiedad
93	Ansiedad
94	Ansiedad
95	Ansiedad
96	Ansiedad
97	Ansiedad
98	Ansiedad
99	Ansiedad
100	Ansiedad



ANEXO 17. Gráfico que muestra los resultados obtenidos por A.C. en la aplicación del MMPI-A respecto a las Escalas Básicas.

Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_  
 Nombre por: \_\_\_\_\_  
 Clave del perfil: \_\_\_\_\_  
 Perfil de la personalidad: \_\_\_\_\_  
 Nota: (En este caso verifique error y siga, NO LO ACIERE si es en un solo caso).

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
 No. de C.I. \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
 No. de C.I. \_\_\_\_\_



**ANEXO 18.**  
 Gráfico que muestra los resultados obtenidos por A. C. en la aplicación del MMPI-A respecto a las Escalas de Contenido y Suplementarias.



**ANEXO 19.**  
Facsimil del test del H-T-P realizado por A. C.

#### ANEXO 20.

Respuestas de A.C. al test de frases incompletas de Sacks para adolescentes.

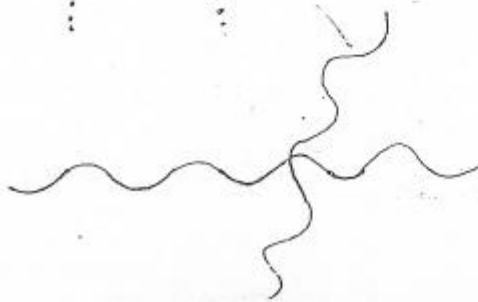
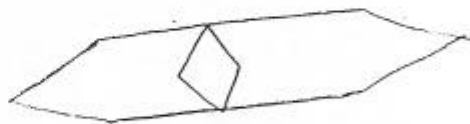
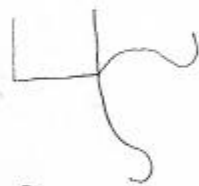
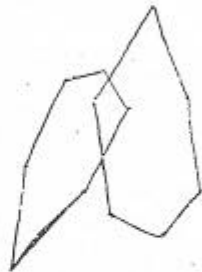
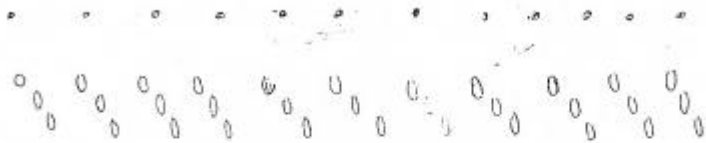
1. Siento que mi padre rara vez : nunca lo veo.
2. Cuando la suerte está en mi contra: todo me sale mal.
3. Siempre he querido que: un auto.
4. Si estuviera encargado: actuaría de la mejor manera.
5. El futuro me parece: muy complicado, me da miedo pensar en el futuro.
6. Las personas que son mis superiores: quieren aprovecharse, me cargan la pila.
7. Se que es una tontería pero tengo miedo de: del mundo, del futuro, fracasar en estudiar.
8. Siento que un verdadero amigo: no te debe traicionar.
9. Cuando era niño: todo era fácil.
10. Cuando veo a un hombre y una mujer juntos: van platicando.
11. Mi idea de la mujer perfecta: pienso que no hay.
12. Mi idea del hombre perfecto: pienso que no hay.
13. En la escuela me llevo bien: con los chicos.
14. Comparada con la mayoría de las familias que conozco, la mía: es distinta, no hacemos cosas juntos y envidia a otras familias que sí lo hacen.
15. Mi madre es: muy buena.
16. Daría cualquier cosa por olvidar: lo que estoy pasando por estos días, mi enfermedad.
17. Si mi padre solamente fuera: un buen padre.
18. Creo que tengo habilidad para: estudiar y el fut bol.
19. Sería completamente feliz si: tuviera todo lo que deseo, como sanar.
20. Si la gente que trabaja bajo mis órdenes: no lograríamos mucho.
21. Busco: un buen amigo.
22. En la escuela mis maestros: son un poco hipócritas.
23. La mayoría de mis amigos no saben que yo: tengo una enfermedad.
24. Antes, cuando era niño: no tenía problemas y preocupaciones.
25. No me gusta la gente que: es presumida e hipócrita.
26. Pienso que la mayoría de las muchachas: son payasas.
27. Pienso que la mayoría de los muchachos: son agresivos.
28. Mi concepto del matrimonio: es bueno y malo.
29. Mi familia me trata como: a todos los demás.
30. Las personas con quienes trabajo: son buenas.
31. Mi madre y yo: a veces jugamos.
32. Mi pero equivocación: no haber estudiado durante dos años.
33. Deseo que mi padre: deje de tomar y se comporte bien.
34. Mi mayor debilidad: el miedo, a veces no sé de que tengo miedo, me da miedo por nada
35. Mi ambición secreta en la vida: tratar de obtener un título.
36. La gente que trabaja bajo mis órdenes: sería muy buena.
37. Algún día yo: tengo que demostrarle a mi mamá que sí puedo acabar la prepa y obtener un título, bueno, en especial a mi familia más que a mi madre.
38. Cuando veo venir a mi maestro: me aburre el día.

39. Me gustaría perder el miedo a: todo, ahora, mañana y para siempre.
40. La gente que más me gusta: escuela y casa.
41. Si fuera niño otra vez: que padre sería.
42. Creo que la mayoría de las mujeres: son bonitas.
43. Creo que la mayoría de los hombres: son agresivos.
44. Si yo tuviera relaciones sexuales: para experimentar la sexualidad.
45. La mayoría de las familias que conozco: viven mal.
46. Me gustaría trabajar con personas que: tengan carros.
47. Pienso que la mayoría de las madres: son comprensibles.
48. Cuando era pequeño me sentí culpable de: la muerte de mi hermana.
49. Pienso que mi padre es: un borracho y mal padre.
50. Cuando las circunstancias me son adversas: me pongo triste.
51. Al dar órdenes a otro: siento que no haría bien.
52. Lo que más deseo en la vida es: salir de la prepa.
53. Cuando sea mayor: debo trabajar para lograr lo que quiero.
54. La gente que yo conozco que son mis superiores: mi mamá y maestros.
55. A veces mis temores me impulsan a: llorar.
56. Cuando no estoy presente mis amigos: siento que hablan de mí.
57. Mi experiencia infantil que recuerdo más es: cuando iba a la primaria.
- 58.- Lo que más me gusta de las mujeres: sus ojos y cara.
59. Lo que menos me gusta de las mujeres: que sean enojonas.
60. Lo que más me gusta de los hombres: que sean buena onda.
61. Lo que menos me gusta de los hombres: que sean agresivos.
62. Mi vida sexual: es muy corta.
63. Cuando era niño mi familia: me trataba muy bien.
64. La gente que trabaja conmigo generalmente: es buena y enojona.
65. Me gusta mi madre, pero: a veces no entiende las cosas.
66. Me gusta mi padre, pero: no lo frecuento mucho.
67. La peor cosa que he hecho en mi vida: haber leído y no cumplido con la cadena.
68. La mejor cosa que he hecho en mi vida: volver a la prepa.





ANEXO 21. Test de Bender realizado por C.S.





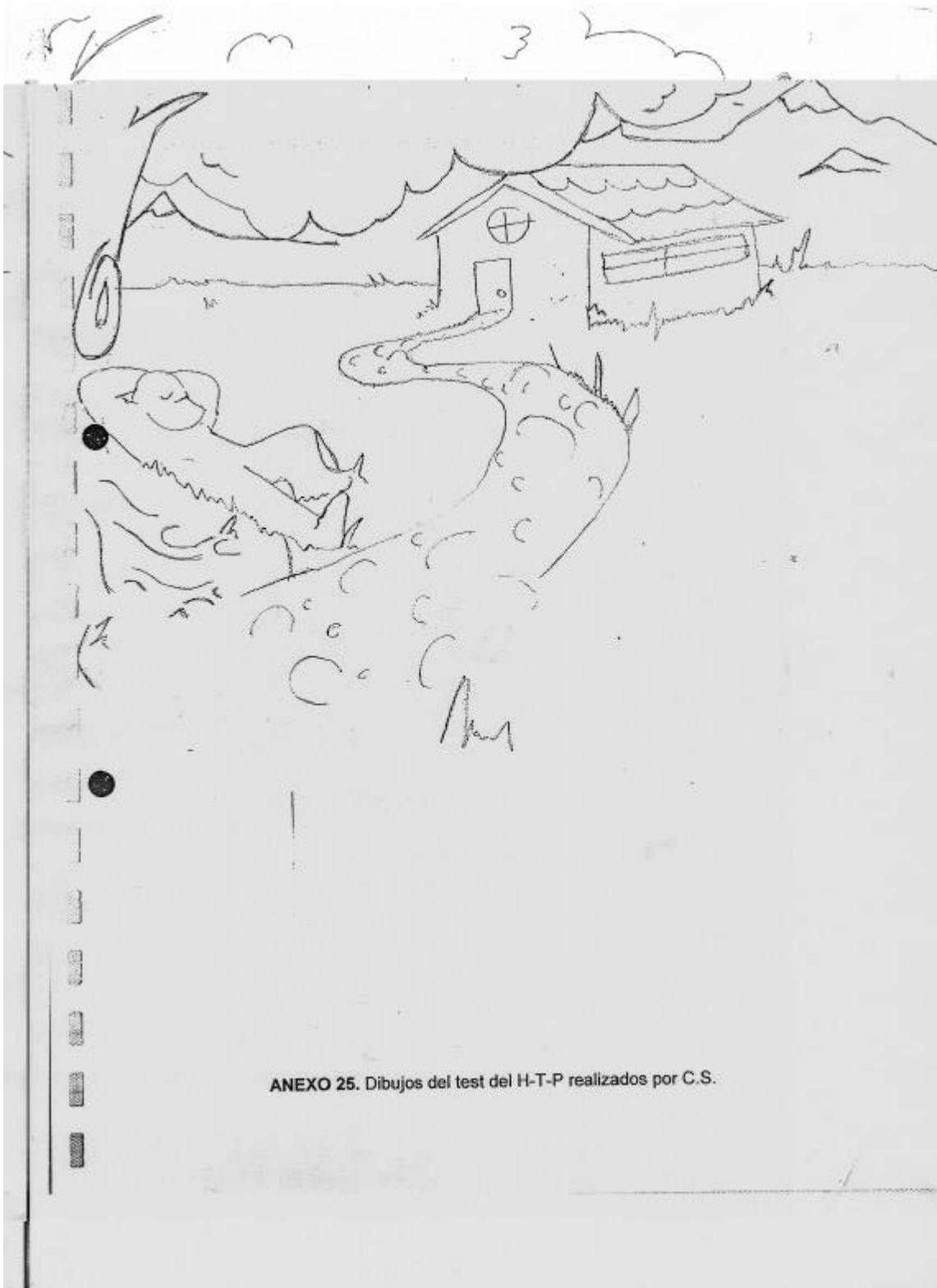
ANEXO 22. Facsimil del test de la figura humana realizada por C.S. Figura realizada en primer orden correspondiente al sexo masculino.



ANEXO 23. Figura No. 2 del test del dibujo de la figura humana realizada por C.S.



ANEXO 24. Figura del test de la Persona Bajo la Lluvia realizada por C.S.



ANEXO 25. Dibujos del test del H-T-P realizados por C.S.



ANEXO 26. Dibujos del test de la Familia realizados por C.S.

ANEXO 27. Gráfico que muestra los resultados obtenidos por C.S. en la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes en el perfil de Escalas Básicas.

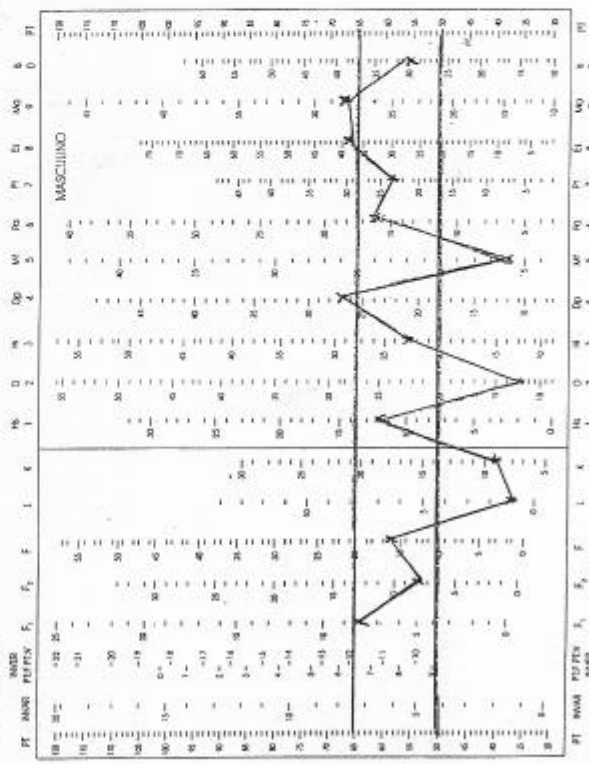


versión revisada de la personalidad Minnesota para adolescentes  
 Copyright © 1992, Intencio, LTD., Ltd., 1992, con los años 1992 por  
 © 1991, Intencio B. Intencio, S.A. de C.V.  
 En cooperación con el Hospital General de México D.F. y  
 el Hospital General de México D.F. y el Hospital General de México D.F.  
 en U.S.A. por Intencio B. Intencio, S.A. de C.V.

Inventario multifásico de la personalidad  
 Minnesota para adolescentes  
 J.N. Hathorn, C.M. Hathorn, J.C. Hathorn, B. Hathorn,  
 A. Hathorn, V.S. Hathorn, J.C. Hathorn y J.C. Hathorn  
 con los años 1992 por J.N. Hathorn y J.C. Hathorn

Paula Saravia de Pineda  
 Psicóloga y psicopedagoga  
 1992-1993

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Referido por: \_\_\_\_\_  
 Clave del perfil: \_\_\_\_\_  
 Inicial del calificador: \_\_\_\_\_  
 Nota: Este perfil está impreso en el Formulario 10 (A) SCPIE y se aplica a cada caso.



PT Participación 1

Escalas básicas:	Significado:
?	No está definido
L	Memoria
F	Intelecto
K	Determinación
F <sub>1</sub>	Intelecto: ca 1, de la primera parte
F <sub>2</sub>	Intelecto: ca 2, de la segunda parte
MMAP	Inconsistencia de las respuestas verdaderas
MMVR	Inconsistencia de las respuestas verdaderas
H <sub>1</sub>	Hipocóndrías
D	Depresión
H	Histeria
Dp	Devoción psicopática
Mf	Autoconciencia - Hermandad
Pr	Prosocial
Es	Esquizofrenia
Mo	Hipomanía
X	Introversión social



PT MMAP PUFZES HIGH 3 8 16 1 9 25 27 16 24 39 27 20  
 Puntuación crudo 7



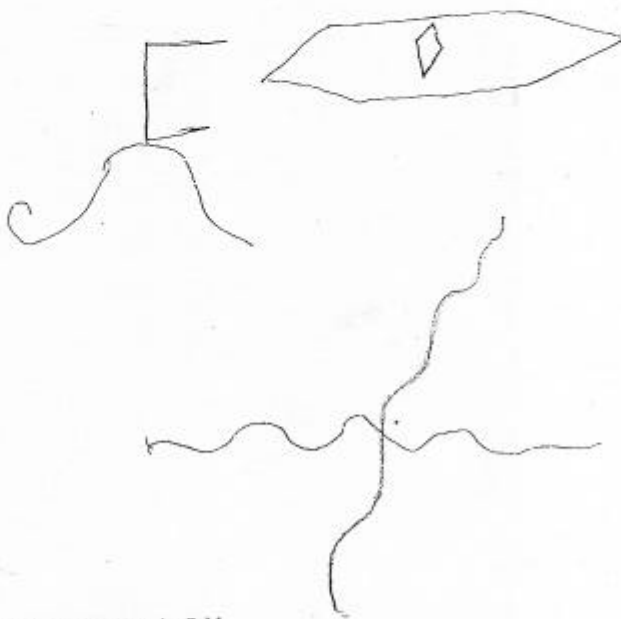
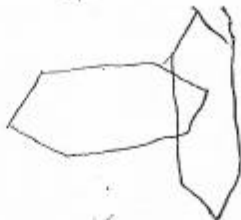
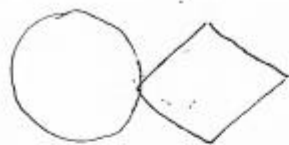


## ANEXO 29.

Respuestas al test de frases incompletas para adolescentes de Sacks realizado por C.S.

1. Siento que mi padre rara vez: me entiende, no me deja ser.
2. Cuando la suerte está en mi contra: la ignoro, lo dejo pasar o me enojo conmigo mismo.
3. Siempre he querido: ser diferente, no ser rebelde ni flojo.
4. Si estuviera de encargado: haría bien mi trabajo.
5. El futuro me parece: incierto.
6. Las personas que son mis superiores: me caen mal.
7. Sé que es una tontería, pero tengo miedo de: terminar siendo un mediocre.
8. Siento que un verdadero amigo: siempre esta contigo.
9. Cuando era niño: jugaba mucho con mi hermano.
10. Cuando veo a un hombre y una mujer juntos: pienso que se quieren.
11. Mi idea de la mujer perfecta: alguien que te entienda.
12. Mi idea del hombre perfecto: alguien que no trate de ocultar sus sentimientos.
13. En la escuela me llevo muy bien: con los de mi salón.
14. Comparada con la mayoría de las familias, la mía: es muy estricta.
15. Mi madre es: muy buena conmigo.
16. Daría cualquier cosa por olvidar: cuando me mordió un perro.
17. Si mi padre solamente fuera: menos duro, menos estricto, más flexible.
18. Creo que tengo habilidad para: dibujar.
19. Sería completamente feliz si: no fuera rebelde.
20. Si la gente trabaja bajo mis órdenes: los haría trabajar más.
21. Busco: llegar a ser alguien.
22. En la escuela mis maestros: me presionaban de más, me agarraban de encargo.
23. La mayoría de mis amigos no saben que yo: dibujo bien.
24. Antes cuando era niño: me gustaba ir a la escuela.
25. No me gusta la gente que: es barbera.
26. Pienso que la mayoría de las muchachas: son bonitas.
27. Pienso que la mayoría de los muchachos: son payasos.
28. Mi concepto del matrimonio: es cuando dos personas se unen física y mentalmente por siempre.
29. Mi familia me trata como: el mal hijo, rebelde y peleonero.
30. Las personas con quienes trabajo: son pesadas e incapacitadas.
31. Mi madre y yo: nos llevamos bien.
32. Mi peor equivocación: salirme de la escuela.
33. Deseo que mi padre: sea menos estricto.
34. Mi mayor debilidad: salir a la calle.
35. Mi ambición secreta en la vida: ser psicólogo.
36. La gente que trabaja bajo mis órdenes: es eficiente.
37. Algún día yo: seré biólogo.

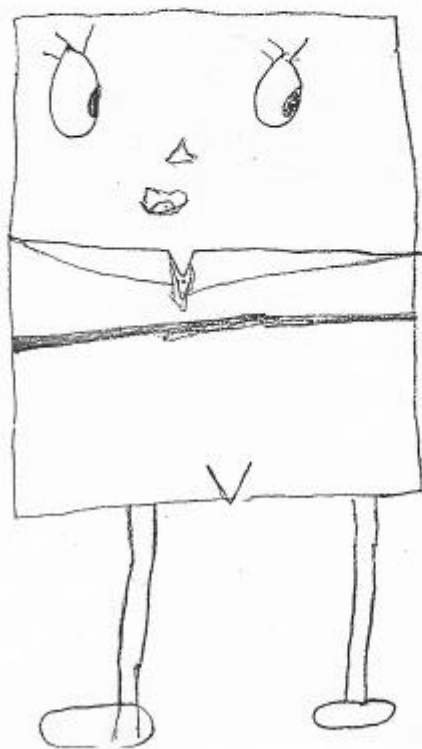
38. Cuando veo venir a mi maestro: me siento en mi lugar.
39. Me gustaría perder el miedo a: quedarme solo.
40. La gente que más me gusta: sincera y humilde.
41. Si fuera niño otra vez: sería menos latoso y haría caso a mi mamá.
42. Creo que la mayoría de las mujeres: son convenencieras.
43. Creo que la mayoría de los hombres: son deshonestos.
44. Si yo tuviera relaciones sexuales: las tendría responsablemente.
45. La mayoría de las familias que conozco: son normales.
46. Me gustaría trabajar con personas: más capaces.
47. Pienso que la mayoría de las madres: son buenas.
48. Cuando era pequeño me sentí culpable de: pelearme mucho con mi hermano.
49. Pienso que mi padre rara vez: muy duro.
50. Cuando las circunstancias me son adversas: las evito, lo vuelvo a intentar, me enojaría conmigo mismo.
51. Al dar órdenes a otro: sería muy duro, exigente, estricto.
52. Lo que más deseo en la vida es: ir de viaje a Australia o África.
53. Cuando sea mayor: quiero tener un título.
54. La gente que yo conozco que son mis superiores: me presionan.
55. A veces mis temores me impulsan a: ser agresivo con la gente.
56. Cuando o estoy presente, mis amigos: seguirían normal.
57. Mi experiencia infantil que recuerdo más es: cuando descalabre a mi hermano.
58. Lo que más me gusta de las mujeres: su cuerpo y su fuerza mental.
59. Lo que menos me gusta de las mujeres: su forma de ser.
60. Lo que más me gusta de los hombres: su fuerza física.
61. Lo que menos me gusta de los hombres: que sean machistas.
62. Mi vida sexual: es poca, pero agradable.
63. Cuando era niño mi familia: me consentía.
64. La gente que trabaja conmigo generalmente: habla de mí, me inventan chismes.
65. Me gusta mi madre, pero: no tiene actitud para imponerse a sus hijos, no puede ser más estricta y no puede ser ella misma.
66. Me gusta mi padre, pero: es muy duro conmigo.
67. La peor cosa que he hecho en mi vida: pegarle a una mujer.
68. La mejor cosa que he hecho en mi vida: ganar un trofeo de karate.



ANEXO 30. Ejecución del test de Bender de G.M.

ANEXO 31.

Figura No. 1 del test de del Dibujo de la Figura Humana de G.M. que pertenece a una persona de sexo masculino.



ANEXO 32.

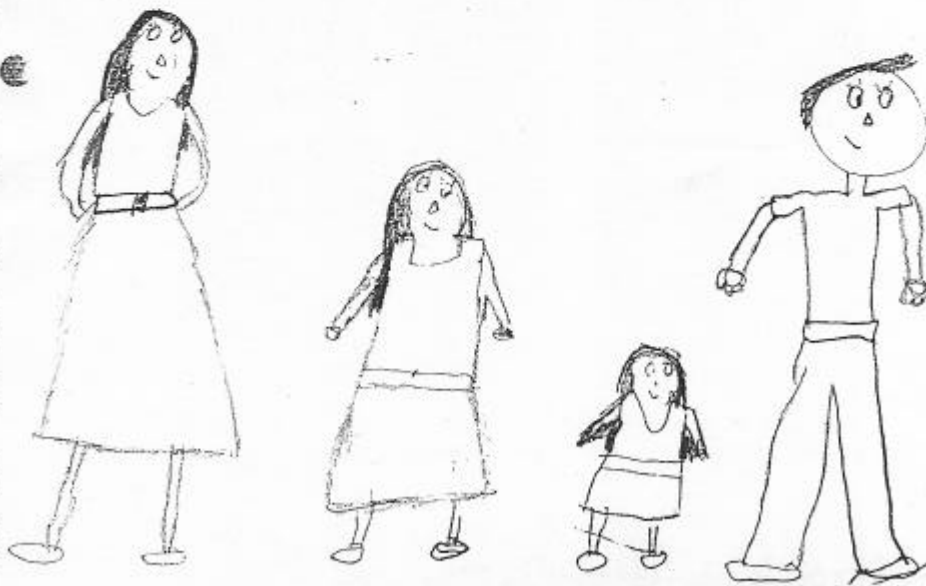
Figura No. 2 del test de del Dibujo de la Figura Humana de G.M.



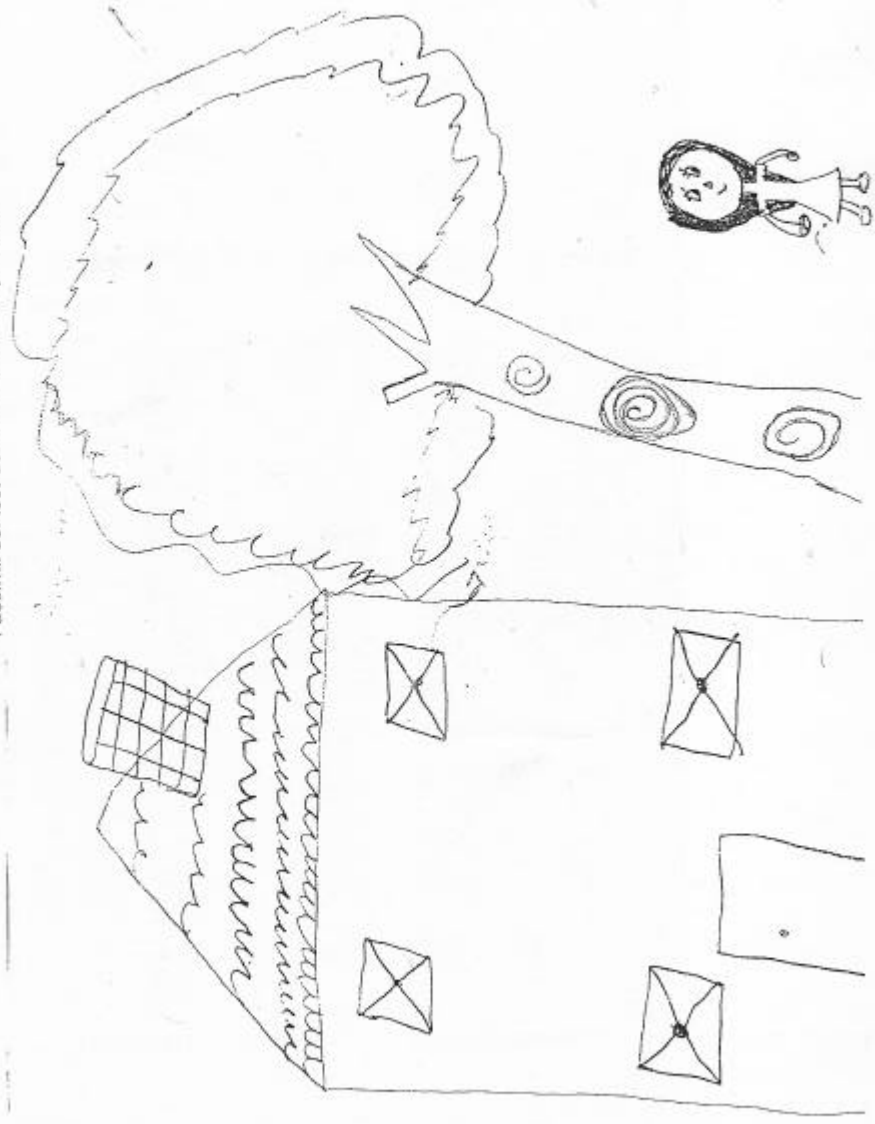


ANEXO 33. Test de la Persona Bajo Lluvia de G.M.

**ANEXO 34.**  
Test de la Familia realizado por G.M.



ANEXO 35.  
Facsimil del test del H-T-P realizado por G.M.





## ANEXO 36.

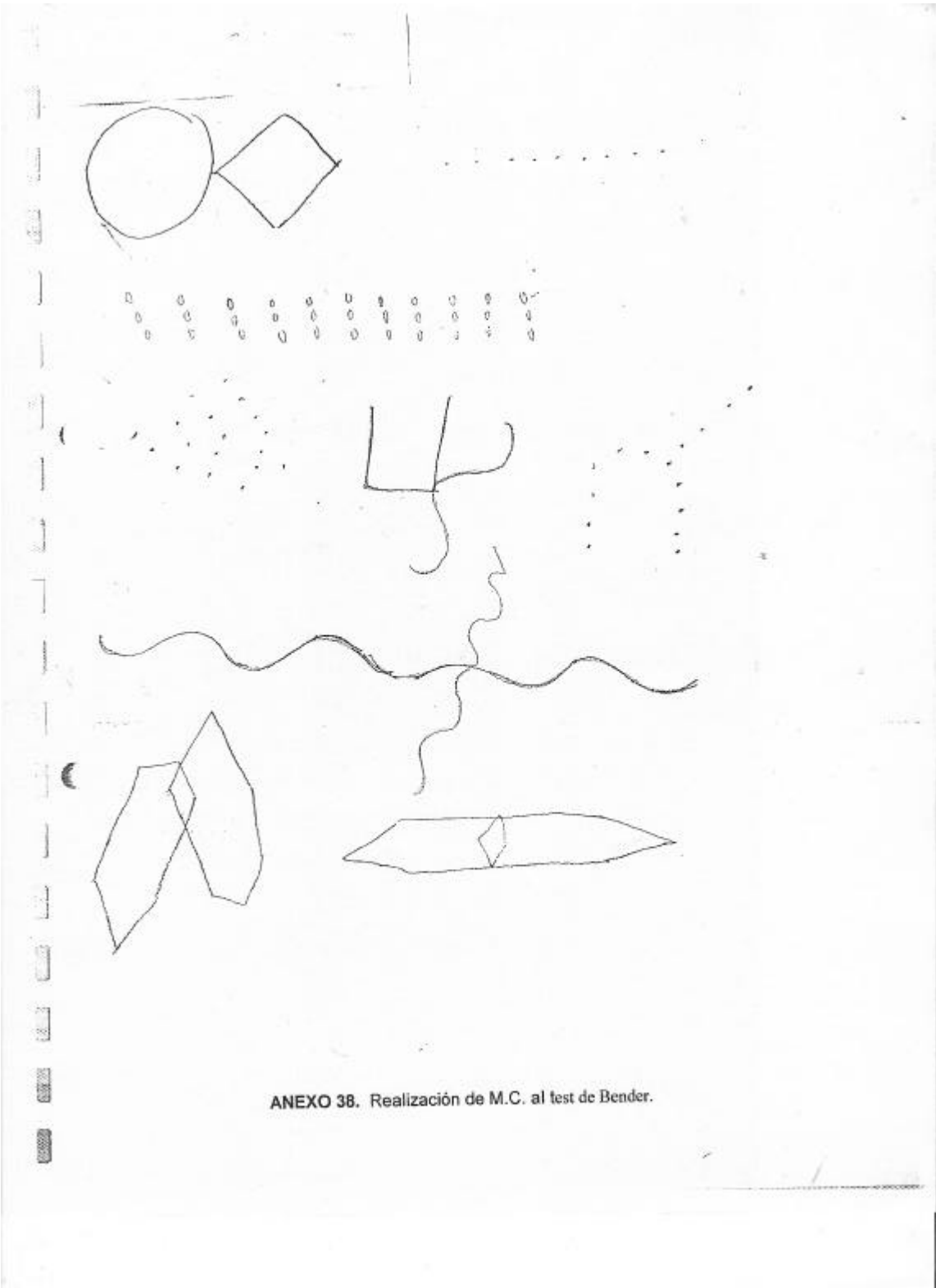
Respuestas de G. M. al test de frases incompletas para adolescentes de Sacks.

1. Siento que mi padre rara vez: esta enfermo.
2. Cuando la suerte está en mi contra: mi hermana.
3. Siempre he querido: tener un peluche.
4. Si estuviera de encargada: cuidaría.
5. El futuro me parece: bien.
6. Las personas que son mis superiores: son gente buena.
7. Sé que es una tontería, pero tengo miedo de: de la oscuridad.
8. Siento que un verdadero amigo: es amable.
9. Cuando era niña: me gustaba jugar con mis carritos.
10. Cuando a un hombre y una mujer juntos: siento feo, no me gusta como se besan.
11. Mi idea de la mujer perfecta: amable.
12. Mi idea del hombre perfecto: amable.
13. En la escuela me llevo muy bien: con Leti.
14. Comparada con la mayoría de las familias, la mía: es bonita.
15. Mi madre es: buena, muy amable y gentil.
16. Daría cualquier cosa por olvidar: cuando atropellaron a mi gato.
17. Si mi padre solamente fuera: mi amigo.
18. Creo que tengo habilidad para: deportes, volley bol.
19. Sería completamente feliz si: mi papá pasará más tiempo con nosotros.
20. Si la gente trabaja bajo mis órdenes: los trataría bien.+
21. Busco: mi perro.
22. En la escuela mis maestros: son buenos.
23. La mayoría de mis amigos no saben que yo: son buena.
24. Antes cuando era niña: me gustaba jugar con muñecas.
25. No me gusta la gente que: es muy chismosa.
26. Pienso que la mayoría de las muchachas: son bonitas.
27. Pienso que la mayoría de los muchachos: son buenos.
28. Mi concepto del matrimonio: —0—
29. Mi familia me trata como: bien.
30. Las personas con quienes trabajo: no.
31. Mi madre y yo: somos como amigas.
32. Mi peor equivocación: la ortografía.
33. Deseo que mi padre: este con nosotros.
34. Mi mayor debilidad: es leer.
35. Mi ambición secreta en la vida: ser maestra de kinder.
36. La gente que trabaja bajo mis órdenes: No.
37. Algún día yo: seré maestra de kinder.
38. Cuando veo venir a mi maestro: es maestra y me llevó bien con ella.
39. Me gustaría perder el miedo a: la oscuridad.
40. La gente que más me gusta: mis tíos.
41. Si fuera niña otra vez: iría a la escuela, jugaría.

42. Creo que la mayoría de las mujeres: trabajan.
43. Creo que la mayoría de los hombres: son amables.
44. Si yo tuviera relaciones sexuales: no me gustaría.
45. La mayoría de las familias que conozco: son mis abuelitos.
46. Me gustaría trabajar con personas: gentiles.
47. Pienso que la mayoría de las madres: son buenas.
48. Cuando era pequeña me sentía culpable: mi nombre, no me gusta.
49. Pienso que mi padre es: bueno.
50. Cuando las circunstancias me son adversas: me siento mal.
51. Al dar órdenes a otro: no me gustaría.
52. Lo que más deseo en la vida es: que mi mamá estuviera con nosotros.
53. Cuando sea mayor: voy a ser maestra de kinder.
54. La gente que yo conozco que son mis superiores: no me gusta que me den órdenes.
55. A veces mis temores me impulsan a: encerrarme en mi cuarto o dormirme.
56. Cuando no estoy presente, mis amigos: me siento mal.
57. Mi experiencia infantil que recuerdo más es: mi kinder.
58. Lo que más me gusta de las mujeres: que sean amables.
59. Lo que menos me gusta de las mujeres: que sean chismosas.
60. Lo que más me gusta de los hombres: generosos.
61. Lo que menos me gusta de los hombres: lo gentil.
62. Mi vida sexual: --0--
63. Cuando era niña mi familia: era buena y todavía es buena.
64. La gente que trabaja conmigo generalmente: se comporta bien.
65. Me gusta mi madre, pero: regaña mucho.
66. Me gusta mi padre, pero: es enojón.
67. La peor cosa que he hecho en mi vida: decir que no quería hacer la primera comunión.
68. La mejor cosa que he hecho en mi vida: confesarme.

ESCALAS	C.I.	DIAGNOSTICO
ESCALA VERBAL	71	DEFICIENTE MENTAL SUPERFICIAL
ESCALA DE EJECUCIÓN	76	DEFICIENTE MENTAL SUPERFICIAL
ESCALA GLOBAL	70	DEFICIENTE MENTAL SUPERFICIAL

**ANEXO 37.** Tabla que muestra los resultados obtenidos por G.M. en la aplicación de la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC).

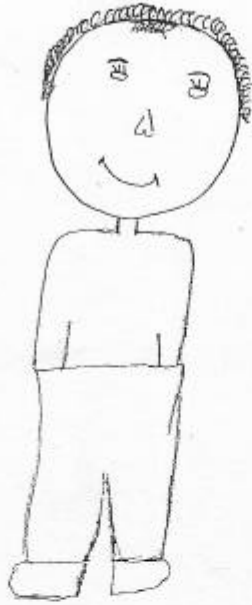


ANEXO 38. Realización de M.C. al test de Bender.



**ANEXO 39.**

Facsímil del test de la Figura Humana de Machover realizado por M.C.

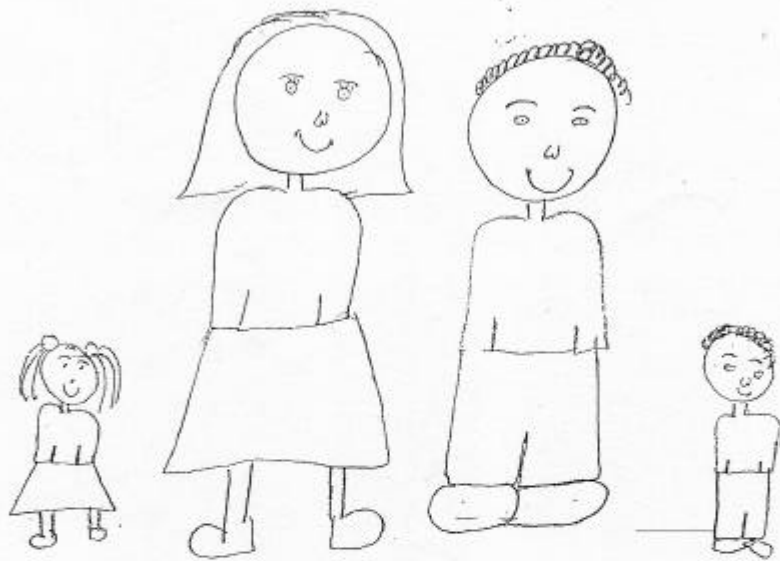


**ANEXO 40.**

Figura No. 2, facsímil del test de la Figura Humana de Machover realizado por M.C.

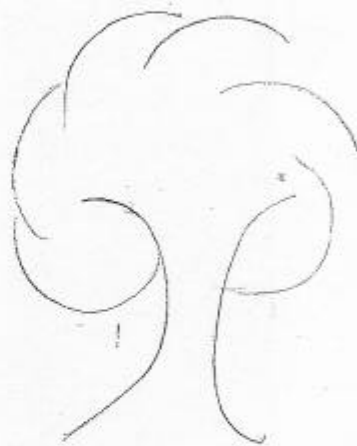
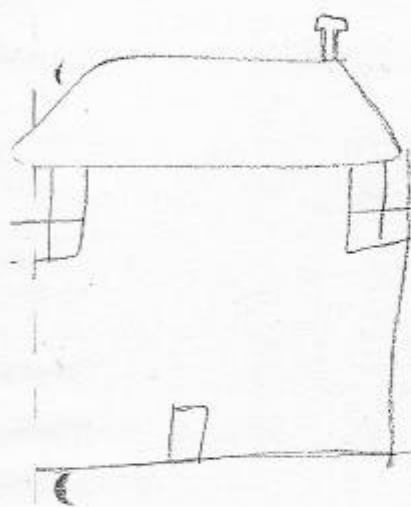


ANEXO 41. Ejecución del test de la Persona Bajo la Lluvia de M. C.



ANEXO 42. Facsimil del test de la Familia realizado por M.C.





ANEXO 43. Dibujos de M.C. correspondientes al test del H-T-P.

#### ANEXO 44.

Respuestas de M.C. al test de frases incompletas de Sacks para adolescentes.

1. Siento que mi padre rara vez: es muy enojón.
2. Cuando la suerte está en mi contra: la detesto.
3. Siempre he querido: tener mi propia casa.
4. Si estuviera de encargada: atendería lo que se me pide.
5. El futuro me parece: muy lindo.
6. Las personas que son mis superiores: me caen mal.
7. Sé que es una tontería, pero tengo miedo a: ser rechazada.
8. Siento que un verdadero amigo: no traiciona.
9. Cuando era niña: me gustaba jugar.
10. Cuando veo a un hombre y una mujer juntos: me siento sola.
11. Mi idea de la mujer perfecta: es no ser corrupta.
12. Mi idea del hombre perfecto: no sé.
13. En la escuela me llevó muy bien: con mis amigas.
14. Comparada con la mayoría de las familias, la mía: es muy alegre.
15. Mi madre es: muy linda cuando no esta enojada.
16. Daría cualquier cosa por olvidar: a Alejandro, el chavo que me engaño.
17. Si mi padre solamente fuera: mi papá lo querría más, si no tuviera hermanas.
18. Creo que tengo habilidad para: seguir estudiando.
19. Sería completamente feliz si: pudiera tener lo que quiero, y ser mejor que todos.
20. Si la gente trabaja bajo mis órdenes: me siento muy mal, no me gusta dar órdenes.
21. Busco: alguien que me quiera aparte de mis padres.
22. En la escuela mis maestros: son buena onda.
23. La mayoría de mis amigos no saben que yo: quiero una vida feliz.
24. Antes, cuando era niña: me gustaba jugar.
25. No me gusta la gente que: sea payasa.
26. Pienso que la mayoría de las muchachas: son muy locas.
27. Pienso que la mayoría de los muchachos: son muy reventados.
28. Mi concepto del matrimonio: aún no lo sé.
29. Mi familia me trata como: una persona.
30. Las personas con quienes trabajo: son muy buena onda.
31. Mi madre y yo: nos llevamos bien.
32. Mi peor equivocación: fue enamorarme de alguien que no me quiere.
33. Deseo que mi padre: tenga más trabajo.
34. Mi mayor debilidad: es no poder comportarme bien.
35. Mi ambición secreta en la vida: seguir estudiando.
36. La gente que trabaja bajo mis órdenes: me caen bien.
37. Algún día yo: quisiera ser una gran enfermera.
38. Cuando veo venir a mi maestro: me pongo a estudiar.
39. Me gustaría perder el miedo a: algunos maestros que son regañones.
40. La gente que más me gusta: es la que es muy buena onda.

41. Si fuera niña otra vez: pensaría mejor las cosas, para no vivir otra vez lo del chavo.
42. Creo que la mayoría de las mujeres: son estudiosas.
43. Creo que la mayoría de los hombres: son muy groseros.
44. Si yo tuviera relaciones sexuales: me matarían mis padres.
45. La mayoría de las familias que conozco: son muy unidas.
46. Me gustaría trabajar con personas: que me traten bien.
47. Pienso que la mayoría de las madres: son buena onda.
48. Cuando era pequeña me sentí culpable de: que le arruine la vida mi mamá al nacer.
49. Pienso que mi padre es: muy lindo.
50. Cuando las circunstancias me son adversas: me molesto.
51. Al dar órdenes a otro: me comporto muy payasa.
52. Lo que más deseo en la vida es: estar siempre con mis padres.
53. Cuando sea mayor: voy a trabajar y voy a ayudar a mis padres.
54. La gente que yo conozco que son mis superiores: me caen mal.
55. A veces mis temores me impulsan a: a ser tonterías.
56. Cuando no estoy presente, mis amigos: siempre preguntan por mí.
57. Mi experiencia infantil que recuerdo más es: estar feliz.
58. Lo que más me gusta de las mujeres: es que son inteligentes.
59. Lo que menos me gusta de las mujeres: es que son payasas.
60. Lo que más me gusta de los hombres: que son cariñosos.
61. Lo que menos me gusta de los hombres: es que son muy groseros.
62. Mi vida sexual: es normal.
63. Cuando era niña mi familia: me consentía mucho.
64. La gente que trabaja conmigo generalmente: son amigos.
65. Me gusta mi madre, pero: a veces es muy enojona.
66. Me gusta mi padre, pero: es muy alejado de mí.
67. La peor cosa que he hecho en mi vida: tratar de quitarme al vida.
68. La mejor cosa que he hecho en mi vida: es estudiar.

ANEXO 45. Gráfico que muestra los resultados obtenidos por M.C. en la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes en el perfil de Escalas Básicas.



**MMPI-A**  
 Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes  
 Copyright © 1997 by University of Minnesota, Minneapolis, MN  
 All rights reserved. Printed in the United States of America. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without permission in writing from the University of Minnesota.

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes  
 J.W. Williams, C. Miller, J.E. Gadow, J.P. Gibbon  
 con base en el Manual de Escalas de la MMPI

Perfil de escalas básicas  
 (puntaje máximo)

Nombre: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

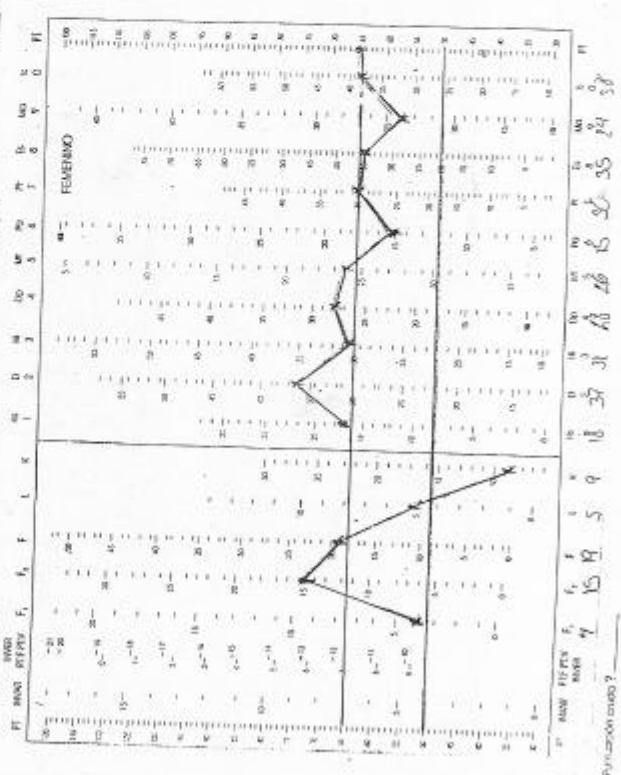
Educación: \_\_\_\_\_

Reflexión por: \_\_\_\_\_

Clave del perfil: \_\_\_\_\_

Indicador del calificador: \_\_\_\_\_

Nota: Este perfil está impreso en color y negro. No lo escriba en el color de cada.



Indicador	Definición
1	NO indica nada
2	Ansiedad
3	Introversia
4	Psicopatología
5	Introversia
6	Introversia
7	Introversia
8	Introversia
9	Introversia
10	Introversia
11	Introversia
12	Introversia
13	Introversia
14	Introversia
15	Introversia
16	Introversia
17	Introversia
18	Introversia
19	Introversia
20	Introversia
21	Introversia
22	Introversia
23	Introversia
24	Introversia
25	Introversia
26	Introversia
27	Introversia
28	Introversia
29	Introversia
30	Introversia



**ANEXO 46. Gráfico que muestra los resultados obtenidos por M.C. en la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes en el perfil de Escalas de Contenido y Suplementarias.**

**MMPI-2**

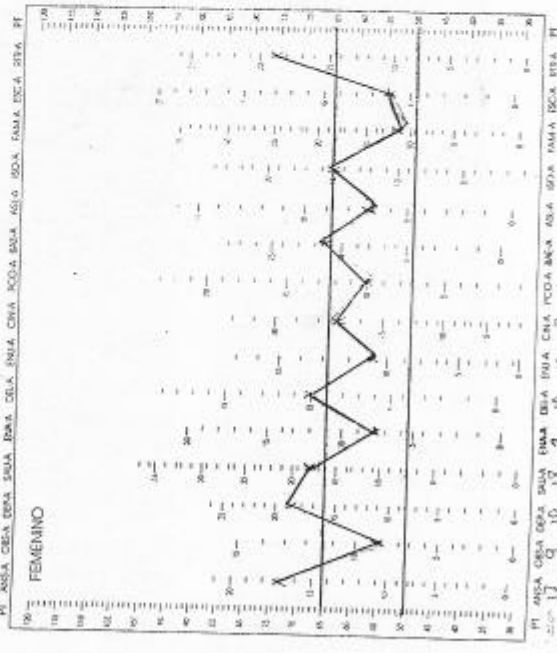
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes  
 J.M. Mazzeo, C. Walters, J.G. Birmaher, S.F. Axlin,  
 M. McGee, T.E. Benninger y B. Reppert,  
 con la colaboración de J. McClellan y J.F. Welner

Perfil de Escalas de Contenido y Suplementarias  
 (Forma de aplicación 1973)  
 145-21-01

Este inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes es un instrumento de evaluación de la personalidad que se aplica a adolescentes de 12 a 18 años de edad. El instrumento está basado en el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) y el Inventario Multifásico de la Personalidad para Niños (MMPI-2).

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Referido por: \_\_\_\_\_  
 Clave del perfil: \_\_\_\_\_  
 Indicador del aplicación: \_\_\_\_\_

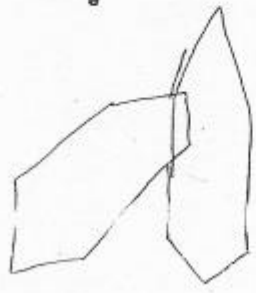
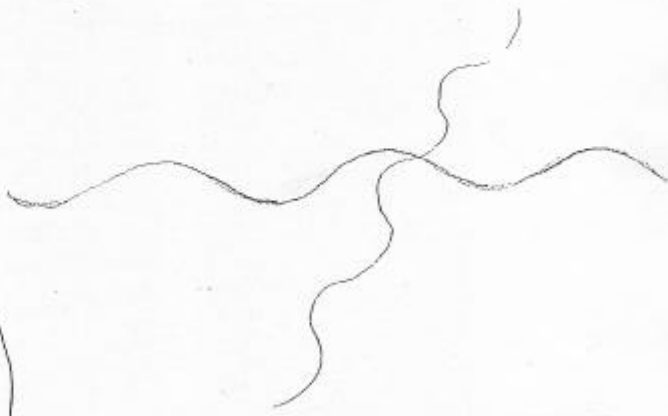
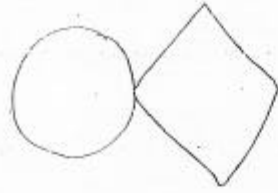
Nota: Este perfil es propio de este sujeto. No lo copie y se de un sujeto.

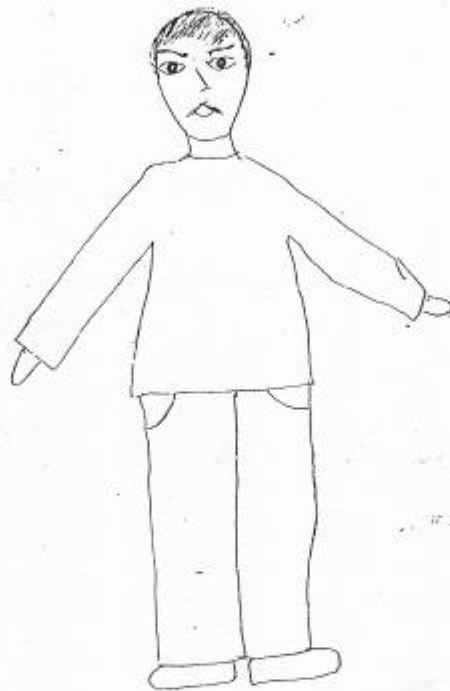


Indicador	Descripción
ANSA	Ansiedad-adolescentes
CREA	Creencias-adolescentes
ETRA	Exposición-adolescentes
SISA	Satisfacción por la salud-adolescentes
DINA	Depresión-adolescentes
CMA	Control de las emociones-adolescentes
INLA	Influencia de los padres-adolescentes
CMA	Control de las emociones-adolescentes
ASO	Actitudes sociales-adolescentes
BSA	Actitudes sociales-adolescentes
DSA	Depresión-adolescentes
ECA	Exposición-adolescentes
STA	Satisfacción por la salud-adolescentes
STB	Satisfacción por la salud-adolescentes
STC	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST4	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST5	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST6	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST7	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST8	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST9	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST10	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST11	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST12	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST13	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST14	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST15	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST16	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST17	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST18	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST19	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST20	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST21	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST22	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST23	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST24	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST25	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST26	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST27	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST28	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST29	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST30	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST31	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST32	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST33	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST34	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST35	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST36	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST37	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST38	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST39	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST40	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST41	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST42	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST43	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST44	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST45	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST46	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST47	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST48	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST49	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST50	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST51	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST52	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST53	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST54	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST55	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST56	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST57	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST58	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST59	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST60	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST61	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST62	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST63	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST64	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST65	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST66	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST67	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST68	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST69	Satisfacción por la salud-adolescentes
ST70	Satisfacción por la salud-adolescentes



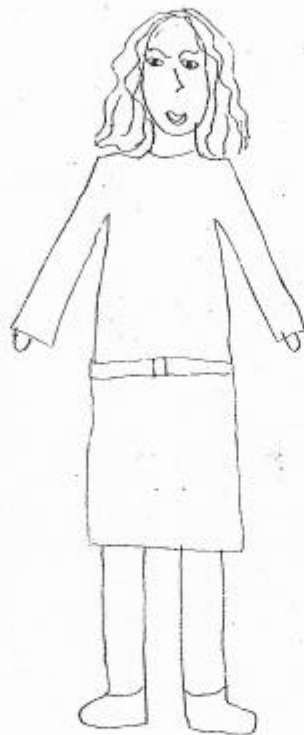
ANEXO 47. Test de Bender realizado por L.P.





ANEXO 48. Figura No. 1 del test de figura humana de Machover realizado por L.P.

1<sup>a</sup> Fig  
L.P.



ANEXO 49. Figura No. 2 del test de figura humana de Machover realizado por L.P.

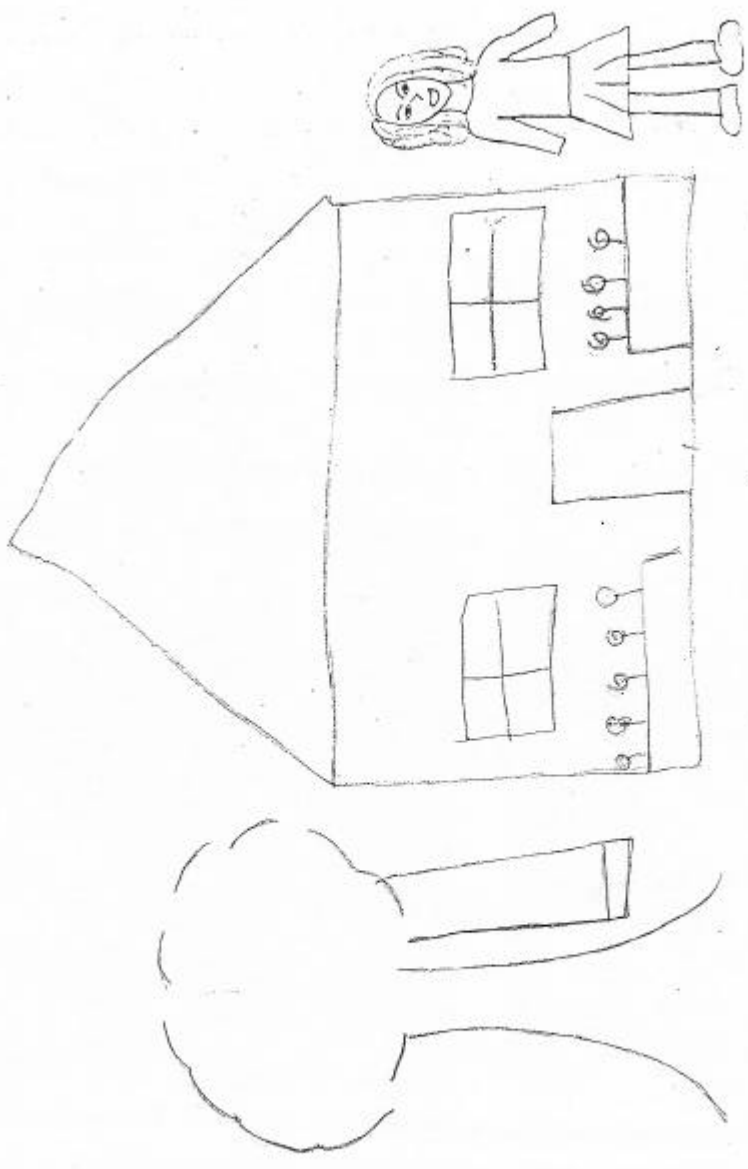
*L.P.*





ANEXO 50. Figura hecha por L.P. perteneciente al test de la Persona Bajo Lluvia.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100



ANEXO 51. Facsimil del test del H-T-P realizado por L.P.

1



ANEXO 52. Dibujo del test de la Familia realizado por L.P.

### ANEXO 53.

#### Respuestas de L. P. al test de frases incompletas de Sacks.

1. Siento que mi padre rara vez: se enoja.
2. Cuando la suerte está en mi contra: me siento mal.
3. Siempre he querido: ser feliz.
4. Si estuviera de encargado: me sentiría infeliz.
5. El futuro me parece: incierto, por que no sabes lo que te va a pasar.
6. Las personas que son mis superiores: me caen bien.
7. Sé que es una tontería, pero tengo miedo: de morir, dejaría a mis seres queridos tristes.
8. Siento que un verdadero amigo: esta junto a mí.
9. Cuando era niña: era feliz.
10. Cuando veo a un hombre y una mujer juntos: me volteo, no me gusta como se besan.
11. Mi idea de la mujer perfecta: es inteligente.
12. Mi idea del hombre perfecto: es inteligente.
13. En la escuela me llevó bien: con todos.
14. Comparada con la mayoría de las familias, la mía: es muy buena.
15. Mi madre es: sincera.
16. Daría cualquier cosa por olvidar: la muerte, sino pensaría en eso sería feliz.
17. Si mi padre solamente fuera: cariñoso.
18. Creo que tengo habilidad para: todo, como estudiante.
19. Sería completamente feliz si: estuviera en Londres.
20. Si la gente trabaja bajo mis órdenes: los trato bien.
21. Busco: nada.
22. En la escuela mis maestros: son buena onda.
23. La mayoría de mis amigos no saben que yo: soy enojona.
24. Antes cuando era niña: era feliz.
25. No me gusta la gente que: es hipócrita.
26. Pienso que la mayoría de las muchachas: son bonitas.
27. Pienso que la mayoría de los muchachos.
28. Mi concepto del matrimonio: es bonito, estas con una persona que amas.
29. Mi familia me trata como: bien.
30. Las personas con quienes trabajo: son buena onda.
31. Mi madre y yo: estamos bien.
32. Mi peor equivocación: fue ninguna.
33. Deseo que mi padre: sea feliz.
34. Mi mayor debilidad: es ninguna.
35. Mi ambición secreta en la vida: es ser doctora.
36. La gente que trabaja bajo mis órdenes: la trato bien.
37. Algún día yo: seré doctora.
38. Cuando veo venir a mi maestro: me siento feliz.
39. Me gustaría perder el miedo a: nada.
40. La gente que más me gusta: es trabajadora.

41. Si fuera niña otra vez: iría lo menos posible con mi abue porque un tío ebrio me molestaba.
42. Creo que la mayoría de las mujeres: me caen bien.
43. Creo que la mayoría de los hombres: me quieren.
44. Si yo tuviera relaciones sexuales: no sería con un hombre.
45. La mayoría de las familias que conozco: son un hombre, una mujer e hijos.
46. Me gustaría trabajar con personas: inteligentes y capaces.
47. Pienso que la mayoría de las madres: quieren lo mejor para nosotros.
48. Cuando era pequeña me sentí culpable de: lo que me paso (tocamientos de un tío).
49. Pienso que mi padre es: muy enojón.
50. Cuando las circunstancias me son adversas: trato de no estar ahí.
51. Al dar órdenes a otro: a veces se molesta.
52. Lo que más deseo en la vida es: conocer a Gloria Trevi.
53. Cuando sea mayor: me iré de mi casa a vivir con unas amigas.
54. La gente que yo conozco que son mis superiores: me caen bien.
55. A veces mis temores me impulsan a: gritarle a las personas.
56. Cuando no estoy presente, mis amigos: me extrañarían.
57. Mi experiencia infantil que recuerdo más es: lo que paso que paso en casa de mi abuelita.
58. Lo que más me gusta de las mujeres: es su forma de ser y su físico.
59. Lo que menos me gusta de las mujeres: que estén feas y sean payasas.
60. Lo que más me gusta de los hombres: su forma de ser y su físico.
61. Lo que menos me gusta de los hombres: que estén feos y sean payasos.
62. Mi vida sexual: no me gusta contarla a cualquiera.
63. Cuando era niña mi familia: me adoraba.
64. La gente que trabaja conmigo generalmente: nos llevamos bien.
65. Me gusta mi madre, pero: quiero que me comprenda.
66. Me gusta mi padre, pero: quiero que me comprenda.
67. La peor cosa que he hecho en mi vida: portarme mal en la escuela con mi amiga.
68. La mejor cosa que he hecho en mi vida: haber dejado a mi novio.

ANEXO 54. Gráfico que muestra los resultados obtenidos por L.P. en la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes en el perfil de Escalas Básicas.



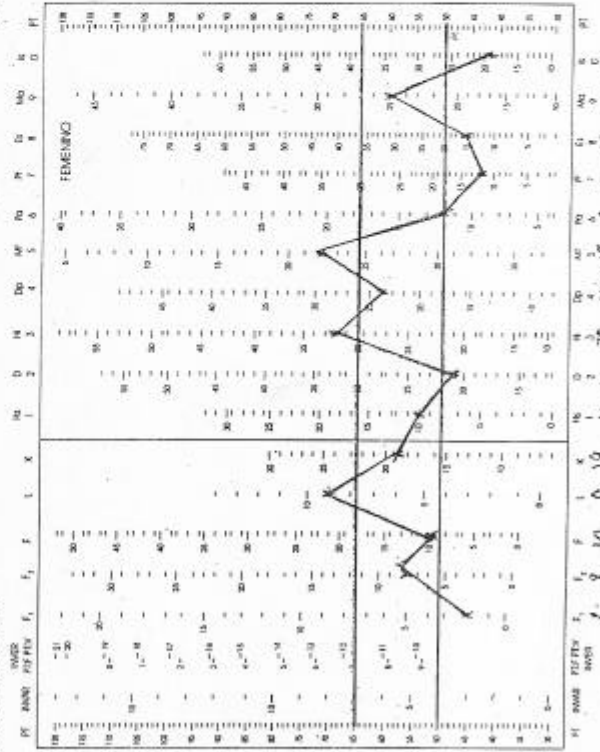
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes (MMPI-A)  
 Escala de 100 personas. 1972. TALL, 1972. Edición 1997.  
 © 1992 Edición Actualizada. S.A. de C.V.  
 Distribución con licencia por escrito. Todos los derechos reservados.  
 MMPI-A y Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-Adolescente  
 son U.S. por siempre un inventario.

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes

J.N. Butcher, C. Gibbon, J.M. Gibbon, S.D. McNamara,  
 A. Bakeman, V.S. Birmaher y J.C. McGuey  
 con base en el libro por S.S. McNamara y J.C. McGuey

Perfil de escalas básicas  
 (normas masculinas)  
 MP-48-0-1

Nombre: [Redacted]  
 Dirección: [Redacted]  
 Ocupación: [Redacted] Fecha de aplicación: [Redacted]  
 Escolaridad: [Redacted] Edad: [Redacted] Estado CMR:  
 Referido por: [Redacted]  
 Clave del perfil: [Redacted]  
 Iniciales del calificador: [Redacted]  
 Nota: Este perfil está impreso en cero y negro. NO LO ACIETE a su vez en un solo color.



PT puntuación 1

Escalas básicas	Descripción
1	No podrá leer
2	Memoria
3	Intelectual
4	Defensividad
5	Intelectual 1, de la primera parte
6	Intelectual 2, de la segunda parte
7	Inconsistencia de las respuestas verbales
8	MMAR
9	INVER
10	Inconsistencia de las respuestas verbales
11	Hipocondría
12	Depresión
13	Estereotipo
14	Estereotipo
15	Devoción psicopática
16	Masculinidad - Femenidad
17	Paranoia
18	Psicofrenia
19	Esquizofrenia
20	Esquizofrenia
21	Esquizofrenia
22	Esquizofrenia
23	Esquizofrenia
24	Esquizofrenia
25	Esquizofrenia
26	Esquizofrenia
27	Esquizofrenia
28	Esquizofrenia
29	Esquizofrenia
30	Esquizofrenia
31	Esquizofrenia
32	Esquizofrenia
33	Esquizofrenia
34	Esquizofrenia
35	Esquizofrenia
36	Esquizofrenia
37	Esquizofrenia
38	Esquizofrenia
39	Esquizofrenia
40	Esquizofrenia
41	Esquizofrenia
42	Esquizofrenia
43	Esquizofrenia
44	Esquizofrenia
45	Esquizofrenia
46	Esquizofrenia
47	Esquizofrenia
48	Esquizofrenia
49	Esquizofrenia
50	Esquizofrenia
51	Esquizofrenia
52	Esquizofrenia
53	Esquizofrenia
54	Esquizofrenia
55	Esquizofrenia
56	Esquizofrenia
57	Esquizofrenia
58	Esquizofrenia
59	Esquizofrenia
60	Esquizofrenia
61	Esquizofrenia
62	Esquizofrenia
63	Esquizofrenia
64	Esquizofrenia
65	Esquizofrenia
66	Esquizofrenia
67	Esquizofrenia
68	Esquizofrenia
69	Esquizofrenia
70	Esquizofrenia
71	Esquizofrenia
72	Esquizofrenia
73	Esquizofrenia
74	Esquizofrenia
75	Esquizofrenia
76	Esquizofrenia
77	Esquizofrenia
78	Esquizofrenia
79	Esquizofrenia
80	Esquizofrenia
81	Esquizofrenia
82	Esquizofrenia
83	Esquizofrenia
84	Esquizofrenia
85	Esquizofrenia
86	Esquizofrenia
87	Esquizofrenia
88	Esquizofrenia
89	Esquizofrenia
90	Esquizofrenia
91	Esquizofrenia
92	Esquizofrenia
93	Esquizofrenia
94	Esquizofrenia
95	Esquizofrenia
96	Esquizofrenia
97	Esquizofrenia
98	Esquizofrenia
99	Esquizofrenia
100	Esquizofrenia



Puntuación total: \_\_\_\_\_

**ANEXO 55. Gráfico que muestra los resultados obtenidos por L.P. en la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes en el perfil de Escalas de Contenido y Suplementarias.**



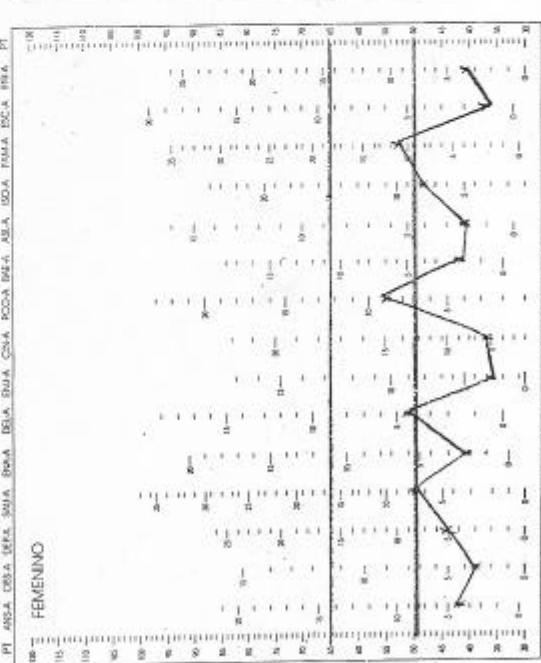
**Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes**  
 J.N. Sadelir, C. Wilson, J.E. Gardner, M.P. Austin,  
 A. Ehligson, Y.S. Kim, Timothy R. Konradi,  
 con base en datos por S.L. Washburn y J.C. Ashbury

Perfil de escalas de contenido y suplementarias  
 (en las escalas de contenido)

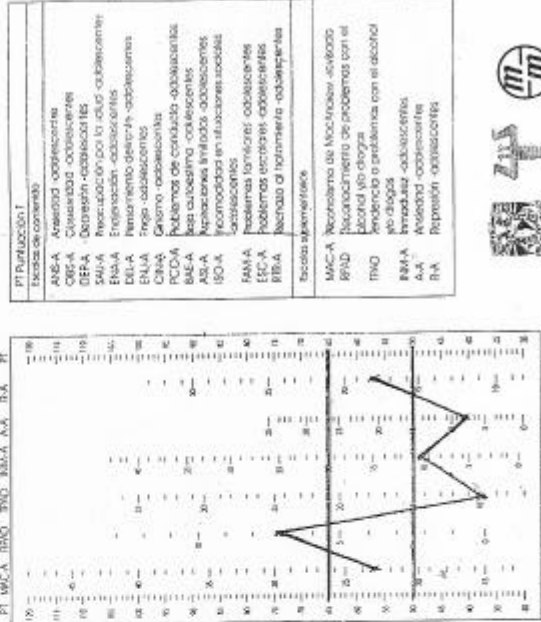
MP-48 G.2

Nombre: [Redacted]  
 Dirección: [Redacted]  
 Ocupación: [Redacted] Fecha de aplicación: [Redacted]  
 Escolaridad: Edad: Estado civil:  
 Refirió por:  
 Clave del perfil:  
 Índices del calificador:  
 Nota: Este perfil está en forma escalar y sigue el N.O.G. ACEPTE si es de un año catorce.

**Contenido**

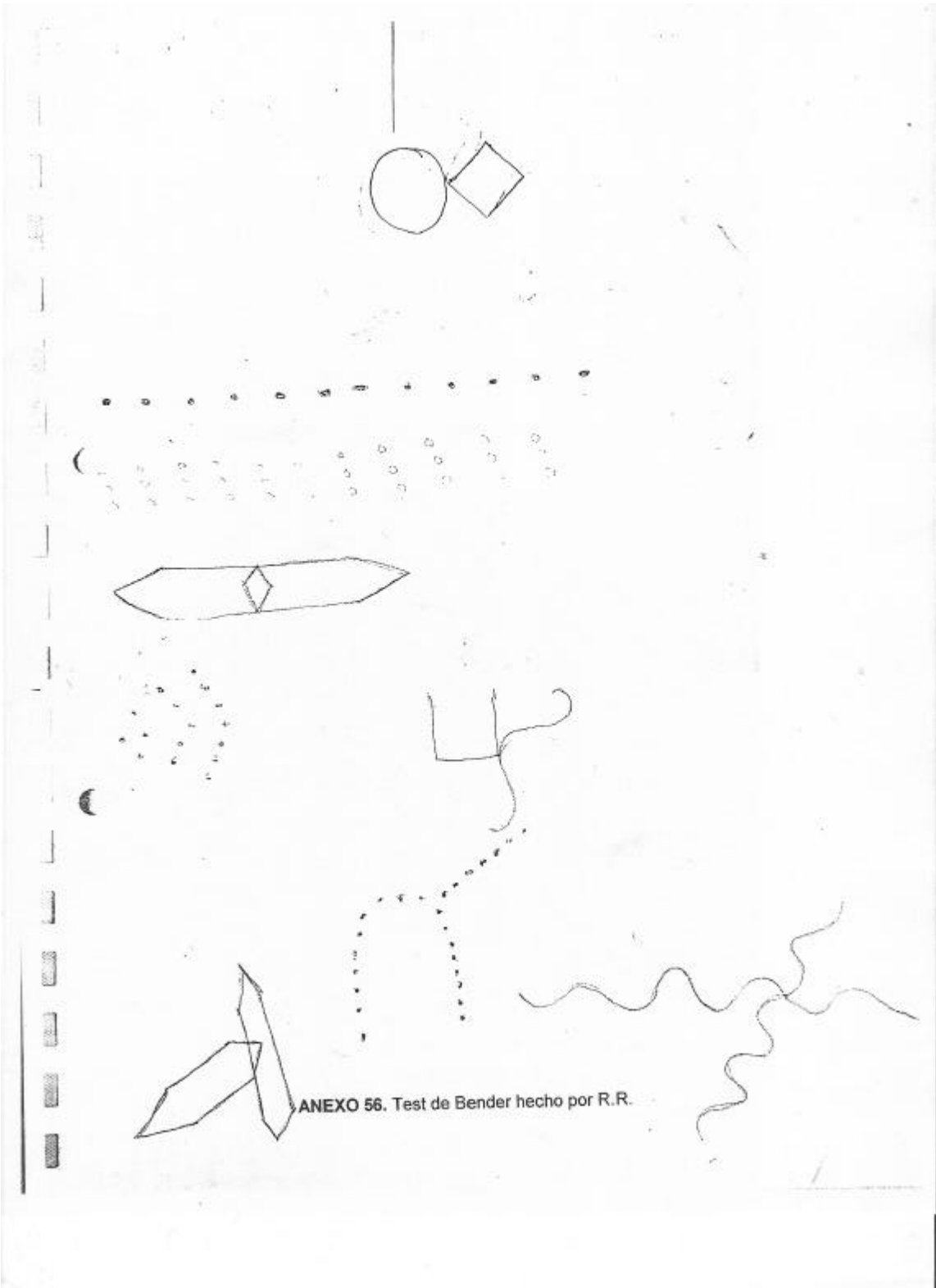


**Suplementarios**



Escalas de contenido	PT	MAC-A	MAC-O	TRINO	MAC-O	MAC-A	MAC-O
ANSA	100						
CEEA	95						
SEEA	90						
SMIA	85						
SPAA	80						
DELA	75						
DIUA	70						
CHUA	65						
ROGA	60						
ASGA	55						
USGA	50						
ESGA	45						
ISGA	40						
PT	35						





ANEXO 56. Test de Bender hecho por R.R.



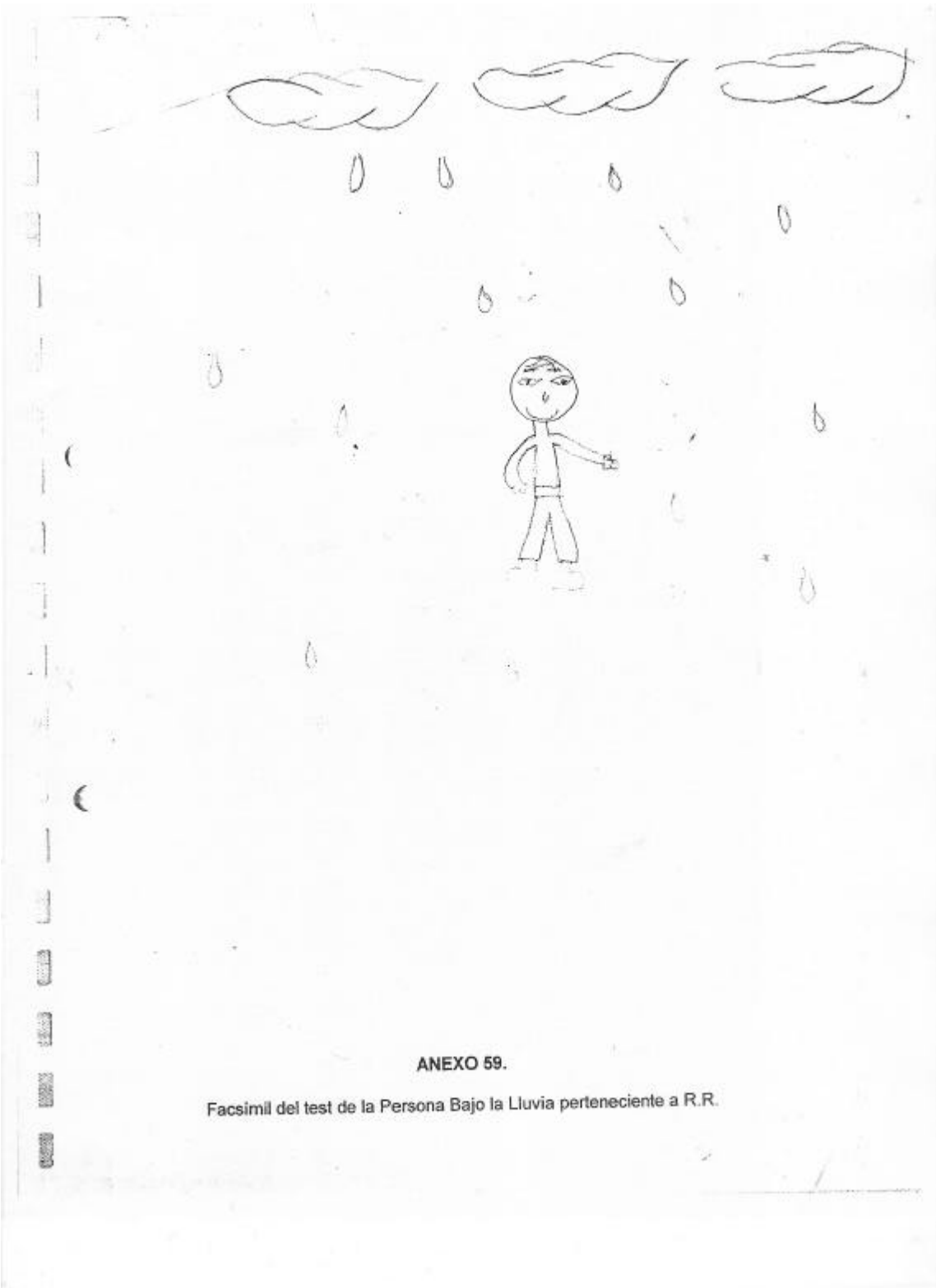


**ANEXO 57.**

Figura No. 1 realizada por R.R. en el test de la Figura Humana de Machover.

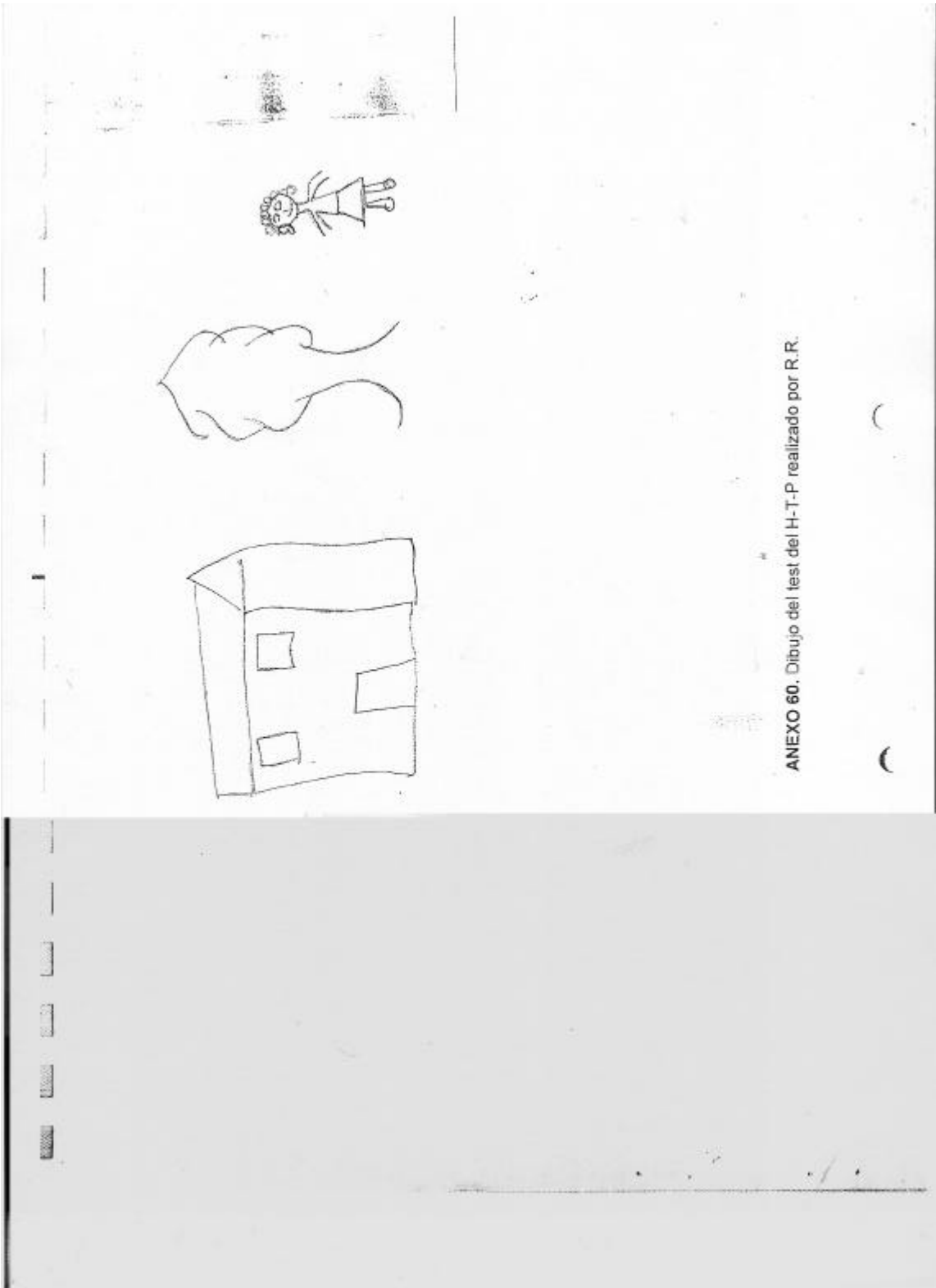


**ANEXO 58.**  
Facsimil del dibujo realizado por R.R. al test de la figura humana de Machover

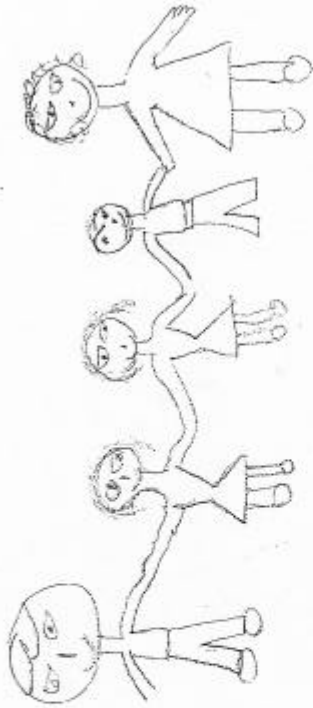


**ANEXO 59.**

Facsimil del test de la Persona Bajo la Lluvia perteneciente a R.R.



ANEXO 60. Dibujo del test del H-T-P realizado por R.R.



ANEXO 61. Facsimil del test de la Familia realizado por R.R.

## ANEXO 62.

Respuestas de R.R. al test de frases incompletas para adolescentes de Sacks.

1. Siento que mi padre rara vez: me dice te quiero.
2. Cuando la suerte está en mi contra: me va muy mal.
3. Siempre he querido: tener toda la felicidad del mundo.
4. Si estuviera de encargada: que aburrido sería.
5. El futuro me parece: muy bueno.
6. Las personas que son mis superiores: las quiero y me quieren.
7. Sé que es un tontería, pero tengo miedo: de que me lastimen.
8. Siento que un verdadero amigo: siempre esta conmigo.
9. Cuando era niña: era muy inquieta.
10. Cuando veo a un hombre y una mujer juntos: me da igual.
11. Mi idea de la mujer perfecta: es que sea bonita y buena gente.
12. Mi idea del hombre perfecto: no existe.
13. En la escuela me llevo muy bien: con la mayoría de las personas.
14. Comparada con la mayoría de las familias, la mía: es más bonita.
15. Mi madre es: muy linda pero a veces muy enojona.
16. Daria cualquier cosa por olvidar: todo lo malo, por ejemplo el andar con una chava, pero creo que no es malo.
17. Si mi padre solamente fuera: más comprensivo, lo querría más.
18. Creo que tengo habilidad para: la psicología.
19. Sería completamente feliz si: Gloria Trevi estuviera libre.
20. Si la gente trabaja bajo mis órdenes: no los trataría mal.
21. Busco: la felicidad completa.
22. En la escuela mis maestros: me quieren y me ayudan.
23. La mayoría de mis amigos no saben que yo: soy bisexual.
24. Antes cuando era niña: me gustaba jugar mucho.
25. No me gusta la gente que: es metiche.
26. Pienso que la mayoría de las muchachas: son muy locas.
27. Pienso que la mayoría de los muchachos: son estúpidos.
28. Mi concepto del matrimonio: es buena cuando se llevan bien.
29. Mi familia me trata como: debe ser, pero a veces como una niña chiquita.
30. Las personas con quienes trabajo: me llevó bien.
31. Mi madre y yo: somos las mejores amigas.
32. Mi peor equivocación: habén andado con mi exnovio.
33. Deseo que mi padre: me escuchará más y no fuera enojón.
34. Mi mayor debilidad: no me acuerdo cual es.
35. Mi ambición secreta en la vida: ayudar y tener a Gloria Trevi.
36. La gente que trabaja bajo mis órdenes: la trato como merece.
37. Algún día yo: seré psicóloga y conoceré Gloria Trevi.
38. Cuando veo venir a mi maestro: corro a meterme al salón.
39. Me gustaría perder el miedo a: pensar que me lastimen.
40. La gente que más me gusta: trató de andar con ella.

41. Si fuera niña otra vez: sería feliz.
42. Creo que la mayoría de las mujeres: son inteligentes.
43. Creo que la mayoría de los hombres: son tontos.
44. Si yo tuviera relaciones sexuales: no sé.
45. La mayoría de las familias que conozco: son felices.
46. Me gustaría trabajar con personas: felices.
47. Pienso que la mayoría de las madres: son felices.
48. Cuando era pequeña me sentí culpable de: nada.
49. Pienso que mi padre es: feliz.
50. Cuando las circunstancias me son adversas: me pongo algo triste.
51. Al dar órdenes a otro: lo trato bien.
52. Lo que más deseo en la vida es: ser doctora.
53. Cuando sea mayor: seré doctora.
54. La gente que yo conozco que son mis superiores: lo trato bien.
55. A veces mis temores me impulsan a: hacer tonterías, cometer errores.
56. Cuando no estoy presente, mis amigos: se ponen tristes.
57. Mi experiencia infantil que recuerdo más es: ninguna.
58. Lo que más me gusta de las mujeres: es inteligente.
59. Lo que menos me gusta de las mujeres: es inteligente.
60. Lo que más me gusta de los hombres: es inteligente.
61. Lo que menos me gusta de los hombres: es tonto.
62. Mi vida sexual: no tengo.
63. Cuando era niña, mi familia: me quería igual que hoy.
64. La gente que trabaja conmigo generalmente: es buena onda.
65. Me gusta mi madre, pero: es algo enojona.
66. Me gusta mi padre, pero: es algo enojón.
67. La peor cosa que he hecho en mi vida: tratar de estar muerta.
68. La mejor cosa que he hecho en mi vida: es estar viva, que no me he dejado deprimir y que no me he quitado la vida.

ANEXO 63. Gráfico que muestra los resultados obtenidos por R.R. en la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes en el perfil de Escalas Básicas.

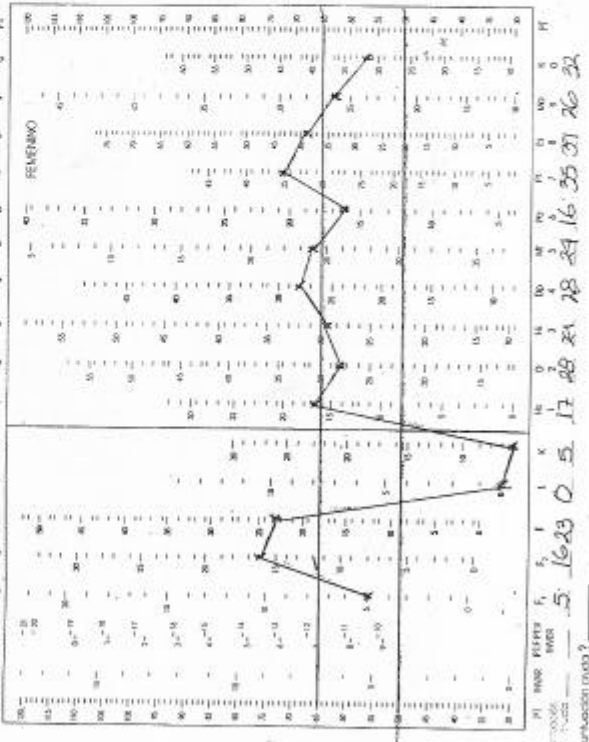
**MMPI-A**

Manual de instrucciones para la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes  
 Copyright © 1993, por MMPI, Inc. y sus afiliados.  
 MMPI, Inc. y sus afiliados son marcas registradas de MMPI, Inc. y sus afiliados.  
 MMPI, Inc. y sus afiliados son marcas registradas de MMPI, Inc. y sus afiliados.  
 MMPI, Inc. y sus afiliados son marcas registradas de MMPI, Inc. y sus afiliados.

Inventario multifásico de la personalidad  
 Minnesota para adolescentes  
 J.A. Schmitt, C. Williams, J.E. Gibbon, S.E. Gibbon,  
 A. Berggren, V.S. Bernierich y E. Norenzato,  
 con la colaboración de J.A. Schmitt y J.C. Mulvey

Perfil de escalas básicas  
 (Formas mesomorfas)  
 MP-48-S.1

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Referido por: \_\_\_\_\_  
 Clave del perfil: \_\_\_\_\_  
 Inicial del codificador: \_\_\_\_\_  
 Marque este perfil está impreso en este ítem. NO LO ACERTE si es de un solo caso.



II) Puntuación T

Escalas básicas

1	No podía decir
2	Intelecto
3	Interés
4	Defensividad
5	Trastorno 1 de la primera parte
6	Trastorno 2 de la segunda parte
7	Inconsistencia de las respuestas validadas
8	INVER
9	Inconsistencia de las respuestas validadas
10	Depresión
11	Ansiedad
12	Depresión psicopatológica
13	Moraleja - Formidat
14	Ansiedad
15	Psicosis
16	Esquizoide
17	Esquizoide
18	Introversión social





ANEXO 64. Gráfico que muestra los resultados obtenidos por R.R. en la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes en el perfil de Escalas de Contenido y Suplementarias.



Inventario multifásico de la personalidad

Minnesota para adolescentes

J.N. Mactag, C. Wilson, J.P. Costello, D.J. Cohen,  
A. Fergusson, Y.S. Wei, Zach V.S. Kormanik,  
con base en el MMPI por S.L. Hathaway y J.C. Mullaney

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes  
Manual de uso clínico  
© 1998 Editorial de Manual Técnico, S.A. de C.V.  
Este manual de uso clínico es una reproducción autorizada del Manual de uso clínico  
del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para adolescentes  
por S.L. Hathaway y J.C. Mullaney

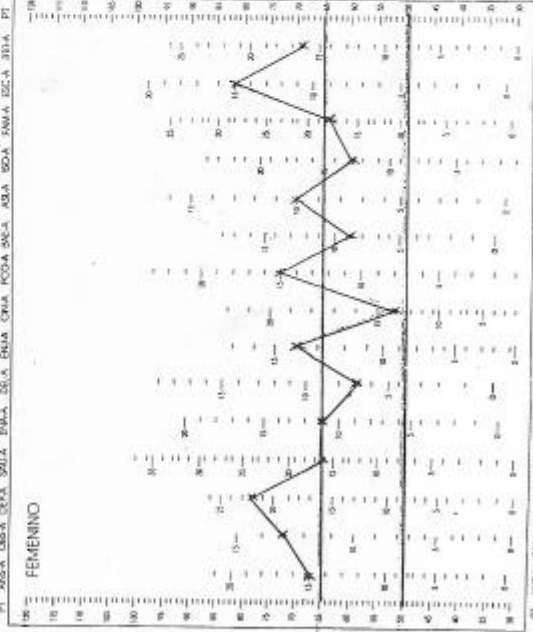
Perfil de las escalas de contenido y suplementarias  
(Normas mixtas)

MMPI-4B-5-2

Contenido

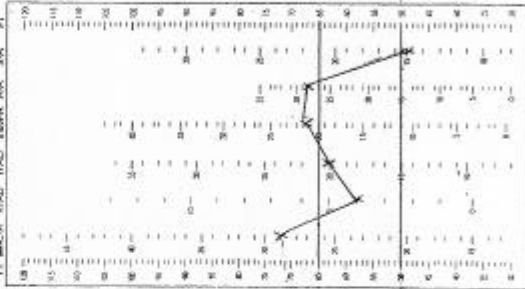
PI ASJA OSA DEFA SUIA DWA DEJA ENJA OMA PCOA SGA AGA SOA SMA DCA 301A PT

FEMENINO



Suplementarias

PI MACA INSD TNSD BMA AA BA PT



Nombre: [REDACTED]  
 Dirección: [REDACTED]  
 Ocupación: [REDACTED] Fecha de aplicación: [REDACTED]  
 Escolaridad: [REDACTED] Edad: [REDACTED] Estado civil: [REDACTED]  
 Referido por: [REDACTED]  
 Clave del perfil: [REDACTED]  
 Proceder del codificador: [REDACTED]

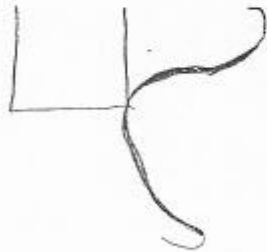
MMPI los parte esta impresa desde 1998: 1610-ACPT y se de un solo caso.

PI	Normalización
ASJA	Ansiedad-adolescentes
OSA	Obsesividad-adolescentes
DEFA	Depresión-adolescentes
SUIA	Problemas de conducta-adolescentes
DWA	Enfrentamiento de problemas-adolescentes
DEJA	Enfrentamiento de problemas-adolescentes
ENJA	Enfrentamiento de problemas-adolescentes
OMA	Enfrentamiento de problemas-adolescentes
PCOA	Problemas de conducta-adolescentes
SGA	Soledad-adolescentes
AGA	Asociación limitada-adolescentes
SOA	Inclusión en actividades sociales-adolescentes
SMA	Problemas familiares-adolescentes
DCA	Problemas escolares-adolescentes
INSD	Interés en el aprendizaje-adolescentes
TNSD	Interés en el aprendizaje-adolescentes
BMA	Interés en el aprendizaje-adolescentes
AA	Ansiedad-adolescentes
BA	Interés en el aprendizaje-adolescentes

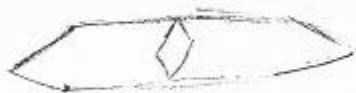
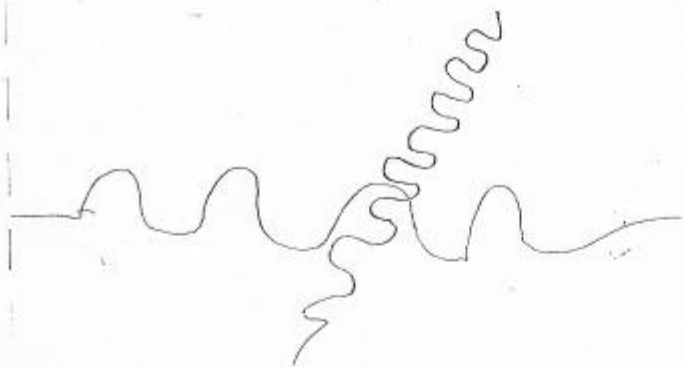


ESCALAS	C.I.	DIAGNOSTICO
ESCALA VERBAL	91	NORMALIDAD
ESCALA DE EJECUCIÓN	96	NORMALIDAD
ESCALA GLOBAL	93	NORMALIDAD

ANEXO 65. Tabla que muestra los resultados obtenidos por R.R. en la aplicación de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS).



ANEXO 66.  
Facsimil del test de Bender  
realizado por K.A. Hoja No. 1.



**ANEXO 66.**  
Facsimil del test de Bender realizado por K.A. Hoja No. 2.



**ANEXO 67.**

Facsimil del dibujo realizado por K.A. al test de la figura humana de Machover



**ANEXO 68.**

Figura No. 2 correspondiente a la ejecución del test de la Figura Humana de Machover hecho por K.A.



**ANEXO 69.**

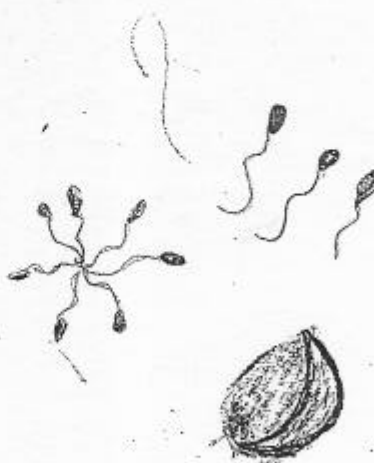
Facsímil del dibujo realizado por K.A. del test de la persona bajo la lluvia.



ANEXO 70.  
Ejecución del dibujo del test de la Familia realizado por K.A.

A stylized, decorative signature or logo consisting of three interlocking, swirling shapes that resemble the letters 'S' and 'B' intertwined.





**ANEXO 71.**  
Test del H-T-P realizado por K.A.

## ANEXO 72.

Respuestas de K. A. al test de frases incompletas de sacks para adolescentes.

1. Pienso que mi padre rara vez: usa tenis.
2. Cuando la suerte está en mi contra: todo me sale mal.
3. Siempre he querido: tener una casa de árbol.
4. Si estuviera de encargada: cuidaría bien todo.
5. El futuro me parece: muy bien.
6. Las personas que son mis superiores: las respeto.
7. Sé que es una tontería, pero tengo miedo: a los murciélagos.
8. Siento que un verdadero amigo: puede ser mi madre.
9. Cuando era niña: me gustaban las muñecas.
10. Cuando veo a un hombre y una mujer juntos: veo como se demuestran cariño.
11. Mi idea de la mujer perfecta: un cabello bonito.
12. Mi idea del hombre perfecto: unos ojos perfectos.
13. En la escuela me llevó muy bien: con los maestros.
14. Comparada con la mayoría de las familias, la mía: es una familia normal.
15. Mi madre es: una buena persona.
16. Daría cualquier cosa por olvidar: todo lo malo que he hecho.
17. Si mi padre solamente fuera: padre.
18. Creo que tengo habilidad para: varias cosas.
19. Sería completamente feliz si: terminará todos mis estudios bien.
20. Si la gente trabaja bajo mis órdenes: les pagaría un buen sueldo.
21. Busco: llegar a ser alguien en la vida.
22. En la escuela mis maestros: son buena onda.
23. La mayoría de mis amigos no saben que yo: tengo 13 años.
24. Antes cuando era niña: me gustaban mucho los dulces.
25. No me gusta la gente que: es 2 caras.
26. Pienso que la mayoría de las muchachas: son bonitas.
27. Pienso que la mayoría de los muchachos: les gusta divertirse.
28. Mi concepto del matrimonio: es cuando 2 personas ya se unen para siempre.
29. Mi familia me trata como: bien.
30. Las personas con quienes trabajo: son buenas.
31. Mi madre y yo: nos llevamos regular.
32. Mi peor equivocación: fue portarme mal en la secundaria.
33. Deseo que mi padre: ya no trabaje hasta donde trabaja.
34. Mi mayor debilidad: son los murciélagos.
35. Mi ambición secreta en la vida: tener más de lo que me den.
36. La gente que trabaja bajo mis órdenes: nada.
37. Algún día yo: saldré adelante.
38. Cuando veo venir a mi maestro: me da lo mismo.
39. Me gustaría perder el miedo a: los carros y murciélagos.
40. La gente que más me gusta: los hombres y las personas que piensan con mente abierta.
41. Si fuera niña otra vez: disfrutaría todo.

42. Creo que la mayoría de las mujeres: tienen habilidades.
43. Creo que la mayoría de los hombres: tienen cualidades.
44. Si yo tuviera relaciones sexuales: pensaría bien las cosas.
45. La mayoría de las familias que conozco: son distintas.
46. Me gustaría trabajar con personas: que hicieran artesanías.
47. Pienso que la mayoría de las madres: son buenas.
48. Cuando era pequeña me sentí culpable de: muchas cosas.
49. Pienso que mi padre es: bueno.
50. Cuando las circunstancias me son adversas: pienso en todo lo que me rodea.
51. Al dar órdenes a otro: siento que tengo más autoridad.
52. Lo que más deseo en la vida es: ser alguien en la vida.
53. Cuando sea mayor: quiero hacer una carrera de filosofía y letras.
54. La gente que yo conozco que son mis superiores: les tengo respeto.
55. A veces mis temores me impulsan a: muchas cosas.
56. Cuando no estoy presente, mis amigos: les da igual.
57. Mi experiencia infantil que recuerdo más es: que iba a muchos lugares.
58. Lo que más me gusta de las mujeres: es su cabello.
59. Lo que menos me gusta de las mujeres: la forma de ser.
60. Lo que más me gusta de los hombres: sus ojos.
61. Lo que menos me gusta de los hombres: es que falten el respeto a la mujer.
62. Mi vida sexual: mi cuerpo.
63. Cuando era niña mi familia: me quería mucho.
64. La gente que trabaja conmigo generalmente: se porta bien.
65. Me gusta mi madre, pero: a veces no porque me regaña, bueno yo doy motivos.
66. Me gusta mi padre, pero: a veces no.
67. La peor cosa que he hecho en mi vida: es portarme mal en la escuela.
68. La mejor cosa que he hecho en mi vida: no defraudar a mis padres.

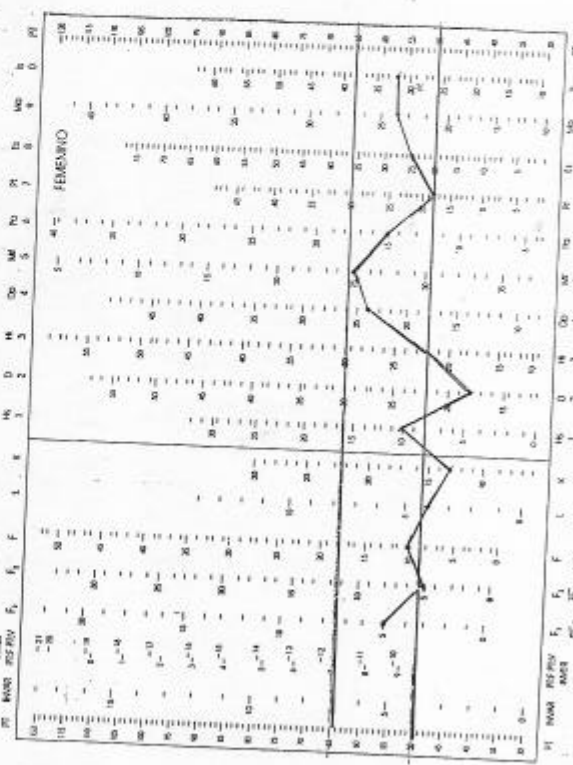
# ANEXO 73. Gráfico que muestra los resultados obtenidos por K.A. en la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes en el perfil de Escalas Básicas.

## M MPI-A

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes  
 Copyright © 1972, University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A.  
 © 1978 Editorial Medica Psiquiatrica, S.A. de C.V.  
 Se publica con autorización del Instituto de Investigación y Estadística (IIE) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, D.F., México.  
 MMPI-A y MMPI-A:2 son marcas registradas de la University of Minnesota.

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes  
 A. McKeon, C. Walters, J. K. Myers, J.G. Akles, con base en el MMPI por G. Allport y S.C. Maudsley.  
 Perfil de escalas básicas (Normas Minnesota) MP-43-A.1

Nombre: [Redacted]  
 Dirección: [Redacted]  
 Ocupación: [Redacted] Fecha de aplicación: [Redacted]  
 Estado por: [Redacted] Edad: [Redacted] Estado civil: [Redacted]  
 Nombre del perfil: [Redacted]  
 Indica las pautas de inversión en caso negativo MMPI-A:20-40000 y si es de un solo caso.



Puntuación T

Escalas básicas	Indicador de la puntuación
1	No punto de corte
2	Manejo
3	Intelectual
4	Depresión
5	Inconsistencia
6	Inconsistencia 2 de la segunda parte
7	Inconsistencia de las respuestas verdaderas
8	Inconsistencia de las respuestas verdaderas
9	Depresión
10	Manejo
11	Depresión
12	Manejo
13	Manejo
14	Manejo
15	Manejo
16	Manejo
17	Manejo
18	Manejo
19	Manejo
20	Manejo
21	Manejo
22	Manejo
23	Manejo
24	Manejo
25	Manejo
26	Manejo
27	Manejo
28	Manejo
29	Manejo
30	Manejo
31	Manejo
32	Manejo
33	Manejo
34	Manejo
35	Manejo
36	Manejo
37	Manejo
38	Manejo
39	Manejo
40	Manejo
41	Manejo
42	Manejo
43	Manejo
44	Manejo
45	Manejo
46	Manejo
47	Manejo
48	Manejo
49	Manejo
50	Manejo



**ANEXO 74. Gráfico que muestra los resultados obtenidos por K.A. en la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes en el perfil de Escalas de Contenido y Suplementarias.**

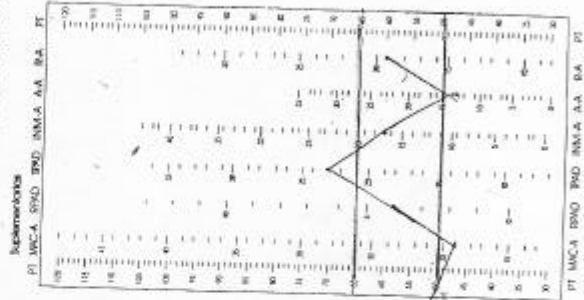
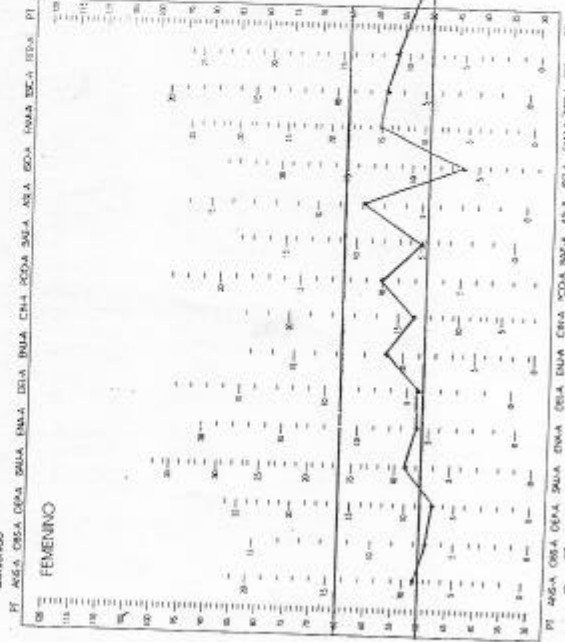
**MMPI-A**

Inventario multifásico de la personalidad  
Minnesota para adolescentes  
J.N. Butcher, C. Walters, J.A. Gibbon, B.F. First,  
D. R. L. Spitzer, M. Gibbon y B. First  
con base en MMPI por R. Hathorn y T. C. Millon

Propiedad intelectual de la Universidad de Minnesota (1997)  
Copyright of the University of Minnesota, 1997. ISBN 0-819-56199-9  
© 1996 Evidencia (Evidencia) Minnesota, S.A. de C.V.  
Este inventario es propiedad de la Universidad de Minnesota y Minnesota  
Minnesota Multifásico de la Personalidad para Adolescentes  
MMPI-A, con permiso de Evidencia

Perfil de Escalas de Contenido y Suplementarias  
Minnesota (MMPI-A)  
IP 48-5.2

Contenido



Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Referido por: \_\_\_\_\_  
 Nombre del perfil: \_\_\_\_\_  
 Iniciales del calificador: \_\_\_\_\_

MMPI Live con este impuesto anexo y pago no lo acepta si es en su caso.

TI	TI	TI	TI	TI	TI	TI	TI	TI	TI
ANSA	ANSA	ANSA	ANSA	ANSA	ANSA	ANSA	ANSA	ANSA	ANSA
Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia
OPSA	OPSA	OPSA	OPSA	OPSA	OPSA	OPSA	OPSA	OPSA	OPSA
Observancia-adolescencia	Observancia-adolescencia	Observancia-adolescencia	Observancia-adolescencia	Observancia-adolescencia	Observancia-adolescencia	Observancia-adolescencia	Observancia-adolescencia	Observancia-adolescencia	Observancia-adolescencia
DEPA	DEPA	DEPA	DEPA	DEPA	DEPA	DEPA	DEPA	DEPA	DEPA
Depresión-adolescencia	Depresión-adolescencia	Depresión-adolescencia	Depresión-adolescencia	Depresión-adolescencia	Depresión-adolescencia	Depresión-adolescencia	Depresión-adolescencia	Depresión-adolescencia	Depresión-adolescencia
GALA	GALA	GALA	GALA	GALA	GALA	GALA	GALA	GALA	GALA
Gratificación por lo social-adolescencia	Gratificación por lo social-adolescencia	Gratificación por lo social-adolescencia	Gratificación por lo social-adolescencia	Gratificación por lo social-adolescencia	Gratificación por lo social-adolescencia	Gratificación por lo social-adolescencia	Gratificación por lo social-adolescencia	Gratificación por lo social-adolescencia	Gratificación por lo social-adolescencia
INMA	INMA	INMA	INMA	INMA	INMA	INMA	INMA	INMA	INMA
Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia
SCA	SCA	SCA	SCA	SCA	SCA	SCA	SCA	SCA	SCA
Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia
CHSA	CHSA	CHSA	CHSA	CHSA	CHSA	CHSA	CHSA	CHSA	CHSA
Chispa-adolescencia	Chispa-adolescencia	Chispa-adolescencia	Chispa-adolescencia	Chispa-adolescencia	Chispa-adolescencia	Chispa-adolescencia	Chispa-adolescencia	Chispa-adolescencia	Chispa-adolescencia
PCDA	PCDA	PCDA	PCDA	PCDA	PCDA	PCDA	PCDA	PCDA	PCDA
Problemas de conducta-adolescencia	Problemas de conducta-adolescencia	Problemas de conducta-adolescencia	Problemas de conducta-adolescencia	Problemas de conducta-adolescencia	Problemas de conducta-adolescencia	Problemas de conducta-adolescencia	Problemas de conducta-adolescencia	Problemas de conducta-adolescencia	Problemas de conducta-adolescencia
SASA	SASA	SASA	SASA	SASA	SASA	SASA	SASA	SASA	SASA
Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia	Síntoma somático-adolescencia
ASA	ASA	ASA	ASA	ASA	ASA	ASA	ASA	ASA	ASA
Asociación limitada-adolescencia	Asociación limitada-adolescencia	Asociación limitada-adolescencia	Asociación limitada-adolescencia	Asociación limitada-adolescencia	Asociación limitada-adolescencia	Asociación limitada-adolescencia	Asociación limitada-adolescencia	Asociación limitada-adolescencia	Asociación limitada-adolescencia
ISOA	ISOA	ISOA	ISOA	ISOA	ISOA	ISOA	ISOA	ISOA	ISOA
Inconformidad en situaciones sociales-adolescencia	Inconformidad en situaciones sociales-adolescencia	Inconformidad en situaciones sociales-adolescencia	Inconformidad en situaciones sociales-adolescencia	Inconformidad en situaciones sociales-adolescencia	Inconformidad en situaciones sociales-adolescencia	Inconformidad en situaciones sociales-adolescencia	Inconformidad en situaciones sociales-adolescencia	Inconformidad en situaciones sociales-adolescencia	Inconformidad en situaciones sociales-adolescencia
PNMA	PNMA	PNMA	PNMA	PNMA	PNMA	PNMA	PNMA	PNMA	PNMA
Problemas familiares-adolescencia	Problemas familiares-adolescencia	Problemas familiares-adolescencia	Problemas familiares-adolescencia	Problemas familiares-adolescencia	Problemas familiares-adolescencia	Problemas familiares-adolescencia	Problemas familiares-adolescencia	Problemas familiares-adolescencia	Problemas familiares-adolescencia
ESCA	ESCA	ESCA	ESCA	ESCA	ESCA	ESCA	ESCA	ESCA	ESCA
Problemas escolares-adolescencia	Problemas escolares-adolescencia	Problemas escolares-adolescencia	Problemas escolares-adolescencia	Problemas escolares-adolescencia	Problemas escolares-adolescencia	Problemas escolares-adolescencia	Problemas escolares-adolescencia	Problemas escolares-adolescencia	Problemas escolares-adolescencia
ISPA	ISPA	ISPA	ISPA	ISPA	ISPA	ISPA	ISPA	ISPA	ISPA
Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia
Escalas suplementarias	Escalas suplementarias	Escalas suplementarias	Escalas suplementarias	Escalas suplementarias	Escalas suplementarias	Escalas suplementarias	Escalas suplementarias	Escalas suplementarias	Escalas suplementarias
MACA	MACA	MACA	MACA	MACA	MACA	MACA	MACA	MACA	MACA
Ajuste de MacAndrew-escala	Ajuste de MacAndrew-escala	Ajuste de MacAndrew-escala	Ajuste de MacAndrew-escala	Ajuste de MacAndrew-escala	Ajuste de MacAndrew-escala	Ajuste de MacAndrew-escala	Ajuste de MacAndrew-escala	Ajuste de MacAndrew-escala	Ajuste de MacAndrew-escala
RIND	RIND	RIND	RIND	RIND	RIND	RIND	RIND	RIND	RIND
Reconocimiento de problemas con el alcohol-ya drogado	Reconocimiento de problemas con el alcohol-ya drogado	Reconocimiento de problemas con el alcohol-ya drogado	Reconocimiento de problemas con el alcohol-ya drogado	Reconocimiento de problemas con el alcohol-ya drogado	Reconocimiento de problemas con el alcohol-ya drogado	Reconocimiento de problemas con el alcohol-ya drogado	Reconocimiento de problemas con el alcohol-ya drogado	Reconocimiento de problemas con el alcohol-ya drogado	Reconocimiento de problemas con el alcohol-ya drogado
RND	RND	RND	RND	RND	RND	RND	RND	RND	RND
Tendencia a preferir con el alcohol-ya drogado	Tendencia a preferir con el alcohol-ya drogado	Tendencia a preferir con el alcohol-ya drogado	Tendencia a preferir con el alcohol-ya drogado	Tendencia a preferir con el alcohol-ya drogado	Tendencia a preferir con el alcohol-ya drogado	Tendencia a preferir con el alcohol-ya drogado	Tendencia a preferir con el alcohol-ya drogado	Tendencia a preferir con el alcohol-ya drogado	Tendencia a preferir con el alcohol-ya drogado
PSMA	PSMA	PSMA	PSMA	PSMA	PSMA	PSMA	PSMA	PSMA	PSMA
Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia	Introversión-adolescencia
ANSA	ANSA	ANSA	ANSA	ANSA	ANSA	ANSA	ANSA	ANSA	ANSA
Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia	Agresión-adolescencia
ISPA	ISPA	ISPA	ISPA	ISPA	ISPA	ISPA	ISPA	ISPA	ISPA
Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia	Rechazo o aislamiento-adolescencia



ESCALAS	C.I.	DIAGNOSTICO
ESCALA VERBAL	113	NORMAL BRILANTE *
ESCALA DE EJECUCIÓN	87	SUBNORMAL
ESCALA GLOBAL	101	NORMALIDAD

**ANEXO 75.**

Tabla que muestra los resultados obtenidos por K.A. en la aplicación de la escala de inteligencia de Wechsler (WISC).