



UNIVERSIDAD LATINA S.C.

**Universidad
Latina**

3344-25

T E S I N A

**“LA IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS
EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE PACIENTES CON
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

NORMA ANAHID MANDUJANO FAUSTINO

ASESOR: DR. RENÉ ESTRADA CERVANTES

CIUDAD DE MEXICO, 2016



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.

Agradecimientos

El amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupan mis padres por mi avance y desarrollo de mi profesión, es simplemente único y se refleja en la vida de su hija.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por confiar y creer en mí, en mis expectativas, gracias a mi madre Josefina Faustino Anacleto por estar dispuesta a acompañarme largas y agotadas noches de estudios, gracias a mi padre Ismael Mandujano Mejía por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me han guiado durante mi vida.

Gracias a dios por la vida de mis padres, también por cada día que bendice mi vida con la oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que me aman y amo.

Gracias a mi hermana Elizabeth Mandujano Faustino y hermano José Daniel Mandujano Faustino, que han estado a mi lado en cada paso que doy, por su compañía y a poyo, por que creyeron en mí para que pudiera realizar esta nuevo triunfo.

Gracias a mí cuñado Tomas Hernández López por su apoyo que me ha brindado y a mi madrina María Juana Mandujano Mejía que ha creído en mí y ha estado a mi lado en lado durante mi vida.

Gracias a Pamela; Fernando amigos y colegas por su apoyo y conocimiento que me han brindado en el tiempo que los conozco.

También quiero agradecer a todos mis amigos y compañeros que he conocido en mi vida laboral los cuales me han apoyado y estado a mi lado en esta realización.

AGRADECIMIENTOS

Gracias al Doctor Rene Estrada Cervantes por su valiosa ayuda, disposición y cooperación para ayudarme a realizar este trabajo. Gracias profesor por permitirme colaborar con usted en esta investigación, por ser mi amigo y guía, pero sobre todo por sus conocimientos, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y motivación las cuales han sido fundamentales en el valor de la realización de esta tesis.

Gracias al comité de sinodales integrado por la Maestra Alma Luz García Vega, al Maestro Erick Gómez Cobos, gracias por sus observaciones y apoyo que me brindaron para concluir la tesis.

Gracias a todos los profesores y profesoras que me compartieron de sus enseñanzas y su apoyo durante mi tiempo de estudiante en la carrera de psicología.

Gracias a todas las personas de la Universidad Latina por su atención y amabilidad a todo lo referente en mi vida escolar

A todas las personas que tuvieron el favor de colaborar en esta tesis, sin su cooperación el presente trabajo no hubiera sido posible.

INDICE

INTRODUCCION	7
SITUACIÓN PROBLEMA	10
Planteamiento Del Problema	
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
Justificación	14
Metodología	17
CAPITULO I	
Trastornos de la personalidad	
1.1 Introducción	18
1.2 Clasificación y diagnostico en los trastornos de personalidad	20
1.3 Áreas en las que se manifiestan los trastornos de personalidad	22
1.4 Clasificación de los trastornos de personalidad	23
1.5 Trastornos de la personalidad paranoica	24
1.6 Trastornos de la personalidad esquizoide	25
1.7 Trastornos de la personalidad esquizotipica	26
1.8 Trastornos de la personalidad limítrofe	27
1.9 Trastornos de la personalidad antisocial	28
1.10 Trastornos de la personalidad narcisista	29
1.11 Trastornos de la personalidad histriónica	30
1.12 Trastornos de la personalidad dependiente	31
1.13 Trastornos de la personalidad de evitación	32
1.14 Trastornos de la personalidad obsesivo-compulsivo	33
1.15 Los orígenes de los trastornos de personalidad	34
1.16 Criterios y diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad	36

1.17 Intervenciones psicológicas	37
1.18 Esquizofrenia	39
1.19 Subtipos de esquizofrenia	39
1.20 Neurosis	43
CAPITULO II	
Fundamentación de las pruebas psicológicas	
2.1 Importancia de las pruebas psicológicas	46
2.2 Valoración, critica de la calidad de las pruebas	48
2.3 Confiabilidad	49
2.4 Validez	51
2.5 Validación del contenido de los test	54
2.6 El examinador	55
2.7 Instrucciones de las prueba	56
2.8 Consentimiento informado	57
2.9 Lugar	58
2.10 Rapport	58
2.11 Confiabilidad de los resultados	60
2.12 El trabajo multidisciplinario	61
2.13 Ética profesional	62
CAPITULO III	
La intervención psicológica	
3.1 El psicólogo y los test	64
3.2 I. Los test de eficiencia	66
a. Test de evaluación global	
b. Test de rendimiento o aptitudes especiales	
c. Análisis factorial de las aptitudes	

3.3	II. Los test de la personalidad	71
	a. Test objetivos de la personalidad	
	b. Los métodos proyectivos	
3.4	Prospectiva	75
3.5	Calificación de una prueba	78
	RECOMENDACIONES	81
	CONCLUSIONES	84
	REFERENCIAS	87

INTRODUCCION

Para la atención del paciente que acude al Psicólogo ya sea al consultorio o al Hospital, requiere en primera instancia contar con profesional de la salud mental que realiza un proceso intencionado, actividad desarrollada con un contenido profesional, para el cual se requiere capacitación, conocimientos y habilidades específicas. Estas competencias están dirigidas a la solución de la problemática existencial de los sujetos. Para ello, en su práctica profesional implica el desarrollo de una evaluación exhaustiva iniciando por supuesto con la entrevista, aspecto fundamental para orientar las estrategias, tener el conocimiento claro de la situación que vive el paciente y conocer la dinámica existencial que presenta tanto el paciente como su entorno familiar, social, personal y laboral o educativo.

La primera fase de atención psicológica orientada a la obtención de un diagnóstico una vez terminada la entrevista inicial, implica la aplicación de diversas pruebas psicológicas y la investigación de cualquier otro factor personal o contextual relevante para el caso. Este es un aspecto clave de la atención al paciente hacia el diagnóstico del trastorno, es necesario tener bien claro la definición del trastorno de personalidad que sufre o padece el paciente. Por ello es básico y fundamental contar con una batería de test psicológicos, cuya aplicación permitirá clarificar las posibles dudas o sospechas que se tienen desde las entrevistas y lo que comenta tanto el paciente como la familia en su caso.

En la Presente tesina, se hará énfasis en la importancia del uso de las pruebas psicológicas como medio terapéutico o de intervención hacia la realización de una valoración objetiva, realista y fuera de toda duda, para

poder obtener un diagnóstico final, aspecto central de la responsabilidad profesional y función del psicólogo que se centra en la intencionalidad de la interacción en etapas de inicio, desarrollo y cierre de la intervención terapéutica.

La actividad profesional del psicólogo que se auxilia de las pruebas psicológicas como medio fundamental para un diagnóstico acertado, indica la importancia de los procesos psicológicos a considerar en el establecimiento de una relación terapéutica, que fundamenta la importancia de la valoración psicológica para realizar las estrategias terapéuticas necesarias para la rehabilitación del sujeto y en su caso, para la reinserción del paciente a su medio habitual.

Si bien las pruebas psicológicas no son decisivas en la solución de los trastornos de personalidad, si contribuyen en gran medida en el diagnóstico acertado que permitirá diseñar la estrategia terapéutica para propiciar el bienestar del paciente, ya que es uno de los propósitos en las diversas concepciones de salud mental y que implica una calidad de vida y no simplemente ausencia de sufrimiento y a la capacidad de gozar y el gusto por la vida.

No olvidemos que la salud mental está determinada por tres variables:

1. el nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura y de lo que se espera de nosotros
2. la capacidad psicológica de formular opciones para uno mismo
3. y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implicada en ello.

Por lo cual la salud mental implica la capacidad de tener una vida plena incluso como lo aseguró Platón (Siglo V A.C.; Citado en Bleger, 2005; p. 17),

que la máxima aspiración del ser humano es la felicidad. En otras palabras, una persona mentalmente sana es capaz de ser feliz, de procurarse una experiencia satisfactoria de la vida en lo poco o mucho que esto dependa de la persona misma. Este concepto de salud mental como la capacidad o disposición de cuidar y valerse por uno mismo en este orden para ser feliz es coherente con la evidencia empírica existente. Evidencia que las pruebas psicológicas permiten diagnosticar, tratar y solucionar los trastornos de personalidad de los sujetos para su reinserción a la sociedad y desarrollar una vida plena. Valderrama, et al. 2006; p. 22).

Para efecto de la presente tesina, se han incluido tres capítulos teóricos que la fundamentan. El Capítulo I TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, en el cual se hace una síntesis de los principales trastornos y la manera en que se abordan desde una perspectiva teórica psicológica, para dimensionar su importancia en la interactividad del sujeto con su medio.

El Capítulo II FUNDAMENTACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS, contiene los aspectos importantes en el que se plasman las bases teóricas y técnicas de las pruebas psicológicas, así como de la función del Psicólogo en la aplicación de las mismas, resaltando la importancia de su entrenamiento para la calificación e interpretación de las pruebas aplicadas.

El Capítulo III LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA, refiere la importancia del Psicólogo en su ejercicio profesional, para lo cual la capacitación, entrenamiento, conocimientos, habilidades, destrezas y ética profesional son fundamentales en la praxis psicológica.

SITUACIÓN PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la mayoría de los casos, el paciente que ingresa al centro hospitalario o al consultorio, entra con determinadas expectativas, miedos, temores y hasta resistencia, a pesar de tener síntomas de algún trastorno mental, En términos generales, se coincide en identificar una fase inicial o de contacto, una fase de desarrollo en la cual surge el rapport, luego una alianza terapéutica, finalmente una fase terminal de cierre. Sin embargo, éste no es un proceso estandarizado invariable, ya que en muchas ocasiones el proceso de entrevista queda trunco por la deserción del paciente, la incapacidad del psicólogo, por la escasez de recursos o la falta de atención profesional, entre otras. Como en cualquier intervención basada en procedimientos científicos, la probabilidad éxito y fracaso depende del caso y de las circunstancias. Depende en muchos de los casos en la carencia de recursos técnicos por parte del Psicólogo, ya que el no aplicar pruebas psicológicas, para el paciente es sinónimo de falta de atención. “Ni caso me hacía, solamente yo hablaba y el Psicólogo nunca me dijo nada” “Me pedía que le platicara de mi pasado y no veía solución a mis problemas” “Solamente me sacó dinero y no me ayudó a resolver mis problemas”.

Son algunas de las frases que expresan los pacientes denotando su frustración, coraje e impotencia por no recibir la ayuda que esperaban. En este aspecto la aplicación de las pruebas psicológicas significan un fuerte

detonador para la imagen de credibilidad del Psicólogo, es decir, la intervención terapéutica como todos los hechos incluidos en un procedimiento profesional delimitado, comprenden tareas y procedimientos específicos dirigidos por el psicólogo en respuesta a problemas manifiestos de los pacientes. Cuando no hay aplicación de pruebas o test psicológicos, el paciente siente que no se está avanzando en la solución de su trastorno.

Si tomamos en cuenta que en la fase inicial el primer contacto con pacientes es fundamental, de que la primera impresión es clave, el psicólogo clínico debe poner especial cuidado en los pacientes con quienes trabaja por primera vez y tener en mente algunas consideraciones importantes: en la primera consulta con el terapeuta cada detalle es de suma importancia: el espacio, la luz, los objetos, la decoración. La manera cómo recibe al paciente es muy importante. Es decir, una terapia es como un buen encuentro, aquel que nos da el sentimiento de estar ante alguien que comprende nuestro sufrimiento y sentimos la confianza de que nos ayudará a eliminarlo.

Aunque no existe un esquema fijo para la primera entrevista. Algunos terapeutas pueden tomar nota; pero otros no. Algunos pueden realizar un cuestionario estándar breve, mientras que otros pueden sólo realizar algunas preguntas acordes con lo expresado por el paciente para precisar las cuestiones determinadas de una problemática. Pero, en general, se trata de que libremente y sin temor a ser enjuiciado se pueda hablar a partir de donde el paciente quiera.

La primera impresión que se hace el psicólogo clínico del paciente es fundamental y determina en gran parte la clínica general, ya que en el primer contacto se percibe una idea global del estado general y mental del paciente;

de la actitud, disposición, estado físico y muchos otros aspectos generales y primordiales en la evaluación clínica. El psicólogo debe observar en el primer contacto el interés, la preocupación, el empeño y la apertura del paciente, tanto hacia el psicólogo como hacia el proceso de intervención y establecer si; acude de manera voluntaria con ganas de resolver sus problemas y tomar decisiones, o si se muestra persuadido u obligado por un tercero.

Como toda intervención profesional, los resultados e índices de éxito varían, por lo cual es necesario explicarle al paciente las probabilidades de cambio, los factores que promueven y dificultan el mismo, no se deben crear expectativas irrealistas ni hacer falsas promesas, las cuales no sólo dañan al paciente particular sino que tienen un efecto negativo en la profesión en general. Desde la primera sesión es importante establecer una relación afectiva y sensata con el paciente, generando un clima de confianza y un ambiente de protección que facilite la expresión de los sentimientos y pensamientos durante el proceso de intervención psicológica.

Una vez iniciado el proceso psicoterapéutico, el uso y aplicación de las pruebas psicológicas es fundamental, las cuales se aplican en una amplia variedad de contextos, sin embargo, si el psicólogo no considera importante el uso de las pruebas psicológicas por considerar que no son importantes, hay que recordar que muchas condiciones no pueden evaluarse a cabalidad, sin el uso de pruebas psicológicas. Por ejemplo, no es posible establecer el diagnóstico de discapacidad intelectual sin la presencia de al menos dos pruebas: una de inteligencia y otra de conducta adaptativa. O los trastornos de aprendizaje que presentan los estudiantes, asimismo los diversos trastornos de personalidad. El juicio clínico, sobre todo en casos como estos,

es a todas luces insuficiente. Esto a veces es muy difícil de entender por algunos profesionales de la psicología, quienes con frecuencia se muestran escépticos ante la información proporcionada por las pruebas psicológicas.

Derivado de lo anterior, la pregunta de investigación de la presente tesina es:

¿Si el psicólogo no considera importante el uso de las pruebas psicológicas por determinar que no son importantes, los trastornos de personalidad que presentan los pacientes en determinadas condiciones podrán evaluarse a cabalidad y con objetividad sin el uso de pruebas psicológicas?

OBJETIVO GENERAL

Conocer la importancia de las pruebas psicológicas en el diagnóstico de los trastornos de personalidad y sus efectos en el tratamiento terapéutico, herramienta fundamental para la solución de la problemática existencial del sujeto y su reinserción a la sociedad y a su entorno familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Dimensionar la importancia de las pruebas psicológicas en el proceso de atención psicológica que presentan los pacientes.

- Conocer la importancia del uso y aplicación de las pruebas psicológicas para el correcto diagnóstico y tratamiento de los trastornos de personalidad que presentan los pacientes.
- Analizar la aplicación, calificación e interpretación de las pruebas psicológicas así como la efectividad de sus resultados para el diagnóstico objetivo y acertado.

JUSTIFICACIÓN

El psicólogo clínico no sólo debe saber aplicar las pruebas, sino aceptar su utilidad; pero sobre todo en cuanto a las limitaciones de las mismas. Reconocer las características que éstas no tienen, pues el vislumbrar las pruebas psicológicas como panacea en la clínica o abusar de sus resultados en la interpretación, han sido factores para poner en tela de juicio el papel del psicólogo.

Es importante mencionar algunas limitaciones cuando se usan pruebas psicológicas. La primera, es que ninguna prueba psicológica es elemento suficiente e indispensable para establecer un diagnóstico definitivo. Es decir, es muy arriesgado que con una sola prueba el clínico pueda emitir un diagnóstico y hacer un juicio a cabalidad sobre lo que le acontece al paciente.

Por lo general, es indispensable una batería de pruebas, la observación y la información que surge de la entrevista clínica y otros elementos provenientes de todo el proceso desde el punto de vista médico, físico, psicológico, social y contextual. Es decir, las pruebas más utilizadas por los psicólogos clínicos

son, en este orden, las escalas de inteligencia de Wechsler (en todas sus versiones), el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota, la prueba de Bender y las pruebas proyectivas para niños de figura humana; y para adultos, las pruebas de la percepción temática (TAT), y la de manchas de tinta de Rorschach. Sin embargo, cabe resaltar que las pruebas neuropsicológicas cobran cada día más auge y son utilizadas más ampliamente en la valoración de una serie de condiciones como la demencia, los trastornos de aprendizaje, el abuso de sustancias y otras condiciones.

El segundo aspecto importante de considerar es que las pruebas necesitan de profesionales de la psicología bien preparada, tanto para aplicarlas como para calificarlas, sobre todo para interpretarlas en donde los juicios son mucho más complejos y elaborados. Igualmente, cabe advertir que las diversas pruebas tienen utilidades y poderes muy diferentes en la práctica clínica; por ejemplo, las pruebas de inteligencia se deben aplicar para el diagnóstico de discapacidad intelectual; mientras que para esta condición las pruebas de personalidad, de conductas delictivas antisociales, las pruebas proyectivas o de percepción temática, tendrán un valor relativamente pobre. Es decir, las pruebas psicológicas pueden jerarquizarse, ordenarse y juzgarse en función de los propósitos de la evaluación.

Lo anterior también muestra el carácter instrumental de las pruebas psicológicas, es decir, no hay pruebas buenas y malas; sino pruebas que son relevantes o no al obtener información específica de la condición del paciente. En el ámbito clínico las pruebas sirven sobre todo para tres funciones diferentes del proceso clínico: la primera es la detección o identificación de un paciente, una persona con riesgo de una enfermedad; la segunda es

proveer evidencia para el diagnóstico de la condición mórbida; y la tercera es para evaluar los progresos, si los hay, de la intervención.

El psicólogo debe estar entrenado específicamente en el uso de la prueba que va a aplicar. En la práctica clínica, muchas veces se ha observado cómo muchos psicólogos titulados, sin experiencia específica en determinadas pruebas, aplican y califican estos instrumentos sin la menor idea de sus usos y limitaciones. El título académico de psicólogo, no es sinónimo de capacidad para aplicar todas y cada una de las diversas pruebas existentes en el mercado. Debe existir entrenamiento particular y específico en cada prueba y siempre un periodo de ensayo antes de usar una prueba de forma seria con un paciente.

De igual forma, los trabajadores sociales y los licenciados en educación puedan aplicar algunas pruebas psicológicas siempre y cuando hayan sido entrenados en esta área. Principalmente, en el sistema de educación especial en donde muchos niños no son evaluados de manera adecuada por la ausencia de las pruebas psicológicas necesarias o por barreras que se imponen a muchos de los profesionales de la educación en el uso y aplicación de las mismas. Por ello, se aconseja al profesional de la educación o de las ciencias sociales, familiarizarse con el instrumento mediante dos técnicas: estudiar con detenimiento el manual técnico que acompaña a la mayoría de las pruebas estandarizadas y aplicarla de manera experimental o piloto antes de usarla con fines de diagnóstico.

METODOLOGÍA

La metodología que se utilizó para la presente tesina, consistió en la revisión documental de diverso material bibliohemerográfico relativo al tema, para estructurar tanto el marco teórico que fundamenta la presente investigación como el protocolo. Este procedimiento normativo de carácter obligatorio, necesario para circunscribir el contenido que se ha propuesto, permite determinar las variables que se han identificado en la temática propuesta, haciendo énfasis en los contenidos relevantes que sustentan las indagatorias así como la relación que le son inherentes. El procedimiento de carácter teórico presenta una rigurosidad científica, ya que se pudo ir constatando cada una de las afirmaciones que surgieron desde el problema a investigar, así como la posibilidad de circunscribir y delimitar los argumentos que le dan sustento y validez a lo propuesto.

El método utilizado es el analítico, el cual consiste en el estudio de todos y cada uno de los elementos que intervienen en el hecho o fenómeno estudiado, para conocer la interrelación existente entre ellos y poder realizar inferencias o generalizaciones al respecto.

El estudio realizado permitió elaborar determinadas consideraciones de tipo teórico, afirmando que el nivel alcanzado en la presente tesina fue el descriptivo, ya que alude a los aspectos más generales respecto al tema propuesto.

CAPITULO I

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1.1 INTRODUCCIÓN

Los rasgos de personalidad que posee cada quien, contribuyen a proporcionar un sentido de armonía interior y le permite relacionarse con los demás en forma flexible y satisfactoria. En cambio hay otros que son exagerados, rígidos y fuente de sufrimiento para el propio sujeto y para los demás. Estos rasgos limitan la libertad y adaptabilidad de quien los tiene y se les ve como patológicos. Por ejemplo, una persona es siempre imprudente y entrometida, o bien es exageradamente servil, o bien esta siempre dispuesta a criticar a otros o a culpar de sus fracasos a los demás.

Lo que permite identificar un rasgo de personalidad como patológico es su compulsión, es decir, su puesta en juego en forma inflexible en circunstancias en que resulta inefectivo o inapropiado. Estos rasgos compulsivos son causa de conflictos intrapersonales e interpersonales. El término trastorno de personalidad se refiere precisamente a la presencia de rasgos que interfieren seriamente con la armonía interna, restan a quien los tiene eficacia para

contender con los obstáculos y adversidades y dificultan sus relaciones con los demás. (Eysenck, 2007).

Los trastornos de personalidad se consideran como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia y manifiesta malestar o prejuicios para el sujeto. Las personas con desordenes de personalidad tienden a ser incapaces de responder adecuadamente a los cambios que demanda la vida cotidiana, aunque ellos sienten que sus patrones de conductas son normales y correctos, en general poseen una estrecha visión del mundo y se les dificulta participar en actividades sociales. Tienen dificultades para manejar el estrés, problemas diarios y a menudo sus relaciones interpersonales son tormentosas. Estas condiciones varían de leves a severas y tienden a ser difíciles de tratar. (MacKinnon / Michels; 2006).

Se encuentran también los trastornos de personalidad orgánicos de la personalidad. Este grupo de trastornos se caracteriza por la anormalidad psíquica y conductual asociada a deterioros transitorios o permanentes en el funcionamiento del cerebro. Los desórdenes presentan diferentes síntomas según el área afectada o la causa, duración y progreso de la lesión. El daño cerebral produce de una enfermedad orgánica, del consumo de alguna droga lesiva para el cerebro o de alguna enfermedad que lo altere indirectamente por sus efectos sobre otras partes del organismo. (Million, 2010).

Los síntomas asociados a los trastornos orgánicos de la personalidad pueden ser el resultado de un daño orgánico a la reacción del paciente a la pérdida de capacidades mentales. Ciertos trastornos se presentan como característica principal el delirio o un estado de obnubilación de la

consciencia que impide mantener la atención, acompañado de errores perceptivos y de un pensamiento desordenado e inadaptado a la realidad.

Los trastornos mentales son patrones de comportamiento de significación clínica que aparecen asociados a un malestar emocional o físico de la persona, a una discapacidad, al deterioro en el funcionamiento cotidiano, a la pérdida de libertad o incluso a un riesgo significativamente aumentado de implicarse en conductas contraproducentes o de morir prematuramente

1.2 CLASIFICACION Y DIAGNÓSTICO EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La Personalidad está compuesta por rasgos, que son disposiciones o tendencias de la persona a comportarse y responder a los otros de una manera consistente. Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Por lo tanto los rasgos de personalidad solo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. (Bleger, 2007).

Tal como lo define el capítulo 16 del DSM-V, Un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para

el sujeto. La clasificación de este tipo de trastornos que hacen tanto el DSM-V como la CIE-10 parte de una perspectiva categorial, cuyo antecedente se encuentra en el modelo clásico de Kurt Schneider, en el sentido de considerar "los trastornos de la personalidad como entidades patológicas individuales y delimitadas entre sí". Es decir, cada trastorno constituye una categoría diagnóstica y se sustenta en alteraciones específicas. (Phares, 2005).

El DSM-V define los rasgos de personalidad como "patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales". El trastorno de la personalidad se da cuando estos rasgos, que son *egosintónicos* es decir, la persona se siente bien como es, o en todo caso percibe su sufrimiento emocional como algo inevitable, sin relación alguna consigo mismo, con su manera de ser y comportarse, se hacen inflexibles y desadaptativos; hacia el final de la adolescencia se consolidan de forma permanente y estable, y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

Un hecho fundamental diferencia al paciente con trastorno de personalidad del paciente neurótico: en el neurótico la urgencia es característico en él, a diferencia de las necesidades que presentan los no neuróticos. Todos tenemos necesidades pero en el neurótico la urgencia es primordial. (Coeli, 2010).

1.3 ÁREAS EN QUE SE MANIFIESTAN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

En este orden de ideas, la Neurosis se caracteriza en el individuo por presentar una alteración significativa de las formas habituales de comportamiento. Estas alteraciones afectan siempre en profundidad a la expresión de las emociones, necesidades e impulsos. Los procesos cognoscitivos pueden estar afectados exclusivamente en el área de la planificación de probables consecuencias sociales y personales

Por ejemplo:

- Cognitiva (formas de percibir e interpretar a sí mismo, a los otros y los sucesos)
- Afectiva (rango, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
- Control de impulsos y necesidad de gratificación
- Forma de relacionarse con los demás

1.4 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

A continuación se describen los principales trastornos de la personalidad descritos por Ey, H./Bernard, P./Brisset, Ch., 2010; p.138). Mismos que en su obra describen los desórdenes de personalidad que sufren las personas y que tienden a ser incapaces de responder adecuadamente a los cambios que demanda la vida cotidiana, aunque ellos sienten que sus patrones de conducta son normales y correctos, en general tienen una estrecha visión del mundo y se les dificulta participar en actividades sociales. Tienen dificultades para manejar el estrés, problemas diarios y a menudo sus relaciones interpersonales son tormentosas. Estas condiciones varían de leves a severas y tienden a ser difíciles de tratar. Los síntomas varían ampliamente dependiendo del tipo específico del trastorno de la personalidad. (Phares, 2005; p.p. 78-86).

En general los trastornos de la personalidad se pueden clasificar en los siguientes tipos:

- Paranoica
- Esquizoide
- Limítrofe o Fronteriza
- Narcisista
- Obsesiva-compulsiva
- Dependiente
- Histriónica
- Antisocial
- Evasiva
- Esquizotípica. (Codech, 2008; p. 37).

Dichos trastornos se clasifican en tres grandes grupos o también conocidos como Cluster. A continuación se hablara brevemente de algunas características de estos trastornos de personalidad.

Grupo /Cluster A:

Este grupo se caracteriza por ser; Extraños, excéntricos. Introversos. Déficit social, ausencia de relaciones próximas. (Desvinculados - Baja dependencia de recompensa).

Los trastornos de la personalidad extraña/excéntrica son:

1.5 Trastorno de la personalidad paranoica F60.0 (301.0):

Las personas que tienen este trastorno suelen ser frías, distantes e incapaces de generar vínculos interpersonales estrechos. A menudo son demasiado desconfiadas de su entorno, pero injustificadamente, generalmente no pueden apreciar su propia función en las situaciones de conflicto y suelen proyectar sus sentimientos de paranoia en forma de enojo hacia los demás.

Está caracterizada por tener desconfianza hacia otras personas sospechando constantemente que las personas que lo rodean tienen motivos para dañarlo de alguna manera, las personas que sufren este desorden están convencidos de manera excesiva de que son ciertos sus conocimientos acerca de los motivos para desconfiar de los otros; por lo general, evitan una relación

cercana con las demás personas, buscan significados ocultos en todo y perciben intenciones hostiles en las acciones de los demás, ponen a prueba las lealtades de los amigos y gente cercana a ellos, son distantes con gentes no cercana a ellos, censuran continuamente a los demás y tienen a guardar rencor.

Algunos esquemas verbales en este trastorno son:

- “la gente (él, ella, ellos) tienen intención de dañarme”.
- si confío en la gente, tendrán (tomarán) ventaja sobre mí”.
- Tengo que estar siempre en guardia, preparado para lo peor”.
- “si estoy alerta tendré el poder y no podrán dañarme”.

1.6 Trastorno de la personalidad esquizoide F60.1 (301.20):

Las personas que tienen este trastorno suelen ser frías, distantes, introvertidas y tener un gran temor a la intimidad y los vínculos estrechos. Las personas que tienen personalidad esquizoide permanecen tan absortas en sus propios pensamientos y fantasías que se autoexcluyen de los vínculos con la realidad y otras personas.

Estos pacientes evitan relacionarse con los demás y no demuestran sus emociones, prefieren la soledad, buscan empleos que requieran poco contacto social, sus habilidades sociales son debilidades en general no tienen amigos cercanos o confidentes, no demuestran tener necesidades de atención o aceptación incluyendo el ser parte de una familia, son percibidos como personas con falta de humor y distantes; las personas se refieren a

ellos como “solitarios”, muestran una frialdad emocional y tiene largos periodos de silencio.

Algunos ejemplos verbales en este trastorno son:

- “¿por qué debo de estar cerca de la gente?”.
- “me importa poco estar cerca de otros”.
- “yo soy mi mejor amigo”.

1.7 Trastorno de la personalidad esquizotípica F21 (301.22):

Similar al trastorno de la personalidad esquizoide; las personas que tienen este trastorno suelen ser frías, distantes, introvertidas y tener un gran temor a la intimidad y los vínculos estrechos. Sin embargo, las personas que tienen personalidad esquizotípica también presentan trastornos del pensamiento, de la percepción y habilidades ineficaces de comunicación. Muchos síntomas del trastorno de la personalidad esquizotípica se parecen a los de la esquizofrenia, pero son más leves y menos intrusivos.

Este desorden representa una esquizofrenia “media” se caracteriza por una forma extraña de pensar y percibir, estos pacientes buscan aislarse, algunas veces tienen la creencia que tienen las capacidades extrasensoriales, tiene dificultad de concentrarse, su lenguaje es muy elaborado y difícil de seguir.

Grupo /Cluster B:

Dramática, errática, Impulsivos, emocionales, llamativos. Extravertidos. Inestabilidad social e interpersonal. (Impulsivos - Alta búsqueda de novedad)

Algunos ejemplos de trastornos de la personalidad dramática/errática son:

1.8 Trastorno de personalidad limítrofe F60.3 (301.83):

Las personas que tienen este trastorno presentan inestabilidad en la percepción de sí mismas y tienen dificultad para mantener relaciones estables. Los estados de ánimo también pueden ser inconstantes, pero jamás neutros, y su sentido de la realidad siempre se percibe en "blanco y negro". Las personas que tienen personalidad limítrofe a menudo creen que los cuidados que recibieron durante la infancia fueron insuficientes y, por consiguiente, buscan incesantemente más atención de los demás en su etapa adulta. Esto lo pueden lograr manipulando a los demás, lo cual a menudo los deja sintiéndose vacíos, enojados y abandonados, sensación que puede llevarlos a un comportamiento desesperado e impulsivo.

Tienen una inestabilidad en las relaciones interpersonales y en su conducta, esta inestabilidad afecta su convivencia en la familia y su trabajo, sufren un desorden en la regulación de sus emociones, tienen explosiones de coraje, depresión y ansiedad que pueden durar algunas horas hasta algunos días, estos cambios pueden estar asociados con el abuso de alcohol o drogas.

Estos síntomas son más agudos cuando estas personas se encuentran aisladas y no cuentan con un soporte social, estos patrones de inestabilidad social los lleva a tomar actitudes cambiantes hacia la familia, amigos y seres queridos que van de una gran admiración y cariño a enojarse de manera extrema hacia los que antes demostraban cariño. Pueden padecer sentimientos profundos de abandono cuando personas importantes para ellos se separan momentáneamente; por ejemplo debido a un viaje. Este trastorno con frecuencia está asociado con otros trastornos como depresión, ansiedad y otros trastornos de personalidad.

Algunos esquemas verbales en este trastorno son:

- “estoy muy inseguro de mí mismo”.
- “mi dolor es tan intenso que ya no puedo soportarlo”.
- “mi cólera (me domina) domina mi conducta, no puedo controlarla”
- “él/ella es muy afortunado, muy bueno y otras veces es muy malo conmigo”.

1.9 Trastorno de la personalidad antisocial F60.2 (301.7):

Las personas que tienen este trastorno típicamente no tienen en cuenta los sentimientos, propiedad, autoridad y respeto hacia los demás en busca del propio beneficio. Esto puede incluir acciones violentas o agresivas que afectan o implican a otros individuos, sin un sentimiento de remordimiento ni culpabilidad por sus actos destructores.

Antes denominadas psicópatas. Este desorden psiquiátrico se caracteriza

por manipular las emociones y violar los derechos de otros, los que las padecen desafían la ley repetidamente, no tiene interés en la seguridad de otros, se enojan constantemente, son impulsivos, beligerantes, no muestran respeto hacia otros y demuestra una falta de culpa acerca de los efectos de su conducta sobre otras personas, estos individuos se encuentran en gran riesgo de abusar de las drogas en especial del alcohol, por lo general tienen una historia de haber sufrido abuso familiar.

Algunos esquemas verbales en este trastorno son:

- “solo los tontos siguen las reglas”.
- “las normas (reglas, leyes) tienen que eliminarse”.
- “!tiene que ser ahora, sino verán lo que hago!”

1.10 Trastorno de la personalidad narcisista F60.8 (301.81):

Las personas que tienen este trastorno presentan sentimientos excesivamente exagerados de autovaloración, grandiosidad y superioridad en relación con los demás. Las personas que tienen personalidad narcisista suelen explotar a las personas que no los admiran y son demasiado sensibles a las críticas, juicios de valor y fracasos.

Estas personalidades poseen un sentimiento de grandeza e impotencia exagerando sus talentos, esperan ser reconocidos como superiores, tienen fantasías de éxito ilimitado, poder y belleza, tienen la creencia de que son muy “especiales” o únicos y que solo pueden ser comprendidos por personas

o instituciones de muy alto “estatus”. Exigen una admiración excesiva, poseen una irrazonable exigencia de ser tratados de manera especialmente favorable, por lo general no se identifican ni reconocen las necesidades o sentimientos de otros, muestran envidia hacia los demás o creen que aquellos sienten envidia de él o ella, tienen actitudes de arrogancia.

Algunos esquemas verbales en este trastorno son:

- “yo me admiro”.
- “yo soy más especial que los demás”
- “mírenme: soy el mejor”.
- “una vez que deseo algo, lo tengo”.

1.11 Trastorno de la personalidad histriónica F60.4 (301.50):

Las personas que tienen este trastorno están demasiado preocupadas por su aspecto, constantemente buscan atención y a menudo se comportan dramáticamente en situaciones que no justifican ese tipo de reacción. Las expresiones emocionales de las personas que tienen personalidad histriónica suelen ser consideradas superficiales y exageradas.

Los individuos con este desorden buscan constantemente la atención, comportándose “teatralmente” necesitan ser el centro de atención todo el tiempo, interrumpen a otros para dominar la conversación, utilizan un lenguaje exagerado para describir los eventos de cada día, muchas veces se visten de manera extravagante o exageran sus relaciones de amistad, tienen la creencia que todos tienen un gran afecto hacia ellos.

Algunos esquemas verbales en este trastorno son:

- “yo debo tener la atención de la gente a como dé lugar”.
- “Atraer a los demás es lo más importante para mí”.
- “yo tengo la atención siempre que lo quiero”.
- “las apariencias son muy importantes”.

Grupo /Cluster C:

Ansiosos, inhibida, temerosos. Presencia de conflictos interpersonales e intrapsíquicos. (Temerosos - Alta evitación del daño)

Ejemplos de trastornos de la personalidad ansiosa/inhibida (Grupo C):

1.12 Trastorno de la personalidad dependiente F60.7 (301.6):

Las personas que tienen este trastorno dependen excesivamente de los demás para su validación y para la satisfacción de sus necesidades básicas. Además de no ser capaces de cuidar de sí mismas correctamente, a las personas que tienen personalidad dependiente les falta confianza en sí mismos y seguridad, y tienen dificultad para tomar decisiones.

Tienen dificultad para tomar decisiones diarias buscan una cantidad excesiva de consejos de otros, requieren que otra persona asuma responsabilidades en muchas áreas de su vida, tienen dificultad en expresar su desacuerdo con otros por temor a perder el apoyo o la aprobación, debido a la falta de confianza en sus habilidades más que a una ausencia de energía o

motivación, tienen dificultad en iniciar proyectos, muestran un exagerado temor de no poder cuidarse a sí mismos.

Algunos esquemas verbales en este trastorno son:

- “no puedo funcionar (vivir) sin el apoyo de otros”.
- “no puedo hacerlo sin el consejo de otros”.
- “estoy acabado si los otros me abandonan”.
- “no me siento bien si estoy solo”.

1.13 Trastorno de la personalidad de evitación F60.6 (301.82):

Las personas que tienen este trastorno son hipersensibles ante el rechazo y, por lo tanto, evitan las situaciones que pueden generarles conflicto. Esta reacción es impulsada por el temor; sin embargo, las personas que tienen personalidad de evitación se sienten perturbadas por su propio aislamiento social, su retraimiento y su incapacidad de mantener vínculos interpersonales estrechos.

Estas personalidades son hipersensibles al rechazo, se muestran resistentes a involucrarse con otras personas a menos que estén seguros de que son aceptados, son muy tímidos, temen de manera excesiva a las críticas, evitan los trabajos y las actividades que involucren actividades sociales, temen emitir sus opiniones, ya que consideran que serán tomados como tontos, no tienen relaciones sociales fuera del círculo familiar, tienen una baja autoestima.

Algunos esquemas verbales en este trastorno son:

- “el mundo es peligroso”.
- La gente me mira porque parezco tonto”.
- Tengo que tener el apoyo de (él, ella, ellos) otros para estar seguro”.

1.14 Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva F60.5 (301.4):

Las personas que tienen este trastorno se muestran inflexibles ante el cambio y se molestan si la rutina se ve alterada debido a su obsesión por el orden. Por consiguiente, son ansiosas y tienen dificultad para completar las tareas y tomar decisiones. Las personas que tienen personalidad obsesivo-compulsiva suelen sentirse incómodas en situaciones que están fuera de su control y como consecuencia de ello tienen dificultad para mantener relaciones interpersonales positivas y sanas.

Estos pacientes muestran un patrón de preocupación por el perfeccionismo y orden, se preocupan por detalles, reglas, organización, tiempos, con exceso se dedican al trabajo excluyendo las actividades de relajamiento y amistad, son sumamente escrupulosos se muestran inflexibles en materia de moralidad y ética, se niegan a delegar a otras personas trabajos o tareas a menos que sigan exactamente sus indicaciones, muchas veces se muestran con una exageración a horrar dinero, muestran mucha rigidez en sus actividades, cuando padecen una enfermedad de tipo físico se muestran muy preocupados por el sentido de pérdida sobre el control de sus funciones corporales, se muestran más confiados cuando el medio les proporciona evidencia documental de su enfermedad por ejemplo; el resultado de pruebas de laboratorio, placas de rayos X o un electrocardiograma, exageran su

preocupación de verse bajo control de figuras con autoridad.

Algunos esquemas verbales en este trastorno son:

- “siempre tengo en cuenta los detalles, y así reduzco los errores”
- “tengo reglas severas en la vida”
- deben seguirse estas reglas (que pongo) sin alteración”.
- “las emociones las controlo muy bien”.

1.15 LOS ORÍGENES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

En los trastornos de la personalidad se cuentan con pruebas psicológicas que ayuden al diagnóstico para diseñar los tratamientos específicos. Se trata de trastornos habituales y estables que pueden ser corregidos o modificados por el especialista. En general, las personalidades paranoide y esquizoide se acercan a las psicosis, en tanto que la personalidad obsesiva y la personalidad dependiente se mantienen más cercanas a la normalidad. (Sánchez, 2012).

La personalidad tiene una base hereditaria, si bien no se sabe con certeza como opera este factor genético tiene su expresión más amplia en el temperamento. Algunos niños son ruidosos y otros callados, unos se vierten al exterior, algunos son impulsivos y otros celosos etc. A las disposiciones genéticas se les atribuye un peso en la individualidad. Algunos autores estiman que el factor genético orienta el desarrollo de la personalidad y que los rasgos son producto de las experiencias del niño en sus circunstancias familiares y el ambiente social y cultural. Los estudios de gemelos idénticos

criados aparte y de gemelos fraternales sugieren que la agresividad, la timidez, la impulsividad y el dominio social tienen una base hereditaria importante. En cuanto a los trastornos de la personalidad, el componente genético es más aparente. Los sujetos con personalidad antisocial tienen con frecuencia hijos antisociales, aun cuando sean adoptados tempranamente por una pareja de personas sanas.

Por otra parte, los efectos de la herencia y el ambiente no pueden ser separados en forma tajante. ¿Cómo aprenden los niños a pensar y a conducirse? Esto depende en gran parte de las respuestas de quienes refuerzan o inhiben las tendencias naturales del niño. Un niño irritable suscita que otros niños sean hostiles y por ello tiene a hacerse más irritable. Un niño alegre se vuelve más alegre. Un niño con tendencia al aislamiento característico de la personalidad esquizoide no desarrolla las habilidades necesarias para establecer contactos sociales y su aislamiento se convierte en conducta habitual difícil de alterar.

El ambiente que modela al niño es la fuerza modeladora principal de la personalidad, y por ello las secuelas psicológicas y conductuales han puesto en marcha atención a la crianza como factor decisivo en el desarrollo. Los psicólogos conductistas ponen el acento en el aprendizaje social, los niños modelan sus acciones imitando a las personas que les rodean y tienden a repetir las acciones que les son recompensadas y les permite evadir castigos. La conducta reiteradamente reforzada se torna más formal y difícil de modificar. Por ejemplo, un niño que es tratado con dureza tiende a aislarse y a volverse agresivo y rebelde. Un niño inseguro puede requerir que se le den muestras constantemente de aprobación y un niño sobreprotegido puede ser

poco capaz de contender que nunca recibieron demostraciones de confianza y de afecto.

El modelado de la personalidad es un mecanismo importante. A través de la observación y de la imitación se adoptan patrones de conducta que otros exhiben. Los padres son generalmente los modelos más accesibles y a menudo los niños repiten lo que ven hacer a sus padres aun cuando no hayan sido recompensados por ellos y de hecho los padres quisieran que actuaran en forma diferente. Las expectativas que el niño tiene son otras fuentes de aprendizaje social. Por ejemplo, un niño que ha sido castigado por su conducta auto afirmativa llega a evitarla aun en circunstancias en las que le sería recompensada.

1.16 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS GENERALES PARA UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

Un diagnóstico definitivo se basa, además de los claros antecedentes u otra evidencia de enfermedad, lesiones o disfunción cerebral, en la presencia de dos o más de los siguientes rasgos.

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

- Cognición (por ejemplo, formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
- Afectividad (ejemplo, la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)

- Actividad interpersonal
- Control de los impulsos

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (ejemplo, traumatismo craneal). (Bleger, 2007).

1.17 INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

Las personas con trastornos de la personalidad usualmente no buscan tratamiento por su cuenta, ningún tipo de medicamento o terapia por si solos ayudan a su recuperación. Las intervenciones psicológicas están dirigidas a apoyar la terapia tanto psicológicas individual y de grupo, médicas y de adherencia al tratamiento.

El tratamiento farmacológico se percibe con base sobre los síntomas específicos de cada paciente, se utilizan antidepresivos, estabilizadores del humor y antipsicóticos. (Sánchez, P., 2012: p. p. 36-40).

A continuación se señalar algunas pautas generales para las intervenciones de este trastorno:

- conocer la historia clínica del paciente
- mantener todo el tiempo una visión terapéutica hacia el paciente para evitar intercambios poco productivos con el que se lleve a desgastar la relación, psicólogo – paciente.
- Desarrollar una alianza con el paciente para ganar su confianza y facilitar el enfoque del paciente hacia los elementos de su tratamiento
- Diseñar una agenda de rutina diaria para seguir el protocolo del tratamiento
- Llevar notas del desarrollo de los avances del paciente.
- Identificar y anotar los estímulos que desencadenen episodios que agudizan el problema en el paciente, para tener un criterio de prevención de estos.
- Evitar reforzar en el paciente la patología que padece
- Mantener comunicación con los miembros de la familia del paciente para aconsejar sobre el manejo y respuestas más adecuadas hacia el paciente.
-

A continuación se dará una breve reseña de lo que es esquizofrenia para poder diferenciarlo con un trastorno de personalidad.

1.18 ESQUIZOFRENIA

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes en una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social a laborar (criterio B) el diagnóstico de esquizofrenia si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes por al menos un mes (criterio F). Los síntomas característicos de la esquizofrenia, implican un abanico de disfunciones cognitivas y emocionales que influyen en la percepción, pensamiento inferencial, lenguaje, comunicación, organización del comportamiento, capacidad de hedónica, voluntad, motivación y atención.

La esquizofrenia es un desorden mental severo que inicia por lo general en la última parte de la adolescencia o edad adulta, se caracteriza por una profunda distorsión de los pensamientos, afecta el lenguaje, la percepción, incluye experiencias psicóticas como escuchar voces y experimentar alucinaciones, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas. (Pichot. P, 2003).

1.19 Subtipos de esquizofrenia

La esquizofrenia presenta los siguientes subtipos:

- Tipo paranoide: presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas
- Tipo desorganizada: lenguaje desorganizado, el comportamiento afectividad aplanada o inapropiada.

- Crónica indiferenciada: síntomas esquizofrénicos mixtos (o de otros tipos), junto con alteraciones del pensamiento, afecto y conducta. (Ey, 2012).

Este trastorno causa una deficiencia de trasmisión y adaptación de los impulsos nerviosos que conduce a un deterioro de la función cerebral. La esquizofrenia se puede manifestar en una o varias formas, por ejemplo, se dice que una persona tiene esquizofrenia paranoica cuando se siente constantemente observada, seguida o perseguida. Una persona que es incoherente pero o se engaña, tiene esquizofrenia desorganizada. Se dice que una persona que no tiene iniciativa, motivación, interés social que no disfruta de las cosas y no puede responder emocionalmente tiene esquizofrenia no diferenciada. La esquizofrenia puede variar en su intensidad, gravedad y frecuencia de los síntomas psicóticos. Por ello, los científicos utilizan la palabra esquizofrenia para referirse a un conjunto de enfermedades, de leves a graves.

Las causas de la enfermedad aún no se han descubierto, sin embargo, la mayoría de los expertos están de acuerdo en que una serie de factores combinados con un riesgo genético que contribuyen al desarrollo de la enfermedad.

Así como se piensa que la propensión de contraer diabetes o problemas cardiacos existe en determinadas familias, se cree que la propensión a la esquizofrenia también tiene una conexión genética. Por ejemplo, si un mellizo gemelo tiene esquizofrenia, el otro mellizo tiene entre un 50 a 60% de posibilidades de contraer la enfermedad.

Todavía no se sabe exactamente qué es lo que desencadena la enfermedad en aquellas personas que tienen una predisposición familiar. Algunas teorías sugieren que debido a que la esquizofrenia por lo general se manifiesta por primera vez durante los cambios hormonales de la pubertad, estos cambios son los que provocan la enfermedad en aquellos con predisposición a la misma. Además, se consideran otros factores externos como infecciones virales, factores de gran estrés como la pobreza o la violencia y otros factores externos similares son causas posibles del trastorno.

Existen diferentes tipos de esquizofrenia los cuales son:

- Tipo Catatónica: marcada alteración psicomotora, que puede incluir inmovilidad, actitud motora excesiva, negativismo externo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia, ecopraxia, catalexia o estupor, adopción de posturas rígidas raras o inapropiadas o para realizar muecas llamativas.
- Tipo indiferenciada: síntomas que cumplen el criterio de esquizofrenia, pero que no cumplen con los criterios para tipo paranoide, desorganizada o catatónica.
- Tipo residual: debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos.

Las cuatro fases en el curso de la enfermedad son:

1. Fase prodrómica: inicio de la enfermedad, puede ser evidente o no para el paciente o los demás. Sus manifestaciones son sutiles y pueden variar entre días a años. Se caracterizan por aislamiento social, cambios en el comportamiento o en las respuestas emocionales ante

señaladas a los estímulos.

2. Fase aguda: está marcada por severos síntomas psicóticos. Habitualmente requiere medicación y/o hospitalización. Cuando esta fase aparece más de una vez en el transcurso de la enfermedad se habla de fase de reagudización.
3. Fase de continuación: en este periodo, que puede abarcar más de seis meses desde el comienzo o brote de la enfermedad, se produce el decremento de la gravedad de los síntomas.
4. Fase de estabilización: durante esta fase los pacientes pueden estar asintomáticos o exhibir síntomas tales como tensión, irritabilidad, depresión, síntomas negativos y deterioro cognoscitivo

La mayor parte de los pacientes alternan episodios psicóticos agudos y estables con remisión parcial o total. Es habitual que el paciente esquizofrénico experimente síntomas residuales entre los brotes. La completa curación de la enfermedad, es actualmente, un resultado no esperable dentro de la evolución. (Valderrama, 2006; p.p. 112-115).

1.20 NEUROSIS

El término neurosis fue propuesto por el médico escocés William Cullen en 1769 en referencia a los trastornos sensoriales y motores causados por enfermedades del sistema nervioso. En psicología clínica, el término se usa para referirse a trastornos mentales que distorsionan el pensamiento racional y el funcionamiento a nivel social, familiar y laboral adecuado de las personas. (Sánchez, 2012).

El término clásico hace referencia a un trastorno mental sin evidencia de lesión orgánica que se caracteriza por la presencia de un nivel elevado de angustia y una hipertrofia disruptiva de los mecanismos compensadores de la misma. El sujeto mantiene un adecuado nivel de introspección y conexión con la realidad, pero presenta la necesidad de desarrollar conductas repetitivas y en muchos casos inadaptativas con objeto de disminuir el nivel de estrés. Se trata, en realidad, de un rasgo característico que acompaña al sujeto durante toda su vida, de gravedad muy variable, desde grados leves y controlables hasta situaciones gravemente incapacitantes que pueden llegar a precisar hospitalización.

Los especialistas afirman que, para protegerse de la angustia, las personas recurren a mecanismos de defensa como la represión, la proyección, la negación, la intelectualización y el desplazamiento, entre otros. Cuando se observan patrones crónicos de mala adaptación que simulen una neurosis, es posible que se trate de un trastorno de personalidad. Para identificar la neurosis, existen distintas pruebas psicológicas.

El origen del término “neurosis” se encuentra a finales del siglo XVIII aunque su máximo uso se circunscribe al XIX, en plena eclosión de la especialidad

psiquiátrica, siendo empleado originalmente para describir cualquier trastorno del sistema nervioso. El médico escocés William Cullen publica en 1769 su obra *Synopsis nosologiae methodicae*, refiriéndose con el término “neurosis” a un trastorno general del sistema nervioso, sin fiebre ni otras lesiones orgánicas demostrables, y capaz de alterar las capacidades sensitivas y motoras del individuo, mezclándose en este concepto patologías tan dispares como mareos y desmayos, el tétanos, la rabia, las crisis histéricas, la “melancolía” (posteriormente denominada depresión) o la manía.

Sigmund Freud desarrolló diversos trabajos en relación con la histeria y los trastornos obsesivos, publicados entre 1892 y 1899, sentando las bases psicogénicas de lo que él denominó psiconeurosis. A partir de sus trabajos se elaboró una clasificación, ya en desuso, que distinguía varios tipos de neurosis (en función de la expresión final de los síntomas provocados por el síntoma nuclear de la angustia): Neurosis de angustia, neurosis fóbicas, neurosis obsesivo-compulsivas, neurosis depresivas, neurosis neurasténicas, neurosis de despersonalización, neurosis hipocondríacas y neurosis histéricas. (Freud, 1956; citado en Coelli, 2010).

El principal interés de Freud se centró en lo que denominó “neurosis de angustia”, descrita en torno a un estado de elevada excitabilidad del paciente expresada como “espera angustiosa” sobre la que el sujeto elabora expectativas funestas de futuro basadas en simbolismos (determinado sonido significa que un familiar acaba de morir, un gesto inapropiado acarreará mala suerte). Para Freud el paciente posee un caudal de angustia que permanentemente se va depositando en forma de miedos, fobias, ataques de angustia (taquicardia, taquipnea, sudoración...). (Freud, 1956).

Derivado de los diagnósticos anteriores, el objetivo como psicólogos clínicos es; diagnosticar y tratar de resolver la emergencia lo mejor que se pueda, lo

ideal es que la atención sea personalizada, con entrevistas activas, apoyadora y convincente para el paciente y su familia. Es importante precisar que fue lo que causó la descompensación; conectar al paciente y la familia con el equipo de salud mental o grupos de ayuda.

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS

2.1 IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS

Las pruebas se utilizan en casi todos los países con propósitos de orientación psicológica, selección y asignación. Su aplicación ocurre en entornos tan diversos como escuelas, servicio público, industria, clínicas médicas y centros de orientación psicológica. La mayoría de las personas han tomado docenas de pruebas y no le dan gran importancia al asunto. Sin embargo, para el momento en que el individuo típico llega a la edad de retiro, es probable que los resultados de las pruebas psicológicas hayan ayudado a moldear su destino.

Los cambios en el curso de la vida debidos a los resultados de pruebas psicológicas podrían ser sutiles, como ocurre cuando un futuro matemático accede a un curso de cálculo avanzado con basé en calificaciones de rendimiento del primer año de preparatoria. Estas determinaciones dependen, al menos de la interpretación de los resultados de pruebas psicométricas que se realizan a los individuos. Por eso es de gran importancia que los psicólogos aprendan acerca de los usos, abusos, aplicación e interpretación

de las pruebas psicológicas. Ya que pueden causar un impacto positivo o negativo en los sujetos a los que se les aplicó. (González, 2009).

En este orden de ideas, podemos considerar que el desarrollo histórico de las pruebas psicológicas es muy importante, debido entre otras situaciones a las siguientes razones:

1. Una revisión de los orígenes de las pruebas psicológicas ayuda a explicar prácticas actuales que, de otra manera, podrían parecer arbitrarias e incluso peculiares. Por ejemplo, ¿Por qué muchas pruebas de inteligencia actuales incorporan una capacidad en apariencia no intelectual como la memoria a corto plazo de dígitos? La respuesta es, en parte, la inercia histórica las pruebas de inteligencia siempre han incluido una medida de retención de dígitos
2. El poder y las limitaciones de las pruebas también resaltan con mayor facilidad cuando dichos métodos se observan dentro de un contexto histórico. Por ejemplo el lector descubrirá que las pruebas de inteligencia moderna son excepcionalmente buenas para pronosticar el fracaso de la escuela, debido precisamente a que este fue el propósito original y único.
3. Por último la historia de las pruebas psicológicas contienen algunos episodios tristes y lamentables que ayudan a recordar que no se debe dar tanto el uso a las pruebas. Por ejemplo, con base en la aplicación insensata y prejuiciada de los resultados de pruebas de inteligencia.

2.2 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA CALIDAD DE LAS PRUEBAS

Una vez localizadas las mejores pruebas disponibles sobre la temática concreta planteada en la pregunta clínica, objeto de conocimiento y que inició el proceso de la búsqueda de la evidencia; es necesario analizarlas mediante la valoración y síntesis de la información clave de cada trabajo. Ahora se trata de evaluar la calidad y aplicabilidad de los hallazgos encontrados, intentando determinar su validez (reflejo de la realidad) y su utilidad o aplicabilidad clínica.

Se puede resumir en tres preguntas básicas la valoración de la calidad de las pruebas seleccionadas:

1. ¿Cuáles son los resultados? (Magnitud del efecto del tratamiento)
2. ¿Son válidos los resultados del estudio? (Validez interna)
3. ¿Podrán ayudar los resultados al tratamiento del paciente? ¿Son aplicables los resultados al contexto clínico? (Validez externa)

El análisis del efecto del tratamiento requiere situar su magnitud dentro del contexto específico de investigación clínica donde el cambio hacia los valores de normalidad y bienestar del paciente es el indicador de efecto del tratamiento.

En estos casos puede suceder que el cambio estadísticamente significativo no indique el verdadero valor terapéutico, prevaleciendo la importancia de la significación clínica entendida como la magnitud del cambio atribuida al tratamiento terapéutico que permite que el funcionamiento del sujeto pueda ser considerado normal. (Ey, H./Bernard, P./Brisset, Ch.(2010).

Un aspecto especialmente importante para el psicólogo clínico reside en comprobar que el impacto del tratamiento realmente se produce con sus pacientes. Por lo tanto, los estudios de efectividad obtenidos en contextos clínicos son básicos para asegurar el cambio dentro de un escenario clínico, apoyando la validez externa.

2.3 CONFIABILIDAD

La confiabilidad se concibe como la consistencia o estabilidad de las medidas cuando el proceso de medición se repite. Por ejemplo, si las lecturas del peso de una canasta de manzanas varían mucho en sucesivas mediciones efectuadas en las mismas condiciones, se considerará que las medidas son inestables, inconsistentes y poco confiables. La carencia de precisión podría tener consecuencias indeseables en el costo de ese producto en una ocasión determinada. De esta concepción se sigue que de la variabilidad de las puntuaciones obtenidas en repeticiones de la medición puede obtenerse un indicador de la confiabilidad, consistencia o precisión de las medidas. Si la variabilidad de las medidas del objeto es grande, se considerará que los valores son imprecisos y, en consecuencia, poco confiables. De manera semejante, si una persona contesta un test repetidamente en las mismas condiciones, de la variabilidad de las puntuaciones podría obtenerse un indicador de su grado de fiabilidad. La imposibilidad de lograr que las medidas se lleven a cabo exactamente en las mismas condiciones es uno de los problemas de las mediciones psicológicas y educativas. (Hernandez / Fernández / Baptista. 2010).

El nivel de atención y de motivación de una persona puede variar al contestar repetidamente a la misma prueba, la dificultad de dos tests pretendidamente iguales contruidos para medir el mismo constructo puede ser desigual, las muestras de examinadores que califican un examen de selectividad pueden diferir en el grado de severidad, etc. Por tanto, el esfuerzo de los evaluadores ha de centrarse en estandarizar el procedimiento de medición para minimizar la influencia de aquellas variables extrañas que pueden producir inconsistencias no deseadas. La estandarización del procedimiento implica obtener las medidas en todas las ocasiones en condiciones muy semejantes; con el mismo tiempo de ejecución, las mismas instrucciones, similares ejemplos de práctica, tareas de contenido y dificultad equivalentes, similares criterios de calificación de los evaluadores de exámenes, etc.

El estudio de la confiabilidad parte de la idea de que la puntuación observada en una prueba es un valor concreto de una variable aleatoria consistente en todas las posibles puntuaciones que podrían haber sido obtenidas por una persona en repeticiones del proceso de medida en condiciones semejantes (Haertel, 2006). Obviamente, no es posible repetir la medición un número muy grande de veces a los mismos participantes. Por tanto, la distribución de las puntuaciones es hipotética y sus propiedades deben ser estimadas indirectamente.

2.4 VALIDEZ

El concepto de validez ha experimentado transformaciones importantes durante el último siglo, provocadas por los diversos objetivos a los que se han destinado los tests. De acuerdo con Kane (2006), entre 1920 y 1950 el uso principal de las pruebas consistió en predecir alguna variable de interés denominada criterio (por ejemplo, el rendimiento laboral o académico). En la actualidad este enfoque sigue siendo de suma importancia cuando se emplean las pruebas para seleccionar a los candidatos más aptos para un empleo, en los programas de admisión, en la adscripción de pacientes a tratamientos, etc. En estos casos, la evaluación de la utilidad de la prueba suele cuantificarse mediante la correlación entre sus puntuaciones y las de alguna medida del criterio (coeficiente de validez). Sin embargo, el éxito de este tipo de justificación depende de la calidad de la medida del criterio, especialmente de su representatividad por ejemplo, ¿los indicadores para medir el criterio son suficientes y representativos del puesto de trabajo a desempeñar?

De ahí que el énfasis se desplazase a la justificación de que la puntuación en el criterio procedía de una muestra de indicadores que representase de forma apropiada el dominio o contenido a medir (la totalidad de los indicadores posibles). Por tanto, esta fase inicial de desarrollo del concepto terminó con la propuesta de dos vías regias para establecer la validez de las pruebas: la validación de criterio (la correlación entre las puntuaciones del test y las puntuaciones en el criterio) y la validación de contenido (la justificación de que los ítems para medir el criterio son una muestra representativa del contenido a evaluar).

La validación de contenido se extendió desde el análisis del criterio al de la

validez de los tests predictores: una prueba no puede considerarse válida si los ítems que la componen no muestrean adecuadamente el contenido a evaluar. La validación de contenido es un enfoque especialmente fértil cuando las facetas del dominio a medir pueden identificarse y definirse claramente.

Es éste el caso de los tests dirigidos a evaluar el rendimiento académico que puede especificarse en función de los objetivos de la instrucción (conceptos y habilidades que un alumno ha de poseer). La metodología de validación descansa fundamentalmente en la evaluación de expertos acerca de la pertinencia y la suficiencia de los ítems, así como de la adecuación de otras características de la prueba como las instrucciones, el tiempo de ejecución, etc. Sin embargo, especificar con precisión el contenido de las manifestaciones de constructos como la extraversión, la memoria de trabajo o la motivación de logro es una tarea más difícil.

Así, desde finales del siglo pasado se ha impuesto la concepción de que la validación de constructo constituye un marco integral para obtener pruebas de la validez, incluyendo las procedentes de la validación de criterio y de contenido (Messick, 1989). El marco de validación se define a partir de teorías en las que se especifican el significado del constructo a evaluar, sus relaciones con otros constructos, sus manifestaciones y sus potenciales aplicaciones e interpretaciones.

Además de las pruebas necesarias para justificar una adecuada representación del constructo, Messick incluyó en el marco de validación la justificación de las consecuencias del uso de los tests (las implicaciones individuales y sociales). En la actualidad se considera que la validez se refiere al grado en que la evidencia empírica y la teoría apoyan la

interpretación de las puntuaciones de los tests relacionada con un uso específico (González, 2008).

La validación es un proceso de acumulación de pruebas para apoyar la interpretación y el uso de las puntuaciones. Por tanto, el objeto de la validación no es el test, sino la interpretación de sus puntuaciones en relación con un objetivo o uso concreto. El proceso de validación se concibe como un argumento que parte de una definición explícita de las interpretaciones que se proponen, de su fundamentación teórica, de las predicciones derivadas y de los datos que justificarían científicamente su pertinencia. Dado que las predicciones suelen ser múltiples, una única prueba no puede sustentar un juicio favorable sobre la validez de las interpretaciones propuestas. Son necesarias pruebas múltiples y convergentes obtenidas en diferentes estudios. Por ello, se considera que la validación es un proceso dinámico y abierto. Obviamente, los usos y las interpretaciones relacionadas pueden ser muy variados. Por ello, las fuentes de validación son múltiples y su importancia varía en función de los objetivos.

Los Standards for educational and psychological testing (AERA, APA y NCME, 1999) se refieren a las más importantes: el contenido del test, los procesos de respuesta, la estructura interna de la prueba, las relaciones con otras variables y las consecuencias derivadas del uso para el que se proponen. Estos enfoques metodológicos, reflejan distintas facetas de la validez que las engloba como un único concepto integrador. Por tanto, no es riguroso utilizar términos, como validez predictiva, validez de contenido, factorial, etc, que inducirían a considerar distintos tipos de validez.

2.5 VALIDACIÓN DEL CONTENIDO DEL TEST

Los tests están compuestos por un conjunto de ítems destinados a obtener una puntuación que represente el nivel de una persona en un constructo (extraversión, competencia en matemáticas, etc). Difícilmente se podrá justificar la calidad de las medidas si los ítems no representan de forma suficiente las diferentes facetas de las manifestaciones del constructo. Si eso sucede, el constructo estará infrarrepresentado y, en consecuencia, las puntuaciones no alcanzarán el grado de validez requerido.

Asimismo, la evidencia de que las respuestas a los ítems están influidas por variables ajenas al constructo de interés constituye una de las principales amenazas a la validez produciendo la denominada varianza irrelevante al constructo. También son objeto de la validez de contenido las instrucciones, los ejemplos de práctica, el material de la prueba, el tiempo de ejecución, etc. La consulta a expertos es la vía más usual para apreciar la calidad del contenido, especialmente en ámbitos educativos, aunque cada vez son más empleados los métodos cualitativos basados en la observación directa, las entrevistas o el análisis de archivos. Los procedimientos estandarizados de consulta facilitan la obtención de datos cuantitativos indicativos del porcentaje de ítems de calidad, el porcentaje de las facetas del dominio suficientemente evaluadas, el porcentaje de jueces que han valorado positivamente la calidad de los materiales, la concordancia entre los expertos, etc.

Un tratamiento exhaustivo de la validación del contenido puede encontrarse en Sireci (1998). Análisis de los procesos de respuesta Debido a la influencia de la ciencia cognitiva, la validación de los tests de inteligencia, aptitudes y rendimiento debe incluir el análisis de los procesos, las estrategias de resolución de problemas y las representaciones mentales que emplean los

participantes para resolver los ítems. Se obtendrá evidencia de validez cuando los procesos utilizados se ajustan a los que se postulan en las teorías relativas al constructo medido. La metodología de estudio es muy diversa: entrevistas a los examinados para que describan cómo resuelven las tareas, análisis de los movimientos oculares o tiempos de respuesta, etc.

Cuando las teorías acerca del constructo han superado las etapas meramente exploratorias, se pueden construir los tests a partir de un diseño cognitivo que especifica ciertos subconjuntos de ítems para suscitar determinados procesos latentes. Las respuestas a los ítems permiten estimar, mediante modelos complejos de la TRI, los parámetros de la persona en los distintos componentes cognitivos de la tarea e identificar clases de personas que emplean distintas estrategias de procesamiento. En este enfoque se basan las tendencias más avanzadas del diagnóstico cognitivo. (Solomon, / Patch, 2008).

2.6 EL EXAMINADOR

Un examinador hábil muestra cierta flexibilidad al aplicar las pruebas; la sensibilidad y la paciencia pueden dar mejores resultados, por lo cual es mejor proporcionar tiempo suficiente para que los sujetos dominen el material de la prueba, por ejemplo a través de prácticas en los reactivos de ejemplo.

Es importante planear con cuidado la aplicación de una o varias pruebas psicológicas considerando las actividades que pudieran facilitar o no el proceso. Por ejemplo, es obvio el inconveniente de someter a prueba a los niños durante la hora del almuerzo, de juego o cuando normalmente ocurren

o esperan otras actividades de diversión, tampoco cuando acaban de tener lugar eventos agradables o emocionantes. Tampoco es adecuado aplicar las pruebas con las personas de edad avanzada en las horas de su siesta o inmediatamente después de las comidas. (Díaz, 2010).

El tiempo de la prueba rara vez debe ser mayor a una hora continua para niños o de dos horas seguidas para un adulto. Por lo menos en la experiencia propia, los niños mexicanos se fatigan fácilmente durante las pruebas después de una hora y muchos de los adultos tienden a disminuir su ejecución después de dos horas en una prueba; resulta importante programar varias sesiones cuando las pruebas son extensas y se requiere de esfuerzo y concentración por parte del examinado.

2.7 Instrucciones de la prueba

Las instrucciones informan a los sujetos sobre el propósito de las pruebas, cómo proceder para la resolución y cómo indicar sus respuestas. Las instrucciones son esenciales para el éxito del proceso de prueba, El buen examinador es capaz de dar instrucciones claras, precisas y concisas al examinado y de garantizar que éste comprenda a cabalidad lo que se pretende hacer durante la rutina. Frecuentemente, en un inicio y cuando el examinador no está familiarizado con la prueba, éste lee las instrucciones del manual. Sin embargo, con la práctica puede explicar las instrucciones de memoria y de manera natural y es común que este procedimiento se vuelva rutinario y sistemático.

A quienes aplican todas las pruebas estandarizadas se les pide que sigan con cuidado las instrucciones para la aplicación, aún cuando una explicación posterior a los sujetos ponga en claro su tarea. Apartarse de las instrucciones estandarizadas puede dar como resultado una tarea distinta de la que los diseñadores tenían en mente. Si las instrucciones para un grupo no son idénticas para quienes se estandarizó la prueba, las calificaciones del primero no tendrán el mismo significado que las del último. El resultado sería la pérdida de un marco de referencia útil para interpretar los resultados.

2.8 Consentimiento informado

Antes de todo, es importante que el psicólogo clínico obtenga el permiso y autorización del paciente o de los padres si éste es menor de edad; o de algún pariente cercano si padece de alguna limitación de la consciencia, para aplicar las pruebas psicológicas.

Por norma ética, el paciente debe estar informado de los procedimientos a los cuales será sometido, de la utilidad y de las acciones de las pruebas psicológicas y deberá consentir voluntariamente para responder y participar en la evaluación. a muchos países, por ejemplo, para aplicarle a un niño una prueba de inteligencia u otro instrumento de evaluación se requiere del consentimiento informado de uno de los padres, el tutor o alguna persona que tenga la responsabilidad legal del tal procedimiento es un requisito legal. El concepto de consentimiento informado es un acuerdo que realiza un

organismo profesional con una persona en particular o su representante legal para autorizar la aplicación de una prueba psicológica

2.9 Lugar

Idealmente las pruebas deben de aplicarse en espacios cómodos, ventilados y frescos, libres de factores de distracción y con niveles de silencio adecuado para la concentración. Un letrero que diga “Pruebas en progreso, no molestar” ayuda a evitar interrupciones.

Con respecto de las prueba en el salón de clases, se debe informar a los alumnos con anterioridad cuándo y dónde será aplicada la prueba, el contenido de ésta y qué tipo de instrumento objetivo, de ensayo u oral. Los alumnos merecen una oportunidad para prepararse intelectual, emocional y físicamente.

2.10 Rapport

Al igual que en una situación de entrevista o de terapia, en la aplicación de las pruebas psicológicas, es importante establecer para obtener alguna información con propósitos de evaluación o diagnóstico.

Por lo general, el requerimiento de conocimiento informado se cumple al obtener la firma de la persona quien tiene la responsabilidad legal, con base en un formato que contiene la información básica del procedimiento, el modo de aplicación, los propósitos de la prueba, el uso que se dará a los resultados, los derechos del padre o tutor y el procedimiento para obtener una copia del informe final y la interpretación de los descubrimientos. Este es un procedimiento importante para la protección del psicólogo y evita reclamaciones innecesarias, teniendo un valor legal y profesional importante.

Desde luego, existen ciertas excepciones para la exigencia de consentimiento informado, por ejemplo en los casos de discapacidad intelectual severa, de evaluaciones judiciales efectuadas a prisioneros y por orden de un juez, de pacientes con demencia avanzada y de personas quienes han sufrido un accidente y están en un proceso de rehabilitación.

Una adecuada relación de trabajo con el paciente; en muchos casos es necesario establecer rapport antes de iniciar la prueba, con la finalidad de lograr la confianza y la comodidad del respondedor. Sin embargo, debe señalarse que el rapport no puede ser excusa para desviarse de las instrucciones y los procedimientos estándares de la aplicación de la prueba. La amabilidad y candidez del entrevistador no deben ser una invitación para vulnerar los tiempos, candados y exigencias de una prueba específica.

El comportamiento del examinador puede tener un efecto significativo en la motivación de las personas. En ocasiones, una sonrisa es suficiente para que los sujetos ansiosos o sin preparación adecuada permanezcan tranquilos, se esfuercen y tengan un mejor desempeño. Ya que el examinador tiene más oportunidades de observar a las personas en las pruebas individuales que en las de grupo, en la aplicación de una prueba individual es menos probable detectar poca motivación, distracción y estrés.

2.11 Confidencialidad de los resultados

Otra consideración que debe tenerse presente todo el tiempo respecto con las pruebas psicológicas es la confidencialidad y el uso de los resultados de las mismas. Por ejemplo, es práctica común que los padres o los pacientes reciban únicamente una hoja de resumen ejecutivo de los resultados de las pruebas. Esto es deseable y buena práctica, ya que en muchos casos recibir toda la prueba o el procedimiento o interpretaciones, aún en partes, puede resultar contraproducente, tanto para el bienestar del paciente como para la interpretación y significado asumidos al respecto de la condición en estudio por el paciente.

De igual forma, el psicólogo clínico, deberá guardar la confidencialidad de los datos de las pruebas, tanto en el expediente clínico como en las sesiones clínicas de divulgación de un caso. Sólo puede divulgar esta información a terceras personas cuando el paciente ha dado por escrito su consentimiento pleno para hacer esto.

El aporte del psicólogo es particular, si bien en la actualidad la tendencia es hacia el trabajo interdisciplinario. El reconocimiento de la contribución de la psicología, sin embargo, debe ser ejercido de manera singular por cada psicólogo en su respectiva organización, para ajustar la realidad de la

psicología, a partir del mejoramiento en la formación, la investigación y la actualización en el área. (MacKinnon, R/Michels, R.; 2006).

2.12 EL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO

Se considera la necesidad que tiene el psicólogo clínico de trabajar con otros profesionales de un mismo equipo, y con otros equipos con perspectivas diferentes. También es evidente la falta de capacitación y de conocimientos actualizados por parte del psicólogo, lo que le impide ayudar a la solución de la problemática de los sujetos. Por lo anterior, el psicólogo clínico debe aprender a trabajar de manera cooperativa y multidisciplinaria. Particularmente, en las medidas de prevención, intervención o seguimiento prescritos por otros profesionales y en la implementación de acciones como las dietas, las terapias físicas y mentales y otras acciones adicionales necesarias para el mejoramiento del paciente.

En muchos casos, el éxito de una intervención, ya sea médica, física o de cualquier índole, dependerá del cambio en hábitos y conductas que será necesario enseñar, modificar, reforzar y mantener en los largos tratamientos. Y quién mejor que el psicólogo para tomar la responsabilidad sobre este aspecto. (Jaspers, 2009; p. 156).

2.13 ÉTICA PROFESIONAL

No se puede evitar reiterar la importancia de considerar los aspectos básicos y relevantes de la ética profesional en la práctica de la psicología clínica. El psicólogo clínico, al igual que otros profesionales de las ciencias de ayuda y de la salud, debe regirse por los principios básicos de: a) respeto por los derechos y la dignidad de las personas; b) cuidado responsable para desempeñar su profesión; c) integridad en las relaciones que el psicólogo establece con los demás para evitar conflictos de interés, y; d) responsabilidad hacia la sociedad.

Entre los problemas y dilemas éticos más frecuentes se encuentran los relacionados, en primer lugar, con problemas de competencia profesional, por ejemplo, cuando se hacen valoraciones psicológicas por personas no preparadas o interpretaciones erróneas de la aplicación de pruebas o el uso inadecuado de éstas. Esto está relacionado con acreditación, licencias profesionales y calidad de la formación profesional, aspectos de gran variabilidad en las escuelas mexicanas

En segundo lugar, los problemas concernientes con las relaciones duales con pacientes; cuando éstos son familiares y pacientes o bien son estudiantes y pacientes; ambos casos, por lo general están contraindicados en la práctica clínica. En este tenor, y con menor frecuencia, los casos de relaciones amorosas o sexuales con los pacientes.

Un tercer aspecto para reflexionar son las quejas, cada vez más frecuentes, de cobros excesivos por los servicios psicológicos, ofrecimientos de curas milagrosas o la administración de terapias psicológicas para casos que no lo ameritan, por su grado o naturaleza. Todos estos problemas pueden agruparse dentro del rubro: práctica profesional fraudulenta.

Finalmente, otra área de conflicto ético es la del mantenimiento de la confidencialidad inherente a la atención psicológica y el discernir cuando y qué se debe develar durante un juicio legal o al informar sobre el estado de salud del paciente a los familiares de éste, al momento en que así lo soliciten. En este aspecto, cabe resaltar la obligación del psicólogo clínico de romper el acuerdo de confidencialidad cuando el paciente o alguna otra persona están en riesgo de daño para él o para otros. (Código de Ética del Psicólogo, 2015).

CAPITULO III

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

3.1 EL PSICÓLOGO Y LOS TEST

No es solamente en el campo de la medicina donde el clínico aspira, por un cambio de “punto de vista” a recoger informaciones complementarias que vendrán a apoyar, confirmar o invalidar su diagnóstico. La ambición de los tests en psiquiatría es introducir precisamente un modo de actuar que sea radicalmente diferente del enfoque clínico, pero que, por convergencia, pueda contribuir a objetivar la comprensión intuitiva del estado y del futuro mental del paciente.

El test mental es definido por Pichot (1949) como “una situación experimental estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento”. Este comportamiento es evaluado por comparación estadística con el de otros individuos puestos en la misma situación, permitiendo de este modo clasificar al sujeto examinado, sea cuantitativa, sea tipológicamente. Esta definición

implica: 1º. La situación experimental: una prueba o una serie de pruebas; 2º, el registro objetivo del comportamiento provocado; 3º, la evaluación estadística de este comportamiento; 4º, la clasificación en relación a un grupo de referencia. De manera que el método de los tests puede situarse dentro de la psicología experimental, en tanto que forma parte del conjunto de las investigaciones objetivas del comportamiento del enfermo. (Kolb, 2006; p. 78).

Pero, además de su valor objetivo sobre el cual ha sido situado tan deliberadamente el acento, los tests tienen un alcance predilecto que les diferencia de simples exámenes estandarizados. Si la situación-test se determina a fin de introducir la medida de los rasgos actuales característicos del sujeto, se elige igualmente para aproximar aquellos de estos rasgos que implican un significado en cuanto al porvenir. Se trata de determinar, mediante la evaluación de una adquisición o de uno ya existente, lo que es potencial, y de prever lo que puede sobrevenir.

Por una parte, los tests son un medio de estudio científico del comportamiento y, por ello, interesan al psiquiatra por su valor teórico, ya que permiten validar ciertas correlaciones, analizar ciertos aspectos del comportamiento o verificar ciertas hipótesis acerca de los comportamientos patológicos. Por otra parte, son un medio para conocer mejor a un enfermo determinado, y el psiquiatra espera que ellos le faciliten una mayor precisión en su examen clínico.

En primera aproximación se pueden distinguir dos categorías de tests: los que aprecian el éxito o el fracaso en un trabajo dado y los que se prestan particularmente a unas medidas precisas, en una anotación numérica.

Permiten, mediante “performances”, evaluar unas actitudes, testimonian un determinado grado de eficiencia y principalmente unas posibilidades intelectuales; y los que apuntan a identificar la personalidad, a situarla dentro de una clasificación o dentro de una tipología. La mayoría de las veces proceden mediante un método llamado proyectivo y exigen, por el hecho mismo de la naturaleza de su objeto, una interpretación cualitativa de los resultados numéricos a los que en un primer momento se les puede reducir su aporte.

3.2 LOS TESTS DE EFICIENCIA

A.- Tests de Evaluación Global

1.- Las nociones de edad mental y cociente intelectual. El primer problema metodológico que finalizó en la elaboración de un test es el que se planteó a Binet y Simon (en 1900): se trataba de determinar el nivel intelectual de los anormales y más concretamente de hacerlo comparable con el del resto de la población. La idea más importante de estos autores ha sido hacer esta operación posible atribuyendo a cada individuo una edad mental independiente de su edad cronológica: edad atribuida al sujeto no en función del número de años transcurridos desde su nacimiento, sino en función de la edad media de una población de niños capaces de tener un comportamiento análogo al suyo.

Desde entonces este criterio se ha hecho más manejable por Stern presentándolo bajo la forma de una relación, el cociente intelectual (C.I.)

cociente de la edad mental por la edad real. Se comprenderá en seguida que este cociente es igual a 1, si numerador y denominador son iguales, es decir si el sujeto es capaz de los mismos rendimientos que los sujetos de su edad. Inferior a 1, si no iguala más que a sujetos más jóvenes. Superior a 1 si supera las mismas pruebas que los sujetos de más edad. Para evitar el empleo de decimales, el C. I. de un sujeto, estrictamente conforme a una población de referencia de su edad, es igual a 100. Si se aproxima a una población de referencia más joven, está por debajo de 100 (90, 80, etc.); si de más edad, por encima de 100 (110, 120, etc.)

2.- El Test de Binet y Simon. En este test, antecesor de todos los demás, cada prueba es considerada como representativa de lo que puede conseguir un niño de una edad dada. Desde el momento en que un sujeto es capaz de superar todas las pruebas correspondientes a una edad, ésta constituye su edad mental “de base”. Pero, por otra parte, toda superación de una prueba más difícil vendrá a aumentar su edad mental en una fracción de año suplementaria. La exploración se detiene cuando el sujeto no consigue ya superar ninguna de las pruebas específicas de una determinada edad.

3.- Test de Inteligencia. La utilización de este tipo de test no se reduce a la simplicidad teórica de una anotación numérica y a la sola lectura del resultado. Más generalmente hay que hablar del aspecto no cuantificable de los tests de inteligencia. Administradas individualmente estas escalas de inteligencia, ponen de manifiesto un determinado número de datos referentes al modo de reacción del sujeto, a sus aptitudes o incapacidades particulares y a determinados rasgos de su personalidad. Por ejemplo, en el test de similitudes, el tipo de respuesta suministra indicaciones sobre el carácter

lógico de los procesos de pensamiento. Existe una diferencia evidente de madurez y de nivel entre el sujeto que dice que un plátano y una naranja se parecen porque ambos tienen piel, y el que dice que los dos son fruta. Igualmente, el interés del test de comprensión consiste en el análisis del contenido de las respuestas dadas y puede ser un elemento para el diagnóstico de las psicopatías o revelar tendencias esquizofrénicas (por lo extravagante o la perversidad de las respuestas).

Finalmente, los C. I. obtenidos exigen siempre ser interpretados. Por ejemplo, En el Wechsler, el mismo C. I. global no tiene el mismo significado en dos individuos, uno de los cuales presenta puntuaciones parciales homogéneas y una variabilidad interna de resultados débil, mientras que el otro presenta una discordancia importante entre los resultados de las dos escalas o una nota diferente con relación a las otras en el interior de una escala. El patrón de cada individuo requiere por consiguiente un análisis cualitativo. (Solomon, / Patch; 2008).

4.- Otros tests comúnmente empleados. Los tests de vocabulario de los que Binois y Pichot han establecido un modelo para los adultos se utilizan para la apreciación de los niveles de desarrollo. Evidentemente se relacionan con la adquisición cultural, pero es importante su correlación con los tests de evaluación global de la inteligencia y tienen una “resistencia” fuerte a los deterioros mentales.

Los tests de tachado (Zazzo) consisten en tachar determinados signos en una página, y miden la atención. Pero se ha observado que estos tests, como

los precedentes, tienen una aplicación más amplia, por ejemplo en el campo del carácter (puntualidad, meticulosidad, perseverancia, inestabilidad, etc.).

La exploración de la inteligencia en los niños de la primera edad y del período preescolar se hace con ayuda de los tests de Gesell o la escala puesta a punto a partir de la obra de Gesell, por Brunet y Lezine. Son explorados conjuntamente cuatro sectores del desarrollo: la locomoción, la coordinación neuromotriz (prensión, respuesta a señales auditivas o visuales, etc.), el lenguaje y la capacidad de adaptación (esbozo de inserción social).

B.- TESTS DE RENDIMIENTOS O APTITUDES ESPECIALES

Si se quieren medir aptitudes especiales se recurre a tests que intentan aislar un sector definido del comportamiento. Puede medirse, por ejemplo, el tiempo de reacción a una estimulación (visual, auditiva, táctil).

La exactitud de las respuestas o la curva de fatigabilidad. Un buen ejemplo de estos tests, que no interesan más que excepcionalmente al psicólogo o especialista, son los tests de aptitudes psicomotoras que se emplean en los centros de orientación profesional. (Ajuariaguerra, 2010).

Para estas pruebas se utilizan aparatos de registro que miden los tiempos, la exactitud, la fuerza del movimiento o la fatigabilidad del sujeto. Por ejemplo golpear en unas casillas a un ritmo determinado. Tareas más complejas pueden ser exploradas mediante los test de disociación de los movimientos

de las manos o de ejecución de una serie de manipulaciones, que pueden variarse hasta el infinito según los fines profesionales. De igual manera, los tests que aprecian la forma en que el sujeto ordena sus respuestas en el tiempo y en el espacio. A través de los mismos se obtiene información acerca de la estructuración psicofisiológica de la motricidad, y sobre trastornos eventuales de la adquisición del esquema corporal.

A este grupo de tests pertenecen:

Los Test de Lateralidad: comportan el estudio sistemático de todas las respuestas lateralizadas (las del ojo, de la mano y del pie).

Consisten en obtener del sujeto respuestas en tres tiempos.

- Ejecución de movimientos ordenados (cortar, barajar cartas, golpear con el pie un balón).
- Ejecución de movimientos similares a los del examinador (prueba en espejo). Ejecución de movimientos lateralizados sobre imágenes.

La exploración de la estructuración temporal comporta el estudio de la reproducción de ritmos y melodías. La exploración de la organización espacial puede hacerse con ayuda de pruebas muy variables, por ejemplo pidiendo al sujeto que reproduzca formas esquemáticas (test de Bender), pero en tales pruebas el éxito se relaciona estrechamente con las posibilidades perceptivas y motrices del sujeto. (MacKinnon, (2006).

C.- ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS APTITUDES

De esta manera, las pruebas psicológicas han permitido a los psicólogos y especialistas, conocer las características de la personalidad de los sujetos, cuantificarlas e interpretarlas, es decir, determinar la medida en que cada una de estas conductas empleaba un conjunto compuesto de aptitudes.

Por tanto, surge la idea de realizar al análisis interno de cada aptitud, de cada habilidad y de cada característica de la personalidad de los sujetos, cuantificando los rasgos obtenidos, cuyos puntajes permitirán dimensionar la importancia de las pruebas en la determinación de las deficiencias o factores que hacen posible su análisis e interpretación, para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales que presentan. Después ha sido posible diseñar pruebas en las que tal o cual factor sea puesto en juego de forma preferente.

3.3 II. LOS TESTS DE PERSONALIDAD

A.- Tests Objetivos de Personalidad

Estos tests intentan determinar los diferentes factores de la personalidad. Son necesariamente validados según criterios exteriores a ellos mismos. Por consiguiente corresponderán o bien a una sistematización de la psicología, o bien a una conceptualización de la personalidad. Sitúan al sujeto, en el interior de un sistema dado, por reconocimiento y acumulación de rasgos de comportamiento significativos. “Los rasgos medidos, dice Cattell, son

estructuras mentales, cuyo funcionamiento aparece en forma de conductas reales”. (Catell, 1948. Citado en Ey/Bernard/Brisset, 2010; p. 189).

Entre estos métodos citaremos:

- Las escalas de estimación que tienen por objeto la evaluación cuantitativa de uno o de varios rasgos de comportamiento de un individuo, por un observador.
- La codificación de un análisis biográfico que permite recoger la información que se desprende habitualmente de una simple entrevista clínica bajo una forma tratable estadísticamente de modo inmediato.

Y sobre todo los cuestionarios:

El MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Este cuestionario comprende 550 preguntas a responder por “elección forzada” (falso o verdadero para el sujeto). Excluye por consiguiente, toda participación interpretativa del examinador. Los datos así obtenidos son elaborados de manera que se inscriban los resultados sobre 4 escalas de validez y 9 escalas clínicas. Estas escalas son: hipocondría, depresión, histeria, personalidad psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía. No solamente el resultado obtenido en una de las escalas sitúa al sujeto por relación con la anomalía psicopatológica correspondiente, sino incluso la forma general del perfil, en particular su pendiente dominante, da una indicación sobre el orden de los trastornos comprobados.

En una primera aproximación se pueden aislar tres tipos de perfiles: el perfil neurótico; el perfil relativo a los problemas de comportamiento y el perfil psicótico.

B.- LOS MÉTODOS PROYECTIVOS

Es conocido que todo artista se expresa en su obra, que la realiza en función de lo que él es. Por consiguiente se puede analizar esta obra a la luz de la comprensión de la personalidad que la ha desarrollado. ¿Cómo generalizar una situación tan sublime extendiéndola a sujetos cuyas posibilidades de expresión no han alcanzado la misma expansión o no alcanzan la misma riqueza? ¿Cómo, por otra parte, limitar la diversidad de las obras posibles para que se les pueda aplicar un análisis más metódico que la sola “intuición simpática”? Los tests proyectivos cumplen este doble objetivo proponiendo al sujeto un material poco diferenciado, ambiguo, vago en su significación y que se presta por consiguiente a un esfuerzo creador, limitado a una elección, a través de la cual se transparentará la estructura de la personalidad de quien lo haya realizado. De un modo imaginario se puede asimilar una tal situación al juego de sombras chinescas. Según la calidad de la luz, su incidencia, la sombra “proyectada” de un objeto podrá tomar formas diversas. Asimismo “el objeto-test” iluminado por diversas personalidades se convertirá en tal o cual relato, en tal o cual figura.

Naturalmente, cuanto más se haya elaborado antes el material, tanto menos ambigua será su forma, y más fácil será la marcha analítica que remonte a la

causa de una elección limitada. Por el contrario, será más difícil si se ha dejado mayor libertad. (Jaspers, 2009).

Por lo tanto, se pueden agrupar así los métodos proyectivos de expresión libre:

EL DIBUJO. Este tipo de test considera como elementos de análisis: la utilización del campo de la hoja, la elección de los colores, la representación de objetos de valor simbólico clásico, etc. Por ejemplo:

EL GRAFISMO: en este se puede en efecto asimilar el objeto de la grafología a un fenómeno proyectivo, analizar las características o rasgos de personalidad a partir de la letra.

EL DIBUJO DE UN TEMA PROPUESTO: dibujo de una familia, de una casa o de una persona. En este orden de ideas el test del árbol y de la figura humana de Goodenough, y el dibujo del árbol de Koch, por ejemplo, permiten elaborar el análisis previsible de la producción de los pacientes. A partir de una experiencia pacientemente acumulada y constantemente confrontada con los datos de la clínica, se ha podido elaborar todo un mundo de interpretaciones de tales dibujos que permite traducirlos en un protocolo de significación precisa.

El Thematic Aperception TEST (T.A.T.) DE MURRAY. Consiste en la presentación al sujeto de veinte láminas que evocan de forma instantánea temas, situaciones, relaciones entre personajes, cuyo desarrollo es incierto. Se pide al sujeto que construya una historia extrapolando en el tiempo los

datos de la imagen. Su elección va a poder realizarse, por ejemplo, en la identificación de héroes (madre-hilo o marido-mujer o hermano-hermana); en la tonalidad afectiva de su relato (evolución catastrófica, resultado positivo, etc.); en la apreciación de las actitudes respectivas de los personajes (agresividad, sumisión, ansiedad); en las necesidades de estos mismos personajes (protección, independencia, etc.); en su nivel de aspiración (llegar a ser un gran músico, superar un examen, etc.).

Este estudio da pie a una interpretación de los datos suministrados por el sujeto según los criterios habituales del psicoanálisis. Se le coloca ante un material análogo al de los sueños y ante la necesidad de un enfoque intuitivo de la situación. Así el esquizofrénico ve la lámina como un cuadro o una escena de teatro: él no entra en la acción, construye un mundo de tragedia cuyo carácter extraño él mismo expresa. El epiléptico, que no puede apartarse de los elementos formales de la lámina, nombra los objetos representados, prosigue con frecuencia el mismo tema de una lámina a otra y no encuentra fin a su historia. (Goldman, (2012).

3.4 PROSPECTIVA

Se ha considerado la importancia de las pruebas psicológicas, el tipo de pruebas y las consideraciones técnicas para su aplicación, calificación e interpretación, cuyo resultado permitirá definir las estrategias terapéuticas a seguir para contribuir a la solución del trastorno de personalidad del sujeto y su posible reinserción a su medio. También las interpretaciones del sujeto, además de las indicaciones que suministran por las características formales o por el modo de elaboración, constituyen un material de elección para un acercamiento interpretativo. Pero este último nivel de comprensión reclama

una extrema prudencia. Si existe evidentemente un simbolismo cultural en cada resultado de cada prueba, no es menos cierto que hay en cada caso una especificidad característica realmente significativa dependiendo de la historia de vida del sujeto, y esto a través de los inconvenientes que una investigación profunda requiere, a veces largo tiempo para encontrarla, llegar al diagnóstico en ocasiones no es tan rápido como se pensaría.

Al igual que la medicina ha avanzado en el desarrollo de pruebas objetivas para una variedad de sistemas y funciones diferentes, es decir, nivel de colesterol, presión sanguínea y función cardíaca; el funcionamiento psicológico e intelectual ha avanzado en el desarrollo de pruebas de las funciones en el dominio de la mente y el cerebro. Esto quiere decir que una parte significativa del conocimiento basado en la disciplina psicológica, para cuantificar las habilidades y capacidades de la conducta humana, es el resultado de los esfuerzos de los primeros investigadores.

Es evidente la importancia de la utilización de las pruebas psicológicas en el diagnóstico de los trastornos de personalidad de los pacientes, es necesario en este punto, resaltar la importancia de la capacitación y profesionalización de los psicólogos para resaltar el uso de estas técnicas que invariablemente permitirán tratar psicológicamente de una manera efectiva la problemática existencial de las personas. Si bien en tanto técnica presenta limitaciones el uso de las pruebas psicológicas en el ámbito clínico, la efectividad ha sido demostrada, cuando la interpretación es realizada con profesionalismo y objetividad, bajo la luz de la ciencia.

Una batería de tests permitirá evaluar ampliamente las características de personalidad de los sujetos, así como el conocer el trastorno que presenta

cada paciente, la dinámica de su personalidad y la manera en cómo interacciona en su ambiente o entorno laboral, social, educativo o familiar. Este conocimiento agiliza el tiempo de diagnosticación y por consiguiente, el diseño de las estrategias terapéuticas en aras de la reinserción del paciente a la sociedad. En la aplicación de pruebas psicológicas siempre hay que estar atentos a los casos especiales. En algunas circunstancias es necesario que los examinadores sean activos y motivadores. Una situación de prueba genera ansiedad, por lo cual el examinador debe lidiar con ésta y evitar las influencias negativas de la misma. De igual modo, debe tenerse cautela al aplicar una prueba en personas muy jóvenes o ancianas, con trastornos de la percepción, retraso mental o con desventajas culturales, En ciertas situaciones, es probable que las preguntas y respuestas deban darse de forma oral, en otros idiomas o con ayuda visual adicional.

La persona que aplica la prueba no sólo debe estar familiarizada con el material, sino, además, debe estar alerta y ser flexible, cálida y objetiva. A pesar de que estas cualidades no son fáciles de enseñar, la experiencia, en varias situaciones de prueba, tiene un papel importante en la adquisición de datos. La mejor forma de aprender a aplicar pruebas psicométricas es simplemente haciéndolo con cuidado y espíritu de autocrítica.

3.5 CALIFICACION DE UNA PRUEBA

Por lo general, los resultados de la calificación intentan evaluar cómo el Paciente se desempeñó junto con otros sujetos equiparables en alguna dimensión. La historia de las pruebas psicométricas muestra una tendencia por evaluar las diferencias entre individuos respecto con las características cognoscitivas y afectivas. Mientras mejor se logre esto, el comportamiento podrá redirse de manera más exacta a partir de las calificaciones de pruebas. Como consecuencia, los profesionales quienes elaboran pruebas tratan de idear reactivos que se diferencian entre los individuos en términos de lo que se mide. Al hacerlo aumenta la variedad en las calificaciones totales y determinada calificación es un indicador más preciso de la posición de un sujeto respecto del resto de la gente.

Por lo general, la calificación en una prueba psicológica o educativa estandarizada requiere de entrenamiento de los procedimientos para puntuar, sumar los puntajes y transfórmalos en puntajes estándares. Poder calificar una prueba no implica poder interpretarla adecuadamente; pero, es casi imposible interpretar adecuadamente resultados mal calificados. Ningún instrumento de evaluación puede tener valor a menos que mida algo en forma consistente o confiable. Como consecuencia, uno de los primeros aspectos que deben determinarse en un instrumento de evaluación de reciente elaboración es verificar si es lo suficientemente confiable para medir aquello para lo cual se creó. Si en ausencia de cualquier cambio permanente en una persona (debido al crecimiento, aprendizaje, enfermedad o accidente), las calificaciones de las pruebas varían en gran medida de una aplicación a la

siguiente, es probable que la prueba no sea confiable y no pueda utilizarse para hacer predicciones sobre el comportamiento de la persona.

Confiabilidad no es sinónimo de estabilidad; a diferencia de la estabilidad, la falta de confiabilidad es el resultado de los errores en la medida que se producen por estados internos temporales, como baja motivación o indisposición; o condiciones externas, como un entorno incómodo o con distracciones para una prueba.

Tradicionalmente, la validez de una prueba se define como su capacidad para medir el objetivo para la que fue diseñada. Una desventaja de esta definición es la implicación de que una prueba tiene sólo una validez, que se supone se establece mediante un solo estudio para determinar si la prueba mide lo que debe medir. En realidad, una prueba puede tener muchos tipos de validez; dependiendo de los propósitos específicos con los cuales se diseñó, la población a la cual se dirige y el método para determinar la validez. Entre los métodos con los cuales puede evaluarse la validez se encuentran el análisis del contenido, la relación de las clasificaciones de la prueba con las calificaciones con base en un criterio de interés y la investigación de las características psicológicas o construcciones particulares que mide la prueba.

Todos estos procedimientos son útiles en el grado cómo mejoran nuestra comprensión de lo que mide una prueba. Si entendemos esto último, entonces las calificaciones proporcionan una mejor información para tomar decisiones respecto de los sujetos. Además, necesitamos preguntar qué tanto aporta una prueba en particular para la predicción y comprensión de los

criterios ya conocidos. Esta es la noción del aumento de la validez, la cual analizaremos más adelante.

A diferencia de la confiabilidad, la cual está influenciada sólo por los errores de medida no sistemáticos, la validez de una prueba se ve afectada tanto por los errores no sistemáticos como por los sistemáticos (constantes). Por esta razón, una prueba puede ser confiable sin ser válida; pero no puede ser válida si no es confiable. La confiabilidad es una condición necesaria; pero no suficiente para la validez. Técnicamente la validez (relacionada con los criterios) de una prueba, como lo indica la correlación entre la prueba y una medida externa de criterio, nunca podrá ser mayor que la raíz cuadrada del coeficiente de confiabilidad de las formas paralelas.

RECOMENDACIONES

A continuación se presentan una serie de recomendaciones que permitan eficientar tanto el diagnóstico como el tratamiento de los trastornos de personalidad, en aras de una estrategia psicológica que permita reintegrar al sujeto a la sociedad para continuar con su vida cotidiana.

- La aplicación de las pruebas psicológicas requiere de un entrenamiento por parte del psicólogo o especialista, para garantizar un diagnóstico acertado apegado a la correcta interpretación de los resultados arrojados. Aunado a ello, los especialistas encontrarán las pruebas interesantes y útiles con respecto al entrenamiento, modo de vida o indicación de enfermedad. El valor científico y práctico de dichas pruebas aumentará en gran medida si se adopta un sistema uniforme, de modo que pudieran compararse y combinarse los resultados con la realidad encontrada y la vida del sujeto.
- Las pruebas no constituyen un fin en sí mismas. En general, el propósito último de una prueba consiste en pronosticar conductas adicionales, diferentes de aquellas que se muestrean de manera directa en la prueba. Así, el examinador puede tener mayor interés en las conductas externas a la prueba pronosticadas por ésta que en las respuestas de prueba en sí. El propósito de la prueba consiste en llegar

a otras predicciones similares.

- El diagnóstico debería ser más que una mera clasificación, más que la asignación de una etiqueta. Un diagnóstico apropiado transmite información sobre fortalezas, debilidades, etiología y mejores opciones de regularización. Ello permitirá diseñar el tratamiento psicoterapéutico indispensable para la planificación del tratamiento. Las pruebas psicológicas también pueden proporcionar una poderosa fuente de autoconocimiento. En algunos casos, la retroalimentación que recibe una persona de una prueba psicológica puede cambiar su profesión o alterar el curso de su vida.

- El empleo de una prueba estandarizada permitirá analizar correctamente los rasgos de personalidad del sujeto, sus trastornos y su conducta, permitiendo describirla con categorías y puntuaciones. Aun cuando las pruebas siempre constituyen una muestra de la conducta, nunca la totalidad de aquello que el examinador busca medir. Por tal razón, los resultados de prueba siempre incorporan cierto grado de error de medición.

- El entrenamiento permitirá en el psicólogo realizar la evaluación objetiva mediante la recopilación de la información sobre la persona y utilizarla para hacer inferencias acerca de sus características o para predecir su conducta. La evaluación incorpora las pruebas, pero es más amplia y puede incluir observaciones, entrevistas y otras fuentes de información.

- Recordar que el acceso a las pruebas psicológicas está controlado de manera estricta, de modo que sólo las personas con el entrenamiento apropiado puedan tener acceso a ellas.

CONCLUSIONES

La práctica de la Psicología Clínica Basada en Pruebas supone integrar la experiencia del profesional clínico con la mejor evidencia obtenida de la investigación sistemática. La Psicología Basada en Pruebas (PBP) promueve la recogida, interpretación e integración de la evidencia válida e importante derivada de la investigación, del juicio clínico y de la opinión del paciente. Dicha práctica está fundamentalmente relacionada con la aplicación de los ensayos clínicos aleatorizados, las revisiones sistemáticas y el metaanálisis aunque su vínculo no es de necesidad. La Psicología Basada en Pruebas sigue cuatro pasos: formular el problema clínico, localización en la literatura de los artículos relevantes, valoración crítica de las pruebas encontradas y aplicación de los hallazgos a la práctica clínica.

La necesidad de información constituye una condición de la práctica del profesional de la Psicología. La actualización constante de los conocimientos adquiridos tras la formación académica es un requisito imprescindible para realizar la labor psicológica con el mayor grado de éxito terapéutico, asegurando de este modo que no haya deterioro del saber psicológico y, como consecuencia, también del ejercicio profesional. El creciente y acelerado desarrollo científico y tecnológico ha provocado una enorme producción de publicaciones científicas que cada vez hacen más difícil que el profesional pueda mantenerse actualizado. Como consecuencia de la extraordinaria producción de investigaciones que se generan en el mundo

científico se han desarrollado estrategias de búsqueda de información que faciliten la tarea y permitan acceder a la información válida y reciente.

El profesional de la clínica no puede basar su ejercicio profesional sólo en su experiencia personal sin tener una prueba científica que apoye su aplicación práctica. Dentro del área de la intervención clínica, la toma de decisiones terapéuticas requiere conocer la "mejor" evidencia empírica o información científica disponible permitiendo con ello seleccionar la técnica psicológica que haya demostrado tener las mejores pruebas de su efecto.

Así, la formación de psicólogos, que en el campo de la salud debe dirigirse a la capacitación para atender, de manera primordial, a los pacientes de una gran cantidad de enfermedades, piense sólo en la obesidad, diabetes, alcoholismo y tabaquismo, cuatro entidades patológicas que sumadas se asocian con más de 60% de las muertes en el país. La formación del psicólogo clínico como parte de un equipo de salud, capacitado para cambiar hábitos de vida nocivos por hábitos saludables pudiera ser un escenario laboral potencialmente rentable para la atención de las enfermedades, las cuales representan gran parte del gasto público en atención para la salud.

De hecho, la implementación de la atención psicológica en los tres niveles: el primario o preventivo, el secundario o de primera atención y el terciario a nivel alta especialidad dentro de un hospital, representa una acción sensata e inteligente para optimizar los recursos en el sistema nacional de salud; sobre todo si consideramos la importancia cada vez mayor de las patologías crónicas y psicosomáticas y el crecimiento del gasto en enfoques farmacéuticos y en intervenciones de alta tecnología. Como compromiso

social, la formación del psicólogo clínico deberá facilitar un uso adecuado y eficaz de los recursos y las intervenciones por parte de los usuarios.

Es necesario desarrollar los siguientes principios éticos universales que se deben considerar en la práctica clínica, ordenados con una intención de prioridad.

1. Acatar las normas morales y legales. Por ejemplo, obtener el consentimiento informado del paciente y explicar los principios de confidencialidad y las limitaciones del tratamiento.
2. Respetar los derechos humanos, ser tolerantes con la diversidad cultural, las preferencias sexuales, las diferentes posiciones políticas o ideológicas.
3. Determinar la finalización de una intervención dada la posibilidad de iatrogenia, porque ya no es útil para el paciente o porque se ha convertido en una relación dual o peligrosa para el bienestar del paciente.

REFERENCIAS

Acevedo, A. y López, A. (2006). El proceso de la entrevista. Limusa. México.

Aiken, L. (2006). Test psicológicos y evaluación. Prentice Hall. México.

Ajuariaguerra, J. (2010). Manual de Psiquiatría Infantil. Manual Moderno. México.

American Psychiatric Association: (2012). Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSMV-TR.

Bleger, J. (2007). Temas de psicología: entrevista y grupos.: Nueva Visión. Buenos Aires.

Bleger, J. (2005). Psicología de la Conducta. Paidós. México.

Codech, Juan. (2008). Psicopatología Dinámica. Manual Moderno. México.

Código de Ética del Psicólogo. (2015).

Coeli, J. (2010) Teorías de la personalidad. Trillas. México.

De la Fuente, R. y Álvarez, R. (2005). Biología de la mente. Fondo de Cultura Económica. México.

Díaz, Portillo Isabel. (2010) Técnica de la Entrevista Psicodinámica. Trillas. México.

Esquivel, F., Heredia, C. y Lucio. E. (2007). Psicodiagnóstico clínico del niño.

3 ed. El Manual Moderno. México.

Ey, H./Bernard, P./Brisset, Ch.(2010). Psiquiatría Clínica. Manual Moderno. México.

First, M Bell, C, Cuthbert, B. (2007). Trastornos de la personalidad y trastornos de relación. En D. Kupfer, M. First y D. Reiger (Eds.). Agenda de investigación para el DSM-V. Masson, Barcelona. 123-197.

Freud, Sigmund. (2015) Obras completas. Tomo XVI. Doctrina General de la Neurosis. Manual Moderno. México.

Galindo, E. (2006). Psicología para América Latina: análisis del desarrollo de la psicología en México hasta 1990. Revista electrónica internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología. Núm. 5. Recuperado en febrero de 2015 de http://psicolatina.org/Dosl analisis_psicol.html.

Gámez J. y Palacios J.L. (2001). Introducción a la pediatría. Méndez Editores. México.

García R, J.C. (2004). Principios y valores éticos de los psicólogos y psicólogas. Revista electrónica de psicología “La Misión”. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro. México.

González, Llanesa. (2008). Instrumentos de evaluación psicológica. Mc Graw Hill. México.

Jaspers, Karl. (2009). Psicopatología general. fce. México.

Kaufman, Klaus. (2000). Psicometría razonada con el WISC. México: El Manual Moderno.

Lucio, Enrique. (2005). Inventario multifacético de Minnesota para adolescentes (MMPI-A). El Manual Moderno. México.

MacKinnon, R/Michels, R. (2006). Psiquiatría Clínica Aplicada. Mc Graw Hill.

México.

Million, Theodore. (2010) Trastornos de la personalidad y psicopatología. Manual Moderno. México.

Organización Mundial de la Salud Mental (OMS). (2005). Editores Médicos, S.A. EDIMSA. México.

Phares, J. (2005). Psicología clínica. El Manual Moderno. México.

Quintanar L. y Solovieva Y. (2006) Manual de Evaluación neuropsicológica infantil. Colección neuropsicológica y rehabilitación. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.

Rodríguez, J. (2008). Psicología de la salud y Papeles del psicólogo. Mc Graw Hill. México. núm. 69, pp. 41-47.

Hernández, Sampieri Roberto / Fernández, Collado Carlos / Baptista, Lucio Pilar. (2010). Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. México.

Sánchez, P. (2012). Psicología Clínica. Manual Moderno. México.

Sánchez, P. y Valdés, A. (2009). El menor infractor: una categoría infundada en el sistema de educación especial en México, Perfiles educativos. CESU/UNAM. México. pp. 72-90.

Sánchez, P. y Valdés, A. (2008). Teoría y práctica de la orientación en la escuela: un enfoque psicológico. El Manual Moderno. México.

Sánchez, P. (2010), Aprendizaje y desarrollo: estados del conocimiento en educación, Vol. 4. Consejo Mexicano de Investigación Educativa. México.

Sánchez, P. (2006). Validación y normas para México de la Escala de Inteligencia de Weischler para Adultos III (WAIS-III). El Manual Moderno. México.

Sánchez, P., Cantón, B. y Sevilla, D. (2000). Compendio de educación especial. El Manual Moderno. México.

Sattler, J. (2004). Evaluación infantil. El Manual Moderno. México.

Shea, T. y Bawer, M. (2004). Educación especial: un enfoque ecológico. McGraw Hill. México.

Solomon, P./ Patch, V. (2008). Manual de Psiquiatría. Manual Moderno. México.

Kolb, Lawrence C. (2006). Psiquiatría Clínica Moderna. Prensa Médica Mexicana. México.

Valderrama, P. et al. (2006) Evolución de la psicología en México. México: El Manual Moderno, México.