



01921
94 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"VALIDACION Y CONFIABILIZACION DEL TEST DE
ACTITUDES Y CREENCIAS DE BURGESS PARA LA CIUDAD
DE MEXICO"

T E S I S

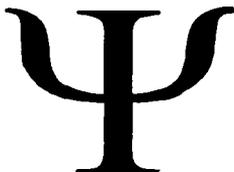
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

HUMBERTO GUERRERO / MANNING CASTELAN

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. MARIA DEL ROCIO AVENDAÑO SANDOVAL
REVISOR METODOLOGICO Y ESTADISTICO:
MTRA. CORINA CUEVAS RENAUD



OCTUBRE 2003



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.

**Para Emilio...
quien día con día me enseña
como transitar por el camino del Amor.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo académico.

NOMBRE: Humberto Guerrero
Manning Castelan

FECHA: 21 Oct 103

FIRMA: [Signature]

AGRADECIMIENTOS

Gracias al principio que mueve la vida...

Gracias a mi esposa, a mi hijo, a mi madre, a mi abuela, a mi hermano...

Gracias a nuestra Universidad...

Gracias Rocío Avendaño.

Gracias Rubén Varela.

Gracias Samuel Jurado.

Gracias a todo el comité de tesis.

Gracias a todos aquellos que me brindaron cariño, apoyo, comprensión y asesoría, durante todo este camino, para llegar hasta el final.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

4

INDICE

| | |
|---------------------|----------|
| RESUMEN | 7 |
| INTRODUCCIÓN | 8 |

CAPÍTULO 1

| | |
|---|-----------|
| 1. APROXIMACION HISTÓRICA AL DESARROLLO DE LA PSICOTERAPIA | 10 |
| 1.1. Raíces de la Psicoterapia | 10 |
| 1.1.1 Sociedades tribales | 10 |
| 1.1.2 Grecia y el Mundo Antiguo | 11 |
| 1.1.3 El Cristianismo | 13 |
| 1.1.4 El Renacimiento | 13 |
| 1.2. Aparición de la Psicoterapia | 14 |
| 1.2.1. Del Magnetismo animal a la hipnosis | 15 |
| 1.2.2. Del método catártico al psicoanálisis | 17 |
| 1.3. El desarrollo de la psicoterapia | 18 |
| 1.3.1. Historia de la psicoterapia en México | 20 |
| 1.4. Definición de Psicoterapia | 25 |
| 1.4.1. Principales elementos de la Psicoterapia | 26 |
| 1.5. Diferentes modelos psicoterapéuticos | 29 |

CAPÍTULO 2

| | |
|---|-----------|
| 2. PSICOTERAPIA COGNOSCITIVO CONDUCTUAL | 33 |
| 2.1 Aspectos teóricos generales de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) | 37 |
| 2.1.1 Descripción del modelo terapéutico | 37 |
| 2.1.2 Modelo ABC de la TREC | 41 |
| 2.1.3 Estructura básica de la TREC | 44 |
| 2.1.4 Marco de referencia empírico conceptual | 47 |
| 2.2 Diagnóstico, Evaluación e Instrumentos de la TREC | 48 |
| 2.2.1 Diagnóstico por entrevista clínica | 48 |
| 2.2.2 Diagnóstico a través de pruebas estandarizadas | 51 |

CAPÍTULO 3

| | |
|--|-----------|
| 3. PRUEBAS Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICAS | 54 |
| 3.1 La prueba psicológica | 54 |
| 3.1.1 Partes en la tarea de evaluación | 55 |
| 3.1.2 Diferentes tipos de escenarios de evaluación | 57 |
| 3.2. Características de las Pruebas Psicológicas | 60 |
| 3.2.1. Grado de dificultad y poder discriminativo de los reactivos o ítems | 60 |
| 3.2.2. Estandarización | 60 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2.3. Confiabilidad..... | 61 |
| 3.2.3.1. El concepto de confiabilidad..... | 61 |
| 3.2.3.2. Fuentes de varianza del error..... | 63 |
| 3.2.3.3. Estimaciones de confiabilidad..... | 65 |
| 3.3. Validez..... | 72 |
| 3.3.1. El concepto de validez..... | 72 |
| 3.3.2. Validez de contenido..... | 73 |
| 3.3.2.1. La cuantificación de la validez de contenido..... | 74 |
| 3.3.2.2. La cultura y lo relativo a la validez de la prueba..... | 75 |
| 3.3.3. Validez relativa al criterio..... | 75 |
| 3.3.3.1. Validez concurrente..... | 76 |
| 3.3.3.2. Validez predictiva..... | 76 |
| 3.3.4. Validez de constructo..... | 78 |
| 3.3.4.1. Evidencia de la validez de constructo..... | 78 |
| 3.3.5 Validez y sesgo de la prueba..... | 81 |
| 3.4. Relevancia de la adaptación de un test para su uso en diferentes idiomas y culturas..... | 81 |
| 3.4.1. Fuentes de error o invalidez en la adaptación de las pruebas..... | 82 |
| 3.4.1.1. Diferencias culturales e idiomáticas que afectan a las puntuaciones..... | 82 |
| 3.4.2. Aspectos técnicos y métodos..... | 84 |
| 3.4.3. Interpretación de los resultados..... | 89 |
| 3.5. Directrices prácticas para la adaptación de los tests..... | 89 |

CAPÍTULO 4

| | |
|--|-----------|
| 4. INVENTARIO DE CREENCIAS Y ACTITUDES DE BURGÉS..... | 91 |
| 4.1 Ficha técnica..... | 91 |
| 4.2 Origen del instrumento..... | 91 |
| 4.3 Propósito del instrumento..... | 95 |
| 4.4 Confiabilidad y validez..... | 95 |
| 4.5 Administración..... | 95 |
| 4.6. Calificación..... | 97 |
| 4.7. Estudios en otros países..... | 97 |

CAPÍTULO 5

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| 5. MÉTODO..... | 98 |
| 5.1. Pregunta de investigación..... | 98 |
| 5.2. Objetivo..... | 98 |
| 5.3. Tipo de estudio..... | 98 |
| 5.4. Hipótesis de investigación..... | 99 |

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

6

| | |
|---|-----|
| 5.5. Variables..... | 99 |
| 5.6. Población y muestra de estudio | 99 |
| 5.7. Diseño de investigación | 100 |
| 5.8. Escenario..... | 101 |
| 5.9. Instrumento | 101 |
| 5.10 Procedimiento | 101 |
| 5.11 Procedimiento estadístico..... | 102 |

CAPÍTULO 6

| | |
|---|------------|
| 6. RESULTADOS | 103 |
| 6.1. Procedimiento estadístico..... | 103 |
| 6.2. Medidas de tendencia central | 104 |
| 6.3. Descripción de la muestra..... | 104 |
| 6.4. Poder discriminativo de los reactivos | 106 |
| 6.5. Confiabilidad del instrumento..... | 108 |
| 6.6. Validez del instrumento..... | 108 |
| 6.7. Análisis de consistencia interna por factores..... | 110 |

CAPITULO 7

| | |
|--|------------|
| 7. INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS | 113 |
| 7.1. Poder discriminativo y confiabilidad | 113 |
| 7.2. Validez | 113 |
| 7.3. Discusión..... | 115 |
| 7.4. Conclusiones | 116 |
| 7.5. Aportaciones de la investigación | 117 |
| REFERENCIAS DOCUMENTALES | 118 |
| ANEXO | 124 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue obtener datos de confiabilidad y validez del *Actitudes and Beliefs Inventory (ABI) de Burgess (1990)* en su versión traducida al español llamado *Inventario de Creencias Irracionales (ICI)* de Guerrero-Manning (2003). Para tal efecto fue administrado a una muestra de 492 estudiantes universitarios voluntarios. Los resultados del análisis estadístico mostraron que el instrumento final (ICI) consta de 23 reactivos, sensibles para diferenciar entre creencias racionales de irracionales, en contraste con los 48 reactivos que forman el instrumento original *ABI*. Dicho concepto de "creencia irracional" está enmarcado dentro de la concepción teórica y los criterios de evaluación de la Psicoterapia Racional Emotivo Conductual (TREC). Referente a la confiabilidad y validez del instrumento, se obtuvo α de Cronbach = 0.627 y se encontraron 5 factores que explican el 43.25% de la varianza, respectivamente. Por tanto, se concluye que el instrumento llamado *(ICI)* puede ser utilizado en población mexicana.

INTRODUCCION

El trabajo de los psicólogos generalmente está apoyado por herramientas de evaluación como las pruebas psicológicas que permiten realizar diagnósticos o evaluaciones confiables.

Durante el proceso de formación el profesional de la psicología aprende, por un lado, los fundamentos de la construcción y diseño de las pruebas psicológicas; y por otro lado las diversas aplicaciones que se les pueden dar en el campo de trabajo.

Sin embargo, el manejo de dichas pruebas se ve ensombrecido debido a la inexistencia de un control adecuado sobre la gente que los utiliza. Además, cerca del 95% de las pruebas psicológicas que se utilizan en nuestro país son de origen extranjero y solo un porcentaje muy bajo cuenta con estudios serios y amplios que apoyen su uso dentro de nuestro contexto cultural.

Consecuente con lo anterior, la mayoría de las evaluaciones psicológicas, cuyo objetivo es realizar un diagnóstico, tienen errores, ya que se apoyan en instrumentos que no son exactos o confiables, y que no miden lo que pretenden medir, es decir que no son válidos para la población mexicana.

Por tal motivo, utilizar instrumentos inadecuados se torna un asunto delicado, sobre todo cuando esto influye en la vida de quien es evaluado. En este contexto, la responsabilidad del psicólogo es grande e importante, por lo cual debe cuidarse la seriedad y credibilidad de la intervención diagnóstica.

En palabras de Dahlstrom (1993) *"las pruebas psicológicas puede servir como un medio para equilibrar y minimizar el impacto de distorsiones únicamente si están firmemente construidas y se aplican responsablemente"*.

Esta investigación tuvo como objetivo obtener datos de confiabilidad y validez que apoyasen el uso del instrumento llamado *Attitudes and beliefs inventory (ABI)* en el contexto cultural de la población mexicana.

El primer capítulo de este reporte de tesis se hace una revisión de los antecedentes y la definición de la psicoterapia. Esto con la finalidad de entender con mayor claridad como se desarrolla la psicoterapia cognoscitivo conductual.

Dicha orientación terapéutica es abordada de manera amplia en el capítulo segundo, haciendo un énfasis especial en la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) y sobre todo como realiza su evaluación diagnóstica mediante pruebas psicológicas estandarizadas.

Debido a esto, el tercer capítulo presenta un bosquejo general acerca de las pruebas psicológicas, con la finalidad de introducir al lector con los fundamentos teóricos sobre la construcción de una prueba psicológica.

Estos argumentos permiten dar la introducción al instrumento que fue utilizado para realizar la presente investigación, el *Attitudes and beliefs inventory* (ABI), que se plantea en el capítulo cuarto, así como toda la información que pudo recabarse al respecto.

El quinto y sexto capítulos se refieren respectivamente al método que se siguió durante esta investigación y los resultados obtenidos en ésta.

El séptimo capítulo se refiere la interpretación y discusión de los resultados que se describen en el capítulo sexto.

Es indispensable realizar estudios como este para poder utilizar con tranquilidad y confianza instrumentos psicométricos creados originalmente para otras culturas. Sin embargo, es importante señalar que en nuestro país es necesario que se desarrollen instrumentos que consideren las características idiosincrásicas de la población esto permitiría tener mayor accesibilidad hacia las pruebas así como independencia de instrumentos extranjeros que por lo general no toman en cuenta las características de otras culturas, como la nuestra. Si esto no es posible, es responsabilidad del psicólogo investigar que estudios se han efectuado en nuestro país con la prueba de su interés para garantizar que la evaluación que se realice sea lo más confiable posible.

La inquietud y motivación por realizar este trabajo de investigación surge en primera instancia, a partir de la incursión que realicé en la Psicoterapia Cognitivo Conductual como estudiante de un diplomado en dicha disciplina. Debido a esto comencé a familiarizarme con los instrumentos diagnósticos de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) que se han utilizado en México desde hace varios años. Entonces observé la necesidad de tener un instrumento psicométrico de evaluación diagnóstica válido y confiable que respondiera a la actual concepción teórica de la TREC acerca de las creencias irracionales, las cuales forma un aspecto básico en la evolución terapéutica.

1. Aproximación histórica al desarrollo de la psicoterapia.

Los procedimientos utilizados por el hombre, a lo largo de la historia para hacer frente a sus problemas de convivencia han cambiado junto con otros aspectos de la vida. En este sentido, la conducta anormal o desviada del grupo ocupa un papel trascendental dentro del desarrollo social, cabe distinguir dos formas de verla. La primera corresponde a un estadio pre-racional en el que la anomalía se concibe como el producto de la voluntad de algún agente sobrenatural: antepasados, brujos, demonios, dioses. La segunda, considera que la anomalía es el resultado de causas naturales. En función del predominio de una u otra concepción, los trastornos psicológicos han dependido de los intermediarios con lo sobrenatural o de los profesionales de la ciencia natural de la enfermedad mental.

La psicoterapia contemporánea aparece durante el siglo XIX en el ámbito de la medicina. Su historia, en este sentido restringido, va unida al reconocimiento de los determinantes psicológicos de ciertas neurosis. Para que ello fuera posible, hubieron de suceder dos cosas. Primero, que la enfermedad se desvinculara totalmente de las concepciones sobrenaturales, y segundo, que ciertas formas de neurosis se desvincularan de la patología general. A partir de aquí, fue posible aceptar la existencia de enfermedades capaces de disminuir al hombre en su libertad de autonomía (Ey, 1965).

1.1. Las raíces de la psicoterapia.

La psicoterapia hunde sus raíces en diferentes tipos de saberes, presentes en la cultura occidental, tales como la magia, la medicina, la filosofía y la religión. Hay que tener en cuenta que la reconstrucción del pasado de la psicoterapia es diferente de la reconstrucción de su historia. Al hablar de psicoterapia en otras épocas y otras sociedades -p.e. la Grecia clásica- corremos el peligro de ignorar las distancias que nos separan de unos hombres y mujeres cuyas mentalidades eran diferentes de las nuestras (Feixas, 1993).

1.1.1. Sociedades tribales.

Las primeras explicaciones sobre la naturaleza y la vida están dominadas por metáforas sobrenaturales, místicas y míticas, que en buena medida todavía perduran. Estas metáforas corresponden a los primeros estadios de la evolución humana en los que el hombre vive de la caza y la recolección y, más tarde, de una incipiente agricultura. La característica esencial del funcionamiento humano en este estadio es la ausencia de límites precisos entre el hombre y la totalidad de las cosas de la naturaleza. No hay una distinción clara entre el género humano y los géneros animales, tampoco existe una delimitación precisa entre el grupo humano en su conjunto y el individuo. En realidad, apenas resulta lícito hablar de

conciencia individual como algo distinto de conciencia tribal. Por esta razón, los remedios que se utilizan para hacer frente a lo que hoy llamamos enfermedad mental corresponden a actividades muy diversas que implican no sólo al enfermo y al curandero, sino al grupo social en su conjunto (Ellenberger, 1970; Frank, 1961; Sendrail, 1980).

En general, las prácticas que podemos considerar antecedentes remotos de la psicoterapia corresponden a una actitud animista. Esta actitud consiste en la creencia en un principio distinto del cuerpo, el alma, que puede abandonar el cuerpo durante el sueño y también puede sobrevivir al cuerpo después de la muerte. De este modo, el hombre vive un mundo lleno de presencias, fantasmas, hechizos, demonios y encantamientos, que se mueven en un reino atemporal en el que no se distingue entre pasado, presente y porvenir. En este estadio de la evolución humana, la experiencia clave es el terror y toda (psico)terapia consiste en la relación inmediata entre el sufrimiento y aquello que lo alivia (Sendrail, 1980). Las prácticas curativas que se podrían llamar "tratamientos psicoterapéuticos" primitivos presentan numerosas variantes: ceremonias para la restauración del alma, prácticas exorcistas, confesiones, curaciones por incubación, etc.

Aunque las creencias primitivas todavía persisten en la actualidad en determinados contextos, históricamente, el círculo cerrado de la tribu comenzó a resquebrajarse hacia el siglo VI a. de C., periodo en el que se produjo un cambio respecto a las creencias primitivas. Este cambio no consistió tanto en la superación de las antiguas creencias como en que éstas dejaron paso a dos caminos distintos de conceptualización: las religiones organizadas y el pensamiento racional. Estas nuevas vías de conceptualización ocupan un vasto horizonte: Buda en la India, Lao-Tse en China, Tales de Mileto y Pitágoras en Grecia. Por divergentes que a primera vista puedan parecer, estas obras tienen en común el establecer una distinción entre este mundo (aparente) y el otro mundo (más real, verdadero, etc.) e implican la capacidad de distanciarse de la inmediatez de la situación presente. Todas ellas suponen, en definitiva, nuevas formas de ordenar la experiencia.

1.1.2. Grecia y el mundo Antiguo.

El origen de la psicoterapia actual hay que situarlo en Grecia, donde surge el pensamiento racional y con él la tradición filosófica y la tradición médica. Lain (1958), en *La curación por la palabra en la Grecia clásica*, ha presentado la "psicoterapia" griega a la luz de la transición entre los métodos característicos de la medicina mágica y la incipiente mentalidad racional. Paralelamente, se produce el desarrollo del alfabeto y la transición de la tradición oral a la tradición escrita.

En la obra de Aristóteles, se encuentran claramente establecidos y diferenciados los distintos usos de la palabra, que fue ampliamente utilizada en Grecia con fines curativos. Algunos sofistas, como Gorgias, propusieron incluso su

aplicación técnica para la curación de algunas enfermedades. Platón por otro lado, hizo interesantes observaciones sobre los efectos de la palabra en la vida anímica. Si el discurso es bello, produce un estado de armonía en todas las partes del alma (*sophrosyne*) (López y Morales, 1970). La obra de Platón contiene algunas observaciones sobre las pasiones, los sueños y el inconsciente, que parecen antecedentes del pensamiento de Freud.

Por otro lado, hay que resaltar que las enseñanzas de los filósofos tenían lugar en contextos bien estructurados, como, por ejemplo, la Academia platónica, el Liceo de los aristotélicos o la Casa y Jardín de Epicuro de Atenas. Estos fueron los ámbitos en los que se cultivaron las técnicas de autocontrol, concentración y recitación que, incorporadas a la mentalidad popular, han sobrevivido hasta nuestros días y que la moderna psicoterapia se está encargando de hacer explícitas. En la Grecia antigua, la adopción de una doctrina filosófica no implicaba únicamente una forma de pensar, sino que fundamentalmente exigía una forma de vivir. Para ser aceptado como miembro de la escuela, el aspirante tenía que atravesar un periodo de conversión o iniciación. En la práctica cotidiana, cada escuela filosófica había desarrollado métodos de entrenamiento psicológico para perseguir los ideales propuestos por el maestro o fundador de la escuela. Por ejemplo, en la escuela de Pitágoras, junto al estudio de las matemáticas, la astronomía y la música, se seguían ciertas restricciones dietéticas y se practicaban ejercicios de autocontrol, de memorización y recitación.

Así pues, la tradición filosófica iniciada en Grecia aporta a la psicoterapia una concepción racional y un conjunto de argumentos y métodos para que la parte racional del ser humano, que hace posible la convivencia, predomine sobre la parte pasional/animal que en libertad, haría imposible la convivencia. Este criterio valorativo, que prima la parte racional del ser humano, ha sobrevivido hasta nuestros días y se encuentra estructurado principalmente en torno a dos doctrinas éticas: la aristotélica y la estoica.

Aristóteles argumenta para hacer explícitos los principios que deben regir para la vida feliz, que toda acción es fuente potencial de placer si se ejerce conforme a la naturaleza del ser que la realiza. En el caso del ser humano, su naturaleza es ser racional, lo cual le inclina al ejercicio de la recta razón. La virtud reside en el justo medio entre dos extremos viciosos; por ejemplo, el valor es mejor que la cobardía y que la temeridad, la generosidad es preferible a la avaricia y a la prodigalidad, etc.

La solución estoica para la vida feliz viene a ser más radical, porque consiste en prescindir de las pasiones por considerarlas irracionales. Según los estoicos, el hombre debe vivir ajustado al orden del mundo que está determinado por la Razón universal. Las pasiones son excesos irracionales que pueden conducir a la "enfermedad del alma". Siguiendo el principio cognoscitivo de que "no son las cosas las que nos afectan, sino las representaciones que tenemos de ellas", los estoicos concibieron las pasiones como representaciones falsas o engañosas de las cosas. En consecuencia, para alcanzar la "apatía" o

"imposibilidad", estado de auténtica libertad, el hombre debe aprender a controlar las pasiones, lo cual se consigue borrando las representaciones falsas que perturban el buen juicio. En la práctica, los estoicos aprendían a controlar las pasiones por medio de ejercicios escritos y verbales de concentración y meditación.

Por otro lado, Grecia es también una de las cunas de la tradición médica occidental. La emergencia del pensamiento racional introdujo cambios notables en la clasificación de las enfermedades y la conducta anormal. Hipócrates (s. IV a. de C.) sistematizó conocimientos de fuentes diversas: la medicina sacerdotal, la escuela pitagórica, las tradiciones médicas de Egipto y la India y las concepciones cosmológicas de los filósofos de su tiempo. En contraposición a las concepciones mágicas que atribuían las enfermedades a agentes externos, Hipócrates las localizó en estados internos del organismo.

1.1.3. El cristianismo.

Durante la Edad Media, fue la Iglesia la que jugó un papel determinante a la hora de considerar los trastornos mentales como productos de una voluntad sobrenatural, en este caso, del diablo. Los tratamientos "psicoterapéuticos", por tanto, iban desde la oración hasta la hoguera, pasando por la tortura y el exorcismo. La enfermedad mental se interpretó como el resultado de la posesión del diablo.

En este sentido, la actitud de la iglesia católica ante la enfermedad mental y ante todo pensamiento libre durante la Edad Media fue despótica e inhumana, como lo muestran las prácticas inquisitoriales y la creación de ciertas instituciones como la de *St. Mary of Bethlehem*, en el área londinense, en la que los "locos" eran exhibidos como objetos de recreo y diversión. Una excepción notable durante este período la constituye el padre Gilaberto Jofré, que en el siglo XV dirigió el primer nosocomio en Valencia (inaugurado en 1490), tratando a los enfermos con dietas, ejercicios al aire libre y lo que hoy podríamos llamar terapia ocupacional. Su enfoque no estaba exento de las influencias de la medicina oriental, preservada en España a través del islam, que correspondía a una concepción holista del ser humano y que llevaba consigo una forma que podríamos denominar ecológica, preventiva, psicosomática e ideográfica (en términos actuales) de entender la enfermedad y la relación terapéutica (Feixas, 1993).

1.1.4. El Renacimiento.

Con el Renacimiento se empezaron a oír los primeros testimonios contra la consideración de la enfermedad mental como una posesión diabólica. Algunos de estos testimonios procedían de médicos que, habiendo servido como especialistas en los tribunales de la Inquisición, se atrevieron a distinguir entre los que habían

perdido la razón por influencia del demonio, cuyos únicos caminos eran el exorcismo o la pira, y los que la había perdido por un desorden mental, en cuyo caso eran competencia del médico. No obstante, resulta algo paradójico que el siglo XVI, periodo de recentramiento en el hombre -y descentramiento de Dios-, coincida con el periodo más activo de "caza" de brujas, demonios, fantasmas y diablos.

Paralelamente a la existencia de estas prácticas, se va produciendo la progresiva "humanización" de la enfermedad mental. Los pasos principales de este proceso engloban la desvinculación progresiva de la enfermedad mental de las concepciones sobrenaturales, por un lado, y, por otro, el progresivo acotamiento de la enfermedad mental dentro del ámbito de la psicopatología.

La introducción del tratamiento moral, al filo de la Revolución Francesa constituye un paso importante hacia la humanización de la enfermedad mental. Este movimiento terapéutico respondía principalmente a dos cosas: a) la reforma de la asistencia psiquiátrica que siguió a la Revolución y b) una concepción optimista de las enfermedades mentales, que veía en las pasiones las causas más importantes de la locura.

A pesar de todo, el tratamiento moral no iba más allá de los esquemas terapéuticos tradicionales. Recomendaba cosas tales como ambientes placenteros, compañías agradables, un régimen de vida conveniente, música, ejercicio, contacto con la naturaleza, consuelo del enfermo (López y Morales, 1970). Por otro lado, asignaba gran importancia a la relación del médico con el enfermo. Animaba al personal a que conociera los problemas del enfermo.

A pesar de todo, el tratamiento moral ofrecía, en definitiva, un tratamiento más humanitario que psicoterapéutico, puesto que sin una concepción psicogénica de las alteraciones mentales poco más podía hacerse.

1.2. La aparición de la psicoterapia.

La psicoterapia, en sentido estricto, aparece durante el último cuarto del siglo XIX. Este es un periodo en el que los descubrimientos se suceden con rapidez y los conocimientos acumulados en el pasado comienzan a ser vistos bajo una nueva luz: la medicina oficial reconoce la naturaleza psicogénica de la neurosis. Aunque el problema de la influencia de la mente sobre el cuerpo preocupaba a los médicos occidentales, la vía que hizo posible la aparición de la psicoterapia se desarrolló al margen de los esquemas de la medicina oficial y sólo hacia finales del siglo pasado se integró dentro de ésta. La descripción de este proceso, culmina con la formación del psicoanálisis.

1.2.1. Del magnetismo animal a la hipnosis.

En la historia moderna de la psicoterapia, la hipnosis funge como uno de los precursores de mayor importancia, ya que representa el vínculo de unión entre las curaciones pre-psicológicas de la antigüedad y el psicoanálisis. Este proceso comienza con el controvertido asunto del magnetismo animal, en el que Van Helmont (1577-1644), quien influido por Paracelso, había postulado la existencia de un fluido al que la voluntad podía guiar para influir en la mente y en el cuerpo, y al que llamó "magnetismo animal". Mas tarde, F. A. Mesmer (1734-1815), un médico vienés, retoma esta hipótesis. Aunque sus teorías fueron rechazadas y sus procedimientos psicoterapéuticos resultaron polémicos, y aunque, en conjunto, su figura quede más cerca del antiguo mago que del psicoterapeuta moderno, Mesmer proporcionó un impulso clave para el desarrollo de la psicoterapia. En esencia, su contribución consistió en presentar lo que hasta entonces se había considerado como cosa del diablo y de las brujas, como cosa de la ciencia.

Mesmer, hijo de la Ilustración, intentó moldear su pensamiento siguiendo las modas científicas de su tiempo: la electricidad, el magnetismo y la astronomía. Presentó su teoría en 27 puntos que pueden resumirse en las siguientes tesis (Ellenberger, 1970):

1. Existe un fluido físico que llena el universo y que es el vehículo de unión entre el hombre, la tierra y los astros, y también entre hombre y hombre.
2. La enfermedad se origina a causa de una distribución desequilibrada de este fluido en el cuerpo; la recuperación se logra cuando se restaura el equilibrio.
3. Con la ayuda de ciertas técnicas este fluido puede canalizarse, almacenarse y transmitirse a otras personas.
4. De este modo, se pueden provocar "crisis" en los pacientes y curar las enfermedades.

Sus curaciones se hicieron muy famosas y desencadenaron una gran controversia en Francia. Entre los seguidores de Mesmer se encontraba el marqués Puységur, quien sostenía que los poderes curativos tenían que ver con el poder psicológico de la fe. Magnetizando a un campesino de sus tierras, Puységur encontró un tipo de crisis diferente: en lugar de las convulsiones que mostraban los pacientes de Mesmer, el campesino mostraba un estado de adormecimiento en el cual mostraba una lucidez insólita. Puységur denominó a este estado "*sonambulismo artificial*". Replicó sus efectos en otros sujetos y describió la amnesia posthipnótica. Su punto de vista sobre esta fue retomado más tarde por el médico británico J. Braid (1795-1860) quien acuñó el término hipnosis para estos fenómenos e intentó ofrecer una explicación científica utilizando la neurofisiología de su tiempo y presentándola como un estado de "sueño nervioso". Braid se basaba en la condición mental y fisiológica del sujeto. Pero a pesar de rescatar el hipnotismo del ambiente ocultista del mesmerismo, la comunidad científica británica rechazó sus ideas.

En Francia, la Revolución disolvió las organizaciones creadas por los mesmeristas y sus enseñanzas cayeron en el olvido hasta que, casi un siglo más tarde, se redescubrieron simultáneamente en dos centros distintos, dentro ya del marco de la medicina oficial. Estos centros fueron la escuela de Nancy, en torno a las figuras de Liébault (1923-1904) y Bernheim (1840-1919), y la escuela de la Salpêtrière, en torno a la figura de Charcot (1859-1947).

Bernheim introdujo y desarrolló en la clínica universitaria un programa de investigación acerca del potencial terapéutico de la hipnosis, como producto de la sugestión, la cual entendía como la aptitud para transformar una idea en acto, es decir, una característica que tienen todos los seres humanos en mayor o menor grado. El procedimiento terapéutico se solía utilizar para tratar dolencias de índole muy diversa, enfermedades orgánicas del sistema nervioso, reumatismo, enfermedades gastrointestinales, trastornos menstruales, etc.

Paulatinamente, Bernheim fue prescindiendo de la hipnosis y aseguró que los resultados que se pudieran alcanzar por este método se podían alcanzar también mediante la sugestión en estado de vigilia, procedimiento que la escuela de Nancy denominó *psicoterapia*. Sus métodos se extendieron rápidamente por el continente y la hipnosis y los procedimientos sugestivos se introdujeron en algunos hospitales psiquiátricos.

La posición de Charcot respecto de la hipnosis era muy diferente, y también lo era el ambiente donde se llevaron a cabo sus investigaciones. La Salpêtrière de finales del siglo pasado era una especie de asilo médico con capacidad para cuatro o cinco mil ancianos. Venía a ser como un pueblo pequeño. Cuando Charcot asumió la dirección de una de sus secciones más grandes, en 1862, organizó un activo equipo de investigación. Realizó valiosas contribuciones que en poco tiempo lo convirtieron en el neurólogo más famoso de su tiempo. Hacia 1870 comenzó a estudiar la histeria y el hipnotismo.

Más tarde, consiguió mostrar que podía reproducirse síntomas histéricos en hombres por medio de la hipnosis. Si por medio de la hipnosis se podían provocar síntomas histéricos, Charcot se cuestionó si por el mismo podrían eliminarse, y realizó investigaciones en este sentido, pero su programa estaba limitado por un prejuicio teórico, a saber, que todos los cuadros clínicos debían tener una lesión neurológica específica. Por tanto, las posibilidades terapéuticas de la hipnosis quedaban muy reducidas bajo su programa. Cuando Freud visitó a Charcot en 1885, éste se encontraba en la cúspide de su fama y sus métodos impresionaron al joven neurólogo de Viena.

En resumen, durante este periodo de avance de la nosología psiquiátrica se había conseguido aislar ciertas enfermedades a las que no se podía encontrar una lesión anatómica. Por otro lado, la sucesiva depuración del mesmerismo había hecho de la hipnosis un procedimiento aceptable para los médicos. Ambos factores, unidos a la demanda social de tratamientos para las enfermedades

nerviosas, permitieron la emergencia de la psicoterapia. Durante este periodo el procedimiento terapéutico estelar fue la sugestión hipnótica. Hacia el final de siglo el término psicoterapia se utilizaba para dar referencia al tratamiento por sugestión, y, por extensión, se convirtió en el término aceptado para todos los métodos de curación por medio de la mente.

1.2.2. Del método catártico al psicoanálisis.

El procedimiento de sugestión hipnótica se había convertido en equivalente de psicoterapia. Este procedimiento sin embargo, no parecía acabar definitivamente con los síntomas de la enfermedad. El siguiente paso importante en la génesis de la psicoterapia moderna lo proporcionó el método catártico, descrito por J. Breuer, a partir del cual Freud desarrolló el método psicoanalítico.

Asimismo, Sigmund Freud (1856-1939) en 1886 contaba con una sólida formación neurológica y había realizado investigaciones con los métodos de la anatomía microscópica y la neurología anatomoclínica, clínica y teórica. Había publicado varios trabajos y monografías sobre las parálisis cerebrales en niños y la neurofisiología de la afasia y la agnosia. Debido a esto, los pacientes acudían a su consulta, por lo general, tenían "problemas nerviosos". Los síntomas que presentaban estas personas eran similares a los producidos por una lesión orgánica, por ejemplo, parálisis, dolores, temblores, tics y trastornos de memoria.

Sin embargo, el examen neurológico mostraba que no existía lesión; en algunos casos, incluso el síntoma cambiaba de localización sin causa aparente; por ejemplo, la parálisis de un brazo pasaba al otro brazo o una persona postrada en cama caminaba en sueños, etc. Estos tipos de fenómenos había convertido la histeria en un cuadro clínico exasperante para muchos médicos, la histeria era la enfermedad de la época.

Freud comenzó a aplicar la hipnosis con sus pacientes y en 1892 publicó su primer trabajo sobre la curación de una histérica y propuso su primera teoría sobre la histeria. Aunque en esta primera aproximación de Freud al problema de la histeria se ha visto la prefiguración de los elementos del psicoanálisis (Wyss, 1961), el método terapéutico utilizado por Freud no era otro que la sugestión hipnótica. El paso decisivo para la creación del psicoanálisis fue el método catártico practicado por Breuer, y descrito en su obra conjunta *Estudios sobre la histeria* (1895), en la que figuran los elementos esenciales de la transición de los viejos métodos de la sugestión hipnótica al nuevo método psicoanalítico.

El método catártico consistía en ayudar a la paciente a revivir y descargar ("purgar") las emociones patógenas vinculadas con los recuerdos traumáticos. La hipnosis tenía como propósito aumentar la esfera de la conciencia del paciente y facilitar de este modo el recuerdo de los hechos traumáticos. Para que este procedimiento fuera eficaz, los recuerdos tenían que revivirse con toda intensidad afectiva y con el mayor detalle. Aunque la técnica catártica partió de los mismos

presupuestos que la sugestión hipnótica, implica una estrategia terapéutica distinta. En la sugestión hipnótica se abordaba la supuesta causa del síntoma. En la primera el paciente tiene que cumplir una orden, mientras que en la segunda tiene que hablar, recordar y revivir. Así, en el proceder catártico, la hipnosis estaba al servicio de la recuperación y expresión de recuerdos traumáticos que supuestamente se hallan en la base del trastorno. Todo ello supone un descentramiento del síntoma de indudables consecuencias para la posterior evolución de la psicoterapia. Freud pensaba que el método catártico podría curar los síntomas de la enfermedad. Por otro lado, veía problemas de índole práctico, tales como el que no todos los pacientes fueran hipnotizables y que no todos reaccionaran con la descarga emocional deseada. Además, Freud había descubierto la importancia de la *defensa*, por la cual el Yo del paciente rechaza las representaciones insoportables; además de la importancia de la relación terapéutica. En otras palabras, practicando con el método catártico, Freud había descubierto los fenómenos clínicos que se conocen como resistencia y transferencia, y ello le llevó a desarrollar el método de la asociación libre.

La obra de Freud se desarrolla a partir de la medicina y culmina en la creación de las condiciones de posibilidad para que la psicología se convirtiera en un saber operativo y eficaz, capaz no sólo de detectar la enfermedad, sino de promocionar la salud. Su obra representa para la psicología un proceso de reincorporación de la visión global del enfermo y la reintegración en ella de la dimensión psicológica.

1.3. El desarrollo de la psicoterapia.

Desde su creación el movimiento psicoanalítico se desarrolló de una forma autónoma y paralela en relación con la psicología académica, la psicología clínica psicométrica y la psiquiatría.

A pesar de que la obra de Freud se desarrolla a partir de la medicina y de que en un principio es entre los psiquiatras donde recibe mejor acogida, el psicoanálisis tiene un papel importante en el auge de la psicología clínica después de la Primera Guerra Mundial, dada la insatisfacción reinante en relación con el enfoque psicométrico. La necesidad de que los psicólogos clínicos recibieran a sus pacientes, dotados de instrumentos teóricos y de técnicas, hizo que muchos adoptaran el psicoanálisis como marco de referencia. En este sentido, el psicoanálisis ofrecía un saber operativo y comprensivo, un saber científico y tecnológico que facilitó el desarrollo de técnicas no sólo diagnósticas sino también terapéuticas (Caparrós, 1983).

Además, a estos cambios se hallaban las posibilidades ofrecidas por el psicoanálisis a los psicólogos no médicos. Por esta época se popularizan en los Estados Unidos los tests proyectivos, basados en la concepción dinámica de la personalidad.

En este contexto, aparecen también las primeras obras americanas sobre la personalidad, no identificables con el psicoanálisis, aunque tampoco ajenas a él, escritas por psicólogos disconformes con el neoconductismo vigente (Allen, Allport, Murray, Rogers, Stagner). Propuestas que, independientemente de su valor intrínseco, apenas tenía posibilidades de abrirse camino frente al psicoanálisis, que, bueno o malo, constituía la única alternativa posible si se buscaba una teoría que abarcara tanto la concepción de los trastornos mentales, como la personalidad y su desarrollo, la psicoterapia, etc.

Con la Segunda Guerra Mundial la conciencia terapéutica de los psicólogos fue en aumento; se apoyaba, además, en una fuerte demanda social. Esta conciencia llevó al reconocimiento definitivo de la dimensión terapéutica de la psicología clínica gracias, en gran parte, al trabajo realizado por los psicólogos en la selección de personal militar y en el tratamiento de los veteranos de guerra, para lo que dispuso de fondos muy sustanciales.

En 1949 se celebró la conferencia de Boulder (Colorado, EEUU) en la que se prefiguró el modelo de psicólogo clínico. Este modelo del "científico/practicante" plantea que el psicólogo clínico debe recibir formación científica además de una formación aplicada para poder ejercer de forma reconocida.

El modelo del psicólogo clínico como científico/practicante inspiró los programas de formación de psicólogos clínicos de todas las universidades americanas, desde 1949 hasta la década de los 70's, en la que las contradicciones implícitas en este modelo se hicieron especialmente visibles. El modelo subraya que los psicólogos clínicos deben recibir formación en tres áreas: el diagnóstico, la investigación y la terapia. Era la primera vez que se reconocía la psicoterapia como una competencia de los psicólogos y la reacción de los psiquiatras no se hizo esperar.

En el contexto esta lucha, los psicólogos se esforzaron por defender el estatus científico de la psicología, y no estaban dispuestos a supeditar su labor a posiciones, asumidas por la mayoría de los psiquiatras, que consideraban anticientíficas. El psicoanálisis, que alcanzó su apogeo en los EEUU a finales de la década de los cuarenta y principios de los cincuenta, no encaja con los esfuerzos científicos de los psicólogos por dos motivos. En primer lugar, por practicarlos exclusivamente psiquiatras (según la normativa de la Asociación Psicoanalítica Internacional), y, en segundo su falta de ajuste al proceder científico experimental. Era de esperar que se rompiera este matrimonio entre la psicología clínica y el psicoanálisis (Caparrós, 1983).

Es en esta época cuando aparecen enfoques terapéuticos alternativos al psicoanálisis con un interés visible por desarrollar la investigación científica en psicoterapia. Por ejemplo, Rogers, en el marco de la Universidad Estatal de Ohio, empezó a grabar entrevistas terapéuticas para someterlas a un análisis sistemático. Ello permitió el desarrollo de escalas de observación y registro de las preguntas y respuestas del paciente y terapeuta.

Rogers contó con un entusiasta grupo de colaboradores que ponían a prueba sus hipótesis acerca de las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico. Por esta razón, Rogers debe ser reconocido como una de las figuras centrales en el desarrollo moderno de la psicoterapia.

Paralelamente, después de dos décadas de hegemonía académica, el conductismo se presentaba como una alternativa al psicoanálisis, capaz de inspirar una práctica terapéutica distinta: *la terapia de conducta*.

La idea básica en la que se sustenta la terapia de la conducta desde sus orígenes, es que si x es aprendido, x puede ser "desaprendido". Aplicado al campo clínico, este principio supone la interpretación de los trastornos psicopatológicos (que no tengan una base orgánica evidente) como trastornos aprendidos, y como tales, sujetos a las leyes del condicionamiento. Se postula, de entrada, una continuidad entre la conducta normal y la anormal. Y cuando este última se ve desde la óptica de una conducta aprendida, la apelación a causas intrapsíquicas, conflictos internos y demás constructos inferidos pierden sentido.

En medio de todo aquel conflicto entre psicólogos y psiquiatras, apareció el decisivo trabajo de H.J. Eysenck (1952) sobre los efectos de la psicoterapia, que demostró científicamente la poca eficacia del tratamiento psicoanalítico. Su argumento era el siguiente: *"si la psicoterapia es eficaz, los pacientes tratados por este procedimiento deben mostrar una mejoría mayor que los no tratados"*. Sin embargo, los pacientes en tratamiento psicoanalítico no mostraron diferencias significativas contra los que no recibían ningún tratamiento.

Eysenck marcó un hito en la investigación terapéutica, reforzó indudablemente las posiciones de los psicólogos clínicos frente a los psiquiatras, que en su mayor parte seguían anclados en las posiciones psicoanalíticas. Por otro lado, Skinner, cuyo paradigma del aprendizaje operante era predominante en esos momentos dentro de la psicología académica reinterpretó la terapia psicoanalítica en términos de castigo y refuerzo ahorrándose cualquier formulación intrapsíquica, y ofreciendo así más argumentos para que los psicólogos clínicos se establecieran sobre unas bases autónomas.

En 1958 apareció *"Psicoterapia por inhibición recíproca"*, de Wolpe, que, junto a la obra de Skinner y al trabajo de Eysenck, contribuyó a establecer la terapia de conducta como un método científico de tratamiento psicológico. La consolidación de la tecnología de la terapia de la conducta durante los años sesenta y setenta ocurre de modo paralelo a una sociedad norteamericana en pleno cambio social (lucha por la igualdad racial, la igualdad entre sexos, la oposición a la guerra del Vietnam), que exige cambios rápidos por todas partes y la introducción de un nuevo orden moral más racional.

Al trazar la trayectoria histórica de las técnicas de psicoterapia hay que señalar la existencia de distintos enfoques que, aunque se fraguaron en la década de los cincuenta, no irrumpieron plenamente en la escena psicoterapéutica hasta los años sesenta. Al iniciarse la segunda mitad del siglo XX el panorama psicoterapéutico se reducía a dos opciones: las psicoterapias de orientación psicoanalítica, que, al margen de la psicología académica, seguían predominando en el ámbito aplicado, y la modificación de conducta, que aún en fase de desarrollo, se inspiraba en gran medida en la psicología científica para el desarrollo de sus técnicas. Sin embargo, esta doble alternativa resultó insuficiente por varias razones. Por un lado, la efectividad de estos enfoques en el tratamiento de la multiplicidad de problemas humanos no era devastadora a la luz de las expectativas depositadas.

Por otro lado, las bases antropológicas filosóficas de estos enfoques (principios deterministas, fiscalistas y reduccionistas) proporcionaban una imagen del ser humano para muchos decepcionante (deshumanizante y despersonalizadora), y a la que se sumaban las dificultades de tales modelos para comprender cierto tipo de fenómenos humanos complejos acordes con los ideales históricos de la época (p. e., creatividad, libertad, espiritualidad). Tampoco la aspiración guesáltica de la globalidad holista se veía reflejada en la orientación mas bien analítica de conductismo y psicoanálisis.

En definitiva, este clima de insatisfacción propició que, a partir también de sus determinantes internos específicos, nacieran una serie de enfoques psicoterapéuticos que se abordarán más adelante en este capítulo, han tenido su peso en el desarrollo de la psicoterapia.

1.3.1. Historia de la Psicoterapia en México.

La historia de la psicoterapia en México está ligado de manera estrecha al desarrollo de la psicología clínica durante el siglo pasado, debido a esto es importante destacar su interacción a través del tiempo.

En este contexto encontramos que "pocos historiadores de la psicología mexicana se han detenido a analizar las prácticas psicológicas que las comunidades prehispánicas pudieron haber tenido. Sin embargo, se han rescatado algunas informaciones al respecto que giran alrededor de lo que hoy llamaríamos la psicología clínica, esto es, las prácticas terapéuticas cuya finalidad era rehabilitar individuos perturbados". (Valderrama, 1985)

La concepción mítica de los aztecas está caracterizada por un pensamiento sincrético predominante, esto es, un pensamiento que integra en un todo homogéneo, múltiples elementos heterogéneos. De otra manera, se observa que conviven hombres y dioses, elementos naturales y divinidades extrafísicas. Es en este contexto que consideran que los componentes principales de la persona están en la relación rostro-corazón. Entre los aztecas no existía el concepto de "alma" además de que consideraban que el asiento o base de lo psicológico era el corazón.

El equilibrio entre la relación rostro-corazón es la que determina la "salud mental" de los individuos. Resulta obvio, entonces que la ruptura o desequilibrio de esta relación ocasionaba los trastornos de la personalidad.

La organización social de los aztecas había generado un especialista que se abocaba a resolver los problemas psicológicos de su población. Recibió éste el nombre de *Tonalpouhqui* el cual, por medio de la palabra, buscaba restablecer el rostro y recuperar el "yo".

Posteriormente, realizada la conquista en el año de 1521, comienza una etapa en la historia de México que se denomina comúnmente *La Colonia*, en el cual el ente histórico que la sostiene se reconoce como La Nueva España. En ella, como era de esperarse, recae la influencia social y cultural de la España cristiana del siglo XVI. Fuertemente determinada por la filosofía de Aristóteles, la corriente denominada *La Escolástica* (que seguía principalmente a Tomás de Aquino) es exportada en las nuevas colonias españolas de América (Valderrama, 1985).

Es pues, la filosofía escolástica la guía bajo la cual se van a realizar la mayoría de las actividades científicas y culturales de la recién creada Nueva España. Así se indica que el pensamiento psicológico que caracteriza este momento se lleva a cabo en tres grandes áreas: La enseñanza de la psicología aristotélica, el cuestionamiento de la racionalidad de los indígenas y, por último la atención a los dementes y a los trastornados en sus facultades, realizada por misioneros. Para tal efecto fundaron establecimientos exclusivos para dicha actividad, tales como el primer hospital para dementes hombres en la ciudad de México, que existió en todo el continente, fundado en 1566 por Fray Bernardino Alvarez recibiendo el nombre de Hospital San Hipólito. Además de los cuidados y alimentación, se atendía a los dementes con métodos psicoterapéuticos que ahora se catalogarían en el grupo de los métodos persuasivos y logoterapéuticos. Esto es, usaban la palabra como mecanismo de regulación de los desequilibrios mentales. Posteriormente, en 1700 se constituye un hospital para enfermas dementes que junto con el Hospital San Hipólito fueron las dos únicas instituciones destinadas exclusivamente para la atención de enfermos mentales, que existieron en La Colonia y en el siglo XIX. Con muchas altas y bajas, ambas instituciones desaparecieron al crearse en 1910, el Hospital La Castañeda, que centralizaba la atención en la ciudad de México.

La filosofía ilustrada, la conciencia criolla y las condiciones políticas, económicas e incluso militares de España y Europa, por un lado, y del Nuevo Mundo por el otro, favorecieron las luchas de independencia de las colonias españolas de América en los primeros años del siglo XIX. Lograda la independencia, nuestros países se debatieron en una lucha constante por buscar el modelo de gobierno y sociedad que creían más conveniente para sus intereses. Imperios, repúblicas centralistas, repúblicas federalistas se sucedieron varias veces. En este contexto de conflictos la ciencia de las primeras dos terceras partes del siglo XIX mexicano se vio sometido a múltiples cambios, avances y retrocesos. Así, lo que un gobierno fundaba y ponía a funcionar, el siguiente lo clausuraba y dejaba en el olvido. Un ambiente social de esta naturaleza tenía necesariamente que repercutir en el desarrollo de la ciencia mexicana, matizada claramente de la ideología de los bandos en pugna.

De esta manera, aparece en 1835 el trabajo de José Ramón Pacheco llamado *Exposición sumaria del sistema frenológico del Dr. Gall*, estudio que, al decir de Samuel Ramos, introduce el materialismo que utilizaron los liberarles para difundir sus doctrinas.

Paralelamente a estas influencias científicas que buscaban la localización cerebral de las funciones psicológicas, el pensamiento escolástico también tuvo su manifestación en el campo de la psicología, representando al clero y a los conservadores de la sociedad del siglo XIX.

En 1867 con el triunfo de las fuerzas liberales sobre las conservadoras y sus aliados franceses se da la reestructuración del la República, hecho que marca una nueva etapas en el desarrollo del país y que necesariamente influye en el desarrollo de la ciencia. Esta consolidación buscó el fortalecimiento del Estado Mexicano para establecer definitivamente un modelo de desarrollo capitalista. Esta situación creó las condiciones necesarias para favorecer el desarrollo de las ciencias como uno de los tantos instrumentos que coadyuvaron al logro de dicho objetivo, y la Psicología no podía ser la excepción.

El último tercio del siglo XIX contempla el auge de las ciencias, principalmente las naturales, por su rápida incorporación a los medios de producción. En este ambiente intelectual es adoptado a las circunstancias mexicanas el sistema filosófico creado en Francia por Augusto Comte llamado el *Positivismo*, filosofía naturalista y científicista, sirvió de base a la educación que se impartía en este nuevo período histórico.

Durante el porfiriato quedan sentadas las bases que permitieron desarrollar posteriormente la profesión de la psicología de una manera más firme. Seguir un solo hilo conductor para dar una visión de la psicología en el México Moderno impediría describir adecuadamente el desarrollo de la misma.

En 1910, ya para finalizar el porfiriato, dentro de los festejos del Centenario de la Independencia, se inauguran dos instituciones básicas para el desarrollo de la psicología y de la educación superior del país: El Manicomio Central "La Castañeda" y la Universidad Nacional de México. Dentro de esta última, se creó la Escuela Nacional de Altos Estudios, posteriormente llamada Facultad de Filosofía y Letras, en la cual se impartía la psicología a nivel superior, inaugurándose con un curso extraordinario dictado por el norteamericano James Mark Baldwin, alumno de Wilhem Wundt.

La mayoría de los estudiosos de la Historia de la Psicología en el país señalan el año de 1937 como la fecha del inicio de la *profesionalización* de la Psicología, debido a que en este año queda autorizada la creación de una maestría en psicología.

En 1939 llegan a México los refugiados españoles (Imaz Baca, Del Roncal, Gaos) entre otros y se enriquece el profesorado en Filosofía y Psicología introduciendo ideas de vanguardia europea, entre las que destacan la fenomenología de Husserl y la psicología de la Gestalt de Koffka. El Dr. Federico Pascual del Roncal, inicia la enseñanza y el uso de las técnicas proyectivas de la personalidad (T.A.T., Rorschach, etc) en donde para su enseñanza la base teórica del psicoanálisis es fundamental, así mismo, su aplicación en el área de la clínica fue básica. Para Ribes (1984) la influencia de la filosofía alemana y francesa como orientación dominante de la Psicología en México es importante y significativa. No es sino hasta la década de los cincuenta cuando las diversas corrientes psicoanalíticas en la psiquiatría mexicana abren nuevas perspectivas teóricas a una psicología academista de orientación racionalista y neo-tomista y es en la siguiente década, a partir de 1960 que los abordajes conductista, psicobiológico y cognoscitivista (social, organísmico y psicométrico) comienzan a arraigarse como tendencias significativas.

En 1945 la enseñanza de la psicología adquiere su Departamento autónomo dentro de la administración de la Facultad de Filosofía y Letras. Ya para 1948 se introduce en México el psicoanálisis humanista de Eric Fromm y las investigaciones del soviético Vigotsky. Durante 1950 Eric Fromm impartió cursos en la Facultad de Medicina y en 1956 sus alumnos crean el Instituto Mexicano de Psicoanálisis. De manera simultánea, otro grupo seguidor del psicoanálisis ortodoxo de Sigmund Freud formaron el Grupo Mexicano de Estudios Psicoanalíticos bajo los auspicios de la Asociación Psicoanalítica Argentina y finalmente, en 1957 quedó constituida en Asociación Psicoanalítica Mexicana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.4. Definición de Psicoterapia.

Para describir a la psicoterapia conviene introducir un comentario acerca del problema de su definición.

El área de los tratamientos psicológicos se ha desarrollado considerablemente, sin que ello haya requerido un consenso manifiesto en torno a una definición explícita del área. No obstante, la búsqueda de una definición sistemática de la psicoterapia ha preocupado y sigue preocupando a los investigadores. La cuestión reside en que existe una pluralidad de enfoques psicoterapéuticos, y en consecuencia de ello, se da también una amplia gama de definiciones de psicoterapia (Wolfberg, 1977). Muchas de estas definiciones están vinculadas a la conceptualización que se hace del proceso y los objetivos terapéuticos de un modelo determinado. Así, unas se basan en la resolución de la dinámica inconsciente otras en el cambio de conductas observables, etc.

Wolfberg (1977) establece criterios que engloban conceptos básicos en los que plantea que la psicoterapia "es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional, con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de modificar patrones alterados de conducta, de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad".

Otra definición de psicoterapia es planteada por Mahoney (1991) en la que establece que *"psicoterapia es la relación especial culturalmente relativa entre un profesional de la asistencia y un individuo o grupo de pacientes. Funcionando desde una plataforma que incluye supuestos básicos sobre la naturaleza humana y el proceso de desarrollo psicológico, el psicoterapeuta trabaja con el paciente para crear una alianza segura, estable y cariñosa en la cual y desde la cual el paciente puede explorar -a menudo por medio de rituales estandarizados- formas pasadas, presentes y posibles de experimentar a sí mismo, al mundo y a sus relaciones dinámicas"*

La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (1992), establece que se entenderá por psicoterapia todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física, y psíquica; la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. Comprende las actuaciones en todos los niveles de edad de las personas, desde los niños y niñas más pequeños hasta las personas de edad más avanzada. El término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como se puede observar por las definiciones antes planteadas, su campo de acción dentro de la psicología es muy amplio e incluye al ser humano en todo su ciclo vital y aborda aspectos no solo relacionados con el aspecto psíquico, sino también físico, emocional y conductual, es por ello que partiendo de éstas definiciones se planteen a continuación los principales elementos de la misma.

1.4.1. Principales elementos de la Psicoterapia.

a) El paciente.

En un sentido operativo, el paciente en psicoterapia es la persona que acude a los servicios psicoterapéuticos. Todas las personas que acuden a psicoterapia tienen en común que experimentan algún tipo de dificultad, malestar o trastorno, que es lo suficientemente importante en sus vidas como para provocar un deseo consciente de cambio. Por lo general, antes de acudir a un psicoterapeuta, los individuos han intentado solucionar sus dificultades recurriendo a otras fuentes, tales como amigos, médicos, sacerdotes, etc.

Habitualmente, los pacientes expresan conflictos con otras personas y síntomas, tales como ansiedad, desesperanza, incomunicación con su compañero/a, conducta de evitación, insomnio, ideas obsesivas, amnesia, sentimientos de hostilidad, jaquecas, pérdida de apetito, falta de concentración, etc. Resulta común que estos sentimientos se expresen como algo "extraño a sí mismos", desconocido y que no pueden controlar; en consecuencia, es frecuente que los pacientes acudan a la terapia con expectativas poco realistas, es decir, buscando que el terapeuta les dé "la solución" a sus problemas del mismo modo que el médico les receta una pastilla para su catarro. En este sentido es importante tener en cuenta que "el proceso de la terapia se diseña no para cambiar a los pacientes sino para ayudar a los pacientes a que se cambien a sí mismos". (Strupp y Butler, 1990).

Resumiendo, el paciente o usuario de los servicios psicoterapéuticos, desde el punto de vista práctico, es cualquier persona que siente la necesidad de realizar cambios en su forma de relacionarse consigo mismo y con el mundo; cambios que no puede realizar por sí mismo, ni recurriendo a las fuentes naturales de ayuda existentes en la comunidad, y que requieren la ayuda de una persona especialmente preparada.

Sin embargo, existen muchos casos en los que la persona que solicita la psicoterapia no es la que sufre el síntoma, y otros en los que no se acude a psicoterapia por decisión e iniciativa propia sino por indicación o mandato de otros.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estos casos abarcan un amplio rango de acción, desde niños, menores de edad o incapacitados hasta la psicoterapia en contextos judiciales, pasando por las instituciones cerradas de salud mental. Por otro lado, la figura del paciente no se refiere únicamente a un individuo concreto sino que puede incluir también a una pareja, una familia, o un grupo.

b) El psicoterapeuta.

La pregunta sobre quienes son los que practican la psicoterapia en la actualidad puede plantearse, de dos formas distintas. **1)** Bajo la perspectiva de los requisitos formales requeridos para ser socialmente autorizado como psicoterapeuta. **2)** Desde el punto de vista de las características personales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta, área sobre la que existe en la actualidad un incipiente cuerpo de datos empíricos.

Con relación a los requisitos formales, conviene tener presente que, aunque el rol social del psicoterapeuta es muy antiguo, la profesión de psicoterapeuta es muy reciente. El papel de psicoterapeuta se ha ejercido tradicionalmente en el marco de la medicina, la pedagogía, la asistencia social y la religión. La psicoterapia comparte aspectos importantes con las profesiones antes mencionadas, sin embargo no puede identificarse correctamente con ninguna de ellas. La psicoterapia tiende en la actualidad a consolidarse como una profesión autónoma. Esta consolidación lleva consigo el problema de la formación del psicoterapeuta. Para poder desempeñar su labor, los psicoterapeutas necesitan poseer conocimientos específicos sobre los procesos del aprendizaje, la dinámica de la personalidad, los procedimientos y técnicas de evaluación psicológica, la psicopatología, así como, los principios de interacción social, los procesos cognoscitivos y emocionales, el desarrollo durante el ciclo vital, entre otros.

Con relación a las características personales de los que practican la psicoterapia, Guy J.D. (1987) ha realizado una interesante sistematización de la investigación sobre las características personales asociadas con la elección de profesión de psicoterapeuta. Este autor ha distinguido entre motivaciones funcionales, es decir, las que resulta beneficiosas para el ejercicio de la profesión, y motivaciones disfuncionales, que son las que pueden minar la eficacia psicoterapéutica y reducir la satisfacción profesional. Ambos tipos de rasgos se describen a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 1.

Motivaciones asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta.

| Funcionales | Disfuncionales |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Interés natural por la gente. • Curiosidad sobre sí mismo y los demás. • Capacidad de escuchar. • Empatía y comprensión. • Discernimiento emocional. • Capacidad introspectiva. • Capacidad de autonegación. • Tolerancia a la frustración. • Capacidad de cariño. • Tolerancia a la intimidación. • Confortable con el poder. • Sentido del humor. • Capacidad de reír. | <ul style="list-style-type: none"> • Aflicción emocional. • Manejo vicario (ayudar a otros a superar lo que el mismo no ha hecho) • Soledad y aislamiento. • Deseo de poder. • Necesidad de amor. • Rebelión vicaria (expresar necesidades de rebelarse contra la autoridad) |

Para facilitar y consolidar la formación de psicoterapeutas es saber, qué características y habilidades del terapeuta están asociadas con el proceso y el resultado de la psicoterapia. En el marco de la escuela de Rogers, la investigación empírica de las psicoterapias llegó a sostener que la implantación eficaz de las técnicas específicas debe descansar en las cualidades personales del terapeuta (Truax y Carkhuff, 1967).

En la actualidad, el avance de la investigación ha permitido "manualizar" algunos de los modelos terapéuticos, como el conductual, de forma tal que el nivel de competencia en la aplicación de técnicas ha podido aislarse como una variable del terapeuta que ha mostrado tener una relación positiva con variables de éxito terapéutico (Beutler, Crago y Arizmendi, 1986). Y el nivel de competencia no depende tanto de las cualidades personales del psicoterapeuta, como de su formación y práctica en el manejo de las técnicas psicoterapéuticas.

En resumen, la característica más relevante del papel del terapeuta es que intenta ayudar al paciente. En un sentido general, independientemente de su orientación, es obvio que el terapeuta tiene que (a) formular alguna hipótesis acerca del problema del paciente y (b) tomar decisiones acerca de qué hay que hacer primero y qué hay que hacer después. Y tanto para (a) como para (b), el terapeuta necesita funcionar a partir de algún modelo terapéutico.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

c) La relación terapéutica.

La relación entre terapeuta y paciente es uno de los elementos distintivos esenciales de toda psicoterapia. Aunque existen muchos tipos de relación que pueden resultar de ayuda, como una charla con un amigo, un familiar, etc., el tipo de relación que se crea entre terapeuta y paciente es distinta. La diferencia esencial reside en que se trata de una relación profesional:

- 1) El terapeuta se interesa genuinamente por el paciente, pero no forma parte de sus relaciones interpersonales cotidianas.
- 2) La relación terapéutica es asimétrica, se inicia a partir de la demanda del paciente y se centra en sus necesidades.
- 3) Al terapeuta se le retribuye por su trabajo. Este aspecto es importante, porque la concentración y atención en la persona del paciente no debe suponer una actitud abnegada, sacrificada y altruista por parte del terapeuta. Esta podría generar en el paciente un sentimiento de deuda contrario a la salud mental que espera obtener con la psicoterapia.

Asimismo, al ser una relación profesional, la relación terapéutica requiere una estructuración específica. Tradicionalmente, se ha utilizado la noción de *encuadre* terapéutico para hacer referencia al conjunto de reglas fijadas por el terapeuta para hacer viable la psicoterapia. Estas incluyen los honorarios (en el contexto privado), la duración y frecuencia de las sesiones, el lugar donde se realizan, las vacaciones, así como cualquier otro detalle que afecte al desarrollo de la psicoterapia. También conviene indicar que existe un consenso generalizado en recomendar que terapeuta y paciente no mantengan ningún otro tipo de relación, ya sea comercial, profesional o personal, fuera de las sesiones terapéuticas. Así, a menudo resulta desaconsejable que el terapeuta acepte como paciente a un familiar, a un amigo o un conocido, con quien mantiene una relación previa.

d) El proceso terapéutico.

Guillem Fexias (1993) se refiere al proceso terapéutico como un conjunto de procesos psicosociales que tienen lugar desde el inicio al fin de la psicoterapia. La concepción del proceso terapéutico depende, en gran medida, del modelo psicoterapéutico que se adopte. No obstante, existen algunos planteamientos que abarcan el proceso psicoterapéutico en general, es decir, independientemente de un modelo terapéutico específico.

1.5. Diferentes modelos psicoterapéuticos.

a) La **terapia de la conducta** parte de la idea de que la mayor parte de la conducta (incluida la inadaptada) es aprendida y de que los principios descritos por las teorías del aprendizaje pueden utilizarse en la práctica clínica. Así pues, en lugar de investigar sobre posibles conflictos subyacentes los terapeutas de conducta centran el tratamiento en el cambio de la conducta observable en sí misma. Para ello, desarrollan una metodología de diagnóstico en las contingencias y parámetros que mantienen la conducta inadaptada en el presente. Además, los terapeutas de conducta conciben la terapia como una empresa empírica a la que hay que aplicar el rigor y los procedimientos experimentales de la investigación científica. Estos principios han convertido a la modificación de conducta en una orientación "revolucionaria" en la conceptualización de los problemas psicológicos y su tratamiento, que ha contribuido decisivamente a la génesis de una psicoterapia científica.

b) La **psicología humanista**, a pesar de contar con algunas aportaciones previas y de un cierto periodo de incubación en los años cincuenta, se consolida a principios de los sesenta. Nacido como movimiento filosófico y social, más que como enfoque terapéutico aglutina de forma asistemática una serie de pensadores (Buhler, Bugental, Maslow, May, Murphy, Rogers, van Kaam, etc.) y técnicas promotoras de la autorrealización (terapia centrada en el paciente, guesáltica, análisis transaccional, etc.) que se autodenominan "tercera fuerza" (Maslow, 1962). Sin embargo, la psicología humanista nunca ha pretendido convertirse en un nuevo paradigma sino que se trata más bien de "una nueva filosofía de vida, una nueva concepción del hombre" (Maslow, 1962). A pesar de la influencia de algunos emigrantes europeos, la psicología humanista es un fenómeno genuinamente americano que contribuyó al movimiento contracultural de los sesenta, y sólo más tarde llegó a Europa.

Su contribución fundamental a la psicoterapéutica ha sido un conjunto de prácticas y técnicas, en muchos casos con pobre base teórica, que, aunque desligadas, pretende, a partir de una diversidad de imaginativos procedimientos, procurar la autorrealización y el desarrollo del potencial humano. Por otro lado, al promover el trabajo grupal, han contribuido a la difusión de la psicoterapia en amplias capas de la población, incluso entre aquellas personas consideradas "sanas".

c) De forma totalmente independiente del movimiento humanista, pero también en los años cincuenta y sesenta, se desarrolla un enfoque que supone un salto cualitativamente distinto de los anteriores. El **modelo sistémico** se caracteriza por su especial protagonismo en la terapia familiar, modalidad con la que a menudo se identifica, y por la adopción de la teoría general de sistemas y la cibernética como marco orientador de su práctica y conceptualización clínica. En efecto, a partir del estudio de la comunicación en los esquizofrénicos (Bateson, Jackson, Haley y Weakalndo, 1956) y de otros estudios convergentes, se llegó a la formulación de la familia, entendida como sistema abierto, como núcleo de conceptualización y tratamiento.

El salto cualitativo lo constituye el hecho de que deja de atribuir los problemas humanos y psicopatológicos al portador del síntoma, para considerarlos como una expresión de una determinada estructura del sistema familiar y de su **funcionamiento cibernético**¹. El modelo sistémico ha tenido trascendencia histórica, y la prueba está en que el movimiento no ha hecho más que consolidarse y ganar adeptos (Feixas, 1993).

d) Durante la década de los años sesenta y setenta aparecen los **modelos cognoscitivos** en psicoterapia, en parte debido a la propia evolución de las teorías del aprendizaje y a la terapia de la conducta, pero principalmente como movimiento autónomo. Las terapias cognoscitivas se desarrollaron de la mano de Albert Ellis (1962), Aaron Beck (1967), Mahoney (1974), y Meichenbaum (1977), entre otros, junto con la recuperación de la perspectiva de los constructos personales de Kelly (1955). Coincidiendo con el predominio del enfoque cognoscitivo en la psicología académica, tienen un impacto muy significativo en la escena psicoterapéutica contemporánea. Varios son los factores que han contribuido a este auge.

Por otro lado, durante las tres últimas décadas se ha producido una "cognitivización" de la psicoterapia, hasta el punto de que, apenas resulta concebible algún tipo de psicoterapia en la actualidad, independientemente de su escuela de adscripción, que no postule de forma directa o indirecta alguna modalidad de cambio cognoscitivo.

Aunque muchos son los enfoques que han aparecido en los últimos años, el modelo cognoscitivo ha adquirido en poco tiempo un protagonismo muy destacable en el contexto de las psicoterapias. Las terapias cognitivas no sólo surgieron de pensadores independientes (Beck, Ellis, Kelly), sino que convergieron con una particular orientación de la terapia conductual: el enfoque denominado cognoscitivo-conductual.

¹ Revisar modelo cibernético de Bateson (1972), en el que se puede apreciar como los grupos sociales se unen o se separan y continúan tendiendo o no validez.

Cabe destacar el interés por la investigación y la verificación empírica de estas terapias. Tal vocación investigadora se refleja en el gran número de estudios empíricos realizados comparable, a pesar de su juventud, al de enfoques terapéuticos ya clásicos (p.e. conductismo y psicoanálisis) y muy por encima de otros con más historia (p.e., terapias humanistas).

El rasgo común más destacable que unifica a todos los modelos cognoscitivos reside en la importancia que otorgan a las cogniciones, tanto en la génesis de los trastornos psicopatológicos como en el proceso de cambio terapéutico. El término "cognición" se utiliza aquí en un sentido amplio que incluye ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etc. En este sentido amplio, este término no hace referencia únicamente a un proceso intelectual sino a patrones complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas.

Otro rasgo importante es el énfasis en el método científico, que está presente no sólo en la investigación sobre los procesos y resultados terapéuticos, sino también en los mismos modelos teóricos propuestos en psicopatología y psicoterapia. Por último, su alto nivel de sistematización constituye otro rasgo destacable que es compartido por la mayor parte de las terapias cognoscitivas y que han contribuido en gran medida a acercar la investigación psicoterapéutica a la psicología científica (Feixas, 1993).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. PSICOTERAPIA COGNOSCITIVO CONDUCTUAL.

La psicoterapia cognoscitivo-conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognoscitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas (Brewin, 1996)

Hoy día constituye una de las opciones más potentes a la hora de intervenir psicológicamente sobre numerosos trastornos mentales. Algunas terapias están suficientemente contrastadas con respecto a su eficacia en determinados problemas (p.e. la reestructuración cognoscitiva en algunos tipos de depresión), haciendo que difícilmente se cuestionen los beneficios que proporciona a los pacientes que sufren esos trastornos. En otros casos (p.e. obsesiones, fobia social, juego patológico, etc.), el potencial de este tipo de terapias parece claro, aunque los próximos años serán decisivos para establecer o desechar tratamientos específicos cognoscitivo-conductuales para problemas concretos. (Caballo, 1997)

La Terapia Racional Emotivo - Conductual (TREC) fue la primera terapia cognoscitivo-conductual en desarrollarse y, después de más de cuarenta años de existencia, sus aplicaciones a distintos problemas son numerosas. La TREC se cuestiona por qué las personas crean sus propios problemas y qué se puede hacer al respecto. Ofrece un método científico de pensamiento racional para ayudar a la gente a disminuir sus problemas emocionales y llevar una vida más plena y satisfactoria. Mantiene una filosofía de vida (que constituye un aspecto central de la TREC), de modo que uno de sus principales objetivos es conseguir un profundo cambio filosófico en los individuos que afecte a sus emociones y conductas tanto presentes como futuras. Pero la TREC no sólo hace hincapié en lo filosófico; incluye también una visión humanista del hombre, aceptándolo de forma incondicional, con sus limitaciones, y centrándose especialmente en sus experiencias y valores, incluyendo su potencial de autorrealización. La TREC se esfuerza en que los individuos adquieran filosofías que resalten el interés por uno mismo, la autodirección de su propio comportamiento, la inclinación por lo social, la tolerancia hacia uno mismo y hacia los demás, la aceptación de la incertidumbre, la flexibilidad, el pensamiento científico, el asumir riesgos y un compromiso con estos intereses vitales. La TREC hipotetiza que si los individuos logran adquirir esta perspectiva filosófica raramente se ocasionan a sí mismos problemas emocionales, actuales y futuros. (Lega, Caballo, Ellis, 1998)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Actualmente hay aplicaciones específicas para los trastornos por ansiedad, para la depresión, para la esquizofrenia, para las disfunciones sexuales, para el juego patológico, para los trastornos de personalidad, etc. (Caballo, 1997). Sin embargo, a pesar de su pujanza actual, no siempre fue así; tuvo que ir abriéndose camino entre las técnicas de la terapia de conducta que la fue acogiendo en su seno poco a poco, a veces con más reticencias que satisfacciones. Además aunque, sus aplicaciones han demostrado ser eficaces en numerosos problemas, no están todavía claros los fundamentos que subyacen a la aplicación de las técnicas cognoscitivo-conductuales, en contraste con los principios de la terapia de conducta clásica que provienen de la investigación básica sobre el aprendizaje humano. Sin embargo, los procedimientos y los procesos cognoscitivos para el cambio de conducta constituyen una característica preponderante en la terapia de conducta actual. (Caballo, 1991)

Las terapias cognoscitivo conductuales comparten las siguientes suposiciones (Ingram y Scott, 1990):

- a. Los individuos responden a las representaciones cognoscitivas de los acontecimientos ambientales en vez de a los acontecimientos mismos.
- b. El aprendizaje está mediado cognoscitivamente.
- c. La cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa).
- d. Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse.
- e. La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta.
- f. Tanto los procedimientos cognoscitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones.

Algunas de las principales características de la terapia cognoscitivo conductual serían las siguientes:

- Las variables cognoscitivas constituyen importantes mecanismos causales.
- Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognoscitivos.
- Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognoscitivas.
- Se emplean estrategias conductuales y cognoscitivas en el intento de modificar las cogniciones.
- Se pone un notable énfasis en la verificación empírica.
- La terapia es de duración breve.
- La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente.
- Los terapeutas cognoscitivo conductuales son directivos.

Los psicólogos clínicos cognoscitivo conductuales creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognoscitivo; este último se origina a través de una serie de posibles intervenciones, incluyendo la práctica de

nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de una diálogo con uno mismo más adaptativo (Brewin, 1996).

La posición cognoscitivo conductual plantea que la cognición se entiende mejor en términos de **estructuras cognoscitivas** (la organización interna de la información; p.e. memoria a corto y largo plazo, almacenamiento sensorial, etc.) de **contenido cognoscitivo** (el contenido real que se almacena; p.e. conocimiento semántico, información generada internamente, creencias almacenadas, etc.) y de los **productos cognoscitivos** (los resultados de la manipulación del sistema cognoscitivo; p.e. atribuciones, imágenes, creencias a las que se ha accedido, decisiones, pensamientos, etc.). Las estructuras y el contenido suelen denominarse conjuntamente "esquemas". Las **deficiencias cognoscitivas** (p.e. deficiencias en el procesamiento de la información, como el déficit en la solución de problemas interpersonales) y las **distorsiones cognoscitivas** (p.e. percepciones erróneas del ambiente) servirían para explicar el funcionamiento desadaptativo del individuo.

Brewin (1996) indica que se puede distinguir entre cogniciones que son relativamente accesibles a la conciencia como los **pensamientos automáticos**, y las denominadas cogniciones más profundas, que son menos accesibles, como los "esquemas", suposiciones subyacentes o ideas irracionales nucleares (algo sobre lo que están de acuerdo teóricos como Beck *et al* 1979; Ellis, 1962; y Meichenbaum, 1977) Los **esquemas** son reglas generales, inflexibles, o suposiciones silenciosas (creencias, actitudes, conceptos) que:

1. Se desarrollan como conceptos duraderos a partir de experiencias tempranas pasadas.
2. Forman la base para seleccionar, discriminar, sopesar y codificar los estímulos.
3. Forman la base para la categorización, evaluación de experiencias y para hacer juicios y distorsionar las situaciones reales.

Los filtros perceptivos del individuo, las visiones de uno mismo, de los demás y del mundo, y los factores que constituyen los fundamentos para evaluar y juzgar, se basan todos en esquemas. Estos cumplen las funciones de comparar nuevos objetos o situaciones con el conocimiento anterior que ya se posee (almacenado) y dirigir la búsqueda de más información cuando no encaja con ese conocimiento.

Las terapias cognoscitivo-conductuales incorporan procedimientos conductuales y cognoscitivos en su aplicación a los distintos problemas. Se han propuesto tres clases principales de terapias cognoscitivo-conductuales (Mahoney y Arnkoff, 1978).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Los métodos de **reestructuración cognoscitiva**, que suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamiento más adaptativos.
2. Las terapias de **habilidades de afrontamiento**, que tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente a afrontar una serie de situaciones estresantes.
3. Las terapias de **solución de problemas**, que constituyen una combinación de los dos tipos anteriores y que se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar de solucionar un amplio rango de problemas personales, insistiendo en la importancia de una activa colaboración entre el paciente y el terapeuta.

Tabla 2.

Algunas de las terapias cognoscitivo-conductuales más conocidas (Lega, 1997).

| Año de la primera publicación. | Nombre de la terapia. | Autor(es) | Tipo de terapia. |
|--------------------------------|--|-----------------------|------------------|
| 1958 | Terapia Racional Emotiva Conductual. | Albert Ellis | RC |
| 1963 | Terapia Cognoscitiva. | Aaron Beck | RC |
| 1971 | Entrenamiento autoinstrucciones. en | Meichenbaum | RC |
| 1971 | Entrenamiento en el manejo de la ansiedad. | Suinn y Richardson | HA |
| 1971 | Terapia de solución de problemas. | D'Zurilla y Goldfried | SP |
| 1971 | Terapia de solución de problemas. | Spivack y Shure. | SP |
| 1973 | Entrenamiento en inoculación de estrés. | Meichenbaum | HA |
| 1974 | Reestructuración racional cognoscitiva | Goldfried | HA |
| 1975 | Terapia de conducta racional. | Maultsby | RC |
| 1977 | Terapia de autocontrol. | Rehm | RC |
| 1983 | Terapia cognoscitivo estructural. | Guidano y Liotti | SP |
| 1983 | Terapia de valoración cognoscitiva. | Wessler y Hankin- | RC |
| 1986 | Terapia cognoscitiva centrada en los esquemas. | Wessler. Young | RC |
| 1990 | | | RC |

Nota: RC = Terapias de reestructuración cognoscitiva; HA = Terapias de habilidades de afrontamiento; SP = Terapias de solución de problemas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1. Aspectos teóricos generales de la Terapia Racional Emotivo-Conductual.

La *Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC)* fue formulada inicialmente por Albert Ellis durante el Congreso de la *American Psychological Association* en Chicago, Estados Unidos, en 1965 bajo el nombre de *terapia racional*.

La TREC se basa en la idea de que tanto la emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad (Ellis, 1962). Por esta razón, la meta primordial de la TREC es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos "irracionales" o disfuncionales y ayudarle a reemplazar dichos pensamientos por otros más "racionales" o eficientes, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como ser feliz, establecer relaciones con otras personas, etc. (Ellis y Becker, 1982). La TREC examina, además de las inferencias sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general, la filosofía básica del individuo, en la cual se basan estas inferencias (Ellis y Dryden, 1987).

El modelo ABC para la TREC es publicado por primera vez en 1958 y ampliado en 1984, como respuesta a una creciente necesidad de mayor elaboración y de una delineación más precisa de dicho modelo. En la formulación de la TREC han intervenido factores teóricos provenientes del amplio bagaje filosófico de su autor el cual ha hecho su última revisión en 1994 (Ellis, 1994).

2.1.1. Descripción del modelo terapéutico.

El marco filosófico general de la TREC, como ya se había mencionado, se basa primordialmente en la premisa estoica de que "la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de estas situaciones" (Epicteto siglo I d.C.). Por consiguiente, el modelo ABC utilizado por la TREC para explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos, tiene como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general (Ellis, 1975). Si estas interpretaciones o creencias son ilógicas, poco empíricas y dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo, reciben el nombre de "irracionales". Esto no significa que la persona no razona, sino que razona mal, ya que llega a conclusiones erróneas. Si, por el contrario, las interpretaciones o inferencias del individuo están basadas en datos empíricos y en una secuencia científica y lógica entre premisas y conclusiones, sus creencias son racionales, ya que el razonamiento es correcto y la filosofía básica de esa persona es funcional (Ellis, 1982; Ellis y Becker, 1982).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La TREC supone que existen dos tendencias básicas, en el ser humano: una de ellas es la facilidad con que las personas, no importan lo racionalmente que hayan sido educadas, a menudo tienden a polarizar rápidamente sus deseos personales o sociales hasta exigencias rígidas y absolutistas. La otra es que las personas tienen el potencial para desarrollar la habilidad de identificar, cuestionar o debatir y cambiar dichas exigencias, si así lo desean.

Por esta razón, este modelo terapéutico hace responsable al paciente de su forma de pensar, sentir y comportarse, y no a su pasado o a otras personas. Vale la pena mencionar que no es que se pase por alto la importancia del medio ambiente en el aprendizaje, ni que se cuestione su influencia en la adquisición de ideas y emociones inapropiadas. Sin embargo, se rechaza el concepto de que, debido a su pasado, la persona está condenada a pensar, actuar y sentir de manera irracional, sin que tenga ningún control sobre ello, ni la esperanza de poder modificarlo por un largo período de tiempo. El cambio y la velocidad con la que ocurra depende, en su mayoría, del trabajo y esfuerzo del paciente.

Examinemos el siguiente ejemplo: "¡Eso me irrita!", "¡El/ella me saca de quicio!" son frases comunes. Sin embargo, tiene muy poca validez lógica y empírica. Es el individuo quien se irrita a sí mismo como consecuencia de su forma de interpretar la conducta de la otra persona como: 1) ofensiva, 2) capaz de comprometer la sensación de bienestar propio, 3) amenazante, 4) prueba de la poca calidad humana de quien actúa así, etc. No sería ése el caso, si la misma persona hubiese pensado que el otro: 1) está loco 2) tiene derecho a su propia opinión 3) puede actuar de forma estúpida sin que eso quiera decir que es estúpido y despreciable, etc. Probablemente hubiese sentido desagrado e irritación, pero no ira. A corto plazo, el pensar irracionalmente tendría la ventaja de colocar la responsabilidad de encuentros desagradables en el otro. Sin embargo, a largo plazo podría llevar a sentimientos de desesperanza y depresión, como consecuencia de verse a uno mismo incapaz de ejercer ningún control sobre su propia vida.

Existe la falsa creencia de que la TREC entrena a los pacientes para que reaccionen casi como "robots" racionales, los cuales no sienten mucho ni experimentan emociones muy fuertes. Existe también el error de creer que las personas "sanas" no sienten emociones negativas, pues éstas serían inapropiadas e irracionales. Ambas ideas son erróneas. No hay nada malo en ser "emocional", si se es consciente de que es uno mismo quien tiene la responsabilidad sobre sus propios sentimientos, o en experimentar emociones negativas apropiadas y funcionales, como la tristeza o el disgusto ante algún contratiempo, pues pueden servir como factores que motiven al individuo a afrontar y tratar de solucionar las situaciones problemáticas. Por lo general, las emociones negativas apropiadas y racionales no llevan a las personas a destruirse o herirse a sí mismas o a otros individuos, están relacionadas con pérdidas reales, suelen ayudar al individuo a actuar mejor en el futuro, y se derivan de preferencias en lugar de exigencias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las emociones inapropiadas, por el contrario, son exageradas y desproporcionadas al acontecimiento en el que ocurren, dificultan la actuación de la persona, ya que ésta se da por vencida o actúa de forma destructiva, y son producto de exigencias absolutistas y rígidas.

El modelo ABC se considera dentro de la TREC como un amplio marco de referencia donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes. El modelo ABC de la TREC funciona de la siguiente manera:

El *acontecimiento activante* o "A" es interpretado por el individuo, quien desarrolla una serie de *creencias* (Beliefs) "B" sobre el mismo. A partir de esas creencias se desarrolla la "C" o *consecuencias*, que resultaría de la interpretación (o creencias) que el individuo hace de "A". Las consecuencias pueden ser "emocionales", (Ce), y/o conductuales (Cc). Si las creencias son funcionales, lógicas y empíricas, se consideran "racionales" (rB). Si por el contrario, dificultan el funcionamiento eficaz del individuo, son "irracionales", (iB). Según el ABC, el método principal para reemplazar una creencia irracional (iB) por una racional (rB) se denomina *refutación*, *cuestionamiento* o *debate*. (D) y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana, método por medio del cual se cuestionan hipótesis y teorías para determinar su validez.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

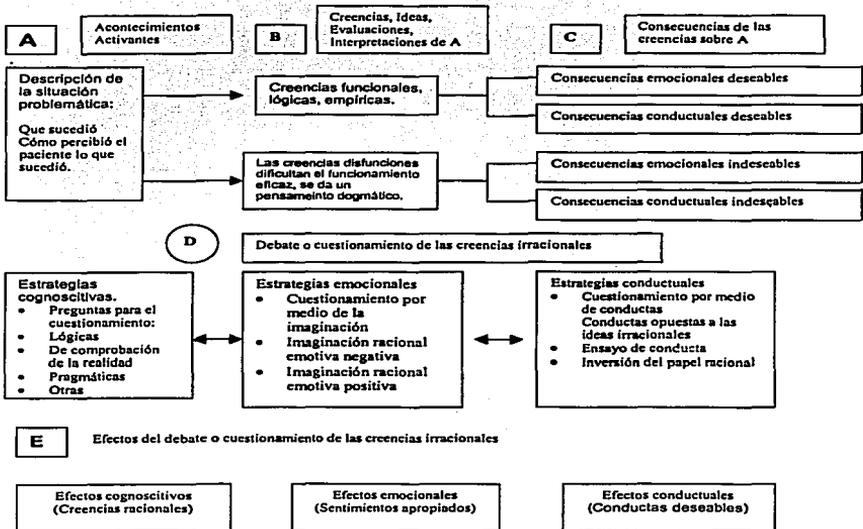


Figura 1. Diagrama del modelo del ABCDE de la TREC

De "Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual", por L. Lega, V. Caballo y A. Ellis, 1997, Siglo Veintiuno Editores, 23 p.

Un aspecto singular de la TREC es que no sólo en la estructura **ABC** de la perturbación emocional, sino también en la capacidad del/a paciente para perturbarse por encontrarse perturbado (perturbación secundaria). Las emociones o conductas que se clasificarían en el apartado **C** a menudo se convierten en nuevas **A**. Básicamente, los pacientes se observan a sí mismos comportándose de forma incompetente y entonces se "degrada" por su ineptitud. En la siguiente figura se muestra gráficamente este proceso:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

41

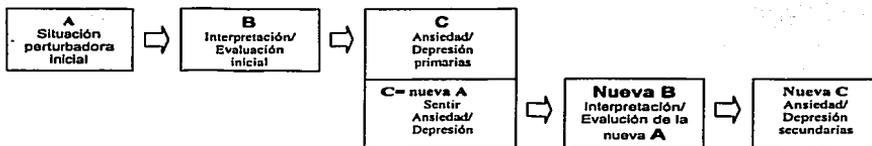


Figura 2. Modelo TREC de la C que se convierte en A.

De "Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual", por L. Lega, V. Caballo y A. Ellis, 1997, Siglo Veintiuno Editores, 23 p.

Como se puede ver en la figura el acontecimiento inicial (A) es interpretado/evaluado en un primer momento (B), lo que conduce a una serie de consecuencias que, por poner un ejemplo, podría ser la ansiedad o la depresión (C). El sentir ansiedad o depresión constituye un nuevo acontecimiento activante (nueva A) interpretado o evaluado por el sujeto (nueva B), lo que produce nuevas consecuencias (nueva C) bajo la forma, siguiendo el ejemplo propuesto, de más ansiedad o más depresión. Es frecuente observar cómo los pacientes se ponen ansiosos ante sus ataques de ansiedad, o se deprimen por estar deprimidos, o se enfadan por tener ataques de ira. Es decir, se causan problemas por tener problemas. La TREC se refiere a ellos como "problemas emocionales secundarios". Con frecuencia es importante abordar en primer lugar estos síntomas secundarios con el fin de poder trabajar más eficazmente con el modelo ABC.

2.1.2. Modelo ABC de la TREC.

- Los acontecimientos activantes o las A.

Cuando los pacientes describen un acontecimiento perturbador en sus vidas, el terapeuta puede pensar que dicho acontecimiento contiene tres elementos:

1. Qué sucedió.
2. Cómo percibió el paciente lo que sucedió.
3. Cómo evaluó el paciente lo que sucedió.

Los primeros dos aspectos son aspectos de la A, (acontecimiento activante); el último se refiere al sistema de creencias del paciente. La TREC hace una distinción entre la realidad objetiva y la realidad percibida. La **realidad percibida** es la realidad conforme la describen los pacientes y como

supuestamente creen que es. La **realidad confirmable** se refiere al consenso social de lo que sucedió. Si fuera posible que muchos observadores hubieran sido testigos del mismo acontecimiento y si lo describieran de la misma forma, entonces hubiéramos obtenido una realidad confirmable. Otra distinción que hace la TREC es entre dos tipos de cogniciones. La realidad percibida conlleva las **cogniciones descriptivas** de los pacientes sobre lo que perciben del mundo. Las creencias racionales e irracionales son **cogniciones evaluativas** sobre descripciones de la realidad. La gente utiliza el término "creencia" o "creer" para referirse tanto a cogniciones descriptivas como a cogniciones inferenciales y a cogniciones evaluativas. Por ejemplo, "Creo que Elena está evitando mirarme" (creencia descriptiva), "Creo que Elena no me mira porque está molesta conmigo" (creencia inferencial), "Es terrible que Elena esté molesta conmigo" (creencias evaluativa). Cuando emplea el término "creencia", la TREC suele referirse a las cogniciones evaluativas, es decir, a creencias racionales e irracionales. Una cuestión a señalar es que la percepción por parte del paciente del acontecimiento activante no causa por sí misma reacciones emocionales molestas. Son las creencias evaluativas irracionales las que producen los problemas emocionales.

Los pacientes normalmente acuden a terapia porque tiene algún tipo de problema (C) y creen que esto se debe a algún acontecimiento (A). Generalmente los pacientes tienen pocas dificultades para describir A y a menudo quieren pasar mucho tiempo compartiendo los detalles del acontecimiento con el terapeuta. Sin embargo, no es necesario detallar con precisión A puesto que el centro de atención de la terapia se encontrará en B, el sistema de creencias ("Beliefs"). Además, las A históricas no pueden cambiarse nunca; sólo las evaluaciones del/a paciente sobre ellas se encuentra disponibles para discusión.

- **Las consecuencias o las C.**

Los pacientes acuden normalmente a terapia porque se siente mal, porque tienen problemas emocionales. Los pacientes no llegan a terapia para hablar o para librarse de sus irracionalidades. Es la C, la Consecuencia emocional, lo que habitualmente hace que los pacientes acudan al terapeuta. Hay pacientes que pueden explicar claramente sus emociones sobre ciertos Acontecimientos activantes. De hecho, no es raro que los pacientes empiecen las sesiones describiendo sus sentimientos. Si el paciente no expresa sus emociones, entonces el terapeuta de la TREC hará preguntas. Así, después de que el paciente ha descrito el acontecimiento activante, el terapeuta preguntará normalmente, "¿y cómo se siente?". Hay también varias maneras de inferir la presencia de ciertos estados emocionales:

1. Empleando señales del comportamiento del paciente.
2. Entendiendo las consecuencias emocionales típicas de las situaciones frecuentes de la vida real.
3. Por medio de la deducción a partir de la teoría racional emotivo-conductual, de modo que si se conoce el sistema de creencias del paciente se puede inferir una emoción específica.

No obstante, hay que indicar que no todas las emociones son inapropiadas o constituyen objetivos para el cambio. La teoría de la TREC no dice que las emociones sean indeseables; de hecho, son parte de la salsa de la vida. La distinción que el terapeuta de la TREC hace es entre emociones que sirven de ayuda y aquellas que son dañinas. Una emoción dañina obstaculiza la capacidad de los pacientes en su intento de alcanzar sus objetivos, de disfrutar, y puede tener como resultado un comportamiento autodegradante. Igualmente, algunas emociones son dañinas fisiológicamente —como la ansiedad, que puede producir trastornos psicósomáticos. De este modo, aunque es muy apropiado que un paciente se sienta triste cuando tiene una pérdida, si la tristeza se prolonga mucho es muy debilitante, entonces se convierte en un objetivo potencial para la intervención terapéutica. En un momento determinado diríamos que es más que una emoción negativa, es decir, es una emoción negativa perturbadora.

Aunque la distinción entre las emociones perturbadoras y no perturbadoras es uno de los aspectos más útiles de la teoría de la TREC, es también uno de los más problemáticos debido a la dificultad para establecer una definición operacional de estos términos. Pero incluso así, la distinción entre las perturbadoras y no perturbadoras puede servir para plantear un objetivo claro de la terapia: transformar el sufrimiento en emociones que, aunque negativas, sea apropiadas y adaptativas.

Algunas palabras que definen emociones apropiadas y perturbadoras son las siguientes:

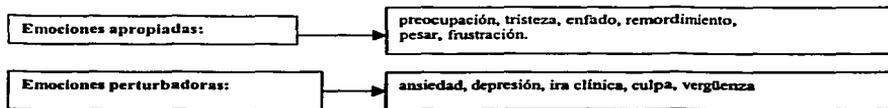


Figura 3. Modelo de las emociones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una vez que los pacientes han reconocido e identificado correctamente la emoción perturbadora, tienen que tomar una decisión: ¿quieren seguir manteniendo o quieren cambiar esta emoción? Los pacientes pueden decidir, al menos durante algunos días, permanecer perturbados en vez de realizar el duro trabajo de cuestionamiento que pide la TREC. Pueden decir: "Así soy yo y no puedo cambiar" o "Me es más recompensante (o fácil) estar perturbado". Una vez que se han identificado estas hipótesis puede cuestionarse quizás pidiendo a los pacientes que realicen un experimento que les permita comprobar su impresión: "¿Es verdad que no puedes cambiar o que es más fácil estar perturbado?". Lo que hay que recordar es que puede haber muchas razones por las que el paciente es reacio a cambiar C. Si no quiere cambiar C, no puede tener lugar la TREC.

• Las Creencias o las B.

Hay dos clases de sistemas de creencias, creencias racionales (rB) y creencias irracionales (iB). Ambas son evaluaciones de la realidad, no descripciones o predicciones de ella. La gente es capaz de tener ambos tipos de pensamientos al mismo tiempo. Una tarea de la terapia es ayudar a los pacientes a discriminar entre rBs e iBs y pedirles que cuestionen sus iBs y las reemplacen por filosofías más racionales. ¿Cómo se diferencian los pensamientos racionales de los irracionales? Podemos decir que algunas de las características de las creencias irracionales son las siguientes:

- a) Son inconsistentes en su lógica.
- b) Son inconsistentes con la realidad empírica.
- c) Son absolutistas y dogmáticas.
- d) Producen emociones perturbadoras.
- e) No nos ayudan a conseguir nuestros objetivos.

2.1.3. Estructura básica de la TREC.

Son varios los factores principales que parecen "causar" la perturbación emocional, los cuales, a menudo, se incluyen parcialmente uno en el otro o reciben rótulos diferentes, dependiendo del modelo teórico que se utilice para describirlos. Podemos hablar de tres niveles básicos de conciencia cognoscitiva, que son importantes para comprender los problemas de los pacientes. Algunos de los niveles son más difíciles de recuperar y modificar que otros. Los más cercanos a la conciencia son los pensamientos o fragmentos de pensamiento a los que Beck (1976) se ha referido como *pensamientos automáticos*. Se encuentran en el flujo de nuestra conciencia y los pacientes pueden informar fácilmente de estos pensamientos después de un momento de reflexión. El tipo de preguntas que más frecuentemente enfoca la atención de los pacientes hacia esos pensamientos es: ¿Qué se está diciendo a sí mismo? O ¿Que se dijo a sí mismo cuando sucedió X?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las **inferencias** y las **atribuciones** que hacemos sobre nuestras observaciones y pensamientos automáticos se encuentran en el mismo flujo de conciencia y, de nuevo, pueden descubrirse fácilmente por medio una pregunta directa. El terapeuta puede preguntar, por ejemplo, ¿Qué pensó que significaba? o ¿Qué infirió de eso?.

Las **cogniciones evaluativas**, especialmente las disfuncionales asociadas con la perturbación emocional, normalmente son menos obvias para el paciente, ya que la evaluación a menudo se asume en silencio.

Las **creencias irracionales nucleares** son más difíciles de descubrir; son reglas de vida o filosofías básicas que no nos damos cuenta que están funcionando hasta que son activadas por un cambio, como un acontecimiento vital estresante, un trastorno emocional importante, etc. En la terapia cognoscitivo-conductual estas creencias centrales se conocen como "estructuras subyacentes de creencias" o "esquemas".

De acuerdo con la TREC, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la **evaluación irracional**, poco funcional, que hace el individuo sobre sí mismo, los demás y el mundo que le rodea. Dicha evaluación se conceptualiza a través de **exigencias absolutistas**, de los "debo" y "tengo que" dogmáticos sobre uno mismo, los otros o la vida en general, en vez de concepciones de tipo probabilista o preferencial, en los cuales el sujeto crea expectativas pero no les añade una característica de dogma. Los "debo" y "tengo que" dogmáticos y absolutistas del pensamiento de un individuo sólo sirven para sabotear o dañar sus propósitos y objetivos básicos, ya que generan emociones y conductas que bloquean o dificultan la obtención de los mismos.

La TREC postula que dichos "tengo que/debo" puede agruparse en tres áreas principales, que sería una especie de condensación de las numerosas ideas irracionales propuestas por Ellis en un modelo anterior a la TREC que a continuación se mencionan:

1. Tengo que ser amado/a y aceptado/a pro toda la gente que sea importante para mí.
2. Tengo que ser totalmente competente, adecuado/o y capaz de lograr cualquier cosa o, al menos, ser competente o con talento en algún área importante.
3. Cuando la gente actúa de manera ofensiva e injusta, deben ser culpabilizados y condenados por ello, y ser considerados como individuos viles, malvados e infames.
4. Es tremendo y catastrófico cuando las cosas no van por el camino que a mi me gustaría que fuesen.
5. La desgracia emocional se origina por causas externas y yo tengo poca capacidad para controlar o cambiar mis sentimientos.
6. Si algo parece peligroso o temible, tengo que estar preocupado por ello y sentirme ansioso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. Es más fácil afrontar ciertas dificultades y responsabilidades de la vida que emprender formas más reforzantes de autodisciplina.
8. Las personas y las cosas deberían funcionar mejor y si no encuentro soluciones perfectas a las duras realidades de la vida tengo que considerarlo como terrible y catastrófico.
9. Puedo lograr la felicidad por medio de la inercia y la falta de acción o tratando de disfrutar pasivamente y sin compromiso.

Dichas áreas que podrían condensar la serie de creencias antes mencionadas serían:

- Area 1:** "Tengo que actuar/funcionar muy bien/perfectamente", lo que causa frecuentemente sentimientos de depresión, ansiedad y culpa.
- Area 2:** "Usted debe de tratarme/comportarse conmigo muy bien/perfectamente", lo que genera sentimientos de ira y conductas pasivo agresivas o violentas.
- Area 3:** "Las condiciones generales de mi vida tienen que ser muy buenas/cómodas/fáciles", lo que produce como resultado sentimientos de lástima por uno mismo y problemas de autodisciplina.

De estos "tengo que" / "debo" o exigencias absolutistas y rígidas agrupadas en tres áreas descritas anteriormente se derivan, a su vez, tres conclusiones irracionales nucleares, que son creencias evaluadoras:

1. **Tremendismo.** Es la tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como más de un 100% malo —una conclusión exagerada y mágica que proviene de la creencia "Esto no debería ser tan malo como es".
2. **Baja tolerancia a la frustración o No-puedo-soportar.** Es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y a calificarla como insufrible, ya que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia, si esta situación se presenta, o amenaza como presentarse, en su vida —o deja, o amenaza con dejar, de ocurrir -, según el caso.
3. **Condenación o "Evaluación global de la valía del ser humano".** Es la tendencia a evaluar como "mala" la esencia humana, la valía de uno mismo y/o de los demás, como resultado de la conducta individual. Dicha conducta compromete su valor como personas, como consecuencia de su comportamiento, o sea, de hace algo que no "deben" hacer o de no hacer algo que "deben" hacer. Esta condena también puede aplicarse al mundo, o a la

vida en general, cuando éstos no proporcionan al individuo lo que cree merecer, de manera incuestionable y por encima de cualquier cosa.

Analicemos el siguiente ejemplo: Una persona piensa que "debe/tiene que" actuar correctamente, siempre y en todo lugar y circunstancia, lo que es un pensamiento absolutista y rígido, donde se confunden una preferencia o deseo con una exigencia dogmática y poco realista. De ello se derivan varias posibilidades: "si no actúo perfectamente, no sólo mi habilidad para desempeñar un papel, sino también mi valor como persona, como ser humano, ser ven comprometidos, pues esto prueba que soy un ser inadecuado" (autocondenación), o "sería algo terrible, lo peor que pudiese suceder" (tremendismo), o "no podría soportarlo, nunca podría ser feliz" (baja tolerancia a la frustración). Del pensamiento rígido y absolutista puede generarse también otro tipo de distorsiones cognoscitivas o inferencias como, "si fallé miserablemente esta vez, fallaré el resto de las veces" (sobregeneralización), o "nunca podré cambiar por más esfuerzos que haga" (desesperanza), o "el no fallar es tan importante para mí, que no debo tener fallos y, si se llegase a suceder, sería el peor desastre de mi vida" (conclusión *non-sequitur*).

A menudo, es difícil mantener completamente separados los pensamientos/exigencias absolutistas, las conclusiones irracionales sobre dichas exigencias, y las inferencias y pensamientos automáticos, ya que todos ellos se yuxtaponen de una u otra forma.

2.1.4. Marco de referencia empírico y conceptual.

Desde un punto de vista filosófico, la TREC se remonta a dos corrientes antiguas: la filosofía oriental, con Buda y Confucio, que implícitamente afirma: "Cambia tu actitud y podrás cambiarte a ti mismo" (Lao-Tsu, 1975), y la filosofía griega y romana, con Epicteto, Marco Aurelio y el movimiento estoico en general, quienes resaltaron la importancia de la filosofía individual en el trastorno emocional. Mantiene el postulado de "No nos preocupan las cosas, sin la visión que tenemos de ellas" (Epictetus, 1890), el cual se convirtió en la base de lo que más tarde fue la TREC (Ellis, 1994). Esta recibe, además, influencias de filósofos más recientes, como Kant (1929) y sus escritos sobre la importancia de las ideas, y como Russell (1950), de quienes proviene la idea de utilizar los métodos empíricos de la ciencia y la lógica, y la filosofía del humanismo ético en la práctica de la TREC. Se encuentran también influencias de la semántica general (Korzybski, 1933) y su énfasis en la importancia del lenguaje en la estructuración del pensamiento y los procesos emocionales.

Desde un punto de vista psicológico, varias escuelas contribuyentes al desarrollo de la TREC. Inicialmente hay dos figuras psicoanalíticas importantes: 1) Karen Horney (1950), que identifica el pensamiento dogmático, "la tiranía de los deberes", como elemento central de la perturbación emocional, y 2) Alfred Adler (1927), que se interesa en la relación entre autodevaluación y ansiedad, y en el

uso de un método cognoscitivo-persuasivo (utilizando la enseñanza activo directiva) en el tratamiento psicológico. A ellos se une la influencia de los pioneros del movimiento conductista, como Watson y Rayner (1920), y la utilización de sus técnicas, especialmente en la terapia sexual activo-directiva durante la década de los cincuenta. Durante esta época, la TREC emerge como tal, Ellis (1957) publica un estudio en el que informa de un incremento significativo, con respecto a la terapia psicoanalítica que había practicado hasta entonces, en el número de pacientes que presenta mejoría y una reducción del promedio total de sesiones por paciente de 100 a 35, con la utilización de este nuevo método. También introduce el concepto del pensamiento irracional como base de la perturbación psicológica y define la neurosis como el comportamiento estúpido de una persona inteligente, quien escoge pensar de manera poco funcional.

2.2. Diagnóstico, evaluación e instrumentos de la TREC.

Existen varios tipos de diagnóstico en la TREC. Entre ellos se encuentran el diagnóstico a través de la entrevista clínica y el diagnóstico a través de pruebas estandarizadas.

2.2.1. Diagnóstico por entrevista clínica.

El diagnóstico a través de la entrevista clínica tiene dos componentes primordiales:

1. Asignar una categoría basada en la nomenclatura del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*, elaborado por la *Sociedad Psiquiátrica de Estados Unidos* (American Psychiatric Association, 1994), que es utilizado por un gran número entidades en muchos países y cuya cuarta edición consistente con la última revisión de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10; OMS, 1992).
 2. Asignar un diagnóstico desde la perspectiva de la TREC exclusivamente. Para lo cual se siguen las pautas generales utilizadas por el Instituto de Terapia Racional Emotiva de Nueva York.
- **Directrices para encontrar las creencias.**

Los sistemas de creencias no siempre son fáciles de identificar, ya que la mayoría de nuestros procesos de pensamiento se componen de hábitos cognoscitivos sobreaprendidos que se han vuelto automáticos. Una tarea del clínico será ayudar a los pacientes a identificar y verbalizar sus pensamientos, creencias, actitudes y filosofías. El procedimiento más simple consiste en hacer preguntas. Algunas de las cuales podrían utilizarse para provocar cogniciones son las siguientes:

- ¿Qué estaba pasando por su cabeza? o ¿que está pasando por su cabeza en estos momentos?
- ¿Que se estaba diciendo a sí mismo?
- ¿Se daba cuenta de algún pensamiento que pasase por su cabeza?
- ¿Qué tenía en la cabeza?
- ¿De qué se preocupaba?
- ¿Se da cuenta de lo que está pasando en estos momentos?

El trabajo terapéutico puede empezarse enseñando a los pacientes a vigilar su pensamiento por medio del empleo de la sugestión terapéutica. Al juntar información sobre las situaciones, conductas y reacciones emocionales de los pacientes, el terapeuta puede inferir la presencia de creencias irracionales específicas.

La pregunta "¿Qué se está diciendo a sí mismo?" generalmente provoca pensamientos automáticos de los pacientes, pero estas respuestas no suelen ser las creencias irracionales nucleares. ¿Qué se puede hacer entonces? Se recomiendan algunas estrategias, como las siguientes:

- El **darse cuenta de forma inductiva**. Se puede seguir recogiendo inferencias y pensamientos automáticos (p.e. "¿y qué más está pensando?") y luego cuestionarlos y refutarlos. El paciente que ha seguido este proceso unas cuantas veces, con una serie de aspectos emocionales, puede darse cuenta, finalmente, de un patrón, que podría sugerir (por medio de la inferencia inductiva) la creencia irracional subyacente. El paciente llega a darse cuenta por sí mismo.
- La **interpretación inductiva**. Un procedimiento algo más activo utiliza la interpretación del terapeuta. Después de recoger y cuestionar un gran número de inferencias y pensamientos automáticos, el terapeuta puede señalar temas comunes y, por medio de la interpretación, sugerir posibles creencias subyacentes nucleares. Sin embargo, esta estrategia consume mucho tiempo.
- El **encadenamiento de inferencias**. Por medio de esta técnica, el terapeuta trabaja en la hipótesis de que el pensamiento automático podría ser verdad, y ayuda al paciente a descubrir la/s inferencia/s que le sigue/n. "¿Que pasaría si eso fuese verdad?", "¿Qué significa eso?".

Cada pregunta produce nuevas inferencias hasta que se descubre un pensamiento irracional. Relacionados con el encadenamiento de inferencias tenemos las locuciones conjuntivas, como, por ejemplo, "... y eso que querría decir..." o "... y entonces..." o "... y por consiguiente...". El terapeuta borra el punto al final de la frase del paciente e inserta una conjunción.

Otra alternativa simple para el terapeuta es emplear locuciones con frases inacabadas que el sujeto tiene que terminar. Por ejemplo, "y se siente nervioso/a debido a ellos porque...". Los pacientes se sorprenden a menudo de la cantidad de información que se puede obtener por medio de estas estrategias de encadenamiento de inferencias. Con frecuencia, los pacientes más inteligentes y con mejor vocabulario responden mejor al empleo de locuciones conjuntivas, mientras que los más concretos y apegados a los significados literales funcionan mejor con las expresiones con las que se tienen que completar las frases.

Otra alternativa a las preguntas con final abierto es hacer preguntas dirigidas por la teoría. Por ejemplo, si el paciente informa de ansiedad sobre críticas potenciales provenientes de los demás, en vez de preguntar, "¿Qué se está diciendo a sí mismo/a sobre esta crítica?", se podría preguntar, "¿Qué clase de persona piensa que es usted si los demás le critican?".

El peligro al construir las preguntas sobre la base de la teoría de la TREC es que uno puede preguntar si está poniendo las palabras en la boca del paciente o si está reforzando creencias irracionales de éste que puede que no mantenga.

• ***Pautas para reconocer el pensamiento irracional.***

1. **Radical/extremo.** Las cosas se ven en términos de "blanco o negro", sin posibilidades intermedias. Si la persona falla en un comportamiento, se ve a sí misma como un fracaso. De la misma manera, se ve como un ser superior y "fabuloso" si funciona muy bien un papel.
2. **Muy generalizado.** Las conclusiones se extienden mas allá de los datos empíricos de una situación determinada y es común la utilización de términos como "siempre", "nunca", "todo el mundo", "nadie", etc. O, unido al pensamiento extremo, se refiere a sí mismo o a otros como "estúpido", "malo", "incompetente", etc.
3. **Catastrófico.** Los acontecimientos negativos se exageran hasta adquirir dimensiones de verdaderas catástrofes. Se utilizan expresiones como "espantoso", "terrible", "trágico", "el fin del mundo", "lo peor", etc. En estos casos se ignora la capacidad que se tienen de afrontar las situaciones.
4. **Muy negativo.** En los casos donde sólo se tienen en cuenta los aspectos negativos de la situación, llega a predicciones sobre un futuro "vacío", "sin esperanza", etc., donde se juzga duramente a sí mismo y a los otros. Es el caso clásico de quien ve un vaso como "medio vacío" y olvida que también está medio lleno.
5. **Muy distorsionando.** Se da en los casos en los cuales la persona "descubre" evidencias en aspectos o detalles mínimos y si fallan las "antenas" y no encuentran datos, los fabrica.

6. Poco científico/confuso. Se produce cuando se ignora la evidencia empírica, utilizando solamente la evidencia distorsionada y subjetiva, donde los sentimientos, no los hechos, son "pruebas" para juzgar las intenciones de los otros, predecir el futuro, etc.
7. Totalmente positivo/negación de lo negativo. Se da en los casos en los que la persona se convence a sí misma de que los problemas no existen, de que ciertas cosas "no son importantes", /cuando sí lo son), o de que no "siente nada negativo" (cuando es obvia la situación de problema).
8. Extremadamente idealizado. Se produce cuando la visión de la realidad es exageradamente "romántica", con expectativas irreales sobre sí mismo, la familia, el trabajo, la vida en general, etc., realmente imposibles de lograr.
9. Extremadamente exigente. Se da en personas que "deben", "tienen que" obtener lo que quieren de sí mismas, de los demás y del mundo en general, cuando y como lo quiere, sin tener en cuenta nada más que el propio deseo.
10. Obsesivo. Se produce cuando un pensamiento repetitivo parece lo más, si no lo único, importante para una persona perdiendo ésta su productividad, su capacidad de concentración, etc.

2.4.2. Diagnóstico a través de pruebas estandarizadas.

Durante tres décadas, han sido muchas las pruebas diseñadas para medir las ideas irracionales (iB). En general, dichas pruebas parecen presentar uno o varios de los siguientes problemas:

1. El concepto de "irracionalidad" ha cambiado en su definición a través de los años: de las 11 ideas irracionales identificadas por Ellis en sus publicaciones iniciales, donde se trataba como un concepto global, a ideas irracionales específicas que se identifican individualmente y que varían en dos dimensiones, *proceso y contenido del pensamiento* (Sutton-Simon, 1981).
2. La validez de las pruebas, particularmente validez de contenido y validez discriminante, son inadecuadas: muchos de los ítems reflejan, además de pensamientos, estados afectivos o consecuencias emocionales y conductuales. Por otro lado, las pruebas no incluyen ítems que reflejen pensamientos racionales, y por consiguiente, no permiten evaluar su desarrollo como parte del progreso psicoterapéutico del paciente (Kendall, 1982,1984).
3. La fiabilidad de algunas pruebas es inadecuada y, probablemente, relacionada con los dos problemas enumerados anteriormente; no sólo la proporción de ítems que reflejan únicamente creencias cambia considerablemente de una prueba a la otra, sino que, dentro de esta categoría, la variedad de tipos o clases de creencias como las pertinentes a "reglas de comportamiento" versus

"factores de la vida cotidiana" es considerable. Sin embargo, especialmente hasta comienzos de la década de los años ochenta, sus resultados se analizan como una puntuación global, como es el caso del Test de creencias irracionales (Irrational beliefs test) desarrollado por Jones (1968) y utilizado en más de 50 artículos y tesis de doctorado.

En la última década, teóricos de TREC han centrado sus esfuerzos en tratar de definir y formalizar el concepto de "creencia" (*belief*). Como resultado de este esfuerzo, han evolucionado dos áreas teóricas importantes dentro de la TREC:

1. La primera está constituida por un cambio en el énfasis de un aspecto del concepto de "creencia" conocido como *contenido*, a otro, *características*. Es decir, que actualmente se da mucha menor importancia a su *contenido*. (Ellis, 1962, 1973; Ellis y Harper, 1975), expresado inicialmente a través de las listas de 11 creencias irracionales y mucha más importancia a las *características* de dichos pensamientos (Ellis, 1997), donde los "debo", conocidos también como "pensamiento absolutista" o "exigencias dogmáticas y rígidas", son consideradas como de orden SUPERIOR a tres derivados, que son las conclusiones de "tremendismo", "baja tolerancia a la frustración" y "condenación" (llamada también "evaluación global").
2. La segunda está constituida por la diferenciación y elaboración de dos tipos de ansiedad en la perturbación neurótica: la ansiedad del ego o perturbación del yo y la ansiedad situacional o perturbaciones incoherentes (Ellis, 1980). El consenso de la comunidad de la TREC sugiere que las ideas irracionales en las áreas de éxito y aprobación parecen estar relacionadas con la ansiedad del ego, mientras que las que emergen en el área de comodidad, parecen relacionarse con la ansiedad situacional (García y Blythe, 1977; Grieger y Boyd, 1980; Hauck, 1974).

Un paso lógico, después de la evolución teórica del modelo de la TREC, es la evaluación empírica. Como se mencionó anteriormente, instrumentos como el IBT (Jones, 1968) presentan la limitación de estar basados en conceptualizaciones menos recientes y menos exactas del concepto de creencia y, como es lógico, tienen también problemas de fiabilidad y validez.

La versión más reciente de la TREC tiende también a enfatizar características del proceso de pensamiento en lugar de, simplemente, determinar su contenido específico, basado en las 11 ideas irracionales iniciales. Esta diferenciación permite un diagnóstico más exacto.

Todo esto sugiere, entonces, la necesidad actual de medir independientemente dos dimensiones: 1) las características del pensamiento, denominadas "proceso", que incluyen exigencia y sus subderivados (tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación o evaluación global) y 2) los temas generales o subobjetivos, denominados "contenido", donde pueden diferenciarse

la ansiedad del ego de la ansiedad situacional, y que incluyen aprobación, éxito y comodidad (Campbell, 1985; Campbell, Lowe y Burgess, 1983,1988).

Otro grave problema en los estudios empíricos de la TREC ha sido la casi total ausencia de muestras "clínicas". Es decir, que la mayoría de dichos estudios ha utilizado estudiantes universitarios con grados moderados de perturbación, como problemas de ansiedad y depresión, definidas por instrumentos de autoinforme, en lugar de individuos diagnosticados en clínicas y centros de salud mental, utilizando criterios generales de diagnóstico como el del DSM (Burgess, 1990). La selección de un grupo "control" de personas "normales", que no sufre perturbación emocional y que tiene características demográficas equivalentes a la muestra "clínica", ha presentado también problemas similares, ya que factores como la familiaridad de los sujetos control con el modelo de la TREC pueden influenciar los resultados de dichos estudios empíricos.

Teniendo en cuenta todo lo discutido anteriormente, se diseña el *Test de actitudes y creencias (Attitudes and beliefs test, ABT; Burges, 1990)*. El ABT se basa en el concepto central de que existe un grupo de procesos que interactúan con un grupo de temas generales o contenidos, como se explicó anteriormente, pero que es necesario permitir su medición de forma independiente y luego estudiar sus posibles interacciones.

Utilizando el diagnóstico del *DSM-III* por medio de varios psiquiatras no involucrados en la investigación, se seleccionaron tres niveles o grupos clínicos entre los pacientes de dos centros de salud mental en Melbourne, Australia: trastorno por ansiedad generalizada, agorafobia con ataques de pánico y distimia, por tratarse de categorías o problemas donde la TREC se ha mostrado eficaz y los que, además, suelen producirse con una cierta frecuencia en la práctica clínica en general. Se seleccionó un cuarto grupo como grupo control, utilizando un diseño de grupos emparejados, donde dichos sujetos presentan características demográficas como edad y nivel socioeconómico equivalentes a las de los tres grupos clínicos, pero que no sufrían ninguna perturbación emocional, ni tampoco estaban familiarizados con el modelo de la TREC. Los resultados de un ANOVA de medidas repetidas y de análisis *post hoc* con la prueba de Scheffé indicaron diferencias significativas empíricas entre los grupos experimentales y de control en la variable procesos y en la variable contenido (Burgess, 1990), que corroboran los postulados teóricos del estudio.

3. PRUEBAS Y EVALUACION PSICOLOGICAS.

Todos los campos del esfuerzo humano usan la medición de alguna manera, y cada una tiene su propio conjunto de herramientas de medición y unidades de medida. Si ha adquirido una computadora, puede haber aprendido algo respecto de una unidad de medida llamada "byte". Otras unidades de medición con las que puede estar familiarizado o no incluyen el kilómetro, el nudo, la tonelada, el hertz, el henno, kilómetros por hora, ciclos por segundo y candela por metro cuadrado. Los profesionales en las disciplinas que emplean estas unidades (al igual que varias herramientas para obtener mediciones) conocen los usos potenciales, beneficios y limitaciones de las herramientas que usan y las mediciones que hacen. Así también, incumbe al administrador o al administrador potencial de mediciones psicológicas tener una familiaridad funcional con las herramientas usadas en dicha medición y los cimientos teóricos de donde partió (Cohen, 2001).

3.1. La prueba psicológica.

Una prueba puede definirse tan sólo como un dispositivo o procedimiento de medición. Cuando la palabra prueba es seguida por un adjetivo calificativo, a lo que se hace referencia es a un dispositivo o procedimiento de medición diseñado para medir una variable relacionada con ese adjetivo. Considérese, por ejemplo, el término prueba médica, el cual se refiere a un dispositivo o procedimiento de medición diseñado para medir alguna variable relacionada con la práctica de la medicina (incluyendo una amplia gama de herramientas y procedimientos como los rayos X, las pruebas sanguíneas y el examen de los reflejos). De manera parecida, el término prueba psicológica se refiere a un dispositivo o procedimiento de medición diseñado para medir variables relacionadas con la psicología (por ejemplo, inteligencia, personalidad, aptitudes, intereses, actitudes y valores). Y mientras que una prueba médica podría implicar el análisis de una muestra de sangre, tejido o algo parecido, una prueba psicológica casi siempre implica el análisis de una muestra de comportamiento. La muestra de comportamiento podría variar desde respuestas a un cuestionario por escrito hasta respuestas orales a preguntas de desempeño de alguna tarea. La muestra de comportamiento podría ser provocada por el estímulo de la prueba en sí o ser una conducta que ocurre de manera natural (bajo observación).

Las pruebas psicológicas puede diferir en diversas variables como contenido, formato, procedimientos de administración, procedimientos de calificación e interpretación y calidad psicométrica o técnica. El *contenido* (tema) de la prueba variará por supuesto, con el objeto de la prueba particular. Pero incluso dos pruebas psicológicas que pretenden medir el mismo constructo, por ejemplo, "personalidad", pueden diferir en forma amplia en el contenido de los reactivos debido a factores como la definición de personalidad de quien ha

elaborado la prueba y la orientación teórica de ése. Por ejemplo, los reactivos en una prueba de personalidad con orientación psicoanalítica pueden tener poco parecido con los de una prueba de personalidad con orientación existencialista, pero ambas son "pruebas de personalidad". El término *formato* se relaciona con la forma, plan, estructura, arreglo y disposición de los reactivos de la prueba igual que con consideraciones relacionadas como los límites de tiempo. También se usa "formato" para referirse a la forma para referirse a la forma en que se administra una prueba: computarizada, por medio de papel y lápiz o en alguna otra forma.

Cuando se hace referencia específica a una prueba computarizada, "formato" también se refiere a la forma del programa: compatible con IBM o con Apple. Además, "formato" puede usarse con referencia a la forma o estructura de otras herramientas y procesos de evaluación, como la realización de entrevistas, la ejecución de tareas y la naturaleza de muestras de trabajo y portafolios.

Las pruebas psicológicas difieren en forma amplia en los lineamientos de *calificación e interpretación*. Algunas pruebas están diseñadas para ser calificadas por quienes responden la prueba, otras para ser evaluadas por examinadores capacitados, otras más pueden ser calificadas por medio de computadoras. Algunas pruebas, como la mayor parte de las pruebas de inteligencia, incluyen manuales que son muy explícitos no sólo acerca de los criterios de calificación sino también respecto a la naturaleza de las interpretaciones que se puede llevar a cabo a partir de la puntuación calculada. Otras pruebas, como la Prueba de Manchas de Tinta de Rorschach, se proporcionan sin manual; quien las adquiere también lo hace con los materiales de estímulo y posteriormente selecciona y emplea una de muchas guías disponibles para la aplicación, calificación e interpretación.

En la práctica común, y en ocasiones usamos la palabra "prueba" (al igual que términos relacionados como "puntuación de la prueba") en un sentido genérico cuando exponemos principios generales aplicables a varios procedimientos de medición. Estos procedimientos de medición varían desde aquellos denominados en forma amplia como "pruebas" (como los exámenes por escrito), hasta procedimientos que miden lo que los expertos podrían denominar con términos más específicos (como las medidas de desempeño situacional). (Cohen, 2001)

3.1.1. Partes en la tarea de evaluación.

Las partes involucradas en la tarea de evaluación son los elaboradores y editores de pruebas u otros métodos de evaluación, los administradores de las pruebas y las personas que son evaluadas por medio de las pruebas y otros métodos de evaluación. Una cuarta parte que con frecuencia es pasada por alto es la sociedad en su conjunto. Refiriéndonos respectivamente a estas partes como:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 1) El elaborador de la prueba. Los elaboradores de pruebas crean pruebas u otros tipos de métodos de evaluación. La Asociación Psicológica Estadounidense (American Psychological Association, APA) estima que más de 20 000 pruebas psicológicas nuevas se elaboran cada año (APA, 1993). Entre éstas hay algunas que fueron creadas para un estudio de investigación específico, algunas fueron creadas con la esperanza de que serían publicadas y algunas que representan refinamientos o modificaciones de pruebas existentes.
- 2) El usuario de la prueba. Las pruebas son empleadas por una amplia variedad de profesionales, incluyendo psicólogos clínicos, orientadores, personal de recursos humanos, profesores y otro personal escolar. Los lineamientos oficiales de diversos organismos profesionales, tiene mucho que comunicar a los usuarios de pruebas respecto a cómo, por qué y las condiciones bajo las cuales deben usarse las pruebas. El administrador de la prueba tiene obligaciones éticas que debe cumplir aun antes de que cualquier persona sea expuesta a una prueba. Otra obligación del administrador de la prueba antes de la aplicación de la misma es asegurarse de que una persona preparada y capacitada administrará la prueba apropiadamente. El administrador de la prueba (o examinador) debe estar familiarizado con los materiales y procedimientos de la prueba y tener el sitio de éste todos los materiales necesarios para administrarla en forma apropiada. También debe asegurarse de que el salón en el que se llevará a cabo la prueba sea adecuado y conveniente. En la medida de lo posible debe evitarse condiciones distractoras como ruido excesivo, calor, frío, interrupciones, luz solar deslumbrante, hacinamiento, ventilación inadecuada y cosas por el estilo.
- 3) El que responde la prueba. Las personas que responde pruebas enfocan una situación de evaluación en diferentes formas, y los administradores de las pruebas deben ser sensibles a la diversidad de respuestas posibles ante una situación de prueba. El día de la aplicación de la prueba, quienes responden la prueba pueden variar en un continuo con respecto a numerosas variables, que incluyen:
 - La cantidad de ansiedad por la prueba que estén experimentando y el grado en que ésta podría afectar de manera significativa los resultados.
 - Su capacidad y disposición para cooperar con el examinador o comprender las instrucciones escritas de la prueba.
 - La cantidad de dolor físico o angustia emocional que se esté experimentando.
 - La cantidad de incomodidad física producida por no haber comido suficiente, por haber comido demasiado u otras condiciones físicas.

- El grado en que están alertas y despiertos en oposición a somnolientos.
- El grado en que estén predispuestos a estar de acuerdo o en desacuerdo cuando se les presenten las declaraciones de estímulo.
- El grado en que han recibido preparación previa.
- La importancia que pueden atribuir a describirse a sí mismos en forma buena, o mala.
- El grado en que son, por carecer de un término mejor, "suertudos" y pueden "vencer las posibilidades" en una prueba de logro de opción múltiple (aún cuando pueden no haber aprendido la materia).

Quiénes responden las pruebas tienen derecho en situaciones de evaluación. Por ejemplo, tiene derecho a dar su consentimiento para ser examinados, el derecho de que los resultados de la prueba sean confidenciales y a ser informados de los resultados.

- 4) La necesidad social de "organizar" y "sistematizar" se ha manifestado históricamente en preguntas tan variadas como: ¿Quién es la bruja? ¿Quién es esquizofrénico? y ¿Quién es competente? La naturaleza de las preguntas específicas planteadas ha cambiado con los intereses sociales. Los métodos empleados para determinar las respuestas han variado a lo largo de la historia como una función de factores como la sofisticación intelectual y la preocupación religiosa. La quiromancia, la astrología y la frenología, entre otras actividades, han tenido defensores que afirman que es el mejor medio para entender y predecir el comportamiento humano. A diferencia de tales actividades, la tarea de la evaluación tiene sus raíces en la ciencia. A través de medios sistemáticos y replicables que pueden producir evidencia irresistible, la evaluación responde lo que Tyler (1965, p.3) se refería como la "necesidad social de organizar o sistematizar de alguna manera la complejidad multifacética de las diferencias individuales".

3.1.2. Diferentes tipos de escenarios de evaluación.

a) Escenarios educativos.

A partir de su propia experiencia, es probable que no sea ajeno a los muchos tipos de pruebas empleadas en el salón de clases. Usted ha respondido pruebas de logro, algunas elaboradas por los profesores, otras hechas por profesionales de la medición. Puede haber respondido pruebas diseñadas para evaluar su capacidad, aptitud o interés con respecto a una ocupación o curso de

estudio particular. También haber respondido una prueba de inteligencia administrada en grupo, ahora también denominada prueba de capacidad escolar.

Estas pruebas son administradas con frecuencia, en parte, para ayudar a identificar a los niños que pueden no estar aprovechando un nivel adecuado con su capacidad.

A menudo se emplean pruebas en los escenarios educativos para diagnosticar problemas de aprendizaje o de comportamiento, o ambos. Las medidas de inteligencia y logro aplicadas en forma individual se usa con más frecuencia con propósitos de diagnóstico y por lo general, son administradas por psicólogos escolares, psicopedagogos, o profesionales con capacitación similar.

Otro tipo de prueba administrada en escenarios educativos es la usada para aspirantes de nuevo ingreso. Muchos colegios y universidades requieren las calificaciones en pruebas estandarizadas como parte del proceso de admisión escolar para licenciaturas o posgrados. En este sentido, es importante mencionar que pocas universidades se basan únicamente en las calificaciones de las pruebas estandarizadas para tomar decisiones de admisión. Tales decisiones se basan en una evaluación de diversos factores que van desde el promedio de calificaciones, hasta actividades extracurriculares del solicitante.

b) Escenarios de orientación.

El uso de la evaluación en un contexto de orientación puede ocurrir en ambientes tan diversos como escuelas, prisiones o instituciones gubernamentales o privadas. Sin importar donde se lleve a cabo, generalmente la evaluación se realiza para identificar diversas ventajas y desventajas, con el objetivo último de mejorar la adaptación, productividad y calidad de vida general del evaluado. Las medidas de las habilidades o capacidades sociales y académicas y las medidas de personalidad, intereses, actitudes y valores están entre los muchos tipos de pruebas que un orientador podría aplicar a un administrador. Los objetivos al hacer la hacer pruebas con propósitos de asesoría varían con la etapa de vida y la situación particular.

c) Escenarios clínicos.

Las pruebas y otros métodos de evaluación (como las entrevistas, los estudios de caso y la observación conductual) se usan en forma amplia en escenarios clínicos como las clínicas de pacientes internados y externos; hospitales públicos, privados y militares; consultorios privados; escuelas y otras instituciones para explorar o diagnosticar problemas conductuales.

Las situaciones que podrían requerir pruebas y otras herramientas de evaluación clínica incluyen las siguientes:

- Un paciente de psicoterapia privada desea ser evaluado para ver si la evaluación puede proporcionar indicios no obvios de su mala adaptación.
- Un psicólogo escolar evalúa desde el punto de vista clínico a un niño que experimenta dificultades de aprendizaje para determinar si su problema se encuentra en un déficit de habilidades, un problema de adaptación, una discrepancia entre las técnicas de enseñanza que se están empleando y las modalidades receptivas y expresivas favorecidas por el niño, o alguna combinación de estos factores.
- Un investigador de psicoterapia usa procedimientos de evaluación para determinar si un método particular de psicoterapia es efectivo para tratar un problema particular.
- A un psicólogo consultor contratado por una compañía de seguros se le pide su opinión respecto a la realidad de los problemas psicológicos de un paciente; ¿el paciente experimenta en realidad tales problemas o está simulando?
- A un psicólogo nombrado por un tribunal se le pide que dé una opinión sobre la competencia del acusado para someterse a juicio.
- A un psicólogo de la prisión se le pide su opinión respecto al grado de rehabilitación de un prisionero violento condenado.

Las pruebas empleadas en escenarios clínicos pueden ser pruebas de inteligencia, pruebas de personalidad, pruebas neuropsicológicas u otros instrumentos especializados, dependiendo del área problema que se presente o se sospeche.

d) Escenarios de negocios.

En el mundo de los negocios, las pruebas se usan en muchas áreas, en particular en la administración de recursos humanos. Los psicólogos laborales usan pruebas y procedimientos de medición para evaluar cualquier conocimiento o habilidades en las que necesite ser evaluado un empleado, sea la capacidad de un prospecto de controlador de tráfico aéreo para mantener la atención en los detalles durante horas interminables o la capacidad de un prospecto a oficial militar para dirigir a otros. Una amplia gama de pruebas de logro, actitud, interés, motivacionales y de otros tipos pueden emplearse en la decisión de contratar al igual que en las decisiones relacionadas respecto a ascensos, transferencias, desempeño o satisfacción en el trabajo, y elegibilidad para una mayor capacitación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2. Características de las Pruebas Psicológicas.

Toda prueba, test o instrumento de medición en Psicología, debe cumplir con características específicas, para que los datos que ésta proporcione sean objetivos, de utilidad y confiables. De ahí que un test debe ser *sensible, objetivo, confiable y válido*.

- **Sensible**, ya que los reactivos que componen el instrumento puedan diferenciar entre aquellos sujetos que tiene el rasgo de aquellos que no.
- **Objetivo**, se refiere a que dos aplicadores o más obtengan el mismo puntaje al calificar el instrumento.
- **Confiable**, que sea lo más preciso en el rasgo que está midiendo.
- **Válido**, que mida lo que pretende medir.

3.2.1. Grado de dificultad y poder discriminativo de los reactivos o ítems.

Una de estas características es el *grado de dificultad* (Anastasi, 1988) o la *sensibilidad de discriminación* que deben tener los reactivos o ítems que forman una prueba o test psicológico. Esta característica permite conocer las diferencias individuales; y se logra mediante un procedimiento que se lleva a cabo en el momento de construir el test. El procedimiento consiste en agregar *reactivos* o *Ítems* que puedan ser contestados por aquellos más aptos. Generalmente en las pruebas psicológicas que evalúan el rendimiento académico, inteligencia y aptitudes, los reactivos son ordenados en grado de dificultad, colocando primero los reactivos más fáciles y posteriormente los de mayor dificultad, esto se hace con el fin de que los sujetos sientan confianza al empezar la prueba y permitir que los sujetos con menor capacidad, puedan dedicar mayor tiempo a aquellos reactivos que puedan resolver correctamente.

El poder discriminativo describe el grado en que la probabilidad de la respuesta alfa (aprobar un reactivo, calificando como correcto contra incorrecto, responder un reactivo en dirección clave) se correlaciona con el atributo. Un reactivo que no discrimina debe ser eliminado del instrumento. El índice clásico más común de la discriminación es la correlación con personas entre la respuesta alfa y el puntaje total de la prueba, la correlación reactivo total. (Nunnally, 1995)

3.2.2. Estandarización.

La tipificación o estandarización es otra de las características que debe incluir una prueba o test psicométrico, ésta consiste en utilizar los mismos procedimientos para aplicar y calificar los instrumentos en todos los sujetos. La

tipificación abarca pues, materiales, límites de tiempo, instrucciones, demostraciones previas, formas de resolver dudas a los sujetos durante la aplicación. El hecho de tener bajo las mismas condiciones a los sujetos permitirá, posteriormente generar normas que permitan hacer comparaciones entre éstos, así como el tratar de minimizar al máximo errores durante la ejecución.

Dentro de las características más importantes que debe cubrir una prueba o test psicométrico es el que éste tenga un grado aceptable de confiabilidad y validez. A continuación se presentará una breve definición de ambos términos y posteriormente se revisará detalladamente cada uno de éstos.

La confiabilidad de una prueba o test *“se refiere a la consistencia o estabilidad de las puntuaciones obtenidas de un mismo sujeto en diferentes ocasiones o con conjuntos distintos de elementos equivalentes”* (Anastasi, 1988).

La validez: *“Es el grado en que un test psicológico mide lo que realmente pretende medir”* (Anastasi, 1988), es decir, los elementos que conformen la prueba o test psicométrico, deben ser representativos de la conducta que se desea medir.

3.2.3. Confiabilidad.

En la conversación cotidiana, confiabilidad es sinónimo de seguridad o consistencia, como en la frase “el tren es tan confiable que puedes sincronizar tu reloj con él” o “el amigo confiable que siempre está cuando lo necesitas”. En el lenguaje de la psicometría confiabilidad se refiere, en un sentido amplio, al atributo de consistencia en la medición. Y mientras en la conversación cotidiana confiabilidad siempre denota algo que es valorado en forma positiva, confiabilidad en el sentido psicométrico tan sólo denota algo que es consistente, no necesariamente bueno o malo consistentemente, sino tan sólo consistente.

Es importante para los psicólogos, como administradores de pruebas y consumidores de información sobre ellas, saber qué tan confiables son así como otros procedimientos de medición. Pero la confiabilidad rara vez es una cuestión de todo o nada; hay diferentes tipos y grados de confiabilidad. Un *coeficiente de confiabilidad* es un índice de confianza. Expresado de manera más técnica, es una proporción que indica la razón entre la varianza de la puntuación verdadera en una prueba y la varianza total.

3.2.3.1. El concepto de confiabilidad.

Se supone que una puntuación en una prueba de capacidad refleja tanto la puntuación verdadera de quien responde la prueba en la capacidad que se está

midiendo como también el error.² En un sentido más amplio, "error" se refiere al componente de la puntuación observada en la prueba de capacidad que no tiene que ver con la capacidad de quien responde a la prueba. Si usamos X para representar una puntuación observada, T para representar una puntuación verdadera y E para representar el error, entonces el hecho de que una puntuación observada sea igual a la puntuación verdadera más el error puede expresarse como sigue:

$$X = T + E$$

Una estadística útil para describir fuentes de variabilidad en las puntuaciones de una prueba es la varianza (σ^2), la desviación estándar al cuadrado. Esta estadística es útil debido a que puede descomponerse en sus componentes. La varianza de las diferencias verdaderas es *varianza verdadera* y la varianza de fuentes aleatorias irrelevantes es *varianza de error*. Si σ^2 representa la varianza total, σ^2_{tr} representa la varianza verdadera y σ^2_e representa la varianza de error.

En esta ecuación, la varianza de total en una distribución observada de puntuaciones de prueba (σ^2), es igual a la suma de la varianza verdadera, más la varianza de error. El término *confiabilidad* se refiere a la proporción de la varianza total atribuida a la varianza verdadera. Entre mayor es la proporción de varianza total atribuida a la varianza verdadera, la prueba es más confiable. Debido a que se supone que las diferencias verdaderas son estables, se presume que producen puntuaciones consistentes en aplicaciones repetidas de la misma prueba al igual que en formas equivalentes de las pruebas. Debido a que la varianza de error puede incrementar o disminuir una puntuación de prueba en cantidades variables, se vería afectada la consistencia de la puntuación, y por tanto la confiabilidad. Si un instrumento de medición, como una báscula, consistentemente pesara 2.5 kilogramos menos a todos los que se pararan sobre ella, entonces el peso relativo de las personas permanecería sin cambios (aunque los pesos en sí variarían en forma consistente del peso verdadero por 2.5 kilogramos). Una escala que pesa 2.5 kilogramos de menos a todos los que se pesan es análoga a una constante que se resta (o se suma) de cada puntuación de prueba. Una fuente de error sistemática no cambia la variabilidad de la distribución ni afecta la confiabilidad.

² Con propósitos de ilustración, se usa con frecuencia la capacidad como un rasgo que se está midiendo. Sin embargo, a menos que se declare de otra manera, los principios a los que se refiere con respecto a las pruebas de capacidad también son ciertos con respecto a otros tipos de pruebas de personalidad.

3.2.3.2. Fuentes de varianza de error.

Las fuentes de varianza de error incluyen la construcción, administración, calificación e interpretación de la prueba.

- **Construcción de pruebas.**

Una fuente de varianza durante la construcción de pruebas es el muestreo de reactivos o muestreo de contenido, un término que se refiere a la variación entre reactivos dentro de una prueba, al igual que a la variación entre reactivos y entre pruebas. Considérese dos o más pruebas diseñadas para medir una habilidad, atributo de personalidad o cuerpo de conocimiento específicos. Es seguro que se encuentren diferencias en la forma en que están redactados los reactivos y diferencias en el contenido exacto del que se ha sacado la muestra. Es probable que todos hayamos entrado a un escenario en donde se aplicará una prueba de rendimiento, pensando "ojalá hagan esta pregunta" o "Espero que no hagan esta pregunta". Con suerte, sólo las preguntas que deseamos que nos hagan aparecerán en el examen. En tales situaciones, algunos de quienes responden la prueba logran puntuaciones superiores en la prueba de las que habrían obtenido en otra prueba que pretendiera medir lo mismo, tan sólo debido al contenido específico incluido en la muestra de la primera prueba, la forma en que se redactaron los reactivos y así en forma sucesiva. El grado en que la puntuación de quien responde la prueba es afectada sólo por el contenido (es decir, la forma en que se construyó el reactivo) es una fuente de varianza del error.

- **Administración de pruebas.**

Las fuentes de varianza de error que ocurren durante la aplicación de la prueba pueden influir en la atención o motivación de quien responde la prueba; por tanto, sus reacciones ante estas influencias son la fuente de una clase de varianza del error. Ejemplos de influencias adversas que operan durante la aplicación de una prueba incluyen factores relacionados con el ambiente de la prueba: la temperatura del salón, el nivel de iluminación y la cantidad de ventilación y ruido, por ejemplo.

Otras variables relacionadas con el ambiente incluyen el instrumento usado para introducir las respuestas (como un lápiz con la punta rota o una pluma sin tinta) y la superficie de escritura (la cual puede estar llena de corazonces grabados).

Otras fuentes potenciales de varianza de error durante la aplicación de la prueba incluyen variables de quien responde la prueba como el grado de incomodidad física, la cantidad de descanso que tuvo la noche anterior, el grado de ansiedad por la prueba, la extensión de problemas emocionales apremiantes o el efecto de fármacos. Una persona que responde una prueba puede, por

cualquier razón, cometer un error al contestar una respuesta. Por ejemplo, el examinado puede rellenar un círculo "b" cuando quería rellenar el círculo "d". Un examinado podría ver una pregunta de prueba como "¿Cuál no sería un factor que impide que las mediciones sean replicables en forma exacta?". Las experiencias de aprendizaje formales, las experiencias causales de la vida, enfermedades y otros acontecimientos parecidos que pueden haber ocurrido en el periodo entre aplicaciones de formas paralelas de una prueba también serán fuentes de varianza de error relacionadas con el examinado.

Las variables relacionadas con el examinador que son fuentes potenciales de varianza de error incluyen la presencia o ausencia de un examinador, su apariencia física y comportamiento del examinador y el profesionalismo con que tome la situación de prueba el examinador.

En un examen oral, algunos examinadores podrían proporcionar sin querer claves planteando preguntas que enfatizan diversas palabras, o transmitir información de manera inadvertida sobre la corrección de una respuesta por medio de asentimientos de cabeza, movimientos oculares u otros gestos no verbales.

- ***Calificación e interpretación de pruebas.***

El advenimiento de la calificación computarizada y una creciente dependencia de reactivos objetivos calificables por computadora casi han eliminado la varianza de error causada por diferencias de los evaluadores en muchas pruebas. Sin embargo, no todas la pruebas pueden calificarse con círculos rellenados con lápices del número 2. Las pruebas de inteligencia administradas de forma individual, algunas pruebas de personalidad, pruebas de creatividad, diversas medidas conductuales y otras innumerables pruebas todavía requieren calificarse en forma manual por personal capacitado. Los manuales para las pruebas de inteligencia individuales tienden a ser muy explícitos sobre los criterios de calificación para que la inteligencia medida de los examinados no varíe como una función de quien está aplicando la prueba y calificando. En algunas pruebas de personalidad, se les pide a los examinados que suministren respuestas abiertas a estímulos como los dibujos, palabras, oraciones y manchas de tinta, y es el examinador quien luego debe calificar (o quizá sea más apropiado decir evaluar) las respuestas.

- ***Otras fuentes de error.***

Ciertos tipos de situaciones de evaluación se presentan a variedades particulares de error sistemático y no sistemático. Por ejemplo, considérese la evaluación del grado de acuerdo entre parejas respecto a la calidad y cantidad de abuso físico y psicológico en su relación. Como observaron Moffitt (1997), "debido a que el abuso de la pareja por lo general ocurre en lo privado, sólo hay dos

personas que en realidad saben lo que sucede detrás de sus puertas cerradas: los dos miembros de la pareja" (p.47). Las fuentes potenciales de error no sistemático es una situación de evaluación así incluyen olvido, dejar de notar el comportamiento abusivo y entender mal las instrucciones respecto al reporte. Varios estudios han sugerido que también hay factores que pueden contribuir a un error sistemático en la forma de reportar gradualmente la perpetración de abuso. Las mujeres, por ejemplo, pueden reportar menos abuso debido a temor, vergüenza o factores de conveniencia social y reportar más abuso si están buscando ayuda. Los hombres pueden reportar menos abuso debido a vergüenza y factores de conveniencia social y reportar más abuso si están tratando de justificar el reporte.

Del mismo modo que puede ser que nunca se conozca la cantidad de abuso que sufre una persona a manos de su pareja, así puede ser que nunca se conozca la cantidad de varianza de la prueba verdadera con relación al error. La utilidad de los métodos actuales para estimar la varianza verdadera en contraposición con la varianza de error es una cuestión que aún se debate, por lo que veremos con mayor detalle estas estimaciones y el proceso para derivarlas.

3.2.3.3. Estimaciones de confiabilidad.

a) *Estimaciones de confiabilidad prueba y postprueba.*

Una regla hecha de acero de la mejor calidad puede ser un instrumento de medición muy confiable; cada vez que se mide algo que tiene exactamente 12 centímetros de largo, por ejemplo, la regla indicará que lo que se está midiendo tiene exactamente 12 centímetros de largo. También puede decirse que la confiabilidad de este instrumento de medición es estable en el tiempo; ya que se midan los 12 centímetros hoy, mañana o el próximo año, la regla aún va a medir 12 centímetros como 12 centímetros. Por el contrario, una regla construida de masilla podría ser un instrumento de medición poco confiable. Un minuto podría medir algún patrón que se sabe que tiene 12 centímetros de largo como 12 centímetros, al minuto siguiente, podría medirlo como 14 centímetros y una semana después como 18 centímetros. Una forma de estimar la confiabilidad de un instrumento de medición es usando el mismo instrumento para medir lo mismo en dos puntos en el tiempo. En el lenguaje psicométrico, este enfoque de la valoración de la confiabilidad se llama "método de prueba y postprueba" y el resultado de dicha valoración es una estimación de la "confiabilidad de prueba y postprueba".

La *confiabilidad de prueba y postprueba* es una estimación de la confiabilidad obtenida al correlacionar pares de puntuaciones de las mismas personas en dos aplicaciones diferentes de la misma prueba. La medida de prueba y postprueba es apropiada cuando se valora la confiabilidad de una prueba que pretende medir algo que es relativamente estable a lo largo del tiempo, como un rasgo de personalidad. Si se supone que la característica que se está

midiendo fluctúa en el tiempo, tendría poco sentido evaluar la confiabilidad de una prueba usando el método de prueba y posprueba; se encontrarían correlaciones insignificantes entre las puntuaciones obtenidas en las dos aplicaciones de la prueba. Estas correlaciones insignificantes se deberían a cambios reales en cualquier cosa que se lo que se está midiendo en lugar de deberse a factores inherentes en el instrumento de medición.

Conforme pasa el tiempo, las personas cambian; pueden, por ejemplo, aprender cosas nuevas, olvidar algunas cosas y adquirir habilidades nuevas. Por lo general, aunque hay excepciones, conforme se incrementa el intervalo de tiempo entre las aplicaciones de las mismas pruebas, disminuye la correlación entre las puntuaciones obtenidas en cada prueba. El paso del tiempo puede ser una fuente de varianza de error. Entre mayor tiempo pase, es más probable que el coeficiente de confiabilidad será menor. Cuando el intervalo entre las pruebas es mayor que seis meses, a menudo se hace referencia a la estimación de la confiabilidad de prueba y posprueba como "coeficiente de estabilidad".

Una estimación de la confiabilidad prueba y posprueba de una prueba de matemáticas podría ser baja si quienes respondieron la prueba tomaron un curso de matemáticas antes de que se aplicara la segunda prueba. Una estimación de confiabilidad prueba y posprueba de un perfil de personalidad podría ser baja si quien responde la prueba sufrió algún trauma emocional o recibió orientación durante el periodo intermedio.

Una evaluación de un coeficiente de confiabilidad prueba y posprueba debe abarcar, por consiguiente, más allá de la significación del coeficiente obtenido; debe extenderse a una consideración de los posibles factores que intervienen entre las aplicaciones de la prueba si hemos de llegar a conclusiones apropiadas sobre la confiabilidad del instrumento de medición.

b) Estimaciones de confiabilidad de formas alternas o equivalentes.

Si alguna vez ha presentado un examen de composición en el que las preguntas para la composición no eran iguales que en la prueba presentada en el inicio, ha experimentado formas diferentes de una prueba. Y si se ha preguntado si las dos formas de la prueba en realidad eran equivalentes, ha cuestionado la confiabilidad de *formas alternas* de la prueba. El grado de la relación entre varias formas de una prueba puede evaluarse por medio de un coeficiente de confiabilidad de formas alternas o equivalentes, el cual a menudo se denomina *coeficiente de equivalencia*.

Formas alternas y formas equivalentes son términos que en ocasiones se usan en forma indiscriminada, aunque hay una diferencia técnica entre ellos. Existen formas equivalentes de una prueba cuando para cada forma de la prueba son iguales las medias y las varianzas de las puntuaciones de prueba observadas. En teoría, las medias de las puntuaciones obtenidas en formas equivalentes se

correlacionan de manera igual con la puntuación verdadera. De manera más práctica, las puntuaciones obtenidas en pruebas equivalentes se correlacionan de modo igual con otras medidas. Las formas alternas tan sólo son versiones diferentes de una prueba que se han construido con el fin de ser equivalentes. Aunque no se cumplen con los requisitos para la designación legítima de "equivalentes", las formas alternas de una prueba están diseñadas generalmente para ser equivalentes con respecto a variables como contenido y nivel de dificultad.

Las estimaciones de la confiabilidad de formas alternas y equivalentes son similares a una estimación de la confiabilidad y repetición de la prueba en dos formas:

1. Se requieren dos aplicaciones de la prueba con el mismo grupo.
2. Las puntuaciones de prueba pueden ser afectadas por factores como la motivación, la fatiga o eventos que intervienen como la práctica, el aprendizaje o la terapia.

Puede obtenerse una estimación de la confiabilidad de una prueba sin elaborar una forma alterna de la prueba y sin tener que administrar la prueba dos veces a las mismas personas. Dicha evaluación implica el escrutinio de los reactivos individuales que forman la prueba y su relación entre sí. Debido a que este tipo de estimación de la confiabilidad no se obtiene por medio de la comparación de los datos de una forma alterna ni a través de un procedimiento de prueba y posprueba sino, más bien, por medio de un examen de los reactivos de la prueba, se conoce como estimación de confiabilidad de "consistencia interna" o como una estimación de "consistencia entre reactivos".

c) Estimaciones de confiabilidad de división por mitades.

Una estimación de *confiabilidad de división por mitades* se obtiene correlacionando dos pares de puntuaciones obtenidas de mitades equivalentes de una sola prueba aplicadas una sola vez. En una medida de confiabilidad útil cuando es poco práctico o indeseable evaluar la confiabilidad con dos pruebas o hacer dos aplicaciones de una prueba (debido a factores como tiempo o costo). El cálculo de un coeficiente de confiabilidad de división por mitades por lo general implica tres pasos:

- Dividir la prueba en mitades equivalentes.
- Calcular una r de Pearson entre las puntuaciones en las dos mitades de la prueba.
- Ajustar la confiabilidad de la mitad de la prueba usando la fórmula de Spearman-Brown.

Puede ser que haya escuchado el refrán que dice que "hay más de una forma de pelar a un gato". Un corolario a este fragmento de sabiduría popular podría ser que hay algunas formas en las que nunca debería pelar a un gato. Un fragmento de sabiduría análogo cuando se trata de calcular los coeficientes de confiabilidad de división por mitades es: hay más de una forma de dividir un prueba, hay algunas formas en las que nunca debería dividirse una prueba. No se recomienda tan sólo dividir la prueba a la mitad, debido a que es probable que este procedimiento elevaría o disminuiría en forma falsa el coeficiente de confiabilidad (debido a factores como cantidades diferentes de ansiedad por la prueba, y diferencias en la dificultad de los reactivos como una función de su colocación en la prueba). Una forma aceptable de dividir una prueba es asignar al azar los reactivos a uno u otra mitad de la prueba. Una segunda forma aceptable es asignar los reactivos con números nones a una mitad de la prueba y los reactivos con números pares a la otra mitad (produciendo una estimación a la que también se hace referencia como "confiabilidad mitad pares-mitad nones"). Una tercera forma es dividir la prueba por contenido de modo que cada mitad de la prueba contenga reactivos equivalentes con respecto al contenido y dificultad. En general, un objetivo primario al dividir una prueba en mitades con el propósito de obtener una estimación de la confiabilidad de división por mitades es crear lo que podría denominarse "miniformas paralelas", con cada mitad siendo igual a la otra, o lo más similar humanamente posible, en aspectos de formato, estilísticos, estadísticos y otros aspectos relacionados.

El paso 2 en el procedimiento implica el cálculo de la r de Pearson, lo cual requiere poca explicación en este punto. Sin embargo, el tercer paso requiere el uso de la fórmula de Spearman-Brown.

d) La fórmula de Spearman Brown.

La fórmula le permite a quien elabora la prueba o al administrador estimar la confiabilidad de consistencia interna a partir de una correlación de dos mitades de una prueba; es una aplicación específica de una fórmula más general para estimar la confiabilidad de una prueba que se ha alargado o acortado en cualquier cantidad de reactivos. Debido a que la confiabilidad de una prueba es afectada por su longitud, es necesaria una fórmula para estimar la confiabilidad de una prueba que se ha acortado o alargado. La fórmula general de Spearman-Brown (r_{SB}) es:

$$r_{SB} = \frac{N r_{xy}}{1 + (n - 1) r_{xy}}$$

donde r_{SB} es igual a la confiabilidad ajustada por la fórmula de Spearman-Brown, r_{xy} es igual a la r de Pearson en la prueba con la longitud original y n es igual al número de reactivos en la versión revisada dividido entre el número de reactivos en la versión original.

Al determinar la confiabilidad de una mitad de una prueba, un elaborador de pruebas puede usar luego la fórmula de Spearman-Brown para estimar la confiabilidad de una prueba entera.

Debido a que la prueba entera es el doble de largo que la mitad de una prueba, n se vuelve 2 en la fórmula de Spearman-Brown para el ajuste de la confiabilidad de división por mitades. El símbolo r_{hh} , significa la r de Pearson de las puntuaciones de las dos mitades de la prueba:

$$r_{SB} = \frac{2 r_{hh}}{1 + r_{hh}}$$

Por lo general es cierto, aunque no siempre, que la confiabilidad se incrementa conforme aumenta la longitud de una prueba, a condición de que los reactivos adicionales sean equivalentes con respecto al contenido y rango de dificultad de los reactivos originales. Las estimaciones de confiabilidad basadas en la consideración de la prueba entera tenderán por consiguiente a ser mayores que aquellas basadas en la mitad de una prueba.

e) Otros métodos de estimación de la consistencia interna.

Además de la fórmula de Spearman-Brown, otros métodos que se usan en forma amplia para estimar la confiabilidad de consistencia interna incluyen fórmulas desarrolladas por Kuder y Richardson (1937) y Cronbach (1951).

Consistencia entre reactivos es un término que se refiere al grado de correlación entre todos los reactivos en una escala. Una medida de consistencia entre reactivos se calcula a partir de una sola aplicación de una forma única de una prueba. Un índice de consistencia entre reactivos es útil, a su vez, para evaluar la *homogeneidad* de la prueba. Se dice que las pruebas son "homogéneas" si contienen reactivos que miden un solo rasgo. Como un adjetivo usado para describir reactivos de prueba, *homogeneidad* (derivada de las palabras griegas *homos*, que significa "misma", y *genuos*, que significa "clase") es el grado en que una prueba mide un solo factor; o sea, el grado en que los reactivos en una escala son unifactoriales.

En contraste con la homogeneidad de la prueba, la *heterogeneidad* describe el grado en que una prueba mide factores diferentes. Una prueba *no homogénea* o *heterogénea* se compone de reactivos que mide más de un rasgo. Podría esperarse que una prueba que sólo evalúa el conocimiento de las habilidades de reparación de televisores de color tuviera un contenido más homogéneo que una prueba de reparaciones electrónicas. La primera prueba sólo evalúa un área de y la última evalúa varias, como el conocimiento no sólo de televisores sino también de radios, videograbadoras, reproductores de discos compactos, etc. Entre más homogénea es una prueba, puede esperarse que tenga más consistencia entre reactivos.

Debido a que la prueba abarcaría una muestra de un área de contenido relativamente reducida, tendría más consistencia entre reactivos. Una persona que es hábil en la reparación de televisores de color podría estar familiarizado con la reparación de otros aparatos electrónicos como radios y sistemas estereofónicos, pero puede saber poco sobre videograbadoras o reproductores de discos compactos. Por tanto, habría menos consistencia entre reactivos en esta prueba de capacidad de reparación general que en una prueba diseñada para evaluar sólo el conocimiento y habilidades para la reparación de televisores de color.

La homogeneidad de la prueba es deseable debido a que permite una interpretación relativamente sencilla de la puntuación de la prueba. Es probable que aquellos que obtienen la misma puntuación en una prueba homogénea tengan capacidades parecidas en el área examinada. Aquellos que obtienen la misma puntuación en una prueba más heterogénea pueden tener capacidades bastante diferentes. Pero aunque es deseable una prueba homogénea debido a que se presta con facilidad a una interpretación clara, a menudo es una herramienta insuficiente para medir variables psicológicas multifacéticas como inteligencia o personalidad. Una forma de evitar esta fuente potencial de dificultad ha sido aplicar una serie de pruebas homogéneas, cada una diseñada para medir algún componente de una variable heterogénea. Además de algunas de las influencias aleatorias que puede afectar a las medidas de confiabilidad, la varianza de error en una medida de consistencia entre reactivos proviene de dos fuentes:

1. El muestreo de reactivos.
2. La heterogeneidad del área de contenido.

Entre más heterogénea sea el área de contenido de la que se extrae la muestra, será menor la consistencia entre reactivos.

f) Las fórmulas de Kuder-Richardson.

La insatisfacción con los métodos de división por mitades existentes para estimar la confiabilidad llevó a G. Frederic Kuder y M.W. Richardson (1937; Richardson y Kuder, 1939) a desarrollar sus propias medidas para estimar la

confiabilidad. La más conocida de las muchas fórmulas en las que colaboraron es su *fórmula Kuder-Richardson 20* o *KR-20* (llamada así debido a que fue la vigésima fórmula desarrollada en una serie). En el caso en que los reactivos de la prueba son muy homogéneos, las estimaciones de confiabilidad *KR-20* y de división por mitades serán similares. Sin embargo, la *KR-20* es la estadística de elección para determinar la consistencia entre reactivos de reactivos dicotómicos, sobre todo aquellos reactivos que pueden ser calificados como correctos o equivocados (como los reactivos de opción múltiple). Si los reactivos de prueba son más heterogéneos, la *KR-20* producirá estimaciones de confiabilidad inferiores que el método de división por mitades.

Aunque se han propuesto numerosas modificaciones de las fórmulas de Kuder-Richardson a lo largo de los años, quizá la única variante de la fórmula *KR-20* que ha recibido la mayor aceptación hasta la fecha es un estadígrafo llamado "coeficiente alfa".

g) Coeficiente alfa.

Desarrollado por Cronbach (1951) y ampliado en lo subsecuente por otros, el coeficiente alfa puede considerarse como la media de todas las correlaciones de división por mitades posibles, las buenas junto con las malas, corregida por la fórmula de Spearman-Brown. Como hemos señalado antes, la *KR-20* se usa en forma apropiada en pruebas con reactivos dicotómicos. El coeficiente alfa también puede ser usado en pruebas con reactivos dicotómicos. Además, el coeficiente alfa es apropiado para ser usado en pruebas que contienen reactivos que son dicotómicos: reactivos que pueden calificarse en forma individual a lo largo de un rango de valores. Los ejemplos de estas pruebas incluyen las encuestas de opinión y de actitud, donde se presenta un rango de alternativas posibles, las pruebas de ensayo y las pruebas de respuesta corta, donde puede darse crédito parcial.

En la era de las computadoras y calculadoras programables, pocas personas que tuvieran ocasión de calcular esta estadística realizarían en forma manual los cálculos bastante laboriosos, y podría presumirse en forma razonable que el número de personas que preferirían la forma antigua disminuiría conforme aumentara el número de reactivos en la prueba. En la actualidad, quizá debido a la fácil disponibilidad de computadoras (desde computadoras centrales hasta portátiles), el coeficiente alfa es la estadística preferida para obtener una estimación de la confiabilidad de la consistencia interna.

3.3. Validez.

En el lenguaje cotidiano, decimos que algo es válido si es sólido, significativo o está bien fundado en principios o evidencia. Por ejemplo, hablamos de una teoría válida, un argumento válido o una razón válida. Del mismo modo, en el lenguaje de la evaluación psicológica, *validez* es un término usado conjuntamente con la significación de una puntuación de prueba, lo que en verdad significa la puntuación de la prueba.

3.3.1. El concepto de validez

Planteado en forma sucinta, la palabra *validez* cuando aplica a una prueba se refiere a un juicio concerniente a lo bien que mide de hecho una prueba lo que pretende medir. De manera más específica, es un juicio basado en evidencia sobre lo apropiado de las inferencias extraídas de las puntuaciones de prueba. Una *inferencia* es un resultado lógico o deducción en un proceso de razonamiento.

Las características de la validez de las pruebas y las puntuaciones de prueba son expresadas con frecuencia con términos como "aceptable" o "débil", reflejando un juicio de lo adecuadamente que está midiendo en realidad el atributo para cuya medición estaba diseñada la prueba. En un juicio de validez hay inherente un juicio de utilidad. Un psicometrista respetado incluso definió la validez como lo "útil desde el punto de vista científico" que es un instrumento de medición (Cohen 2001).

Validación es el proceso de recopilación y valoración de la evidencia de validez. Tanto quien elabora la prueba como el administrador de la misma puede desempeñar una función en la validación de una prueba para un propósito específico. Es responsabilidad del elaborador de la prueba suministrar evidencia de la validez en el manual de la misma. En ocasiones puede ser apropiado para los administradores de la prueba realizar sus propios estudios de validación con los grupos de personas que responderán la prueba. Estos estudios de validación "local" son necesarios cuando el usuario de la prueba planea alterar de alguna manera el formato, instrucciones, lenguaje o contenido de la prueba (como cambiar la prueba escrita a una forma Braille). Los estudios de validación local también serían apropiados cuando la prueba fuese usada con una población de personas que responderán la prueba que difiere de alguna manera significativa de la población en la que fue estandarizada.

Una forma de conceptualizar la validez se ha dado con respecto a la siguiente taxonomía de tres categorías:

- Validez de contenido.
- Validez relacionada con un criterio.
- Validez de constructo.

Es claro que esta perspectiva de la validez, a la que hace referencia Guion (1980) como la perspectiva "trinitaria", es la que prevalece en el campo de la psicología en la actualidad y lo ha sido al menos desde la década de 1950. En consecuencia, las respuestas a preguntas sobre los métodos para determinar la validez de una prueba tienden a ser expresadas con términos como "estrategias de validación de contenido", "estrategias de validación relacionadas con un criterio" y "estrategias de validación de constructo". También hay referencias a otras categorías, como "validez predictiva" y "validez concurrente", pero estos dos términos tienden a hundirse bajo la categoría más general de "validez relacionada con un criterio".

Dentro del contexto de taxonomía de tres categorías, la validez de una prueba puede evaluarse:

1. Examinando a fondo su contenido.
2. Relacionando las puntuaciones obtenidas en la prueba con otras puntuaciones de prueba y medidas sino también en la forma en que pueden entenderse dentro de algún marco teórico para comprender el constructo al que la prueba está diseñada a medir. Estos tres enfoques para la evaluación de la validez no son mutuamente excluyentes; cada uno deberá considerarse como un tipo de evidencia que, con otras, contribuye a un juicio de la validez de la prueba. Los tres tipos de evidencia de validez proporcionan un panorama unificado de la validez de una prueba, aunque un administrador de pruebas puede no necesitar conocer los tres tipos de evidencia de validez.

3.3.2. Validez de contenido.

La validez de contenido describe un juicio concierne a lo adecuado del muestreo que hace una prueba del comportamiento representativo del universo de comportamiento del que la prueba estaba diseñada para tomar una muestra. Por ejemplo, en las pruebas de rendimiento educativo, se acostumbra considerar a una prueba como una medida con contenido válido cuando la proporción de material cubierto por la prueba se aproxima a la proporción de material cubierto en el curso.

Las primeras etapas de una prueba que se está elaborando para su uso en el salón de clases, ya sea en un salón de clases o aquellas que se realizan a lo largo del estado o de la nación, generalmente implican una investigación que explora el universo de objetivos de instrucción posibles para el curso. Se incluyen entre las muchas fuentes posibles de información sobre dichos objetivos los programas de estudio del curso, los libros de texto, los maestros, los especialistas que elaboran los planes de estudio y los profesores y supervisores que capacitan a los maestros en el área temática particular. De la información reunida (junto con el juicio del elaborador de la prueba), surge un proyecto para la estructura de la prueba, un proyecto que representa la culminación de esfuerzos diseñados para

obtener una muestra adecuada del universo de áreas de contenido que podrían ser susceptibles de muestreo en una prueba así.

Para que una prueba de empleo tenga un contenido válido, éste debe ser una muestra representativa de las habilidades relacionadas con el trabajo requeridas para el empleo. Una técnica usada con frecuencia para hacer proyectos de las áreas de contenido que se van a abarcar en ciertos tipos de pruebas de empleo es la observación. El elaborador de la prueba observará a veteranos exitosos en este trabajo, notará las conductas necesarias para el éxito y diseñará la prueba para incluir una muestra representativa de dichas conductas.

Esos mismos trabajadores (al igual que sus supervisores y otros) pueden ser llamados después para actuar como expertos o jueces para estimar el grado en que el contenido de la prueba es una muestra representativa de las habilidades relacionadas que se requieren en el trabajo. Lo que sigue es un método para cuantificar el grado de acuerdo entre dichos evaluadores.

3.3.2.1. La cuantificación de la validez de contenido.

La medición de la validez de contenido es importante en escenarios laborales, donde las pruebas usadas para contratar y promover personas son examinadas en forma meticulosa respecto a su relevancia para el trabajo.

Es probable que en parte en respuesta a esta presión legal, y sin duda también por una preocupación por la calidad de las pruebas de empleo, se han creado métodos para cuantificar la validez de contenido. Uno de estos métodos fue elaborado por Lawshe (1975), quien propuso una fórmula simple para cuantificar el grado de consenso pidiendo a un grupo de expertos que determinen la validez de contenido de una prueba de empleo. Este método se ha usado para evaluar muchas pruebas relacionadas con el empleo, tan diversas como valoración de la capacitación de policías y medidas del comportamiento laboral de los asistentes psiquiátricos. El método también puede aplicarse a otras situaciones que requieran que un grupo de expertos emita algún juicio, como en el examen de la validez del contenido de pruebas de rendimiento matemático (Crocker, 1988).

Sin tener en cuenta la aplicación específica, el enfoque de Lawshe (1975) para la cuantificación de la validez de contenido incluye un grupo de jueces. Cada miembro del jurado responde a la siguiente pregunta para cada uno de varios reactivos:

*¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es:

- Esencial.
- Útil pero no esencial.

- No necesario.

para el desempeño del trabajo?". Para cada reactivo se anota número de miembros del jurado que afirma que el reactivo es esencial. De acuerdo con la Lawshe, si más de la mitad de los miembros del jurado indica que un reactivo es esencial, ese reactivo tiene al menos alguna validez de contenido. Existen niveles mayores de validez de contenido conforme cantidades mayores de expertos concuerdan en que un reactivo particular es esencial. Usando estas suposiciones, Lawshe desarrolló una fórmula denominada razón de validez de contenido.

3.3.2.2. La cultura y lo relativo a la validez de la prueba.

Las pruebas a menudo se consideran válidas o inválidas. Una prueba de historia, por ejemplo, mide o no mide con precisión un hecho histórico. Sin embargo, también es cierto que lo que constituye un hecho histórico depende en algunos casos de quien está escribiendo la historia.

La influencia de la cultura se extiende por tanto a juicios concernientes a la validez de pruebas y reactivos de pruebas. Pueden observarse diferencias en los juicios concernientes a la validez de las pruebas y de los reactivos de pruebas de un país a otro a lo largo del mundo y, en algunos casos, incluso de un salón de clases a otro. Lo que se considera una prueba de historia válida en un salón de clases no será considerada así en otro. Es más, las interpretaciones hechas con base en las respuestas de quien responde la prueba variarán como una función de cultura.

3.3.3. Validez relativa al criterio.

La validez relativa al criterio, es un juicio respecto a lo adecuado que puede ser el uso de una puntuación de prueba para inferir la posición más probable del individuo en alguna medida de interés, siendo la medida de interés el criterio. Dos tipos de evidencia de validez incluyen bajo el encabezado de "validez con base en criterio". La validez concurrente es la forma de validez relacionada con un criterio que es un índice del grado en que una puntuación de prueba se relaciona con alguna medida criterio obtenida al mismo tiempo (en forma concurrente). La validez predictiva es la forma de validez relacionada con un criterio que es un índice del grado y en que una puntuación de prueba predice alguna medida de criterio.

- **Criterio.**

Un criterio puede definirse en forma amplia como la norma contra la cual es valorada una prueba o una puntuación de prueba. Desde el punto de vista operativo, un criterio puede ser casi cualquier cosa: "desempeño del piloto al volar un Boeing 767", "calificación en el examen de Peinados Avanzados", "número de

días pasados en hospitalización psiquiátrica". En resumen, no hay reglas inflexibles para lo que constituye un criterio; puede ser un comportamiento específico o un grupo de comportamientos, una puntuación de prueba, una cantidad de tiempo, una estimación, un diagnóstico psiquiátrico, un costo de capacitación, un índice de ausentismo, un índice de intoxicación alcohólica, etc. Pero aunque un criterio puede ser casi cualquier cosa, de manera ideal es confiable, relevante, válido y no está contaminado.

3.3.3.1. Validez concurrente.

Si las puntuaciones de prueba se obtienen más o menos al mismo tiempo que las medidas criterio, las medidas de la relación entre las puntuaciones de prueba y el criterio proporcionan evidencia de *validez concurrente*. Las declaraciones de validez concurrente indican el grado en que las puntuaciones de prueba pueden ser usadas para estimar la posición presente de un individuo en un criterio.

En ocasiones se explora la validez concurrente de una prueba particular (a la que llamaremos prueba A para los propósitos de este ejemplo) con respecto a la forma en que se compara con otra prueba (a la que llamaremos prueba B). En tales estudios, la investigación anterior ha demostrado en forma satisfactoria la validez de la prueba B y la pregunta de interés se vuelve "¿Qué tan bien se compara la prueba A con la prueba B?". Aquí, la prueba B se usa como lo que se conoce el "criterio de la validación". En algunos estudios, la prueba A es ya sea una prueba nueva o una prueba que se está usando para algún propósito nuevo, quizá con una población nueva. En el ejemplo de un estudio de validez concurrente que sigue, un grupo de investigadores exploró si una prueba que había sido validada para su uso con adultos podría ser usada con adolescentes. El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory; BDI; Beck, 1961, 1979; Beck y Steer, 1993) y su revisión, el Inventario de Depresión Beck-II (BDI-II; Beck, 1996) son medidas de informe personal usadas para identificar síntomas de depresión y cuantificar su gravedad. El BDI-II es una de varias pruebas elaboradas por Aaron Beck y sus colegas. Aunque el BDI se había usado en forma amplia con adultos, se plantearon interrogantes respecto a lo apropiado de su uso con adolescentes. Los resultados sugirieron que el BDI es válido para ser usado con adolescentes.

3.3.3.2. Validez predictiva.

Las puntuaciones de prueba pueden obtenerse en un momento y las medidas criterio obtenerse en un momento futuro, después de que ha tenido lugar algún evento intermedio (como una capacitación, experiencia, terapia, medicación o tan sólo el paso del tiempo). Las medidas de la relación entre las puntuaciones de prueba y una medida criterio obtenido en un momento futuro proporcionan un indicio de la *validez predictiva* de la prueba; es decir, con cuánta precisión las

puntuaciones de la prueba predicen alguna medida criterio. Las medidas de la relación entre las pruebas de admisión a la universidad y el promedio de calificaciones al final del primer año, por ejemplo, proporcionan evidencia de la validez predictiva de las pruebas de admisión.

En escenarios donde podrían emplearse pruebas, como una agencia de colocaciones, una oficina de admisiones a la universidad o la oficina de un alcalde, la validez predictiva alta de una prueba puede ser un auxiliar muy útil para quienes toman decisiones para seleccionar a estudiantes exitosos, trabajadores productivos o convictos que son buenos prospectos para salir bajo palabra. El que un resultado de prueba sea valioso para tomar una decisión depende de lo bien que los resultados mejoren las decisiones de selección sobre aquellas decisiones tomadas sin conocimiento de los resultados de la prueba. En un escenario industrial donde el volumen de producción es importante, si el uso de una prueba de selección de personal puede tener el efecto de aumentar la productividad incluso en un grado pequeño, el aumento en la productividad redituará año con año y puede traducirse en millones de dólares de incremento en ganancias. Y en el contexto clínico, no podría ponerse ningún precio a una prueba que tiene el efecto de salvar más vidas del suicidio u homicidio si la prueba pudiera proporcionar una precisión predictiva superior a las pruebas existentes con respecto a tales actos. Por desgracia, las dificultades inherentes en la elaboración de dichas pruebas son numerosas y multifacéticas.

Los juicios de validez relacionada con un criterio, sea concurrente o predictivo se basan en dos tipos de evidencia estadística: el coeficiente de validez y los datos de expectativa.

- ***El coeficiente de validez.***

El coeficiente de validez es un coeficiente de correlación que proporciona una medida de la relación entre las puntuaciones de prueba y las puntuaciones en la medida criterio. El coeficiente de correlación calculado a partir de una puntuación (o clasificación) en una prueba psicodiagnóstica cuyo criterio es asignado por psicodiagnósticos es un ejemplo de coeficiente de validez.

- ***Datos de expectativa.***

La información esperada proporciona una fuente de información que puede usarse para valorar la validez relacionada con un criterio de una prueba. Usando una puntuación obtenida en alguna prueba o medida, las tablas de expectativa ilustra la probabilidad de que quien responde la prueba obtendrá una puntuación dentro de algún intervalo de puntuaciones en una medida criterio; un intervalo que puede verse como "probatorio", "aceptable", etc.

3.3.4. Validez de constructo.

La validez de constructo es un juicio de lo apropiado de las inferencias extraídas de las puntuaciones de prueba respecto a posiciones individuales en una variable llamada "constructo". Un *constructo* es una idea científica informada elaborada o construida para describir o explicar el comportamiento. "Inteligencia" es un constructo que puede invocarse para describir por qué un estudiante se desempeña bien en la escuela. "Ansiedad" es un constructo que puede emplearse para describir por qué un paciente psiquiátrico va y viene por la habitación. Otros ejemplos de constructos son: "satisfacción en el trabajo", "personalidad", "fanatismo", "aptitud secretarial", "depresión", "motivación", "autoestima", "ajuste emocional", "peligrosidad potencial", "creatividad", y "comprensión mecánica". Los constructos son rasgos presupuestos (subyacentes) inobservables que un elaborador de pruebas puede emplear para descubrir el comportamiento de la prueba o el desempeño del criterio.

La validez de constructo se ha visto como el concepto unificador para toda la evidencia de validez; todos los tipos de evidencia de validez incluyendo las variedades de contenido y las relacionadas con un criterio, son formas de validez de constructo. Un grupo de coeficientes de validez para una prueba determinada cuando se considera en forma individual puede interpretarse con respecto a la validez relacionada con un criterio de la prueba; de manera colectiva, sin embargo, estos coeficientes tienen que ver con la validez de constructo de la prueba (Guion, 1980).

3.3.4.1. Evidencia de la validez de constructo.

Pueden emplearse diversos procedimientos para proporcionar diferentes clases de evidencia de que una prueba tiene validez de constructo. Las variadas técnicas de validación del constructo puede proporcionar evidencia, por ejemplo, de que:

- La prueba es homogénea, midiendo un solo constructo.
- Las puntuaciones de la prueba se correlacionan con puntuaciones en otras pruebas de acuerdo con lo que se predicería a partir de una teoría que abarca la manifestación del constructo en cuestión.
- Las puntuaciones de la prueba se incrementan o disminuyen en función de la edad o del paso del tiempo (es decir, las puntuaciones postprueba) difieren de las puntuaciones de preprueba como se predijo desde el punto de vista teórico.
- Las puntuaciones de prueba obtenidas por personas de grupos distintos varían como lo predijo la teoría.

A continuación se presenta una breve exposición de cada tipo de evidencia de validez de constructo y de los procedimientos para obtenerla:

a) Evidencia de homogeneidad.

La homogeneidad, también denominada consistencia interna, por lo general se refiere a lo bien que mide una prueba un solo concepto. Un elaborador de pruebas puede incrementar la homogeneidad de un instrumento de varias formas. Considérese, por ejemplo, una prueba de rendimiento académico que contiene subpruebas en áreas como matemáticas, ortografía y comprensión de la lectura. Podría usarse la r de Pearson para correlacionar puntuaciones subprueba promedio con la puntuación total promedio de la prueba. Las subpruebas que a juicio del elaborador de la prueba no se correlacionan muy bien con la prueba en conjunto podrían tener que reconstruirse (o eliminarse) por temor a que la prueba no mida el constructo "rendimiento académico". Las correlaciones entre las puntuaciones de subpruebas y la puntuación total de la prueba, por lo general, se reportan en el manual de la prueba como evidencia de homogeneidad.

b) Evidencia de cambios con la edad.

La naturaleza de algunos constructos es tal que se esperaría que ocurrieran cambios en ellos a lo largo del tiempo. La "capacidad de lectura", por ejemplo, tiende a incrementarse de manera dramática año con año desde los seis años de edad hasta principios de la adolescencia. Si una puntuación de prueba pretende ser una medida de un constructo que pudiera esperarse que cambiara con el tiempo, también deberían mostrar los mismos cambios progresivos con la edad si la puntuación de la prueba ha de considerarse como una medida válida del constructo.

c) Evidencia de cambios preprueba/posprueba.

La evidencia que muestra que las puntuaciones de prueba cambian como resultado de alguna experiencia entre una preprueba y una posprueba puede ser evidencia de validez de constructo. Algunas de las experiencias intermedias más comunes responsables de los cambios en las puntuaciones de prueba son la educación formal, un proceso de psicoterapia o la administración de medicamentos, y experiencia en el trabajo. Por supuesto dependiendo del constructo que se esté midiendo, podría predecirse que casi cualquier experiencia que intervenga en la vida producirá cambios en la puntuación de la preprueba a la posprueba.

d) Evidencia de grupos distintos.

También conocido como el "método de grupos contrastados", una forma de proporcionar evidencia de la validez de una prueba es mostrar que las puntuaciones en la prueba varían en una forma predecible como una función de la pertenencia a algún grupo.

El razonamiento aquí es que si una prueba es una medida válida de un constructo particular, entonces las puntuaciones de prueba de grupos de personas que se supone que difieren con respecto a ese constructo tendrían puntuaciones de prueba correspondientemente diferentes.

e) Evidencia convergente.

La evidencia para la validez de constructo de una prueba particular puede provenir de diversas fuentes, como otras pruebas o medidas diseñadas para evaluar el mismo constructo (o uno similar). Por tanto, si las puntuaciones en la prueba sometida a validación de constructo tiende a correlacionarse altamente en la dirección predicha con las puntuaciones en pruebas anteriores, más establecidas y ya validadas diseñadas para medir el mismo constructo (o uno similar), éste sería un ejemplo de evidencia convergente.

f) Evidencia discriminante.

Un coeficiente de validez que muestra poca relación (es decir, estadísticamente insignificante) entre puntuaciones de prueba y otras variables con las que puntuaciones de prueba en la que se está sometiendo a validez de constructo no debería correlacionarse desde el punto de vista teórico proporciona evidencia discriminativa de la validez de constructo (también conocida como *validez discriminativa*).

g) Análisis factorial.

La evidencia convergente y discriminativa de la validez de constructo puede obtenerse por medio del uso del análisis factorial. Análisis factorial es un término abreviado singular que es usado para describir una clase de procedimientos matemáticos que están diseñados para identificar factores o variables específicas que comúnmente son atributos, características o dimensiones en las que pueden diferir las personas. En la investigación psicométrica, el análisis factorial es empleado con frecuencia como un método de reducción de datos en el que son analizados varios conjuntos de puntuaciones y las correlaciones entre ellos. En dichos estudios el propósito del análisis factorial puede ser identificar el factor o factores en común entre puntuaciones de prueba en subescalas dentro de una prueba particular, o los factores en común entre puntuaciones en una serie de pruebas. En general, el análisis factorial se realiza ya sea con base exploratoria o con una base confirmatoria.

El análisis factorial exploratorio implica generalmente la "estimación o extracción de factores; la decisión de cuantos factores conservar; y la rotación de éstos a una orientación interpretable". Por el contrario, en el análisis factorial

confirmatorio, "se plantea la hipótesis de una estructura factorial en forma explícita y se prueba su ajuste con la estructura de la covarianza observada de las vaibales medidas." (Floyd y Widaman, 1995, p. 287)

El análisis factorial es un tema rico en complejidad técnica. Sus usos y aplicaciones pueden variar como una función de los objetivos de investigación, así como de la naturaleza de las pruebas y los constructos bajo estudio.

3.3.5. Validez y sesgo de la prueba.

A los ojos de muchas personas legas, las cuestiones concernientes a la validez de una prueba están vinculadas de manera íntima con cuestiones relacionadas al uso imparcial y al problema del sesgo de la prueba. Es posible que una prueba válida sea usada en forma parcial o imparcial. Incluso es posible que una prueba que está sesgada sea usada en forma parcial o imparcial. Además, las personas pueden estar en desacuerdo respecto a si una prueba está sesgada, dependiendo de la definición de sesgo que se use.

El término sesgo aplicado a las pruebas puede definirse como un factor inherente dentro de una prueba que de manera sistemática impide la medición precisa e imparcial.

3.4. Relevancia de la Adaptación de un test para su uso en diferentes idiomas y culturas.

En la actualidad existe un interés creciente por los estudios comparativos internacionales de todo tipo. Con este crecimiento aparece la necesidad de adaptar (habitualmente utilizado como "traducir") pruebas o tests psicológicos, para su uso en múltiples culturas e idiomas.

La forma más habitual de elaborarlos es adaptando los ya existentes a los idiomas y/o culturas objetivo que se desea investigar. Este proceso de adaptación de los tests constituye un momento clave dentro de cualquier proyecto de estudio intercultural.

Hay muchas razones para adaptar un test o prueba psicológica:

- Generalmente resulta más barato y rápido que preparar uno nuevo para un segundo idioma.
- En el segundo idioma no siempre existe la experiencia técnica para producir un nuevo test validado (sobretudo en países de tercer mundo, como el nuestro).
- Para llevar a cabo estudios comparativos interpaíses, interidiomas, y/o interétnicos, se requieren tests adaptados.

Estos estudios se han vuelto muy populares en los últimos años, dado que muchos países se esfuerzan por establecer estándares educativos internacionales y desean comparar sus progresos con los de otros países.

Mientras que las muchas razones para la adaptación de las pruebas están claras, los métodos para llevarla a cabo y establecer las equivalencias entre las puntuaciones no lo están tanto. Algunos investigadores interculturales han señalado que un alto porcentaje de investigaciones en su campo son defectuosas, incluso no válidas, debido a una adaptación deficiente de tests utilizados.

La adaptación de un test incluye todo tipo de tareas, desde decidir si mide o no el mismo constructo en idiomas y culturas diferentes, hasta el problema de la selección de traductores, la decisión sobre los ajustes necesarios que hay que hacer para usar el test en un segundo idioma, o la propia adaptación del test y la comprobación de la equivalencia de la forma adaptada.

3.4.1. Fuentes de error o invalidez en la adaptación de las pruebas.

Las fuentes de error o invalidez presentes en la adaptación de los tests pueden organizarse en tres amplias categorías:

- Diferencias culturales y de idioma.
- Aspectos técnicos y métodos.
- Interpretación de los resultados.

Si no se atienden adecuadamente todos los aspectos incluidos en estas categorías, podemos terminar con una prueba adaptada que no es equivalente en los dos idiomas o grupos culturales. Los tests o pruebas no equivalentes conducen necesariamente a errores en la interpretación y a conclusiones defectuosas acerca de los grupos implicados.

3.4.1.1. Diferencias culturales e idiomáticas que afectan a las puntuaciones.

La evaluación e interpretación de los resultados interculturales no deberían verse en el contexto restringido de la mera traducción o adaptación de los tests o pruebas. Este proceso debería considerarse más bien para todas las partes del proceso de evaluación, incluyendo la aplicación del test y el formato de los ítems. Existen además otros factores, pero en este apartado sólo revisaremos dos que a continuación se presentan:

a) Aplicación del test.

Los problemas de comunicación entre el aplicador y los examinados pueden construir una seria amenaza para la validez de los resultados del test. Tal vez las instrucciones no se comunican claramente debido a problemas de adaptación. Una manera de evitar los problemas es asegurarse de que las propias instrucciones estén claras y sean exhaustivas, dejando un margen mínimo para las explicaciones verbales.

Una adecuada selección de los aplicadores constituye una gran ayuda por lo que:

- Deben ser elegidos de la población a la que se va a aplicar el test.
- Deben estar familiarizados con la cultura, idioma y dialectos.
- Deben tener experiencia y habilidades adecuadas para la aplicación de tests.
- Deben conocer la importancia de seguir los procedimientos estandarizados asociados con el test.

Adicionalmente, se puede mejorar la consistencia en la aplicación de los tests a diferentes grupos proporcionando un entrenamiento básico a todos los aplicadores.

b) Formato del test.

La diferente experiencia de las personas con ciertos formatos de los ítems representa otra fuente de invalidez de los resultados de las pruebas en los estudios interculturales. En los Estados Unidos el formato de elección múltiple para los ítems se ha utilizado con gran frecuencia en evaluación. En los estudios interculturales no se puede asumir sin más que todo el mundo está tan familiarizado con este tipo de ítems como los estudiantes americanos.

De modo que, los estudiantes de otros países podrían tener desventajas en comparación con sus homólogos americanos.

A veces un equilibrio entre los tipos de formatos puede ser la mejor solución para asegurar la imparcialidad y reducir fuentes de invalidez en el proceso de evaluación.

Otra solución al sesgo potencial asociado con un formato particular es incluir sólo aquellos formatos en los que todos los grupos evaluados tienen experiencia. Cuando se pueda asegurar que los examinados no están en desventaja, y supuesto que todas las variables de interés puedan medirse, entonces son preferibles los ítems de elección múltiple o sencillas escalas de calificación. La mayor ventaja es que los ítems de elección múltiple o las escalas

sencillas de calificación pueden puntuarse objetivamente. De este modo se evitan las complicaciones asociadas con la puntuación de las respuestas abiertas. Además, unas instrucciones detalladas y claras que incluyan ejemplos y ejercicios ayudan a reducir los efectos de las diferencias previas en experiencia.

3.4.2. Aspectos técnicos y métodos.

Hay cinco factores técnicos que pueden influir en la validez de los tests adaptados: el propio test, la selección y entrenamiento de los traductores, el proceso de traducción, los diseños racionales para adaptar tests, y los diseños empíricos para establecer la equivalencia.

a) El propio test.

Si un investigador sabe de antemano que va a utilizar un test en una cultura o idioma diferentes, es muy ventajoso tenerlo en cuenta al principio del proceso de construcción del test.

Si no se hace así pueden generarse problemas posteriores en el proceso de adaptación, lo cual reducirá la validez del test adaptado. La elección del formato de los ítems, tipo de material para el test, vocabulario, estructura de las frases, y otros aspectos que pueden ser difíciles de traducir bien, pueden tenerse en cuenta a la hora de preparar las especificaciones del test. Tales acciones preventivas pueden minimizar los problemas posteriores.

Con las escalas de personalidad, debe tenerse cuidado y elegir situaciones, vocabulario y expresiones que se adapten fácilmente a través de grupos idiomáticos y culturas. Por ejemplo, conductas que pueden ser habituales en el mundo occidental pueden tener un significado muy distinto en otros culturas.

La necesidad de obtener los servicios de traductores competentes es obvia. Sin embargo, demasiado a menudo los investigadores han tratado de solucionar el proceso de traducción con un solo traductor, seleccionado porque se tenía a mano un amigo, la esposa de un colega, alguien realmente barato, etc. Un trabajo de traducción competente reclama un tratamiento sistemático.

Los traductores deberían de ser algo más que personas competentes en los idiomas implicados en la traducción. Deberían conocer muy bien las culturas, especialmente la cultura objetivo (es decir, la cultura del idioma la cual se está adaptando la prueba). El conocimiento de las culturas implicadas, especialmente la cultura objetivo, es a menudo fundamental para una adaptación eficiente.

Muy a menudo, los traductores sin conocimientos técnicos recurren a traducciones literales que son con frecuencia problemáticas para los examinados del idioma objetivo y amenazan la validez del test.

Un traductor que no conozca los principios de la construcción de escalas o tests psicológicos puede fácilmente sin saberlo hacer el material del test más o menos difícil, y, en consecuencia, rebajar su validez en la población objetivo.

• **Problemas frecuentes con los que se enfrenta el traductor.**

1. Los traductores frecuentemente se enfrentan con el problema de elegir entre el empleo de una expresión rara o sofisticada, que es equivalente exacta a la original, pero que presta una expresión equivalente deficiente y el utilizar una forma expresiva más familiar, que hace que el texto sea comprensible y aceptable, por ello se recomiendan utilizar simples oraciones verbales.
2. Se recomienda emplear términos concretos y no abstractos, ya que las traducciones muy generales son sumamente difíciles de comprender y por lo tanto, se debe favorecer y exigir la especificidad en la traducción de instrumentos para la medición de características de personalidad.
3. Algunas expresiones verbales pueden tener limitaciones, ya que en una determinada cultura pueden ser expresadas de manera figurativa, en otra en cambio literal. En estos casos, se sugiere agregar una explicación anexa al reactivo, especificando la intención de la versión original. Esto permitirá que el reactivo muestre una mayor equivalencia.
4. Las expresiones idiomáticas en la lengua original no siempre tiene equivalentes en la lengua receptora, para cubrir la precisión del significado, el traductor de instrumentos podrá usar ambas; la traducción idiomática y literal del reactivo, manteniendo la última forma entre paréntesis.
5. El tiempo del verbo frecuentemente ocasiona dificultades en la traducción. En muchas lenguas el tiempo y el género son utilizados con más precisión que en inglés. Por lo tanto, el empleo de cierto tiempo en la traducción no corresponde al mismo significado que en el texto original. Para resolver esta situación se recomienda utilizar dos tiempos en la versión traducida para cubrir el significado exacto del texto original.
6. En muchas lenguas las expresiones dobles negativas son usadas cuando en inglés únicamente se presenta la negativa singular. Esto origina un grave problema en los inventarios de personalidad con un formato de respuestas dicotómicas (verdadero-falso). Ante esta situación se recomienda que los reactivos problemáticos sean aclarados adicionando una explicación a cada reactivo que produce ese efecto de confusión en la doble negatividad. Una solución alterna es modificar el reactivo de la forma negativa a la positiva, con el cambio respectivo de la dirección del puntaje (calificación) del reactivo.
7. Para asegurar el éxito de la traducción y cubrir con precisión el significado original de términos que se refieren a las experiencias reales, es decir, que se

requiere que los traductores muestren un elevado grado de familiaridad en ambas lenguas.

La utilidad de la traducción de los instrumentos dependerá de la extensión de la inclusión de términos que se refieren a las experiencias reales, es decir, que sean familiares en ambas culturas. Cuando dos culturas se encuentran muy distanciadas, será imposible cubrir el aspecto de la equivalencia del significado para algunas palabras o expresiones. Se sugiere que estos reactivos problemáticos sean examinados, sean eliminados o reemplazados por un mejor significado equivalente, que puede ser determinado por una estructura factorial similar.

Se han desarrollado múltiples procedimientos para la traducción de reactivos con el meta de ofrecer una elevada equivalencia en la traducción.

b) Proceso de traducción.

El problema de los dialectos dentro de un idioma puede llegar a ser una amenaza para la validez de los tests adaptados.

El conocimiento de la frecuencia de uso de las palabras puede ser de gran valor para obtener adaptaciones válidas. En general, es mejor traducir palabras y expresiones por otras con aproximadamente la misma frecuencia de uso en los dos idiomas.

En la adaptación de tests se usa a veces el "descentramiento". Puede ocurrir que ciertas palabras y expresiones no tengan equivalentes o no existan en el idioma objetivo. El descentramiento implica hacer revisiones del test en el idioma fuente de modo que pueda utilizarse material equivalente en las versiones del idioma fuente y del idioma objetivo. Esta estrategia es posible cuando el test se está desarrollando en el idioma fuente, y a la vez se está llevando a cabo la versión del idioma objetivo.

c) Diseños racionales para la adaptación de pruebas.

Los dos diseños más populares son la traducción hacia delante o directa y la traducción hacia atrás o inversa. Mediante el diseño de la traducción directa, un traductor, o preferiblemente un grupo de traductores, traduce la prueba del idioma fuente al idioma objetivo.

Posteriormente, otro grupo de traductores juzga la equivalencia entre las dos versiones del test. Pueden hacerse revisiones de la versión objetivo a partir de los problemas identificados por los traductores.

A veces, la validez de los juicios acerca de la equivalencia de las dos versiones se mejora permitiendo a los propios examinados dar sus opiniones sobre el material de los tests y cuestionarios a los expertos y traductores.

La mayor debilidad de este diseño básico radica en el alto grado de apreciaciones que deben llevar a cabo los jueces o traductores acerca de la equivalencia entre las dos versiones del test.

El diseño de la traducción inversa es el más conocido y popular de los diseños racionales. En su forma más común, un grupo de traductores adapta un test del idioma fuente al idioma objetivo. Un segundo grupo de traductores toma el test adaptado (en el idioma objetivo) y lo vuelve a adaptar al idioma fuente. A continuación se compara la versión original del test con la traducción inversa y se hacen análisis racionales acerca de su equivalencia. En la medida en la que las dos versiones del test en el idioma fuente sean similares, aumenta la seguridad acerca de la equivalencia entre las versiones fuente y objetivo del test. El diseño de traducción inversa puede considerarse como un chequeo general de la calidad de la traducción, que permite detectar al menos algunos de los problemas asociados con traducciones o adaptaciones deficientes.

Aunque el diseño de traducción inversa a menudo permite identificar problemas en el proceso de adaptación, raramente proporciona suficiente información para decidir el uso de un test adaptado en la práctica. Una de las mayores limitaciones es que la comparación de los tests se lleva a cabo en el idioma fuente. Es muy posible que la adaptación pueda ser deficiente

Finalmente, este y otros diseños basados en el análisis racional pueden resultar defectuosos debido a que las personas a las que va destinado el test no se les aplica en condiciones adecuadas. Hay una amplia evidencia que sugiere, p.e. que los revisores no son capaces de predecir las propiedades estadísticas de los ítems o identificar todos los fallos potenciales de un conjunto de ítems, y es precisamente por esto que los ítems de probar sobre el terreno antes de utilizarlos.

Para limar las asperezas en la traducción, se ha sugerido el empleo de sucesivas traducciones hacia atrás que podrían favorecer mejores aproximaciones hacia el texto original. Un paso esencial en la traducción de un inventario de creencias irracionales, sería la exploración completa de las propiedades de los reactivos y establecer cómo operan las escalas. Se ha sugerido que las frecuencias confirmatorias sean empleadas como un examen empírico de la traducción; esto es, las respuestas de verdadero de cada reactivo en la población o país receptor se podrían contrastar con las obtenidas en una muestra relevante del grupo fuerte, y los reactivos que mostraron confirmaciones externas se deberían someter a estudios especiales para establecer si las diferencias encontradas son consecuencia de las deficiencias en la traducción del instrumento.

Otros factores, fuera del contexto de la traducción, que pueden ocasionar discrepancia en las frecuencias confirmatorias pueden ser las diferencias interculturales actuales y las modificaciones del contenido de los reactivos que no permitirán la comparación. También se debe exponer, que a pesar de que los porcentajes confirmatorios de un determinado reactivo sean similares en ambas culturas o países, esto no indica que exista la seguridad que los reactivos midan efectivamente lo mismo en ambas culturas o países. Si el traductor desea alejarse de las evaluaciones subjetivas, los procedimientos analítico-factoriales podrían proveer una información evaluable tanto al nivel de los reactivos como de las escalas.

El Análisis Factorial es la herramienta que permite establecer los rangos de eficiencia de la equivalencia al grado de similitud de las estructuras factoriales del instrumento entre ambas culturas/países y los reactivos que no carguen en la estructura factorial donde deberían ubicarse en la población receptiva, podrán someterse a un examen respecto a las diferencias del significado. Este método tiene especial relevancia para los instrumentos o escalas que derivaron los métodos racionales o analíticos factoriales de la población país fuente, ahora bien, a pesar de las bondades que ofrece el análisis factorial dentro del contexto de la instrumentación transcultural o en la investigación psicométrica, es necesario tener cuidado por el efecto de una sobre interpretación.

Otro procedimiento para eliminar lo inadecuado de la traducción de los instrumentos para evaluar creencias irracionales, es la *técnica de retest bilingüe*, ambas versiones de los instrumentos (original y receptor) son sometidos a un grupo de traductores bilingües, que están familiarizados con ambas culturas.

Los datos de un instrumento examinado por el test-retest bilingüe pueden ser empleados para contrastar diferencias en los reactivos y las escalas o para comparar el grado de similitud en los perfiles. Así mismo, las discrepancias encontradas al nivel de los reactivos, facilitarán orientar las modificaciones o eliminar los reactivos del instrumento.

Sugerencias para realizar traducciones bilingües:

- Es necesario contar con una traducción inicial cuidadosa.
- La traducción deberá ser examinada por dos grupos de asesores bilingües seleccionados en forma aleatoria.
- Los reactivos que denoten discrepancias en las frecuencias confirmatorias deberán someterse a un escrutinio respecto a las asperzas de la traducción; las traducciones deberán enfocarse a homogeneizar la comparación de las frecuencias.
- Los reactivos que persisten en mostrar discordancias en la comparación de los porcentajes confirmatorios deberán ser eliminados o totalmente sustituidos.
- Las ventajas de este tipo de análisis únicamente pueden alcanzarse cuando los traductores presentan capacidad fluida en ambas lenguas, así como

conocimientos respecto a las dos culturas, debido a que se ha observado que proceden simplemente los antecedentes de ambas lenguas, no indica que el traductor piense en forma semejante en las dos lenguas.

- Se ha teorizado que el contexto en el cual las lenguas fueron adquiridas afectará su independencia entre ellos y por esta situación los expertos han externado que la experiencia bicultural tiende a realizar la verdadera bilingüidad. Para examinar empíricamente lo adecuado de la traducción de un test de actitudes y creencias, es decir, la equivalencia, se puede emplear la correlación entre muestras bilingües. No obstante esta herramienta estadística no presenta la fuerza suficiente para ser concluyente respecto a la calidad de la traducción.

3.4.3. Interpretación de los resultados.

En los estudios interculturales a gran escala la finalidad del test es proporcionar una base para hacer comparaciones entre varios grupos culturales e idiomáticos, y comprender las semejanzas y diferencias existentes.

Los resultados deben de utilizarse para buscar la forma de comparar los grupos y comprender las diferencias entre ellos. Para obtener una mejor comprensión, a la hora de interpretar las puntuaciones debe de tenerse en cuenta factores relevantes específicos del país; nivel de vida, valores culturales, etc. Ya que pueden ser esenciales para interpretar adecuadamente las puntuaciones de distintos grupos culturales/idiomáticos o nacionales.

Para llevar a cabo cualquier interpretación con sentido hay que tener en cuenta las diferentes realidades sociales, políticas y económicas a las que enfrentan los países, así como la relevancia de las oportunidades educativas.

3.5. Directrices prácticas para la adaptación de los tests.

No existe una única y completa fuente que los profesionales puedan consultar, ni se han elaborado hasta hace poco un conjunto de directrices sobre la adaptación de los tests. Además, los métodos de medición más complejos no son bien conocidos por los investigadores que llevan a cabo las adaptaciones.

En muchos países ya se dispone de estándares técnicos o directrices relativos a la construcción de los tests, fiabilidad de las mediciones y validez. Sin embargo, se ha prestado poca atención a la preparación de directrices para la adaptación de los tests y el restablecimiento de equivalencias entre las puntuaciones.

La Comisión Internacional de Tests (ITC) se ha ocupado de este problema y ha elaborado un conjunto de directrices prácticas para la adaptación de los tests. Se organizan dentro de cuatro secciones: Contexto, Construcción/Adaptación del test, Aplicación, y Documentación/interpretación de las puntuaciones.

Las directrices pertenecientes a la categoría contexto abordan aspectos relativos a la equivalencia de los constructos en los grupos idiomáticos de interés.

La categoría construcción del test y adaptación incluye directrices que emergen en el proceso de adaptación del test, todo aquello que va desde la elección de los traductores hasta los métodos estadísticos para analizar los datos empíricos, pasando por la investigación de la equivalencia de las puntuaciones.

La tercera categoría, *aplicación*, se ocupa de directrices que tienen que ver con las distintas formas de aplicar los tests a grupos con diferentes idiomas, incluyendo desde la selección de aplicadores, hasta la elección del formato de los ítems, o el establecimiento de los tiempos límite. La cuarta categoría de directrices tiene que ver con la *documentación y la interpretación de las puntuaciones*.

Habitualmente, los investigadores proporcionan muy poca documentación acerca del proceso de adaptación para establecer la validez de un test adaptado, por lo que son frecuentes las interpretaciones erróneas de las puntuaciones de los tests en múltiples idiomas.

El comité de la ITC adoptó la siguiente definición de directriz para la adaptación de un test: "Una directriz para la adaptación de un test es una práctica que se considera importante para realizar y evaluar la adaptación o construcción simultánea de tests psicológicos y educativos para su uso en diferentes poblaciones".

4. INVENTARIO DE CREENCIAS Y ACTITUDES DE BURGESS.

4.1. FICHA TÉCNICA

| | |
|----------------------------------|--|
| Nombre original: | <i>Attitudes and beliefs test</i> |
| Autor: | Phillip Burgess. |
| Procedencia: | Australia. |
| Utilidad: | Evalúa de manera rápida el constructo de las creencias irracionales postulado por la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC). |
| Aplicación: | Sujetos mayores de 16 años |
| Material: | Protocolo de 48 preguntas que incluye espacio para respuestas. |
| Formato: | Lápiz y papel. |
| Tiempo de administración: | 25 minutos. |

4.2. Origen del Instrumento.

Durante tres décadas, han sido muchas las pruebas diseñadas para medir las ideas irracionales (iB). En general, dichas pruebas parecen presentar uno o varios de los siguientes problemas:

1. El concepto de "irracionalidad" ha cambiado en su definición a través de los años: de las 11 ideas irracionales identificadas por Ellis en sus publicaciones iniciales, donde se trataba como un concepto global, a ideas irracionales específicas que se identifican individualmente y que varían en dos dimensiones, *proceso y contenido del pensamiento*, en sus publicaciones más recientes (Sutton-Simon, 1981).
2. La validez de las pruebas, particularmente validez de contenido y validez discriminante, son inadecuadas: muchos de los ítems reflejan, además de pensamientos, estados afectivos o consecuencias emocionales y conductuales. Por otro lado, las pruebas no incluyen ítems que reflejen pensamientos racionales, y por consiguiente, no permiten evaluar su desarrollo como parte del progreso psicoterapéutico del paciente (Kendall, 1982,1984).

3. La fiabilidad de algunas pruebas es inadecuada y, probablemente, relacionada con los dos problemas enumerados anteriormente; no sólo la proporción de ítems que reflejan únicamente creencias cambia considerablemente de una prueba a la otra, sino que, dentro de esta categoría, la variedad de tipos o clases de creencias como las pertinentes a "reglas de comportamiento" versus "factores de la vida cotidiana" es considerable. Sin embargo, especialmente hasta comienzos de la década de los años ochenta, sus resultados se analizan como una puntuación global, como es el caso del Test de creencias irracionales (Irrational beliefs test) desarrollado por Jones (1968) y utilizado en más de 50 artículos y tesis de doctorado.

En la última década, teóricos de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) han centrado sus esfuerzos en tratar de definir y formalizar el concepto de "creencia" (*belief*). Como resultado de este esfuerzo, han evolucionado dos áreas teóricas importantes dentro de la TREC:

- La primera está constituida por un cambio en el énfasis de un aspecto del concepto de "creencia" conocido como *contenido*, hacia otro, llamado *características*. Es decir, que actualmente se da mucha menor importancia a su *contenido*. (Ellis, 1962, 1973; Ellis y Harper, 1975), expresado inicialmente a través de las listas de 11 creencias irracionales y mucha más importancia a las *características* de dichos pensamientos (Ellis, 1997), donde los "debo", conocidos también como "pensamiento absolutista" o "exigencias dogmáticas y rígidas", son consideradas como de orden SUPERIOR a tres derivados, que son las conclusiones de "tremendismo", "baja tolerancia a la frustración" y "condenación" (llamada también "evaluación global").
- La segunda está constituida por la diferenciación y elaboración de dos tipos de ansiedad en la perturbación neurótica: la ansiedad del ego o perturbación del yo y la ansiedad situacional o perturbaciones incómodas (Ellis, 1980). El consenso de la comunidad de la TREC sugiere que las ideas irracionales en las áreas de éxito y aprobación parecen estar relacionadas con la ansiedad del ego, mientras que las que emergen en el área de comodidad, parecen relacionarse con la ansiedad situacional (Lega, 1997).

Un paso lógico, después de la evolución teórica del modelo de la TREC, es la evaluación empírica. Como se mencionó anteriormente, instrumentos como el IBT (Jones, 1968) presentan la limitación de estar basados en conceptualizaciones menos recientes y menos exactas del concepto de creencia y, como es lógico, tienen también problemas de fiabilidad y validez.

La versión más reciente de la TREC tiende también a enfatizar características del proceso de pensamiento en lugar de, simplemente, determinar su contenido específico, basado en las 11 ideas irracionales iniciales. Esta diferenciación permite un diagnóstico más exacto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Todo esto sugiere, entonces, la necesidad actual de medir independientemente dos dimensiones: 1) las características del pensamiento, denominadas "proceso", que incluyen exigencia y sus subderivados (tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación o evaluación global) y 2) los temas generales o sub-objetivos, denominados "contenido", donde pueden diferenciarse la ansiedad del ego de la ansiedad situacional, y que incluyen aprobación, éxito y comodidad (Legu, 1997).

Otro grave problema en los estudios empíricos de la TREC ha sido la casi total ausencia de muestras "clínicas". Es decir, que la mayoría de dichos estudios ha utilizado estudiantes universitarios con grados moderados de perturbación, como problemas de ansiedad y depresión, definidas por instrumentos de autoinforme, en lugar de individuos diagnosticados en clínicas y centros de salud mental, utilizando criterios generales de diagnóstico como el del DSM (Burgess, 1990). La selección de un grupo "control" de personas "normales", que no sufre perturbación emocional y que tiene características demográficas equivalentes a la muestra "clínica", ha presentado también problemas similares, ya que factores como la familiaridad de los sujetos control con el modelo de la TREC pueden influenciar los resultados de dichos estudios empíricos.

Teniendo en cuenta todo lo discutido anteriormente, se diseña el *Test de Actitudes y Creencias (Attitudes and beliefs test, ABT; Burgess, 1990)*. El ABT se basa en el concepto central de que existe un grupo de procesos que interactúan con un grupo de temas generales o contenidos, como se explicó anteriormente, pero que es necesario permitir su medición de forma independiente y luego estudiar sus posibles interacciones.

Utilizando el diagnóstico del *DSM-III* por medio de varios psiquiatras no involucrados en la investigación, se seleccionaron tres niveles o grupos clínicos entre los pacientes de dos centros de salud mental en Melbourne, Australia: trastorno por ansiedad generalizada, agorafobia con ataques de pánico y distimia, por tratarse de categorías o problemas donde la TREC se ha mostrado eficaz y los que, además, suelen producirse con una cierta frecuencia en la práctica clínica en general. Se seleccionó un cuarto grupo como grupo control, utilizando un diseño de grupos emparejados, donde dichos sujetos presentan características demográficas como edad y nivel socioeconómico equivalentes a las de los tres grupos clínicos, pero que no sufrían ninguna perturbación emocional, ni tampoco estaban familiarizados con el modelo de la TREC. Los resultados de un ANOVA de medidas repetidas y de análisis *post hoc* con la prueba de Scheffé indicaron diferencias significativas empíricas entre los grupos experimentales y de control en la variable proceso y en la variable contenido (Burgess, 1990), que corroboran los postulados teóricos del estudio.

Se ha preparado una versión en español del ABT utilizando el método de *Back translation* (Brislin, 1973).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Caballo (1996) realizó un análisis factorial de dicha Escala de actitudes y creencias con una muestra de sujetos universitarios y encontraron 10 factores que explicaban el 63% de la varianza. Dicho análisis reflejó, en una medida, la estructura original hipotetizada de la escala: cuatro niveles de proceso (exigencia, tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación) y tres niveles de contenido (aprobación, éxito y condenación). Los factores más claros fueron Baja tolerancia a la frustración, Condenación, Exigencia, Éxito y Aprobación, tendiendo a puntuar las mujeres más alto que los hombres en todas las medidas de irracionalidad. Los ítems correspondientes a los 10 factores eran los siguientes:

1. Baja tolerancia a la frustración: 3, 11, 15, 23, 26 y 30.
2. Condenación: 12, 32, 36 y 48.
3. Exigencia I: 1, 13, 17, 25, 29, 37, 41 y 45.
4. Exigencia x Comodidad: 2, 9 y 21.
5. Éxito: 20, 28, 32 y 36.
6. Exigencia II: 5 y 36.
7. Comodidad: 14, 18, 27, 30, 35, 39, 42 y 47.
8. Tremendismo x Éxito: 38, 46 y 47.
9. Condenación II: 16, 40 y 44.
10. Aprobación: 4, 7, 10, 11, 19, 22, 23, 31, 34, 35, 43 y 46.

Esta diversidad de factores encontrados por Caballo (1996) nos indica que la versión española del ABT no mide adecuadamente el constructo de las "creencias irracionales" en México. Partiendo de dicha observación, se encuentra una de las justificaciones fundamentales para la realización de la presente investigación, ya que deben construirse pruebas específicas para cada cultura o subcultura, como es el caso de México. (Díaz Guerrero, 1962; Varela, 1996).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3. Propósito del Instrumento.

La elaboración del Inventario de Actitudes y Creencias (Burgess, 1990) tuvo tres objetivos fundamentales que a continuación se describen:

1. Contar con un instrumento que validara el nuevo modelo de la TREC para realizar investigación confiable.
2. Medir el constructo de creencia irracional de acuerdo con el modelo actual de la TREC.
3. Evaluar el desarrollo de los pensamientos racionales como parte del progreso psicoterapéutico del paciente dentro del contexto de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) con el fin de contar con datos que permitan debatir y revisar estos aspectos en la psicoterapia.

4.4. Confiabilidad y validez.

De acuerdo con la investigación realizada por Burgess (1990) al desarrollar el inventario de actitudes y creencias para darle una adecuada validación al concepto operacional y proceso de las creencias irracionales, se encontró una escala psicométrica válida para medir creencias irracionales y sus componentes centrales (3 submetas y 4 procesos de la creencia).

Las conclusiones reportadas garantizan su aplicación y empieza a ofrecer el tipo de soporte empírico que había estado ausente.

Sin embargo en el artículo no se hace mención a los valores de consistencia interna obtenidos ni se describen los factores principales, quizá porque el objetivo principal de dicha investigación era validar el modelo TREC. Debido a lo anterior, no se obtuvo la información suficiente para comparar los datos originarios de validez y confiabilidad que se obtuvieron con la muestra de pacientes psiquiátricos en Australia con los obtenidos en la muestra de voluntarios mexicanos de ésta investigación.

4.5. Administración.

El instrumento(ver anexo) puede ser auto-administrado o bien aplicado a grupos de cualquier tamaño. Las instrucciones son presentadas de manera clara, y pueden ser leídas por cualquier sujeto que sepa leer y escribir. Al inicio el sujeto deberá llenar datos de tipo demográfico como son su nombre, edad, sexo, ocupación, escolaridad, etc. El cuerpo del instrumento consiste en reactivos o preguntas que se refieren a creencias irracionales de acuerdo con la teoría de la Terapia Racional Emotivo Conductual.

El tiempo necesario para contestar el cuestionario varía en función del grado escolar que posee el sujeto al que se le aplica el instrumento, en estudiantes universitarios se reporta de 15 a 25 minutos.

4.6. Calificación.

La calificación del instrumento se realiza sumando cada opción que el paciente haya marcado. Con dicha sumatoria, se obtiene la calificación final que a su vez, es comparada con una tabla de rangos percentilares con el fin de ubicar al sujeto con relación a la intensidad de sus creencias irracionales.

4.7. Estudios en otros países.

Leonor Lega y Albert Ellis (2001) realizaron y discutieron los resultados de un estudio transcultural en Colombia, Costa Rica, El Salvador, España y Estados Unidos, en el cual utilizaron un diseño de grupo de 2 (estudiantes universitarios versus sus padres) X 2 (hombres versus mujeres) MANOVA con las subescalas del Inventario de Actitudes y Creencias como variable dependiente; además, dos estudios multiculturales investigaron la relación entre algunas variables demográficas (El índice de violencia de la Organización Panamericana de la Salud) y la irracionalidad humana; así como, dos estudios multidisciplinares en la relación entre algunas condiciones médicas (enfermedades dermatológicas, y la severidad de algunos síntomas durante la menopausia) y creencias irracionales.

La tendencia en el nuevo milenio para conducir estudios multiculturales y multidisciplinares provee una importante dirección a la investigación psicológica, incluyendo la TREC. Este artículo intentó sumar algunos de estos aspectos y aunque se requiere probar modelos establecidos y formular y generar nuevas posibilidades de investigación, algunas conclusiones tentativas pueden mostrarse:

1. Los resultados de dichos estudios multiculturales sugieren que la teoría de la TREC de los "deberías" y las "demandas", formuladas inicialmente en Estados Unidos, generalmente aplican en varios países europeos y latinoamericanos (Lega & Ellis, 1997), pero parece haber diferencias significativas en el grado de los "deberías" y las "demandas" en algunas culturas. Ellis (2000) cree que esto ocurre debido a que existen factores tanto culturales como biológicos que ejercen su influencia en la manera en que estas diferencias se manifiestan en cada país.
2. En suma, para diferenciar en magnitud, el contenido y el proceso de los "deberías", medidos por el IAC (Burgess, 1990) y sus respectivas traducciones, también han variado en cada país. Las diferencias culturales parecen ser flexibles, excepto el factor de aculturización a un nuevo país la cual se refleja en los cambios en el contenido y proceso de los "deberías". Como quiera que sea, la tendencia a pensar en forma

rígida y absolutista, probablemente permanece sin cambio. En otras palabras, las variaciones culturales solo parecen tener efecto sobre el contenido y el proceso de las inferencias derivadas de los "deberías", pero no sobre su presencia.

3. Los resultados de los estudios multidisciplinarios que también son descritos en este artículo, parecen identificar con mayor especificidad los elementos en una relación entre factores psicológicos y condiciones médicas, previamente descritas en la literatura. Esto es que parece haber una relación entre el grado de los "deberías " y las demandas de los pacientes, y la severidad de sus síntomas físicos en condiciones médicas.

En resumen, los estudios multiculturales y multidisciplinarios abren una nueva e interesante dirección a la investigación en TREC en el nuevo milenio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN.

5. METODO

5.1. Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las características de Confiabilidad y Validez del Inventario de Actitudes y Creencias Irracionales (IAC) al ser administrado en una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad de México?

5.2. Objetivo

El objetivo de esta investigación fue el obtener la validez y confiabilidad del Instrumento denominado Inventario de Actitudes y Creencias de Burgess (1990) , en una muestra de estudiantes universitarios voluntarios de la ciudad de México.

5.3. Tipo de Estudio.

El tipo de estudio fue ex post facto evaluativo, descriptivo, de campo y transversal, ya que no se realizó manipulación de variables, sólo existe la asignación de los sujetos en forma intencional.

El estudio es denominado ex post facto *"porque es adecuado para aquellas situaciones en que el investigador se propone explicar o estudiar un fenómeno pasado; esto es, que ya ha ocurrido"*, además se define a la investigación ex post facto como una *"búsqueda empírica sistemática, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables"* (Kerlinger, 1985).

Es de campo *"porque el estudio se realiza en escenarios no experimentales o ambientes naturales"* (Zinser, 1992).

Es transversal pues se trata de un *"estudio en el cual se mide una sola vez la o las variables; se miden las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades"*.

El estudio es descriptivo ya que se describieron las características que presentaron los estudiantes al contestar el cuestionario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.4. Hipótesis de investigación.

El inventario de actitudes y creencias irracionales de Burgess (1990) en su versión traducida al español llamado inventario de creencias irracionales (ICI) de Guerrero-Manning (2003) mide creencias irracionales en el Distrito Federal.

5.5. Variables

- **Variable independiente.**

La variable independiente está constituida por la muestra evaluada de estudiantes universitarios de 17 años a 46 años de ambos sexos extraídos de universidades públicas y privadas del sur de la ciudad de México.

- **Variable dependiente.**

La variable dependiente está conformada por la puntuación obtenida en la administración del *Inventario de Creencias Irracionales (ICI)* a estudiantes universitarios del sur del Distrito Federal.

5.6. Población y muestra de estudio

Para realizar esta investigación se utilizaron dos criterios de muestreo. En primera instancia, el número de la muestra de investigación tiene por objetivo hacer que los datos se distribuyan lo mejor posible, según Nunnally (1995) lo más conveniente en el análisis de un instrumento es hacer 10 aplicaciones de la prueba por cada reactivo que esta contenga; sin embargo, es posible hacer 5 aplicaciones por reactivo. En el caso específico de este estudio se realizaron 492 aplicaciones cumpliendo cabalmente con lo descrito en primera instancia, ya que el instrumento original está compuesto por 48 reactivos. (Nunnally & Berstein, 1995).

El segundo criterio fue la técnica de muestreo empleada para la inclusión de los sujetos. En el presente caso la muestra fue seleccionada en forma intencional.

La muestra participante estuvo compuesta por 492 sujetos, con un rango de edad entre los 17 y los 46 años de edad de los cuales fueron: 186 hombres y 306 mujeres, todos ellos alumnos de distintas licenciaturas que se imparten tanto en universidades públicas como privadas de la Ciudad de México, que accedieron a participar de manera voluntaria como se indica en el *"Código Ético del Psicólogo"*.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.7. Diseño de investigación.

El término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El diseño señala al investigador lo que debe hacer para alcanzar sus objetivos de estudio y para contestar las interrogantes de conocimiento que se ha planteado (Hernández, 2003; p.184).

En la literatura sobre la investigación es posible encontrar diferentes clasificaciones de los tipos de diseño. Hernández (2003) hace la siguiente clasificación: investigación experimental e investigación no experimental. A su vez, la primera puede dividirse de acuerdo con las clásicas categorías de Campbell y Stanley (1996) en: *preexperimentos*, experimentos "puros" (verdaderos) y cuasiexperimentos. La investigación no experimental se subdivide en diseños transeccionales o transversales, y diseños longitudinales.

En términos generales no se considera que exista un tipo de diseño mejor que otro (experimental versus no experimental). Como menciona Kerlinger (2002): ambos son relevantes y necesarios, ya que tienen un valor propio. Cada uno posee sus características, y la elección sobre qué clase de investigación y diseño específico hemos de seleccionar depende del enfoque de investigación que nos cobije que puede ser cuantitativo, cualitativo o mixto, los objetivos que nos hayamos trazado, las preguntas planteadas, el alcance del estudio a realizar exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo, y las hipótesis formuladas, si se establecieron.

Los preexperimentos se llaman así porque su grado de control es mínimo. Se dividen en: 1) Estudio de caso con una sola medición 2) Diseño de preprueba-postprueba con un solo grupo.

El presente estudio es un diseño preexperimental de caso con una sola medición y podría diagramarse de la siguiente manera:

G X O

Consiste en administrar un estímulo o tratamiento a un grupo y después aplicar una medición en una o más variables para observar cuál es el nivel del grupo en esas variables.

Este diseño no cumple con los requisitos de un "verdadero" experimento. No hay manipulación de la variable independiente. Tampoco hay una referencia previa de cual era, antes del estímulo, el nivel que tenía el grupo en la variable dependiente, ni grupo de comparación. El diseño adolece de los defectos que fueron mencionados al hablar en uno de los requisitos para lograr el control experimental: tener varios grupos de comparación. No es posible establecer causalidad con certeza ni se controlan las fuentes de invalidación interna.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.8. Escenario.

El lugar donde se realizaron las administraciones colectivas del instrumento, fueron los salones de clase de las distintas facultades, siempre con la aceptación del profesor en turno.

5.9. Instrumento

Se eligió la versión traducida al español por Guerrero-Manning (2003), del instrumento llamado Inventario de Actitudes y Creencias (IAC) de Burgess (1990).

Cada reactivo del inventario presenta a quien lo responde cinco respuestas alternativas. Es un tipo de continuo con cinco opciones de respuesta entre acuerdo y desacuerdo, característico de una escala Likert. "Dicha escala se usa en forma extensa dentro de la Psicología, por lo general en escalas de actitudes" (Cohen, 2003; p231).

La versión original del instrumento, en inglés consta de 48 reactivos que examinan creencias irracionales, basada en el concepto de que existe un grupo de procesos del pensamiento que interactúan con un grupo de temas generales o contenidos del mismo. El cual tiene la finalidad de funcionar como un instrumento diagnóstico que permita evaluar al sujeto para el tratamiento psicoterapéutico.

Es una escala autodescriptiva, que puede ser administrado a adolescentes y adultos, de manera individual y colectiva.

5.10. Procedimiento.

En primera instancia, la investigación consistió en realizar la traducción del instrumento, de acuerdo con el método del *back traslation* o traducción bidireccional y se formaron los 492 instrumentos para administrarlos.

Al concluir con la traducción, se procedió a reclutar la muestra para el presente estudio, lo que implicó dos fases para cada una de ellas.

En la primera fase, para la muestra de estudiantes universitarios se dirigió un oficio a las autoridades correspondientes de cada universidad, solicitando su cooperación y consentimiento para facilitar la evaluación de la muestra.

Posteriormente, se exploró el instrumento para familiarizarse con el contenido de los reactivos para lo cual se administraron 60 instrumentos como piloto. En esta primera aproximación, se utilizó la validez de criterio para hacer modificaciones en las instrucciones pues no eran del todo claras, dejando intactos los reactivos pues la mayoría de los participantes comprendió su contenido.

La segunda fase inició con la solicitud de participación voluntaria de los sujetos quienes se encontraban en sus aulas. Una vez que aceptaban se realizaba la administración colectiva del instrumento, proporcionándoles todo el material necesario (cuadernillos y lápices).

De esta manera, se administró el instrumento en una sola sesión; durante la cual, se observó si alguno de los reactivos que se presentaron como confusos o poco entendibles al ser contestados. Cabe aclarar que el número total de la muestra fue el que originalmente se había calculado, ya que no se presentaron contratiempos para la aplicación al momento de presentarse en las diferentes facultades. Esto fue debido a la buena disposición del personal administrativo y docente que colaboró, sobre todo de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Del Valle de México (UVM).

5.11. Análisis Estadístico.

Se llevó a cabo un análisis estadístico de los reactivos, para el cual se utilizó el programa de cómputo SPSS versión 10 para Windows. Dicho análisis estuvo conformado en primera instancia por un análisis de reactivos a través de la prueba t, el cual tiene por objetivo saber como se comportaron y distribuyeron las respuestas de los sujetos. La confiabilidad del instrumento se obtuvo a través del método de Alpha de Cronbach con las intercorrelaciones entre todos los reactivos de toda la prueba. Al constatar que el inventario resultó confiable se procedió a ejecutar el último análisis: la validez de constructo que se obtuvo a partir del análisis factorial de rotación varimax octagonal. Posteriormente, se realizó un análisis de consistencia interna por factores para determinar la confiabilidad de cada factor.

6. RESULTADOS

6.1. Procedimiento Estadístico.

1. Se inició con la realización de una validación por jueces considerando el sentido racional o irracional del contenido de los reactivos. El objetivo de la escala es medir ideas irracionales, por lo tanto, se asignó la puntuación de 5 a las ideas irracionales y la puntuación de 1 a las ideas racionales, tomando en cuenta el contexto mexicano.
2. Una vez administrados los instrumentos se realizó la codificación de los reactivos, en virtud de no contar con la información estadística original del inventario estudiado.
3. Se obtuvieron medidas de tendencia central con la finalidad de observar los reactivos que discriminaba y cuales se convertían en características de la muestra.
4. Se aplicó la prueba "t" para determinar si los reactivos que componían el instrumento discriminaban creencias. En este sentido, se obtuvieron los siguientes reactivos no significativos: 5, 10, 13, 17, 25, 27, 29, 30, 34, 35 y 42 del instrumento original (ver anexo 1).
5. Se utilizó el método Item-total para confirmar el poder discriminativo de los reactivos.
6. Se obtuvo la consistencia interna del total de reactivos de la prueba a través del método de Alpha de Cronbach (0.6278).
7. Se realizó el cálculo de la validez de constructo a través de un Análisis Factorial, de componentes principales con rotación Varimax. Este procedimiento tiene como fin el tratar de ver si los reactivos que componen el instrumento se agrupan como originalmente se planteó en su construcción, o bien, saber si estructuralmente lo hacen de manera distinta a como se creó la prueba. Es importante denotar que se tomaron cargas factoriales superiores a 0.40.
8. Se obtuvo la consistencia interna del instrumento final. Cuando se obtiene el Alpha por factor los cinco tienen una consistencia interna alta, por lo que son muy confiables.

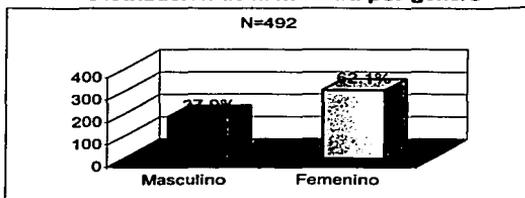
6.2. Medidas de tendencia central

El primer procedimiento estadístico que se realizó, fue la obtención de las Medidas de Tendencia Central para poder observar que reactivos discriminan y cuales son características de la muestra.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

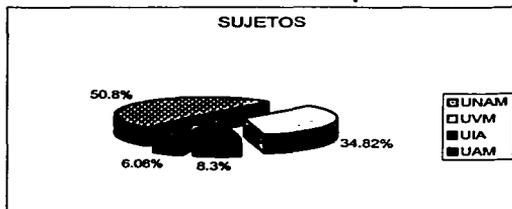
6.3. Descripción de la muestra

Gráfica 1
Distribución de la muestra por género



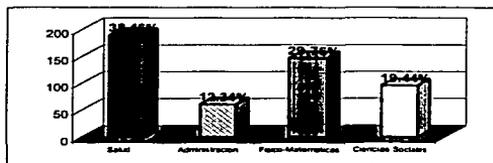
En esta gráfica número uno se observa la distribución de la muestra por género, donde encontramos que el 37.9 % del total corresponde al masculino y el 62.1% al femenino, en otras palabras aproximadamente dos terceras de la muestra fueron mujeres. Dicha proporción puede ser que obedezca al cambio cultural a favor de los valores femeninos y la apertura hacia la incursión en el ámbito laboral, que se ha dado a lo largo de las últimas décadas.

Gráfica 2
Distribución de la muestra por tamaño



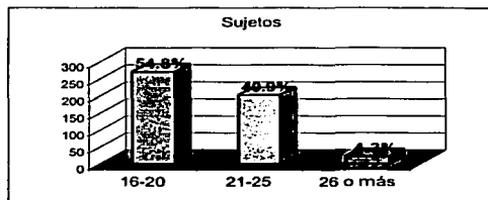
En esta gráfica número dos, se advierte que los participantes de la UNAM conforman el 50.8% de la muestra, mientras que los participantes de la UVM el 34.82%, así como los de la UIA que representan al 8.3% y los de la UAM que alcanzan el 6.08% de la muestra total. En este contexto, al ser la UNAM un escenario de gran heterogeneidad, contamos con diversos estratos socioculturales.

Gráfica 3
Distribución de la muestra por áreas profesionales



En ésta gráfica se encuentran las áreas profesionales de los participantes a quienes se administró el instrumento. En primera instancia, se advierte que el 38.46% pertenece a las ciencias dedicadas al estudio de la salud física y mental. Por otro lado, el 12.34% de ellos se encuentra en la rama administrativa mientras que el 29.76% en el área físico matemática. Por último, se observa que el 19.44% pertenece al área de las ciencias sociales.

Gráfica 4
Distribución de la muestra por edad



En la siguiente gráfica se observa la distribución de la muestra por edad, donde se nota que el 54.8% de los participantes se encuentra en un rango entre los 16 y los 20 años, mientras que el 40.9% está entre los 21 y los 25 años. Estos rangos representan a la mayoría de voluntarios de diversos semestres ya que es la edad en la que tradicionalmente inician o están por terminar sus estudios. No obstante observamos que el 4.3% de los participantes son mayores a los 26 años.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

6.4. Poder Discriminativo de los reactivos.

En primera instancia, se llevó a cabo el análisis estadístico de los reactivos mediante la prueba "t", para determinar si los reactivos que componen el instrumento discriminaban. En este sentido, se observó que los reactivos: 5, 10, 13, 17, 25, 27, 29, 30, 34, 35 y 42 del instrumento original, no fueron significativos ni discriminantes, por lo tanto se eliminaron. Debido quizá a las diferencias culturales entre australianos y mexicanos, o a problemas de lectura de comprensión entre la población a la que se le administró el instrumento. Otra explicación podría estar asociada con que los sujetos presentaron de manera amplia la "creencia irracional" que miden dichos reactivos.

Posteriormente, se analizaron los reactivos que si discriminaban por el método Item-Total, con la finalidad de obtener la consistencia interna mediante, el alpha de cronbach (0.6278). En este contexto, Nunnally (1995) afirma que para que un instrumento se considere como confiable es necesario que este cuente con valores arriba de 0.85 de Alpha. No obstante, Magnusson (1975) apoya la tesis de que si la varianza verdadera es un instrumento es mayor a 0.51, y menor a este valor la varianza de error, ya se puede considerar dicho instrumento como confiable.

Cuando se obtiene el Alpha de Cronbach por factor se observa una alta confiabilidad o consistencia interna de acuerdo con los criterios de Nunnally.

A continuación se presentará una tabla que muestra los diversos valores obtenidos en relación Item-total que resultaron del análisis del inventario en cuestión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1
TABLA DE CORRELACIÓN ITEM-TOTAL (N=492)

| REACTIVO | MEDIA | CORRELACION ITEM TOTAL | ALPHA |
|----------|---------|---------------------------|--------|
| 1 | 88.5592 | 0.0587 | 0.6297 |
| 2 | 88.9449 | 0.0123 | 0.6340 |
| 3 | 88.3000 | 0.3417 | 0.6055 |
| 4 | 89.1571 | 0.3344 | 0.6072 |
| 6 | 87.4306 | 0.1313 | 0.6243 |
| 7 | 89.0388 | 0.4623 | 0.5974 |
| 8 | 88.7980 | 0.3918 | 0.5997 |
| 9 | 89.2143 | -0.0283 | 0.6363 |
| 11 | 88.8327 | 0.3884 | 0.6029 |
| 12 | 89.3857 | 0.3776 | 0.6061 |
| 14 | 87.9918 | 0.2754 | 0.6111 |
| 15 | 88.6857 | 0.3724 | 0.6028 |
| 16 | 89.1122 | 0.3402 | 0.6051 |
| 18 | 88.0959 | 0.2250 | 0.6158 |
| 19 | 88.8714 | 0.2981 | 0.6106 |
| 20 | 89.2204 | 0.3863 | 0.6018 |
| 21 | 86.8429 | -0.1599 | 0.6441 |
| 22 | 88.8531 | 0.3307 | 0.6076 |
| 23 | 87.4918 | -0.4009 | 0.6664 |
| 24 | 88.6837 | 0.2373 | 0.6147 |
| 26 | 88.3694 | -0.0619 | 0.6401 |
| 28 | 89.2637 | 0.4273 | 0.5971 |
| 31 | 87.2204 | -0.4302 | 0.6662 |
| 32 | 89.3408 | 0.3563 | 0.6045 |
| 33 | 86.8469 | -0.2322 | 0.6479 |
| 36 | 89.2776 | 0.3062 | 0.6091 |
| 37 | 88.6184 | 0.0463 | 0.6316 |
| 38 | 88.2184 | -0.1307 | 0.6465 |
| 39 | 88.3061 | 0.3200 | 0.6072 |
| 40 | 89.0776 | 0.1174 | 0.6264 |
| 41 | 89.0061 | 0.0745 | 0.6280 |
| 43 | 89.0286 | 0.3871 | 0.6041 |
| 44 | 89.2918 | 0.2779 | 0.6112 |
| 45 | 89.2959 | 0.1070 | 0.6256 |
| 46 | 87.3184 | -0.3330 | 0.6621 |
| 47 | 88.4265 | 0.3065 | 0.6084 |
| 48 | 89.6939 | 0.2622 | 0.6157 |

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

6.5. Confiabilidad del instrumento

Los resultados indican que el instrumento obtuvo a través del Alpha de Cronbach una confiabilidad de 0.6278, es decir posee congruencia interna entre los todos los reactivos. A partir de esto se deduce que este instrumento presenta una moderada confiabilidad, lo que implica que son medidas estables de la propiedad en cuestión.

Este análisis cobra importancia, ya que de no haber obtenido un resultado aceptable el instrumento final (ICI) carecería de valor.

6.6. Validez del instrumento

El cálculo de la Validez de constructo se hizo a través de un Análisis Factorial, de componentes principales con rotación Varimax. Este procedimiento tiene como fin el tratar de ver si los reactivos que componen el instrumento se agrupan como originalmente se planteó en su construcción, o bien, saber si estructuralmente lo hacen de manera distinta a como se creó la prueba.

Es importante denotar que se tomaron en cuenta cargas factoriales superiores a 0.40, este criterio, aunque resulta arbitrario, es apoyado por Nunnally (1995) al plantear que la opinión más frecuente para realizar un Análisis Factorial es que sean mínimamente 5 sujetos por variable. A continuación se presenta una tabla, en donde se muestran los valores propios para estos factores.

TABLA 2
ANÁLISIS FACTORIAL
DE EXTRACCIÓN DE COMPONENTES PRINCIPALES
VALORES PROPIOS

| FACTOR | VALOR PROPIO | PORCENTAJE DE LA VARIANZA EXPLICADA | VARIANZA EXPLICADA ACUMULADA |
|--------|--------------|-------------------------------------|------------------------------|
| 1 | 4.676 | 12.639 | 12.639 |
| 2 | 3.056 | 8.260 | 20.898 |
| 3 | 2.996 | 8.096 | 28.995 |
| 4 | 2.705 | 7.310 | 36.305 |
| 5 | 2.573 | 6.954 | 43.259 |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Los resultados de esta investigación llevados a cabo para este instrumento mostraron 9 factores con *valores propios* superiores a 1.0. Sin embargo, sólo se tomaron en cuenta los 5 factores, ya que son los que tienen mayores cargas factoriales y explican más ampliamente la varianza total del instrumento. Los restantes 4 factores aunque tienen valores propios superiores a 1, no cargaron como los 5 primeros, y se consideró que eran factores residuales.

TABLA 3
RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL PARA LA VALIDEZ (N=492)

| REACTIVO | FACTOR 1 | FACTOR 2 | FACTOR 3 | FACTOR 4 | FACTOR 5 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| V50 | 0.767 | | | | |
| V29 | 0.740 | | | | |
| V38R | 0.723 | | | | |
| V26 | 0.694 | | | | |
| V53R | 0.689 | | | | |
| V14 | 0.589 | | | | |
| V11 | 0.548 | | | | |
| V39 | | 0.801 | | | |
| V43 | | 0.770 | | | |
| V35 | | 0.746 | | | |
| V27 | | 0.690 | | | |
| V10 | | | 0.772 | | |
| V22 | | | 0.694 | | |
| V18 | | | 0.676 | | |
| V30R | | | 0.635 | | |
| V28R | | | | 0.826 | |
| V40R | | | | 0.773 | |
| V52 | | | | 0.663 | |
| V16 | | | | 0.649 | |
| V25 | | | | | 0.691 |
| V46 | | | | | 0.652 |
| V21 | | | | | 0.592 |
| V54 | | | | | 0.498 |
| V13 | | | | | 0.492 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.7. Análisis de consistencia interna por factores

Tabla 4

Factor 1 "Necesidad de aprobación"
Consistencia interna: α Cronbach = 0.8524

| Reactivo | Media | Correlación Ítem total | Alpha |
|----------|---------|---------------------------|--------|
| 4 | 12.8862 | 0.4536 | 0.8549 |
| 7 | 12.7724 | 0.5431 | 0.8418 |
| 19 | 12.5976 | 0.6656 | 0.8243 |
| 22 | 12.5793 | 0.6878 | 0.8207 |
| 31 | 12.6199 | 0.6819 | 0.8219 |
| 43 | 12.7561 | 0.7252 | 0.8163 |
| 46 | 12.5203 | 0.5589 | 0.8407 |

El factor 1 llamado "Necesidad de aprobación" está compuesto por 7 reactivos: 4, 7, 22, 19, 31, 43 y 46.

La denominación de "Necesidad de Aprobación" significa que la persona que posee este sistema de creencias necesita que la gente que la rodea acepte su comportamiento y reconozca su valía personal para poder experimentar bienestar y sentirse amado. En caso contrario experimentará la sensación de inseguridad, tristeza y ansiedad.

El Alpha de Cronbach (0.8524) de este factor muestra una alta confiabilidad.

Tabla 5

Factor 2 "Autoexigencia"
Consistencia interna: α Cronbach = 0.7854

| Reactivo | Media | Correlación Ítem total | Alpha |
|----------|--------|---------------------------|--------|
| 20 | 5.2663 | 0.5314 | 0.7628 |
| 28 | 5.3293 | 0.5966 | 0.7307 |
| 36 | 5.3232 | 0.5693 | 0.7442 |
| 32 | 5.3862 | 0.6741 | 0.6902 |

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

El factor 2 llamado "Autoexigencia" está compuesto por 4 reactivos: 20, 28, 32 y 36.

La denominación "Autoexigencia" significa que la persona que posee este sistema de creencias tiene dificultad para aceptar que comete errores y busca la perfección y el éxito en todos sus actos.

El Alpha de Cronbach (0.7854) de este factor muestra alta confiabilidad.

Tabla 6

Factor 3 "Baja tolerancia a la frustración"
Consistencia interna: α Cronbach = 0.8275

| Reactivo | Media | Correlación Item-total | Alpha |
|----------|--------|---------------------------|--------|
| 3 | 7.0325 | 0.6389 | 0.7895 |
| 11 | 7.5752 | 0.6313 | 0.7926 |
| 15 | 7.4207 | 0.6937 | 0.7636 |
| 23 | 7.3618 | 0.6518 | 0.7832 |

El factor 3 llamado "Baja Tolerancia a la Frustración" está compuesto por 4 reactivos: 3, 11, 15 y 23.

La denominación "Baja Tolerancia a la Frustración" significa que la persona que posee este sistema de creencias tiene dificultad para aceptar y tolerar situaciones perturbadoras en que la realidad difiere de sus deseos.

El Alpha de Cronbach (0.8275) de este factor muestra alta confiabilidad.

Tabla 7

Factor 4 "Ecuanimidad"
Consistencia interna: α Cronbach = 0.7784

| Reactivo | Media | Correlación Item-total | Alpha |
|----------|--------|---------------------------|--------|
| 21 | 5.3918 | 0.6636 | 0.6829 |
| 33 | 5.3796 | 0.6361 | 0.6985 |
| 45 | 5.4020 | 0.5708 | 0.7307 |
| 9 | 5.3224 | 0.4775 | 0.7846 |

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

El factor 4 llamado "Ecuanimidad" está compuesto por 4 reactivos: 9, 21, 33 y 45.

El factor denominado "Ecuanimidad" significa que la persona que posee este sistema de creencias tiende a buscar la tranquilidad por lo que evita situaciones que comprometan su bienestar emocional.

El Alpha de Cronbach (0.7784) de este factor muestra alta confiabilidad.

Tabla 8

Factor 5 "Magnificación-Exageración"
Consistencia interna: α Cronbach = 0.7991

| Reactivo | Media | Correlación Item-total | Alpha |
|----------|---------|---------------------------|--------|
| 15 | 12.0894 | 0.6779 | 0.7288 |
| 39 | 12.2967 | 0.6511 | 0.7384 |
| 14 | 11.9858 | 0.6032 | 0.7536 |
| 47 | 12.4187 | 0.7588 | 0.7588 |
| 6 | 11.4207 | 0.8152 | 0.8152 |

El factor 5 llamado "Magnificación-Exageración" está compuesto por 5 reactivos: 6, 14, 18, 39 y 47.

El factor denominado "Magnificación-Exageración" significa que la persona que posee este sistema de creencias tiende a interpretar los acontecimientos de la realidad de manera distorsionada y los magnifica o exagera, lo cual impide que se de una dimensión real, lógica y objetiva del evento.

El Alpha de Cronbach (0.7991) de este factor muestra alta confiabilidad.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

7. INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Esta investigación tenía como objetivo principal saber si el instrumento para medir "creencias irracionales" utilizado por Burgess (1990) podía ser utilizado en México. En su versión traducida al español se ha denominado Inventario de Creencias Irracionales (ICI), con el fin de confiabilizar y validar dicho instrumento en la población mexicana. De esta manera, este estudio aportaría a la psicometría nacional un instrumento con calidad aceptable que pudiera utilizarse tanto a nivel clínico como para la investigación.

7.1. Poder Discriminativo y Confiabilidad.

A partir de los análisis estadísticos realizados con la finalidad de obtener el poder discriminativo de cada uno de los reactivos a través de una correlación ítem-total, se pudo encontrar que de los 48 reactivos que conforman el instrumento original sólo 23 cubrieron los criterios estrictos para estar incluidos en el inventario final (ICI), con el poder discriminativo adecuado (.40 o más); la confiabilidad se obtuvo a través del método de Alpha de Cronbach, con un valor de confiabilidad de 0.6278 para el instrumento total, lo que significa que es moderado de acuerdo con los criterios de Magnusson (1975) que afirma que un instrumento comienza a ser confiable cuando el coeficiente de correlación total de la prueba está arriba de 0.51. No obstante, la consistencia interna por factor, de acuerdo con los criterios de Nunnally es muy alta.

Todo lo anterior viene a apoyar el hecho de que el inventario de creencias irracionales (ICI) de Guerrero-Manning (2003) discrimina en su mayoría y además cuenta con la confiabilidad alta para su utilización.

7.2. Validez

De acuerdo con lo antes descrito el cálculo de la validez se realizó a través del método del análisis factorial con extracción de componentes principales con rotación Varimax en el cual se obtuvieron nueve factores con valores propios superiores a 1.0. De los cuales sólo se tomaron en cuenta cinco, ya que estos explican el 43.259% de la varianza total del instrumento, los otros 4 restantes son la parte residual del constructo a medir.

Los factores obtenidos para el Inventario de Creencias Irracionales (ICI) quedaron distribuidos de la siguiente manera:

El primer factor fue denominado "Necesidad de Aprobación" después de realizar el análisis de contenido de los reactivos que lo conforman, desde el punto de vista de la TREC.

Se concluye lo anterior, a partir de que dichos reactivos están asociados con un sistema de valoración y evaluación falsa sobre uno mismo y la realidad. Esta interpretación a menudo conlleva la sensación de inseguridad, así como respuestas emocionales intensas de tristeza y enojo, que pueden alterar el funcionamiento normal del individuo y limitar el logro de metas, ya que dependen del reconocimiento y aceptación social.

Dentro de este contexto teórico el comportamiento dependiente es percibido como disfuncional por lo que podemos considerar a este sistema de creencias como irracionales. No obstante, es importante considerar que dentro del contexto nacional, el reconocido investigador en el tema, Díaz-Guerrero (1994), plantea que el mexicano está caracterizado por un sentido de filiación, es decir, que se siente amado y seguro cuando es reconocido y aprobado por seres con los que se identifica, como los familiares y amigos. Esta posible inconsistencia entre ambas posturas teóricas puede tener diversas explicaciones, sería necesario realizar en un futuro cercano, estudios que puedan explicar con mayor claridad la discrepancia observada para este factor entre los postulados teóricos de la TREC y la hipótesis de Rogelio Díaz-Guerrero (1994) con respecto a la Psicología del mexicano.

El segundo factor fue denominado "Autoexigencia", ya que desde el punto de vista de la TREC, éstos reactivos están asociados con la tendencia a buscar la perfección en el comportamiento habitual y cotidiano. Este sistema de creencias está sustentado en la intolerancia ante los errores cometidos, por que la evaluación de la ejecución de la propia conducta resulta excesivamente exigente y disfuncional. La dificultad para aceptar la falibilidad del ser humano por lo general genera insatisfacción que puede a su vez producir ansiedad.

El tercer factor fue denominado "Baja Tolerancia a la Frustración". Después de realizar el análisis de contenido de los reactivos que lo conforman se concluyó que este sistema de creencias están asociados con un déficit en la capacidad para afrontar en forma pasiva situaciones de estrés, lo que implica aceptar y tolerar los estímulos perturbadores de la realidad para regresar al bienestar. Observándose la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación calificándola como insufrible.

En otras palabras, la frustración se presenta cuando existe una discrepancia entre lo que el individuo quiere o desea y la realidad que lo perturba. Las consecuencias de dicho sistema disfuncional pueden estar asociadas con respuestas emocionales de enojo, miedo y ansiedad. Así como conductas de

evitación y escape o afrontamiento activo para modificar en forma deliberada el medio.

El cuarto factor fue denominado "Ecuanimidad", ya que después de realizar el análisis del contenido se concluyó que los reactivos que conforman este sistema de creencias están asociados con la necesidad de estar tranquilo, y evitar el conflicto ante las demandas del medio.

Asociado con la búsqueda de comodidad en la vida cotidiana pueden presentarse sentimientos de lástima por uno mismo y problemas de autodisciplina.

El quinto factor fue denominado "Magnificación-Exageración", ya que al analizar el contenido de los reactivos, se observa una clara tendencia hacia la distorsión de la realidad que generalmente se dramatiza y exagera. Asimismo, esta implicando de manera simultánea la incapacidad para realizar una interpretación objetiva y lógica.

Este sistema de creencias se considera irracional, dentro del contexto de la TREC ya que se manifiesta la tendencia a magnificar estímulos, conflictos y problemas perdiéndose la proporción real de la experiencia. Consecuente con esta interpretación disfuncional se experimenta ansiedad y angustia.

7.3. Discusión

Dentro de los objetivos de esta investigación estaba el comprobar en primer lugar si tanto las instrucciones como los reactivos que conforman la versión traducida al español del instrumento administrada a la muestra de participantes universitarios eran entendidos en su totalidad. En este sentido, se pudo comprobar que los reactivos fueron comprendidos y que, ninguno de los sujetos que participaron en esta investigación reportó no entenderlos.

Podemos concluir que el inventario de Creencias Irracionales (ICI) fue entendido por los estudiantes universitarios de la muestra, que comprendieron satisfactoriamente las instrucciones y los reactivos fueron claros. Por lo que, la primera hipótesis es aceptada, es decir se entienden los reactivos que conforman al instrumento.

De acuerdo con los resultados obtenidos se advierte, que en primera instancia el procedimiento de traducción de *back translation* que se realizó para los efectos de esta investigación cumplió de manera satisfactoria.

Es importante destacar que de acuerdo con el análisis de la prueba "I", se tomó la decisión de eliminar los siguientes reactivos: 5, 10, 13, 17, 25, 27, 29, 30, 34, 35 y 42. Estos no discriminan adecuadamente entre creencias irracionales y creencias racionales.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis estadístico, el ICI tiene una moderada pero aceptable confiabilidad (0.6278) y una validez de constructo, que indican que el instrumento contiene cinco elementos importantes que indican que el instrumento posee las características necesarias para ser administrado satisfactoriamente en nuestra población. Los cinco factores obtenidos nos permiten describir a fondo el objetivo del instrumento.

La consistencia interna de cada uno de estos factores resulta ser muy alta por lo que el instrumento resulta poseer una confiabilidad alta.

Los datos obtenidos muestran que el instrumento final consta de 23 sensibles para diferenciar entre los participantes con creencias irracionales de los participantes con creencias racionales. Aquellos participantes que tienden hacia la racionalidad tienen menor probabilidad de presentar problemas psicoemocionales, de acuerdo con los principios de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC). Esta metodología psicoterapéutica, postula que son las creencias irracionales las que generan emociones y comportamientos disfuncionales tales, como la ansiedad.

7.4. Conclusiones.

Esta investigación es un intento por comprender el constructo hipotético de las creencias irracionales en el contexto mexicano, para lo cual se utilizó la prueba de Burgess desarrollándose aquí una prueba que permitiera detectar y medir dicho constructo.

Se tomó en cuenta el procedimiento estadístico adecuado y estricto, llevado a cabo desde la traducción inversa o bidireccional hasta el análisis factorial, y se concluye lo siguiente:

- De los reactivos que conforman el instrumento llamado inventario de actitudes y creencias, sólo 23 del total de los reactivos fueron sensibles para discriminar a los participantes sin creencias irracionales de los que las tienen.
- La confiabilidad del inventario se presentó moderada pero aceptable (0.6278) lo que significa que es consistente de acuerdo con los especialistas.
- A partir del análisis factorial realizado se obtuvieron cinco factores principales que explican el 43.259% de la varianza total del instrumento, donde se

comprueba que el Inventario de Creencias Irracionales (ICI) mide adecuadamente el constructo "creencias irracionales" propuesto por la TREC.

- Se espera que este estudio sea el inicio de una línea de investigación que satisfaga las necesidades de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC).
- Este estudio es el inicio de una línea de investigación importante en el ámbito de la Psicometría y la Clínica, que hasta ahora ha sido poco explorado en México.
- En próximos estudios se elaborarán las tablas normativas.
- Este instrumento es una aportación en el área de la Psicometría, ya que no se cuenta con instrumentos de la TREC que técnicamente cumplan con los requisitos para un uso adecuado en la población mexicana (sensibilidad, confiabilidad y validez).

7.5. Aportaciones de la investigación.

- Es un instrumento más, adaptado a la población mexicana para realizar investigación confiable y válida.
- Es una aportación a la psicometría nacional porque es un instrumento adaptado, sensible, confiable y válido que no sólo puede ser utilizado en el ámbito clínico, sino además se puede utilizar en otras áreas de aplicación de la psicología como puede ser la organizacional o la educativa.
- Principalmente, es un instrumento que evalúa el desarrollo de los pensamientos racionales como parte del progreso psicoterapéutico del paciente dentro del contexto de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) con el fin de contar con datos que permitan debatir y revisar estos aspectos en la psicoterapia.

REFERENCIAS

- Adler, A. (1927) *Understanding human nature*. Nueva York: Greenberg.
- APA (2002) *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association* (adaptado para el español por Editorial El Manual Moderno) Segunda Edición.
- Aiken, L. (1996) *Tests Psicológicos y Evaluación*. México: Prentice Hall
- Aiken, L. R. (2003) *Psychological Testing and Assessment*. Boston: Allyn and Bacon.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 4ª edición (DSM-IV)* Washington: APA (DSEM-IV. Barcelona: Masson, 1995).
- Anastassi, A. (1998) *Tests Psicológicos*. México: PrenticeHall.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. & Weakland, J. (1965) *Hacia una teoría de la esquizofrenia*. En C. E. Sluzki (comp.), *Interacción familiar: Aportes fundamentales sobre teoría y técnica*. Argentina: Tiempo Contemporáneo.
- Beck, A. T. (1967) *Depression: Causes and treatment*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory*, 2a. Ed. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Brewin, C. R. (1989). *Cognitive change processes in psychotherapy*. *Psychological Review*, 96, 379-394.
- Brewin, C. R. (1996) *Theoretical foundations of cognitive-behaviour therapy for anxiety and depression*. *Annual Review of Psychology*, 47, 33-57.
- Brislin, R. (1973) *Cross-cultural research methods*. Nueva York: Wiley.
- Burgess, F. (1990). *Toward resolution o conceptual issues in the assessment of belief systems in rational-emotive therapy*. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4, 171-184.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Caballo, V. E., (1991) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. E. (1997) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (Vol. I) Madrid: Siglo XXI.

Campbell, I. M. (1985/1990). *La psicología de la homosexualidad*. En A. Ellis y M. E. Bernard. Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva. Bilbao: DDB.

Campbell, I. M.; Lowe, B., & Burgess, P. M. (1983). *RET anatomy of neuroses*. Manuscrito sin publicar. University of Melbourne.

Campbell, D. T. & Stanley, J.C. (1996). *Experimental and quasi-experimental designs for research*, Chicago: Rand McNally & Company.

Caparrós, A. (1983) *El compromiso de la actividad y del conocimiento psicológicos con la salud*. En J. Arnau et al. (comps.) Psicología y salud. España: Fundació Caixa de Pensions.

Cohen J. R. (2001) *Pruebas y Evaluación Psicológicas*. México: Prentice Hall

Cormier, W. & Cormier, S. (1991) *Estrategias de entrevista para terapeutas*. España: DDB.

Crocker, L, Llabre, M. & Miller, m.D. (1988). The generalizability of content validity ratings. *Journal of Educational Measurement*, 25, pp. 287-299.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, pp. 297-334.

Díaz-Guerrero, R (1994) *Psicología del mexicano*. México: Trillas

Ellenberg, H. I. (1970). *El descubrimiento del inconsciente: Historia y evolución de la Psiquiatría dinámica*. España: Gredos.

Ellis, A. (1957) Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 13, 344-350.

Ellis, A. (1962) *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1975) *How to live with a neurotic*. North Hollywood, Ca: Wilkshire.

Ellis, A. (1980) Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. *Rational Living*, 15, 25-30.

Ellis, A. (1981) *Manual de Terapia Racional Emotiva*. España: DDB.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Ellis, A. (1982) *The treatment of alcohol and drug abuse: Rational-emotive approach. Rational Living*, 17, 15-24.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. Revised and updated. Nueva York.
- Ellis, A. & Becker, I. (1982) *A guide to personal happiness*. North Hollywood. Ca: Wilkshire.
- Ellis, A. & Dryden, E. (1987) *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. España: DDB.
- Ellis, A. & Harper, R. A. (1961). *A guide to rational living*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Egan, G. (1981) *El orientador experto*. México: Grupo Editorial Iberoamérica.
- Epictetus (1890) *The collected works of Epictetus*. Boston: Little Brown.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, C.H. (1965). *Manual de Psiquiatría*. España: Toray-Masson.
- Eysenck, H. J. (1952) The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Feixas, G. (1993) *Aproximaciones a la psicoterapia*. España: Paidós
- Floyd, F. J. & Widaman, K.F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7, pp. 286-299.
- Frank, J. D. (1961) *Salud y Persuasión*. Argentina: Troquel.
- García, E & Blythe, B. T. (1977). *Developing emotional muscle*. Atlanta: Georgia Centre of Continuing Education.
- Goldfried, M. (1996) *De la terapia Cognitivo Conductual a la Psicoterapia de la Integración*. España: DDB.
- Grieger, R. & Boyd, J. (1980). *Rational emotive therapy: A skills based approach*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Guion, R. M. (1980). On trinitarian doctrines of validity. *Professional Psychology*, 11, pp. 385-398.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Guy, J. D. (1987) *La vida personal del psicoterapeuta: El impacto de la práctica clínica en el estado emocional del terapeuta y sus relaciones íntimas*. España: Paidós.

Hauck, P. A. (1974) *Overcoming frustration and anger*. Filadelfia: Westminster.
Hernández, S. R. (2002) *Metodología de la Investigación*. México: McGrawHill

Horney, K. (1945) *Our inner conflicts: A constructive theory of neurosis*. Nueva York: Norton.

Horney, K. (1950) *Neurosis and human growth*. Nueva York: Norton.

Ingram, R. E. & Scott, W. D. (1990) *Cognitive behaviour therapy*. En A. S. Bellack M. Hersen y A. E. Kazdim. International handbook of behaviour modification and therapy. Nueva York: Plenum.

Jones, R. (1968) *A factored measure of Ellis' irrational belief systems with personality and maladjustment correlates*. Tesis doctoral. Texas Technical University.

Kant, I. (1929) *Critique of pure reason*. Nueva York: St. Martin's.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs (2 vols)*. Nueva York: Norton.

Kendall, P. C. (1982) Individual versus group cognitive-behavioral self-control training: One year follow-up. *Behaviour Therapy*, 13, 241-247.

Kerlinger, F. (1988) *Investigación del Comportamiento*. México: McGrawHill

Korzybski, A. (1933). *Science and sanity*. San Francisco: International Society for General Semantics.

Kuder, G. F. & Richardson, M.W. (1937). The theory of the estimation of reliability. *Psychometrika*, 2, pp. 151-160.

Lao-Tsu (1975) *Tao: A new way of thinking*. Nueva York: Harper and Row.

Lain, P. (1958) *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. España: Revista de Occidente.

Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, 28, pp. 563-575.

Lega, L., Caballo, V. E., & Ellis, A. (1997) *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid. España: Siglo XXI.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Lega, L., & Ellis, A. (2001) Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) in the new millenium: a cross-cultural approach. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, Vol: 19, No. 4, 2001.

López, J. M. & Morales, J. M. (1970) *Neurosis y psicoterapia un estudio histórico*. España: Espasa-Calpe.

Magnusson, D (1975) *Teoría de los tests*. México: Trillas

Mahoney, M. J. (1974) *Cognition and behaviour modification*. Cambridge: Ballinger.

Mahoney, M. (1991) *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.

Mahoney, M. & Arnkoff, D. B. (1978) *Cognitive and self-control therapies*. En S. L. Garfield & A. L. Bergin. Handbook of psychotherapy and behaviour change. Nueva York: Wiley.

Maslow, A. H. (1962). *El hombre autorrealizado: Hacia una Psicología del ser*. España: Kairós.

Mcintire, S. A. (2002) *Foundations of psychological testing*. Boston: McGrawHill

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behaviour modification*. Nueva York: Plenum.

Moffitt, T. E., Caspi, A., Krueger, R. E. (1997). Do partners agree about abuse in their relationship? A psychometric evaluation of interpartner agreement. *Psychological Assessment*, 9, pp. 47-56.

Nunnally J.C. (1995) *Teoría Psicométrica*. México: McGrawHill.

Russel, B (1950) *The conquest of happiness*. Nueva York: American Library.

Sendrail, M. (1980) *Historia cultural de la enfermedad*. España: Espasa-Calpe.

Strupp, H. H. & Butler, S. F. (1990) *Psychotherapy*. En A. S. Bellack y M. Hersen (comps.) Handbook of comparative treatments for adult disorders. New York: Wiley.

Sutton-Simon, K. (1981) *Assessing belief systems: Conceptions and strategies*. En P. C. Kendall & S. D. Hollon. Assessment strategies for cognitive behavioural interventions. Nueva York: Academic Press.

Traux, C. B. & Carkhuff, R. R. (1967) *Toward effective counseling and psychotherapy: training and practice*. Nueva York: Aldine Publishing Company.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Valderrama, P. (1985) Un esquema para la Historia de la Psicología en México. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 11 No. 1 (80-92).
- Varela, D. R. (1996) *Estudio de confiabilidad y validez del Cornell Index FN2*. UNAM, Facultad de Psicología. Tesis de Licenciatura.
- Varela, D. R. & Villegas, H. E. (1998) *Apuntes para la materia de teoría de la medida*. Programa de Material didáctico. Facultad de Psicología UNAM.
- Watson, J. B. & Rayner R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wolberg, L.R. (1977) *The technique of psychotherapy*. Nueva York: Grene & Stratton.
- Wyss, D. (1961) *Las escuelas de Psicología profunda desde sus principios hasta la actualidad*. España: Gredos.
- Zinser, O. (1992) *Psicología Experimental*. México: McGrawHill

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1

INVENTARIO DE CREENCIAS Y ACTITUDES de Burgess (1990)
Traducción al español de Guerrero-Manning (2003)

Universidad:

Carrera:

Sexo:

Edad:

Este inventario presenta diferentes actitudes que a veces las personas tienen. Lee cada frase cuidadosamente y decide cuando estás de acuerdo o en desacuerdo con la misma.

En cada una de las oraciones responde poniendo un círculo alrededor del número que **MEJOR DESCRIBE TU MANERA DE PENSAR**.

Asegúrate de escoger sólo una respuesta por cada oración. Ya que las personas son diferentes, no hay respuestas correctas e incorrectas a estas frases.

Para decidir si una actitud dada es característica de tu manera de ser, simplemente recuerda como eres la mayor parte del tiempo.

Como estamos interesados en tus reacciones espontáneas o inmediatas, no es necesario pensar mucho tiempo una frase. Anota tu respuesta rápidamente y continúa con la siguiente afirmación.

Un gran número de oraciones son breves y te tomará solamente unos momentos para contestar.

Observa el ejemplo de abajo. Para mostrar cuando una oración describe tu actitud, puedes encerrar en un círculo en cualquier número desde 1 (totalmente desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Una calificación de 2 a 4 indicará que estás algo en desacuerdo o en algo de acuerdo. Una calificación 3 indicará que no estás de acuerdo ni tampoco en desacuerdo.

| | Totalmente desacuerdo | Algo en desacuerdo | Neutral | Algo en acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|--------------------|--------------------------|
| Ejemplo: Me gusta conocer gente..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Por favor asegúrate de que entendiste la tarea.

Gracias por tu cooperación y participación.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**¿EN QUÉ GRADO ESTÁS DE ACUERDO
CON ESTAS ORACIONES?**

| | Totalmente en desacuerdo | Algo en desacuerdo | Neutral | Algo en acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|----------------|------------------------|----------------------------------|
| 1. Quiero caerle bien a algunas personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. A veces me desagrada cuando no me va bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. En ocasiones, cuando estoy tenso/a se me hace imposible enfrentar situaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. A veces cuando siento que no me quiere la gente me siento una persona mala. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Quisiera hacer bien algunas cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. A veces es desagradable cuando estoy tenso/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Algunas veces cuando no le caigo bien a la gente encuentro imposible enfrentar la situación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. En ocasiones, cuando hago mal las cosas pienso que soy un fracasado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. De vez en cuando quiero estar tranquilo/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. A veces es desagradable cuando no me quiere la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. A veces cuando no me va bien encuentro imposible enfrentar la situación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Algunas veces cuando estoy tenso/a pienso que estaré siempre así. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Tengo la necesidad de ser querido por algunas personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. A veces es espantoso cuando no me va bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**¿EN QUÉ GRADO ESTÁS DE ACUERDO
CON ESTAS ORACIONES?**

| | Totalmente en desacuerdo | Algo en desacuerdo | Neutral | Algo en acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|-----------------------------|-----------------------|---------|-----------------|--------------------------|
| 15. A veces cuando estoy tenso/a se me hace imposible enfrentar las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. No pienso que soy una mala persona si le caigo mal a algunas personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Tengo la necesidad de hacer bien algunas cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. A veces es espantoso cuando estoy tenso/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. A veces cuando no me siento aceptado encuentro difícil enfrentar la situación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. No creo ser un fracaso incluso si hago algunas cosas mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. A veces tengo la necesidad de estar tranquilo/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. En ocasiones, es terrible cuando no le caigo bien a la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Algunas veces cuando no me va bien encuentro difícil enfrentar la situación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Creo que no siempre estaré tenso/a incluso si a veces no estoy tranquilo/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Es indispensable que algunas personas me quieran. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Algunas veces cuando no me va bien me pongo nervioso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. A veces es frustrante cuando estoy tenso/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Solamente porque no les agrado a algunas personas no significa que soy una mala persona. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Es indispensable que me vaya bien en algunas cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. A veces cuando estoy tenso/a me siento ansioso/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. A veces es frustrante cuando no le agrado a la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**¿EN QUÉ GRADO ESTÁS DE ACUERDO
CON ESTAS ORACIONES?**

| | Totalmente en desacuerdo | Algo en desacuerdo | Neutral | Algo en acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|----------------|------------------------|----------------------------------|
| 32. Solamente porque hago algunas cosas mal no significa que soy un fracaso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. A veces es indispensable estar tranquilo/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. En ocasiones cuando no soy aceptado por la gente me siento ansioso/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Algunas veces es frustrante cuando no hago las cosas bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Solamente porque a veces esté tenso/a no significa que así estaré siempre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Es importante que algunas personas me quieran. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. A veces cuando no me va bien me siento decepcionado/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. En ocasiones es insoportable cuando estoy tenso/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Si algunas personas no me quieren esto significa que soy una mala persona. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Es importante que haga bien algunas cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. A veces cuando estoy tenso/a me siento decepcionado/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. En ocasiones es insoportable cuando no me siento aceptado/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. Si hago algunas cosas mal esto significa que soy un fracaso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Algunas veces es importante estar tranquilo/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. A veces cuando no me siento querido, me siento decepcionado/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. Algunas veces es insoportable cuando no me va bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. Nunca voy a sentirme tranquilo/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**